



Universidad de Zaragoza
Facultad de Medicina

Departamento de Anatomía Patológica,
Medicina Legal y Forense y Toxicología



AVEDIS
DONABEDIAN

INSTITUTO UNIVERSITARIO-UAB

Instituto Universitario
Avedis Donabedian

Cátedra de Investigación en Calidad Asistencial
Avedis Donabedian.
Universidad Autónoma de Barcelona

**Planificación sectorial de la calidad asistencial basada en
indicadores consensuados: aproximación a la atención
ambulatoria a drogodependientes en Aragón.**

Tesis doctoral

Presentada por

José María Dívar Conde

Para la obtención del Grado de

Doctor

Dirigida por

Pfra. Dra. María Dolores Serrat Moré

Pfra. Dra. Rosa Suñol Sala

Zaragoza, febrero de 2009



Universidad de Zaragoza
Facultad de Medicina

Departamento de Anatomía Patológica,
Medicina Legal y Forense y Toxicología

Dña. María Dolores Serrat More, Profesora Titular del Departamento de Anatomía Patológica, Medicina Legal y Forense y Toxicología.

CERTIFICA, Que el trabajo titulado “**Planificación sectorial de la calidad asistencial basada en indicadores consensuados: aproximación a la atención ambulatoria a drogodependientes en Aragón**” que presenta José María Dívar Conde para la obtención del Grado de Doctor, ha sido realizado bajo su dirección y reúne las características necesarias para su presentación.

Zaragoza, febrero de 2009

Pfra. Dra. María Dolores Serrat Moré



Dña. Rosa Suñol Sala, Profesora Asociada y Directora de la Cátedra de Investigación Calidad Asistencial Avedis Donabedian de la UAB,

CERTIFICA, Que el trabajo titulado “Planificación sectorial de la calidad asistencial basada en indicadores consensuados: aproximación a la atención ambulatoria a drogodependientes en Aragón” que presenta José María Dívar Conde para la obtención del Grado de Doctor, ha sido realizado bajo su dirección y reúne las características necesarias para su presentación.

Barcelona, febrero de 2009

Prof. Dra. Rosa Suñol Sala

Es inexcusable que el sistema defina claramente y establezca programas de la calidad que garanticen la atención a las necesidades y demandas de los usuarios con sustratos científicos y de relación interpersonal necesarios.

III) Asistencia e integración social.
ESTRATEGIA NACIONAL SOBRE DROGAS 2000-2008.

Índice

AGRADECIMIENTOS	1
JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS	5
INTRODUCCIÓN	13
Capítulo 1: Drogas y Drogadicción	15
1.- Conceptos generales	17
1.1.- Drogas y drogas de abuso.	17
1.2.- Uso, abuso y hábito: Conceptos previos a la dependencia.	18
1.2.1.- Otros conceptos relacionados	20
2.- Drogodependencia o toxicomanía.....	20
2.1.- Formas de consumo de drogas y vías de administración.....	21
2.2.- Efectos generales de la adicción a drogas.....	24
3.- Criterios diagnósticos de patologías	26
3.1.- La neuroadaptación.	27
3.1.1.- La tolerancia.....	27
3.1.2.- El síndrome de abstinencia	29
3.2.- Criterios para el diagnóstico de drogodependencias por consumo de sustancias	31
4.- La atención a los drogodependientes.....	35
4.1.- Objetivos en la atención.....	35
4.2.- Medio asistencial del tratamiento.	36
4.2.1.- Medio asistencial ambulatorio.....	37
4.2.2.- Medio asistencial hospitalario.....	37
4.2.3.- Hospitales de día.....	38
4.2.4.- Comunidades terapéuticas.....	38
4.2.5.- Pisos de apoyo a la desintoxicación y de estancia.....	38
4.2.6.- Otros programas asociados.....	39
Capítulo 2: La droga y las drogodependencias en Aragón	41
5.- La Atención Sanitaria	43
6.- El sector de las Drogodependencias en Aragón.....	45
6.1.- Plan Autonómico de Drogodependencias.....	47
6.1.1.- Marco de referencia	48
6.2.- Periodo 2005-2008.....	48
6.2.1.- Análisis Epidemiológico de la Situación Actual.....	48
6.2.2.- Encuesta ESTUDES sobre el uso de drogas en población escolar.....	49
6.2.3.- Encuesta Domiciliaria EDADES sobre el uso de drogas.....	55
6.3.- Líneas y objetivos del Plan Autonómico.....	63
6.3.1.- Área de Prevención	64
6.3.2.- Área Asistencial.....	66
6.3.3.- Área de Integración Social	67

6.3.4.- Evaluación de los objetivos.....	67
6.4.- La atención a los drogodependientes en Aragón.....	69
6.4.1.- Primer nivel.....	69
6.4.2.- Segundo nivel.....	70
6.4.3.- Recursos asistenciales.....	72
Capítulo 3: Calidad Asistencial.....	85
7.- Calidad. Conceptos y Fundamentos.....	86
7.1.- Calidad en el sector de la Salud.....	87
7.2.- Dimensiones de la Calidad.....	89
8.- Aproximación histórica a la Calidad Asistencial en Salud.....	92
9.- Instrumentos de Evaluación de la Calidad.....	94
9.1.1.- Los ciclos de mejora.....	95
9.1.2.- La monitorización.....	96
9.1.3.- Diseño de la calidad.....	97
10.- La evaluación de la calidad mediante indicadores.....	98
10.1.- Criterios.....	99
10.2.- Indicadores.....	101
10.3.- Estándares.....	102
10.4.- Construcción de criterios, indicadores y estándares.....	103
10.5.- Excepciones en los indicadores.....	106
10.6.- Aclaraciones en los indicadores.....	106
10.7.- Validez de los indicadores.....	107
10.8.- Fiabilidad de los indicadores.....	109
11.- Los Programas de Gestión de Calidad.....	109
11.1.- Los agentes de la calidad.....	111
11.2.- Ámbitos de aplicación y tipos de planes de calidad.....	112
12.- La mejora de la Calidad Asistencial en Drogodependencias.....	116
12.1.- Experiencias a nivel internacional.....	117
12.1.1.- Comité para la Calidad en salud mental y desórdenes adictivos del Institute of Medicine (IOM) U.S.....	117
12.1.2.- Knowledge Application Program. Center for Substance Addiction Treatment (U.S.).....	118
12.1.3.- Portal de Buenas Prácticas. Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías.....	119
12.1.4.- Federal Regulations for Improving Quality in Opioid Treatment Programs. U.S.....	120
12.1.5.- Comprehensive Accreditation Manual for Behavioral Health Care (CAMBHC). Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations.	121
12.1.6.- Aplicación del modelo EFQM. Amsterdam Institute for Addiction Research y el Jellinek Centre.....	122
12.1.7.- Normas de Atención para el tratamiento de la dependencia de las drogas OPS/OMS.....	123
12.1.8.- Health Care Quality Project de la OCDE.....	125
12.2.- Experiencias a nivel nacional.....	126

12.2.1.- Plan Autonómico de Drogodependencias. Gobierno de Cantabria ...	128
12.2.2.- Instituto de Adicciones del Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid..	129
12.2.3.- Plan de Calidad en la Atención a las Drogodependencias. Generalitat de Catalunya.....	130
MATERIAL y MÉTODOS.....	131
1.- Objetivo 1. Identificación de criterios de calidad en drogodependencias. Fase de Benchmarking.....	138
1.1.- Identificación de Criterios de Calidad.....	138
1.2.- Presencia de criterios de evaluación de la calidad normativa autonómica..	145
2.- Objetivo 2. Selección de indicadores de calidad adecuados. Fase de consenso	145
2.1.- Estudio de prioridades de los profesionales del sector.....	145
2.1.1.- Estudio.....	145
2.1.2.- Población y Muestra	146
2.1.3.- Variables utilizadas.....	148
2.1.4.- Recogida de Datos.....	148
2.1.5.- Análisis de datos.....	149
3.- Objetivo 3. Identificación de oportunidades de mejora. Fase de evaluación.....	150
3.1.- Estudio sobre la calidad percibida por los profesionales	150
3.1.1.- Estudio.....	150
3.1.2.- Población y Muestra.....	150
3.1.3.- Variables utilizadas.....	150
3.1.4.- Recogida de Datos.....	151
3.1.5.- Análisis de datos.....	151
3.2.- Estudio del nivel de calidad mediante evaluación externa de indicadores...	151
3.2.1.- Estudio.....	151
3.2.2.- Población y Muestra	152
3.2.3.- Variables a utilizar	152
3.2.4.- Recogida de Datos.....	152
3.2.5.- Participación y Confidencialidad	155
3.2.6.- Re-sensibilización y Calendario.....	156
3.2.7.- Formación del evaluador	157
3.2.8.- Trabajo de Campo y calendario	157
3.2.9.- Análisis de Datos.....	158
RESULTADOS.....	159
1.- Objetivo 1. Identificación de criterios de calidad en drogodependencias. Fase de Benchmarking.....	160
1.1.- Identificación de Criterios de Calidad.....	160
1.2.- Presencia de criterios de evaluación de la calidad normativa autonómica..	160
2.- Objetivo 2. Selección de indicadores de calidad adecuados. Fase de consenso	163
2.1.- Estudio de prioridades de los profesionales del sector	163
2.1.1.- Profesionales y Tasa de Respuesta.....	163
2.1.2.- Valoración de la Aplicabilidad de los Indicadores.....	165
2.1.3.- Valoración de la Idoneidad.....	168
2.2.- Selección del subset de 10 indicadores	178
3.- Objetivo 3. Identificación de oportunidades de mejora. Fase de evaluación.....	180

3.1.- Identificación de la calidad percibida por los profesionales.	180
3.2.- Identificación del nivel de calidad objetiva del subset de indicadores seleccionados.	183
3.2.1.- Situación de sector	183
3.2.2.- Situación por centros.....	189
3.2.3.- Comparación de la calidad percibida y el nivel de calidad objetiva	205
<i>DISCUSIÓN</i>	207
<i>RECOMENDACIONES</i>	225
<i>CONCLUSIONES</i>	229
<i>BIBLIOGRAFÍA</i>	233
<i>ANEXOS</i>	257
1.- Marco de referencia del Plan Autonómico de Drogodependencias.	259
2.- Indicadores del Plan de Calidad en la Atención a las Drogodependencias en Cataluña elaborados con el soporte metodológico de la FAD.....	263
3.- Estudio de la presencia de los criterios en las normas vigentes. Documentos estudiados.....	267
4.- Panel de indicadores.	271
5.- Ficha técnica de los indicadores seleccionados.	277

Índice de tablas

Tabla 1. Formas de consumo.....	23
Tabla 2. Trastornos inducidos por sustancias y situación de consumo..	26
Tabla 3. Ámbitos y objetivos del Plan Autonómico de Drogodependencias 2005-2008. Resumen y adaptación del autor.....	65
Tabla 4. Área Asistencial. Objetivos del Plan Autonómico de Drogodependencias 2005- 2008.....	66
Tabla 5. Área de Integración. Objetivos del Plan Autonómico de Drogodependencias 2005-2008.....	67
Tabla 6. Sectorización sanitaria de Aragón. Datos de la Dirección Gral. Planificación. 2001.....	73
Tabla 7. Recursos Asistenciales para drogodependientes por sectores de salud. Datos de Plan Autonómico de Drogodependencias 2005-2008.....	75
Tabla 8. Dimensiones de la Calidad Asistencial en Salud. Informe de anual 2005 del Sistema Nacional de Salud. Observatorio del SNS.....	92
Tabla 9. Actividades de evaluación de la calidad.....	95
Tabla 10. Tipos de criterios en calidad.....	101
Tabla 11. Aspectos y objetivos de mejora de los PMM.....	120
Tabla 12. Orientación de los Indicadores de la JCAHO.....	122
Tabla 13. Compromisos de Calidad de la Carta de Servicios del Instituto de Adicciones del Madrid Salud.....	130
Tabla 14. Asistencia ambulatoria a drogodependientes en Aragón. Datos de la Dir. Gral. Salud Pública del Gobierno de Aragón. 2007.....	152
Tabla 15. Subset de indicadores y tipo de fuente de datos.....	153
Tabla 16. Indicadores de fuente de documentación clínica.....	154
Tabla 17. Indicadores de fuente de observación directa.....	155
Tabla 18. Calendario de re-sensibilización en centros seleccionados para la evaluación.	157
Tabla 19. Calendario de evaluación en centros seleccionados.....	158
Tabla 20. Presencia de Indicadores en la normativa autonómica.....	163
Tabla 21. Profesionales asistenciales participantes en el estudio de prioridad.....	164
Tabla 22. Profesionales gestores participantes en el estudio de prioridad.....	165
Tabla 23. Aplicabilidad de los indicadores de programa de atención a drogas de Cataluña según los profesionales de Aragón.....	166
Tabla 24. Idoneidad de los indicadores de programa de atención a drogas de Cataluña según los profesionales de Aragón. Estadísticos descriptivos y Kruskal-Wallis.....	169
Tabla 25. Idoneidad agrupada por dimensiones. Estadísticos e IC 95%.....	177

Tabla 26. Idoneidad agrupada por tipo de indicador. Estadísticos, IC 95% y Kruskal-Wallis.....	177
Tabla 27. Agregado de rangos. Selección del subset de indicadores.....	179
Tabla 28. Cumplimiento percibido. Estadísticos, IC 95% y Kruskal-Wallis	181
Tabla 29. Cumplimiento percibido agrupado por dimensiones. Estadísticos, IC 95% y Mann-Whitney.....	182
Tabla 30. Cumplimiento percibido agrupado por tipo de indicador. Estadísticos, IC 95% y Mann-Whitney.....	182
Tabla 31. Cumplimiento objetivo de los indicadores evaluados. Estadísticos e IC 95%..	184
Tabla 32. Prueba de conformidad porcentaje de cumplimiento y estándar del indicador	187
Tabla 33. Diferencias entre cumplimiento percibido y objetivo	205
Tabla 34. Aplicabilidad. Indicadores no consensuados.....	211
Tabla 35. Indicadores evaluados: Dimensiones y Aspectos clave.....	212
Tabla 36. Resumen de acciones de mejora en niveles de salud.....	227

Índice de gráficos

Gráfico 1. Consumo de Alcohol en Aragón. Datos de la Encuesta ESTUDES 2005.	50
Gráfico 2. Consumo de Tabaco en Aragón. Datos de la Encuesta ESTUDES 2005.	51
Gráfico 3. Consumo de Cannabis en Aragón. Datos de la Encuesta ESTUDES 2005.	52
Gráfico 4. Consumo de Cocaína en Aragón. Datos de la Encuesta ESTUDES 2005.	52
Gráfico 5. Consumo de Speed y Anfetaminas en Aragón. Datos de la Encuesta ESTUDES 2005.	53
Gráfico 6. Consumo “alguna vez” sustancias en Aragón por edades (14, 16 y 18). Datos de la Dir. Gral. Salud Pública (DGA) Año 2006	54
Gráfico 7. EDADES 2005	56
Gráfico 8. Consumo de tabaco. Porcentaje de personas. Datos de la Encuesta EDADES 2001-2005.....	57
Gráfico 9. Consumo de alcohol. 15 a 64 años. Porcentaje de personas. Datos de la Encuesta EDADES 2001.....	58
Gráfico 10. Consumo de alcohol. Porcentaje de personas. Datos de la Encuesta EDADES 2001-2005.....	58
Gráfico 11. Consumo de porros. Porcentaje de personas. Datos de la Encuesta EDADES 2001-2005.....	59
Gráfico 12. Consumo de éxtasis. Porcentaje de personas. Datos de la Encuesta EDADES 2001.....	60
Gráfico 13. Consumo de éxtasis. Últimos 12 meses. Datos de la Encuesta EDADES 2001.	61
Gráfico 14. Consumo “alguna vez”. Porcentaje de personas. Datos de la Encuesta EDADES 2001.	63
Gráfico 15. Circuito terapéutico en tratamiento de las adicciones en Aragón. Plan Autonómico de Drogodependencias 2005-2008	72
Gráfico 16. Unidades de Atención y Seguimiento de las Adicciones por sectores sanitarios. Datos de Plan Autonómico de Drogodependencias 2005-2008.....	74
Gráfico 17. Actividad asistencial en Aragón: centros públicos y otras entidades. Datos de Plan Autonómico de Drogodependencias 2005-2008.....	77
Gráfico 18. Admisiones a tratamiento en Aragón. 1987-2002. Datos del indicador “Tratamiento” del SEIPAD 2002.....	78
Gráfico 19. Usuarios atendidos por provincias. 2002. Datos del indicador “Tratamiento” del SEIPAD 2002.....	78
Gráfico 20. Primera admisión a tratamiento por heroína 1991-2002. Datos del indicador “Tratamiento” del SEIPAD 2002.....	79
Gráfico 21. Primera admisión a tratamiento por cocaína 1991-2002. Datos del indicador “Tratamiento” del SEIPAD 2002.....	79

Gráfico 22. Distribución de usuarios en PMM por recursos. Datos del Plan Autonómico de Drogodependencias 2005-2008.....	80
Gráfico 23. Inicios de tratamiento. Distribución por procedencia. Datos del Plan Autonómico de Drogodependencias 2005-2008	81
Gráfico 24. Inicios de tratamiento. Tratamiento previo por la misma droga. Datos del Plan Autonómico de Drogodependencias 2005-2008.....	82
Gráfico 25. Inicios de tratamiento. Droga principal. Datos del Plan Autonómico de Drogodependencias 2005-2008.	83
Gráfico 26. Niveles de gestión de la calidad. Características y responsables.....	114
Gráfico 27. Gráfico de radar. Mejoras entre 1994 y 2004.....	123
Gráfico 28. Aplicabilidad. Indicadores con diferencias significativas.....	167
Gráfico 29. Idoneidad del Indicador 8. Gráfico de medias e intervalos.	170
Gráfico 30. Idoneidad del Indicador 9. Gráfico de medias e intervalos.	171
Gráfico 31. Idoneidad del Indicador 14. Gráfico de medias e intervalos.....	172
Gráfico 32. Idoneidad del Indicador 15. Gráfico de medias e intervalos.....	173
Gráfico 33. Idoneidad del Indicador 16. Gráfico de medias e intervalos.....	174
Gráfico 34. Idoneidad del Indicador 23. Gráfico de medias e intervalos.....	175
Gráfico 35. Idoneidad del Indicador 34. Gráfico de medias e intervalos.....	176
Gráfico 36. Indicadores evaluados. Situación del sector.	185
Gráfico 37. Indicadores evaluados. Diagrama de Pareto de incumplimientos.....	188
Gráfico 38. Indicadores evaluados. Cumplimiento general por centros.....	190
Gráfico 39. Indicador 2. Cumplimiento por centros.....	191
Gráfico 40. Indicador 3A. Serologías informativas.....	192
Gráfico 41. Indicador 6. Cumplimiento por centros.....	193
Gráfico 42. Indicador 8. Cumplimiento por centros.....	194
Gráfico 43. Indicador 12. Cumplimiento por centros.....	195
Gráfico 44. Indicador 14. Cumplimiento por centros.....	196
Gráfico 45. Indicador 17. Cumplimiento por centros.....	197
Gráfico 46. Indicador 18. Cumplimiento por centros.....	198
Gráfico 47. Indicador 22. Cumplimiento por centros.....	199
Gráfico 48. Indicador 25. Cumplimiento por centros.....	200
Gráfico 49. Indicador 26. Cumplimiento por centros.....	201
Gráfico 50. Indicador 27. Cumplimiento por centros.....	202
Gráfico 51. Indicador 29A. Cumplimiento por centros.....	203
Gráfico 52. Indicador 29B. Cumplimiento por centros.	204

AGRADECIMIENTOS

Quiero en estas breves líneas agradecer los apoyos recibidos durante el proceso de elaboración de esta tesis doctoral.

Merece una mención muy especial la Fundación Carramiñana-Lafuente, espero que el esfuerzo que ha supuesto su apoyo a esta investigación culmine en una verdadera mejora de la calidad en los tratamientos de los drogodependientes.

A los profesores que a lo largo de estos años me han guiado por el camino de calidad asistencial en la gestión del sector sanitario. A la Dra. Dolores Serrat por su amable acogida en la Universidad de Zaragoza y aceptar la dirección de la tesis. A la Dra. Rosa Suñol, codirectora, por su tiempo dedicado en el largo periodo de elaboración y mejora de esta tesis doctoral. A las dos mi sincero agradecimiento por la formación que pacientemente me han ofrecido en lo profesional y en lo humano. También, muy especialmente, a Pilar Hilarión del Instituto Universitario Avedis Donabedian-UAB y a Juan Carlos García Aisa y Juan Ramón García Mata del Servicio Aragonés de Salud.

A todos aquellos que han participado en este trabajo. A la Dirección General de Drogodependencias y SIDA de la Generalitat de Cataluña por permitirme el uso de los indicadores de calidad asistencial en drogodependencias en esta tesis. A Luís Gascón, Carmen Baranguán e Inmaculada Meléndez, de la Dirección General de Salud Pública del Gobierno de Aragón por su apoyo y facilidades durante estos años de trabajo. A todos los profesionales del sector sanitario aragonés que participaron en la priorización de los indicadores y en las evaluaciones de calidad. A los que me orientaron en la fases iniciales de este trabajo: a Jennifer Hillebrand (Agencia Europea de Drogas y Toxicomanías - EMCDDA), al Dr. Francisco Babín de Asis (Director del Instituto de Adicciones del MadridSalud) y al Dr. César Pascual (ex Delegado del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas).

Finalmente he de agradecer a todos aquellos que me han apoyado humanamente en la dura tarea de realizar una tesis doctoral. Especialmente a mis padres, familiares y amigos por ilusionarse conmigo en mi proyecto, por eso esta tesis también es suya.

Zaragoza, febrero de 2009

JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS

El progreso tecnológico y científico de la sociedad se ha manifestado en numerosos sectores. La “presión” social por la mejora continua de la calidad es, en parte, fruto de los avances en el sector industrial, que se ha trasladado a otros sectores de la actividad humana.

En ámbito sanitario se han originado numerosos cambios organizativos que han permitido el acceso de un mayor número de personas a la atención, dando cumplimiento a uno de los derechos fundamentales de la persona: el derecho a la protección de la salud.

Junto a ello, los avances científicos de la sociedad contemporánea han supuesto nuevas exigencias a las que la acción sanitaria ha dado una respuesta cada vez más favorable, ya que son mayores los servicios que se ofrecen, las curaciones que se consiguen y el modo en que se lleva a cabo la práctica sanitaria es más eficaz. Este progreso ha motivado por parte de las autoridades públicas un continuo desarrollo legislativo que ha ido consolidando el derecho a la salud a través de normas específicas que adaptan continuamente el sistema a las necesidades de la sociedad. En los últimos años se ha introducido la Calidad Asistencial como objeto de estudio, aplicación y progreso en la mayor parte de las instituciones sanitarias, públicas y privadas, independientemente de las especialidades o las acciones terapéuticas concretas que se realicen en cada institución específica. Esta “cultura” de calidad se ha concretado en una necesidad que tiene como objetivo aumentar la efectividad de las organizaciones sanitarias y proporcionar una mayor racionalidad en el ejercicio de sus funciones.

En contraste con esta situación de mejora, encontramos una serie de problemas concretos de salud que por su naturaleza no han podido

experimentar estos progresos al mismo tiempo que el resto de los servicios sanitarios. Entre ellos podemos encontrar amplios sectores de la población que va a ser objeto de este estudio: las personas con problemas de adicciones a las drogas.

El problema del consumo de drogas afecta en España a un millón de familias que sufren de cerca las consecuencias de la dependencia. Cada año más de 20.000 personas mueren prematuramente como consecuencia del consumo de alguna droga. Este problema, que se agravó a nivel mundial en los años ochenta del pasado siglo con la llamada “crisis de las drogas”, se transformó en un problema de salud pública. El gobierno español estableció el Plan Nacional sobre Drogas como organismo de la Administración pública que coordina e investiga todo lo relacionado con el consumo de drogas en nuestro país. Junto a la creación del Plan Nacional, se originó una amplia respuesta social desde múltiples sectores para hacer frente a un problema ante el cual el Sistema Nacional de Salud no estaba en condiciones de afrontar en solitario. De este modo surgieron multitud de iniciativas de tipo público y privado para la atención de personas con problemas de adicción a drogas y para la prevención en el sector educativo.

Con el paso de los años, el sector ha evolucionado considerablemente a todos los niveles. En primer lugar, los consumos y los consumidores han variado desde los años ochenta, y ya no se puede decir que el problema principal sea la heroína ni que los adictos respondan a un perfil psicosocial marginal. También el Plan Nacional sobre Drogas ha evolucionado y, a la par, ha conseguido indudables éxitos como: la implicación de todas las Administraciones Públicas del Estado (Administración Central, Autonómica y Local) en las intervenciones, la consolidación de una red de atención amplia y diversificada, la generalización de la política preventiva, la

creación de sistemas de información, la ampliación presupuestaria, la coordinación policial y la actualización de la legislación.

Desde el punto de vista legislativo y administrativo se está fomentando cada vez con más insistencia la creación y aplicación de programas de calidad asistencial a este complejo sector, marcando la tendencia clara de integrarlo en la red sanitaria normalizada, que ahora sí que cuenta con los elementos necesarios para asumir esta atención. Por la misma vía, la Administración Central ha transferido muchas competencias sanitarias a las Comunidades Autónomas, y éstas han asumido la labor preventiva y asistencial en materia de drogodependencias. Concretamente la Estrategia Nacional sobre Drogas vigente establece que las Comunidades Autónomas se han de responsabilizar de la elaboración de los Planes Autonómicos en materia de drogodependencias y de todo lo relativo a regulación y planificación de la prevención, asistencia e integración de los drogodependientes y de los recursos disponibles para esos objetivos.

En este sentido, las Comunidades Autónomas han diseñado sus Planes de Drogodependencias adaptándolos a la magnitud del problema en su territorio. Gracias a esto han surgido muchas iniciativas a nivel autonómico, también desde el punto de vista de la Calidad Asistencial a los toxicómanos. A nuestro juicio, hay que destacar el proyecto que ha llevado a cabo la Subdirección General de Drogodependencias de la Generalitat de Cataluña, que tiene como uno de los objetivos la mejora de la calidad de los servicios prestados por los centros de adicciones a través de un programa de evaluación externa de calidad de los centros para garantizar a los usuarios un nivel de calidad asistencial. Un grupo de expertos diseñaron de forma consensuada unos indicadores de evaluación externa de la calidad para centros de drogodependientes, con el apoyo del Instituto Universitario Avedis Donabedian – UAB de Barcelona.

En Aragón, nos encontramos en el comienzo de este proceso, del que ya se han dado importantes pasos desde que asumió las competencias de drogodependencias la Consejería de Salud y Consumo: existe un desarrollo normativo específico, se ha aprobado el primer Plan Autonómico de Drogodependencias, consolidado el sistema de información, institucionalizado la prevención en diversos sectores (laboral y escolar), racionalizado la atención y adecuado los recursos, actuado en el control de la oferta aumentando la presencia policial, etc. En esta iniciativa, la calidad asistencial no se ha encontrado explícitamente entre los objetivos prioritarios, pero no por ello ha dejado de ser un objetivo a medio plazo. De hecho aparece recogido en el preámbulo y en los artículos 19 y 33 de la Ley 3/2001, de 4 de abril, de prevención, asistencia y reinserción social en materia de drogodependencias.

Partiendo de la experiencia de la Subdirección General de Drogodependencias de la Generalitat de Cataluña y del Instituto Universitario Avedis Donabedian – UAB, pretendemos acercar la calidad al sector de la asistencia a drogodependientes en Aragón a través de los indicadores que han elaborado, específicos para centros ambulatorios de asistencia.

Desde este punto abordamos este trabajo con los siguientes objetivos:

Objetivo 1.- Identificar los criterios de evaluación de calidad en sector de la atención ambulatoria en drogodependencias.

Objetivo 2.- Seleccionar los criterios e indicadores de calidad más adecuados a la realidad de la atención ambulatoria de drogodependientes en Aragón.

Objetivo 2.1.- Conocer las prioridades de los principales actores de la calidad en el ámbito de la atención ambulatoria de drogodependientes en Aragón.

Objetivo 3.- Identificar las oportunidades de mejora, percibidas y objetivas, en áreas consideradas como prioritarias del sector de las drogodependencias en Aragón.

Objetivo 3.1.- Establecer los niveles de calidad percibida por los profesionales asistenciales para los indicadores.

Objetivo 3.2- Establecer los niveles de calidad objetiva para cada indicador seleccionado y compararlos con los niveles de calidad percibida.

INTRODUCCIÓN

Capítulo 1: Drogas y Drogadicción

La presencia de drogas en la sociedad ha sido una constante observada desde el comienzo de la historia humana en todos los pueblos y culturas. Fruto de esta herencia, en muchos países coexisten drogas lícitas (por su elevado nivel de aceptación social) y otras ilegales. En nuestro país, las drogas que más se consumen son legales: el tabaco y el alcohol. Pero desde el siglo XVIII hasta hoy, el hombre no solo se ha dedicado a la mera recolección de las plantas que contienen sustancias que afectan al cerebro; ha aplicado sus conocimientos para obtener y estudiar los principios activos, modificar sus estructuras con el objetivo de aumentar sus efectos, preparar grandes producciones mediante cultivos a gran escala y sintetizar nuevas moléculas. A la vez, el fenómeno de la adicción a drogas ha alcanzado una importante propagación en las últimas décadas. En la actualidad continuamos observando las repercusiones en la salud física y mental de estos incrementos en el consumo, que son de una importancia tal, que nos llevan a considerar la drogadicción como una auténtica epidemia.

1.- Conceptos generales

1.1.- Drogas y drogas de abuso.

Tradicionalmente, la palabra **droga** ha sido considerada para denominar al medicamento bruto en su estado natural. En el siglo XX, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha redefinido el concepto en varias ocasiones. En 1969 definió droga como “**toda sustancia introducida en un organismo vivo que pueda modificar una o varias de sus funciones**” (1). De este modo, el significado de droga sería similar a fármaco. Años después, con el fin de diferenciar los términos, definió **droga de abuso** como “**aquella sustancia de uso no médico con efectos psicoactivos (capaz de producir cambios en la percepción, el estado de ánimo, la conciencia y el comportamiento) y susceptible de ser autoadministrada**”.

En la actualidad, los profesionales (2) consideran que **droga** es un término amplio. Dentro de la variedad de sustancias, las drogas tienen en común los siguientes criterios:

Carácter psicótropo. Provocan cambios en las funciones psíquicas al introducirse en un organismo vivo.

Acción reforzante positiva. El placer que generan, incita a los consumidores a repetir su autoadministración.

Dependencia física/psicológica. La eliminación súbita del consumo provoca una sensación de malestar físico o psíquico.

No tiene aplicación médica, o se pueden usar al margen de sus posibles usos terapéuticos.

Algunos autores estiman que el abuso de la sustancia debe ir acompañado de **nocividad social** (familiar, laboral o/y personal). De este modo quedarían excluidas algunas sustancias (cafeína, etc.) que no serían consideradas como drogas.

1.2.- Uso, abuso y hábito: Conceptos previos a la dependencia.

Para definir y delimitar **uso, hábito, abuso** hemos de tener en cuenta que desde el punto de vista cultural, las diferentes sociedades tienen criterios diferentes sobre el uso y el abuso de algunas sustancias. Estas circunstancias hacen difícil establecer el significado de cada concepto, y dicha tarea todavía no ha sido concluida. Por ejemplo, en la cultura musulmana cualquier tipo de ingesta de alcohol es considerada como un abuso; a la vez, fumar hachís está

bien aceptado. De todos modos la OMS y algunas asociaciones médicas han consensuado algunos de estos conceptos (3-5).

Uso. Es el consumo, la utilización o el gasto de alguna sustancia sin que se produzcan efectos médicos, sociales o familiares significativos. Referido al uso de una droga debe entenderse como el consumo aislado y ocasional sin que exista tolerancia ni dependencia.

Hábito. Es la costumbre de consumir una sustancia por habernos adaptado a sus efectos. Para que se considere que un sujeto está habituado al consumo de una droga debe de cumplir los siguientes criterios:

- Existe un deseo de consumir la sustancia, pero:
- No existe tolerancia, por lo cual no se aumenta la dosis de sustancia utilizada.
- No aparecen trastornos por falta de la droga.
- La búsqueda de la droga no incluye una alteración conductual.

Tradicionalmente se ha considerado que algunas de estas sustancias son la nicotina, cafeína, teína, etc. Si bien es cierto que la OMS y la Asociación Americana de Psiquiatría consideran el fumar como una dependencia de la nicotina.

Abuso. Es el uso inadecuado de una sustancia porque su dosis, frecuencia o finalidad daña la salud física y mental del individuo o de los que le rodean. La OMS fija cuatro criterios para diagnosticar el abuso de drogas que se estudiarán posteriormente (véase 2.1).

1.2.1.- OTROS CONCEPTOS RELACIONADOS

Igualmente existen otros muchos conceptos relacionados con la dependencia que conviene clarificar para el desarrollo de este trabajo. Algunos de ellos son los siguientes: refuerzo (acción reforzante positiva), tolerancia, síndrome de abstinencia, farmacodependencia, drogodependencia o toxicomanía, dependencia fisiológica y dependencia psicológica.

Refuerzo. Efecto placentero inmediato para el individuo que produce la administración de una sustancia psicoactiva.

Tolerancia. Estado de adaptación del organismo a la acción de un fármaco. Se caracteriza por la disminución de los efectos placenteros inmediatos sobre el individuo consumidor tras autoadministrarse, de forma regular y continuada, la misma dosis de sustancia. Esto provoca una necesidad de incrementar la dosis progresivamente con el fin de obtener un refuerzo positivo similar al iniciar su utilización.

Síndrome de abstinencia. Manifestación de síntomas debido a la desaparición del consumo de una droga o cuando se administra algún antagonista. Está influido por procesos, tanto físicos como psíquicos, y al ser desagradable y molesto predispone para consumir de nuevo la droga.

2.- Drogodependencia o toxicomanía

Se conoce como el estado de intoxicación, periódica o crónica, producida por el consumo compulsivo repetido de una droga y está caracterizado por: la existencia de un deseo dominante de administrarse la droga y conseguirla por cualquier medio, tendencia a incrementar la dosis, dependencia física y

psicológica con síndrome de abstinencia asociado a la privación de la droga y que provoca efectos nocivos para el individuo y la sociedad.

La dependencia tradicionalmente (6) se ha considerado tanto **fisiológica** como **psicológica**, aunque en los últimos tiempos se ha añadido la dependencia **social**.

La dependencia **fisiológica** es un estado de necesidad de mantener unos niveles determinados de una droga en el organismo porque se ha creado un vínculo entre ellos (7). Se compone de la tolerancia y el síndrome de abstinencia. La dependencia **psicológica**, en cambio, es un estado de deseo irresistible o *craving* de repetir la autoadministración de una droga para experimentar su refuerzo (placer, sedación, euforia, alucinación) o para evitar el malestar que se manifiesta cuando la droga falta. Es decir el componente conductual de la dependencia.

La recientemente considerada dependencia **social** se caracteriza por la necesidad que tiene un individuo de consumir una droga como manifestación de su pertenencia a un grupo social. A la dependencia se asocian crisis relacionales cuando la droga falta, que pueden provocar la reanudación del consumo para restablecer su equilibrio social.

2.1.- Formas de consumo de drogas y vías de administración.

Las formas de consumo de drogas se relacionan directamente con el tipo de contacto que se tiene habitualmente con la droga. Así podemos distinguir las siguientes:

Experimental. El que se realiza durante un periodo muy corto de tiempo o en el que la dosis administrada es considerablemente pequeña. El componente

social de este consumo condiciona el número de veces de administración (una o varias) y la sustancia de elección, que suele ser elegida de manera indiscriminada por los componentes del grupo. El modo experimental terminaría aquí, ya que no se vuelve a consumir. Encontramos en este tipo de consumo motivos variados que inducen al consumo: conducta adolescente llevada por la curiosidad, conducta iniciática al mundo de los adultos, conducta de integración en grupos sociales, etc. Es el patrón inicial y común a todas las drogodependencias.

Ocasional. El objetivo principal es conseguir en cada ocasión niveles mas elevados de desinhibición social con el propósito de facilitar la integración grupal. La propia dinámica de esta integración motiva que las dosis sean más elevadas que las que habitualmente se observan en el consumo experimental. Aunque son menos generalizadas, también existen otras motivaciones más concretas que llevan al consumo ocasional: obtención de placer sexual más intenso, aumentar el rendimiento deportivo, aumentar el rendimiento académico, fortalecer la resistencia física para actividades lúdicas.

El **qué** y el **cuándo** son componentes esenciales del consumo ocasional. Es decir, existe una sustancia determinada de elección y **dónde** y **en qué** circunstancias quiere administrarse la droga. La aparición de la drogodependencia viene determinada por la frecuencia.

Habitual. A las características propias del consumo ocasional añadimos una autoadministración diaria de la droga. Esto se debe a que el individuo quiere eliminar el malestar mental y somático, y en el ya se ha desarrollado la drogodependencia (psicológica o fisiológica). Aunque los cambios conductuales son menores, o son manifestaciones esporádicas, el drogodependiente focaliza su vida en pensar en la droga, en cómo buscarla y en autoadministrársela.

Compulsivo. El consumo es de dosis muy elevadas y con varias administraciones diarias. Las alteraciones de la conducta son muy importantes y se manifiestan en toda la vida del individuo con un gran número de consecuencias en su vida social y una incapacidad para hacer frente a las actuaciones habituales de una persona normal en la vida diaria. Puede existir pérdida del empleo, rupturas afectivas y familiares, delincuencia y vagabundeo. La dependencia es tan intensa que existe una necesidad de administrar la droga para evitar los síntomas de la abstinencia.

En 1984, Siegel (8) estableció una caracterización del consumo en función de la dependencia.

Clasificación de Siegel		Tipología
Experimental		
Socio-recreativo	Ocasional	Episódico
Circunstancial-situacional		
Habitual	Sistemático	Crónico
Compulsivo		

Tabla 1. Formas de consumo. Siegel (8)

Una parte muy importante del estudio del consumo de drogas es el establecimiento de las vías de administración posibles. Si la droga se administra por una vía que produce efectos placenteros inmediatos su potencial adictógeno es más alto.

Se consideran cinco vías de administración:

Vía Oral. La sustancia se introduce por ingesta, mascada o sublingual. Se usa fundamentalmente para la administración de alcohol, anfetaminas, LSD, barbitúricos y drogas de diseño.

Vía Pulmonar. La droga es fumada o inhalada. Es la vía común para la nicotina, cannabis y *crack* (derivado cocaínico).

Vía Nasal. La droga es aspirada o esnifada. Es la manera más habitual de consumir cocaína, aunque son muchas las drogas que se pueden administrar por esta vía.

Vía Rectal o Genital. La sustancia es aplicada a las mucosas anal o/y genital. Se usa para consumir cocaína y heroína.

Vía Parenteral. Las tres formas de administración son la intravenosa, subcutánea e intramuscular. Los efectos placenteros son prácticamente instantáneos y usan muy poca cantidad de sustancia.

2.2.- Efectos generales de la adicción a drogas

La sociedad ha generado respecto a los drogadictos una imagen negativa. Puede parecer paradójico, porque habitualmente una persona enferma no genera un rechazo social tan fuerte. Esto es debido a la multitud de consecuencias que originan las drogodependencias (9).

Reacciones antisociales. Al centrar toda su vida en conseguir la droga, para el drogodependiente esa búsqueda ansiosa es su única norma. Los robos, homicidios, narcotráfico, etc., son consecuencia derivada de la pérdida de importancia de las normas (morales o/y legislativas) en sus vidas.

Infecciones y depresión de la defensa inmune. Son comunes la hepatitis viral, paludismo, SIDA, endocarditis bacteriana, endocarditis micótica, tétanos, abscesos, y una larga lista de enfermedades infecciosas que se pueden

contagiar cuando se usa la vía de administración intravenosa y falta asepsia e higiene.

Sobredosificación. Es un riesgo que suele asociarse a consumidores crónicos de opiáceos tras un periodo de abstinencia. La sobredosificación se produce al administrarse una cantidad propia de la fase de consumo crónico (en la que el adicto se ha adaptado por tolerancia). Esta cantidad, evidentemente, resulta tan excesiva que origina una intoxicación que puede acabar con la vida.

“Escalada de las drogas”. Las drogas de mayor consumo son el alcohol, el tabaco y el cannabis según los organismos oficiales. De entre ellas, los especialistas consideran que el alcohol y el cannabis son la puerta de entrada a otras drogas, además de los efectos negativos que tienen en sí mismas. De este modo, existe el riesgo comprobado de que se pasa del abuso de esas drogas al consumo experimental de otras como heroína, cocaína, drogas de síntesis, etc., debido a que es más fácil “eliminar las barreras” que el sentido común dicta al consumidor.

Efectos tóxicos. Son específicos para cada droga y acumulativos en caso de policonsumo.

Trastornos mentales. La adicción a drogas también puede tener como consecuencia la aparición de indicios de trastornos psiquiátricos asociados al consumo de drogas.

Trastornos inducidos por sustancias	Drogas y situación
Delirium	Alcohol ^{1,2} , Meperidina ¹ , Sedantes ^{1,2} , Alucinógenos ¹ , Cannabis ¹ , Anfetaminas ¹ , Cocaína ¹ , Fenciclidina ¹ , Inhalantes ¹
Demencia ^{A, B}	Alcohol ³ , Sedantes ³ , Inhalantes ³
Trastorno amnésico persistente ^B	Alcohol ³ , Sedantes ³
Trastorno psicótico	Alcohol ^{1,2} , Meperidina ¹ , Sedantes ^{1,2} , Alucinógenos ¹ , Cannabis ¹ , Anfetaminas ¹ , Cocaína ¹ , Fenciclidina ¹ , Inhalantes ¹
Ideas delirantes	Alcohol ^{1,2} , Opiáceos ¹ , Sedantes ^{1,2} , Alucinógenos ¹ , Anfetaminas ^{1,2} , Cocaína ^{1,2} , Fenciclidina ¹ , Inhalantes ¹
Alucinaciones	Alcohol ^{1,2} , Opiáceos ¹ , Sedantes ^{1,2} , Alucinógenos ¹ , Anfetaminas ^{1,2} , Cocaína ^{1,2} , Fenciclidina ¹ , Inhalantes ¹
Trastornos del estado de ánimo	Alcohol ^{1,2} , Sedantes ² , Alucinógenos ¹ , Cannabis ¹ , Anfetaminas ^{1,2} , Cocaína ^{1,2} , Fenciclidina ¹ , Inhalantes ¹ , Cafeína ¹
Trastornos de ansiedad	Alcohol ^{1,2} , Opiáceos ¹ , Sedantes ¹ , Anfetaminas ¹ , Cocaína ³
Trastornos sexuales	Alcohol ^{1,2} , Opiáceos ^{1,2} , Sedantes ^{1,2} , Anfetaminas ^{1,2} , Cocaína ^{1,2} , Cafeína ¹
Trastornos del sueño	

A: Siempre hay que considerar otras posibles causas concomitantes.
B: Puede persistir mucho tiempo una vez la droga ha sido totalmente eliminada del organismo.
1: inicio del trastorno durante la intoxicación de la sustancia.
2: inicio del trastorno durante la abstinencia de la sustancia.
3: inicio del trastorno se da tras un consumo prolongado y no sólo durante la intoxicación o la abstinencia.

Tabla 2. Trastornos inducidos por sustancias y situación de consumo. Lorenzo (2).

3.- Criterios diagnósticos de patologías

A continuación se van a tratar los diferentes criterios que los profesionales han establecido para elaborar el diagnóstico de enfermedades relacionadas con el consumo de drogas.

En la actualidad existen dos sistemas de diagnósticos: el sistema DSM-IV de la American Psychiatric Association (1994) y el CIE-10 de la OMS (1992). Ambos son muy similares y generalmente el DSM-IV es el más aceptado en EEUU y el CIE-10 en Europa.

La eficacia del método se basa en el amplio conocimiento que se tiene de los fenómenos relacionados con la adicción: la dependencia, la tolerancia, la abstinencia y los cambios neurofisiológicos adaptativos que se producen. La

característica esencial de la dependencia consiste en un grupo de síntomas cognoscitivos, conductuales y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo la sustancia a pesar de los problemas relacionados. También existe un patrón de repetida autoadministración que a menudo lleva a la tolerancia, a una clínica de abstinencia y a una ingestión compulsiva. Este fenómeno da lugar a una pérdida total de la autonomía personal y de la libertad del individuo.

3.1.- La neuroadaptación.

La neuroadaptación es la vinculación del organismo con la droga que se manifiesta en la necesidad de mantener unos niveles de sustancia en el organismo. Es lo que ya conocemos como dependencia física y se compone de la tolerancia y del síndrome de abstinencia.

3.1.1.- LA TOLERANCIA

En general en los organismos se puede hablar de tolerancia farmacológica, aunque si la sustancia es una droga psicoactiva la tolerancia es más evidente. Lo característico es la disminución gradual del efecto buscado hasta que para conseguir el mismo efecto es necesario aumentar la dosis (2, 10).

Desde el punto de vista del individuo podemos hablar de dos tipos de tolerancia: la innata y la adquirida. La **tolerancia innata** es una sensibilidad menor de lo normal a la sustancia desde la primera ocasión en que se administra. Puede facilitar la aparición de una dependencia temprana y rápida a esa sustancia.

El otro tipo de tolerancia a considerar es la **tolerancia adquirida**, que se clasifica a su vez en tres tipos: tolerancia farmacocinética, tolerancia farmacodinámica y tolerancia aprendida. La **tolerancia farmacocinética** se

produce por una inducción enzimática de los enzimas microsomales hepáticos. Se origina un aumento de síntesis de estos enzimas que reducen la biodisponibilidad de la droga por reducción de concentración en el plasma. Es muy característico en los fenómenos de tolerancia a barbitúricos y al alcohol. También pueden darse cambios en los sistemas biológicos que son directamente afectados por la sustancia psicoactiva y se desarrollan mecanismos compensadores por su repetida administración. A veces disminuyen los receptores o su sensibilidad, otras son cambios en los mecanismos bioquímicos de traducción de señales o segundos mensajeros, etc., que finalmente disminuyen la sensación del sujeto. Esto es lo que denominamos **tolerancia farmacodinámica**. Para terminar de explicar los tipos de tolerancia adquirida, nos encontramos con la **tolerancia aprendida**. En este caso se produce una reducción de los efectos de la droga por una compensación desarrollada con el consumo repetido y en las mismas condiciones. Aunque no se conocen sus bases fisiológicas, el hecho es que se observan en personas que asocian el consumo a determinadas circunstancias exteriores premonitorias a la administración de la droga y el organismo responde desencadenando reacciones fisiológicas preadaptativas previas a la administración de la sustancia. Es, en definitiva, un “aprendizaje” del organismo que impide que se manifiesten completamente los efectos a dosis habitual.

Desde el punto de vista de la droga consideramos tres tipos de tolerancia: aguda, invertida y cruzada. Cuando la sustancia se administra de manera rápida y muy repetida en un momento determinado (por ejemplo cocaína en una fiesta) la reacción a las sucesivas dosis de droga va disminuyendo. Este es el tipo de **tolerancia aguda**. Algunas sustancias, en cambio producen la llamada **tolerancia invertida** que se caracteriza cuando se producen los mismos efectos de la droga con dosis normales, incluso menores. En este tipo de tolerancia se produce una sensibilización que requiere que los intervalos de administración de sustancia sean mayores. Fisiológicamente se explica por una posible acumulación de la sustancia en los tejidos o por un aumento de la

sensibilidad de los receptores. Se observa en adictos a la cocaína y en alcohólicos. En estos últimos es muy característico ya que cuando aparece la tolerancia invertida con dosis pequeñas de alcohol se manifiestan unos síntomas muy agudos de embriaguez. Esto se debe a una patología hepática por un consumo intenso y habitual que provoca defectos en la metabolización del alcohol ingerido. Para terminar, también pueden aparecer fenómenos de **tolerancia cruzada** cuando un drogodependiente se hace tolerante a una droga de efectos similares a los de su droga de consumo habitual. Suele ser típico de drogas del mismo grupo farmacológico o que actúan por mecanismos parecidos.

3.1.2.- EL SÍNDROME DE ABSTINENCIA

En el proceso de generación de la dependencia observamos un punto en el que si retiramos la droga bruscamente, tras un consumo prolongado, se presenta el llamado síndrome de abstinencia. Comienzan unas manifestaciones agudas, y más o menos graves de tipo físico y psicológico, que tienen rasgos comunes y variables y otras manifestaciones específicas según la droga que ha generado la dependencia. Esta sensación sólo cede cuando se administra la droga u otros fármacos sustitutivos que ocupen los neuroreceptores que la droga deja libres. Según el origen del síndrome de abstinencia podemos clasificarlo en dos tipos (2): **abstinencia por supresión** (cuando se retira la droga) o la **abstinencia precipitada** (provocada por la administración de un antagonista de la droga).

El hecho de que aparezca la abstinencia es un claro signo de dependencia fisiológica. En drogas depresoras del SNC la abstinencia es muy intensa, mientras que en estimulantes y alucinógenos es más difícil de identificar. En general se puede decir que los efectos del síndrome de abstinencia son los opuestos a los que provoca la droga administrada. El más conocido socialmente es el SAO (síndrome de abstinencia a opiáceos) por ser el que

más se manifiesta. Este hecho ha llevado a muchos a considerar que las demás drogas, como la cocaína, no provocan abstinencia cuando la verdad no es así. Ciertamente varía la intensidad del síndrome en función del tipo, la dosis, la vía, la frecuencia y la metabolización.

La dependencia física no determina la drogodependencia ya que son muchos los que pueden utilizar terapéuticamente sustancias psicoactivas durante tiempo prolongado y no abusar de su administración.

“Craving” o estado de anhelo

El **craving** o estado de anhelo es el deseo irresistible y compulsivo de repetir la experimentación de los efectos placenteros que provoca la droga o evitar los efectos negativos que su ausencia genera. Éste es el componente fundamental de la **dependencia psicológica** y, junto con todos los cambios conductuales que ésta induce respecto a la búsqueda de la droga, el que determina el diagnóstico de una verdadera drogodependencia.

La dependencia psicológica ha sido analizada desde los estudios de la conducta y se han diferenciado dos teorías complementarias: la instrumental y la de Pavlov. Desde el punto de vista instrumental la droga se administra como “instrumento” que influye en los refuerzos (llamamos refuerzo a los efectos de las drogas, positivos los placenteros y negativos los del síndrome de abstinencia). Muchas veces es imposible saber por qué tipo de refuerzo se administra un adicto la droga, ya que experimenta refuerzos positivos y remisión de los negativos de manera prácticamente simultánea. Desde la perspectiva de las señales, comprobamos que la teoría de Pavlov es aplicable en este caso ya que el ambiente, las conductas y otros estímulos se han asociado psicológicamente al consumo y se genera un deseo irresistible de administrarse la droga.

Por otro lado, del mismo modo que la dependencia física está íntimamente ligada al síndrome de abstinencia aguda, la dependencia psicológica está directamente relacionada con el **síndrome de abstinencia tardía** y el **síndrome de abstinencia condicionado**.

El síndrome de abstinencia tardía se manifiesta por disfunciones de la afectividad, memoria, pensamiento, percepción por los sentidos y es un constante y diario recuerdo de la droga de la que era dependiente que genera riesgo de recaída. Su duración es muy prolongada tras la última administración de droga. Pero a veces también puede observarse el síndrome de abstinencia condicionado en personas que llevan tiempo sin consumir, que tiene la misma sintomatología que el síndrome de abstinencia agudo, y que es causado por la exposición a los estímulos ambientales de su consumo anterior o que son similares. Este síndrome manifiesta unas vinculaciones muy profundas entre esos estímulos ambientales, el *craving*, y sus manifestaciones propias cuya base fisiológica es todavía desconocida.

Actualmente sabemos que la dependencia psicológica es más difícil de superar que la física, ya que es el elemento esencial de la drogodependencia.

3.2.- Criterios para el diagnóstico de drogodependencias por consumo de sustancias

Para diagnosticar la dependencia, el **DSM-IV** la define como un patrón desadaptativo de consumo que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por tres (o más) de los síntomas siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses:

Tolerancia. Definida por cualquiera de los siguientes síntomas:

- Necesidad de cantidades sensiblemente crecientes de la sustancia para conseguir el efecto deseado.
- El efecto de las mismas cantidades de la sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.

Abstinencia. Definida por cualquiera de los siguientes síntomas:

- Se padece el síndrome de abstinencia característico de la sustancia.
- Se administra la misma sustancia (o muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas del síndrome de abstinencia.
- La sustancia es administrada con frecuencia en cantidades mayores o durante un periodo más amplio de lo que inicialmente se pretendía.
- Existe un deseo persistente o un esfuerzo infructuoso de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.
- Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con el consumo de la sustancia o en la recuperación de sus efectos.
- Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.
- Se continúa administrando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos persistentes que parecen causados o intensificados por el consumo de la sustancia.

Establece además dos tipos de **dependencia**:

- **Con dependencia fisiológica.** Si cumplen cualquiera de los puntos 1 y 2 (es decir que existe tolerancia y/o abstinencia).

- **Sin dependencia fisiológica.** Los que no cumplen ninguno de los puntos 1 y 2 (es decir que no existe tolerancia y/o abstinencia)

Para el sistema **CIE-10** la persona que padece **dependencia** debe presentar los siguientes aspectos (no son los criterios):

- Manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognitivas características.
- Se da la máxima prioridad al consumo de la sustancia.
- Hay un deseo (fuerte o insuperable) de administración.
- Las recaídas después de un periodo de abstinencia llevan a instaurar más rápidamente este síndrome que en los no dependientes.

Para establecer la **dependencia**, el **CIE-10** establece que en algún momento de un periodo de 12 meses han estado presentes tres (o más) de los rasgos siguientes:

- Deseo o compulsión de consumir la sustancia.
- Disminución de la capacidad de control del consumo: al iniciar o al terminar.
- Síntomas somáticos del síndrome de abstinencia específico cuando se reduce o cesa el consumo.

Tolerancia.

- Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones.

- Persistencia en el consumo a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales.

Aunque los criterios del CIE-10 y el DSM-IV son muy parecidos, existen algunas diferencias, el CIE-10 condensa los siete criterios del DSM-IV en cinco y añade uno referido al *craving*. Los dos añaden un apartado referido a la evolución de la dependencia, en el que codifican si el consumo es continuo o esporádico, si existe o no síndrome de abstinencia. El CIE-10 presenta las siguientes opciones:

- En la actualidad en abstinencia
- En la actualidad en abstinencia en medio protegido
- En la actualidad en régimen clínico de mantenimiento o sustitución supervisado.
- En la actualidad en abstinencia con tratamiento con sustancias aversivas/bloqueantes.
- Con consumo actual de la sustancia.
- Con consumo continuo.
- Con consumo episódico.

El DSM-IV usa seis especificaciones, cuatro son de remisión y dos son especificaciones adicionales. Las **especificaciones adicionales** son las del principio de tratamiento cuando la dependencia no ha disminuido, se denominan **entorno controlado** y **terapéutica con agonistas**. La especificación “tratamiento con agonistas” se usa cuando el individuo tratado no presenta criterios de dependencia (excepto tolerancia y síndrome de abstinencia) para el agonista durante un mes. El entorno controlado, en

cambio, es una especificación que se utiliza cuando el sujeto se encuentra en un entorno (cárceles, comunidades terapéuticas o unidades hospitalarias) donde el acceso a las sustancias controladas es restringido y no se observa ninguno de los criterios para la dependencia o el abuso durante 1 mes.

Las **especificaciones de remisión** son aquellas en las que se van remitiendo los criterios que establecen dependencia. De este modo encontramos cuatro tipos de remisión: **remisión total temprana, remisión parcial temprana, remisión total sostenida, remisión parcial sostenida**. La remisión total temprana se usa cuando no se cumplen los criterios diagnósticos de abuso o dependencia durante 12 meses (si es de más de 12 meses hablamos de la remisión total sostenida). En el caso de la remisión parcial temprana se usa si se han cumplido entre 1 y 12 meses uno o más criterios de dependencia o abuso sin que se cumplan todos los criterios para la dependencia (si es de más de 12 meses hablamos de la remisión parcial sostenida).

4.- La atención a los drogodependientes

Según el National Drug Abuse Institute (US Department of Health and Human Services), el objetivo general de la atención de las drogodependencias es la modificación de la conducta patológica y la recuperación del autocontrol en las situaciones personales y ambientales que le inducen al consumo (11). También hay que considerar que las sustancias adictivas presentan diferentes características biológicas (potencial adictivo, toxicidad, efectos agudos y crónicos) y psicosociales (marco legal, consideración social, precio, vías de la oferta,...). Además, los sujetos que las consumen no forman un grupo homogéneo, y esto hace que el tratamiento de cada droga sea específico, aunque se pueden identificar objetivos y estrategias terapéuticas generales.

4.1.- Objetivos en la atención

Los objetivos que consideramos son (11):

1.- Abandono del consumo de tóxicos. El objetivo final es el abandono del consumo de sustancias adictivas por parte del paciente. Los elementos para llegar a ese “nuevo” estilo de vida deben incluir la motivación para conseguir la abstinencia y nuevos patrones comportamentales para evitar el consumo.

2.- Mejorar la calidad de vida. No todos los pacientes se encuentran con una situación psicológica y sociofamiliar que permita el objetivo de la abstinencia completa. Por este motivo hay que plantear metas intermedias como la mejora de las condiciones de vida del paciente aunque se mantenga el consumo de droga. En estos casos hay que conseguir la adherencia al tratamiento y plantear principalmente la reducción del daño. De este modo, a los pacientes motivados a mejorar estos aspectos de su vida, se les puede tratar con fármacos agonistas, manteniendo en segundo plano el objetivo de la abstinencia final.

3.- Prevención de las recaídas. El peligro de las recaídas en el paciente drogadicto es importante. En los casos de adicción crónica, la reducción de la frecuencia y gravedad de las recaídas puede ser un objetivo. Muchos planes de tratamiento incluyen métodos de detección precoz y de intervención en recaídas identificando las de riesgo de recaída.

Estos objetivos están ampliamente consensuados por los profesionales (12) y por los organismos oficiales internacionales (13).

4.2.- Medio asistencial del tratamiento.

Los principales factores determinantes de la eficacia de los servicios de tratamiento son la diversificación, la disponibilidad y la accesibilidad de los medios asistenciales. Los servicios deben lograr entrar en contacto con las poblaciones destinatarias y conservarlo. También deben estar en condiciones de realizar una amplia variedad de actividades a fin de responder a las necesidades sanitarias y de atención a los usuarios.

En general, los medios asistenciales difieren en su disponibilidad por diversos motivos: posibilidades terapéuticas, limitación de acceso a fármacos, conductas de alto riesgo, horario de funcionamiento, ambiente del centro, y la filosofía del tratamiento (14).

En este sentido, los ámbitos asistenciales en los que se realizan los tratamientos son: medio asistencial ambulatorio, medio asistencial hospitalario, hospitales de día y comunidades terapéuticas.

4.2.1.- MEDIO ASISTENCIAL AMBULATORIO

Es el medio idóneo para pacientes que no requieren un grado intensivo de atención. Esto permite la normalización de la vida del paciente en su medio sociofamiliar y con las situaciones habituales. De hecho, cualquier plan de tratamiento intensivo (como puede ser una desintoxicación hospitalaria) debe ser completado con el tratamiento ambulatorio que permite afrontar los problemas y situaciones cotidianas. Estos dispositivos ofrecen un servicio integral de orientación, evaluación, desintoxicación y deshabitación, además cooperan en la reincorporación social y suelen participar en la labor de prevención. Pueden ser centros específicos o centros generales con programas para drogodependientes, tanto libres de drogas como de reducción de daños.

4.2.2.- MEDIO ASISTENCIAL HOSPITALARIO

Es el medio de elección en pacientes que requieren régimen de internamiento y para aquellos que necesitan una atención más intensa por parte de médicos, u otros especialistas, en las primeras fases de su tratamiento. Los servicios que ofrecen los programas de hospitalización incluyen habitualmente la desintoxicación, evaluación y tratamiento de los trastornos médicos generales y psiquiátricos, psicoeducación y elaboración de un plan de asistencia post-alta y, a veces, para la rehabilitación.

4.2.3.- HOSPITALES DE DÍA.

La hospitalización parcial proporciona una terapia intensiva y estructurada intermedia entre los tratamientos hospitalarios y los ambulatorios. Son una fase intermedia obligada en los pacientes dados de alta que tienen un alto riesgo de recaída, ya que proporciona atención intensiva diaria y se evita la separación total del medio sociofamiliar.

4.2.4.- COMUNIDADES TERAPÉUTICAS

En algunos casos puede ser necesario el tratamiento en régimen de residencia prolongada. Se ofertan a pacientes en los que los beneficios del tratamiento ambulatorio se prevé que serán bajos. En este ámbito se trata de crear un modelo de vida sin consumo, generando habilidades para afrontar la reincorporación a la sociedad.

4.2.5.- PISOS DE APOYO A LA DESINTOXICACIÓN Y DE ESTANCIA.

Son recursos a los que acceden drogodependientes que carecen del apoyo sociofamiliar necesario para el tratamiento. Conviven con otras personas que tienen problemas de adicción y dependen de un Centro Ambulatorio o de un Hospital de Día.

4.2.6.- OTROS PROGRAMAS ASOCIADOS.

También existe una serie de programas específicos que pueden realizarse en esos centros o en otros centros de atención social, para obtener los objetivos terapéuticos previstos:

- 1.- Programa de dispensación de opiáceos.
- 2.- Programas de reducción de daños.
- 3.- Programas a pacientes con problemas jurídico-penales.
- 4.- Centros de actividades.
- 5.- Programas de formación.
- 6.- Programas de incorporación laboral.
- 7.- Programas de apoyo residencial.

Capítulo 2: La droga y las drogodependencias en Aragón

Con la crisis de las drogas de los años ochenta, y con la exclusión de la asistencia a los drogodependientes de la Red Sanitaria normalizada, en Aragón surgieron iniciativas asistenciales de todo tipo: autonómico, municipal, público, privado, concertado, etc... Con la creación del Plan Nacional de Drogas, en el año 1985, el Gobierno de España comenzó el camino hacia una política integral para abordar el problema de las drogas desde los diferentes factores que intervienen: prevención, asistencia y coordinación de actuaciones.

Con el paso de los años el problema de las drogas persiste, aunque algunas de las circunstancias y políticas han ido evolucionando (15). Un hecho de especial relevancia en este sector fue la extensión del virus del VIH y el SIDA, por su estrecha relación con los usuarios de drogas por vía parenteral y con otras patologías asociadas. También han cambiado los patrones de consumo y los profesionales relacionados con las drogas han adaptado su labor a esos cambios adquiriendo una visión más profunda y científica del problema de las adicciones para considerarlo como un verdadero problema de salud.

5.- La Atención Sanitaria

La formación y génesis de un sistema de salud está organizada en coherencia con el sistema económico nacional y los valores sociales predominantes (16). Entender la salud como un derecho conlleva organizar el sistema para garantizarlo.

En esta concepción del derecho a la salud se constituye el actual Sistema Nacional de Salud de España, que es mayoritariamente público, en transición desde un modelo de Seguridad Social a un modelo de Servicio Nacional de Salud. También se da la transición de un modelo altamente centralizado a un modelo plenamente descentralizado a las Comunidades Autónomas (17).

Las Comunidades Autónomas tienen competencias propias en salud pública, la planificación sanitaria, y la gestión y organización de la atención de la salud. También reciben los recursos sanitarios necesarios dependientes de la Administración Central y de instituciones públicas de carácter intrautonómico (diputaciones provinciales, ayuntamientos, cabildos). Para el ejercicio de estas funciones, los Parlamentos Autonómicos establecen el desarrollo legislativo que lo permita (siempre que no se trate de legislar sobre competencias reservadas a la Administración Central)(18).

Aragón tiene facultad para definir sus propias estructuras sanitarias, su organigrama de gestión. Existe una Consejería de Sanidad que se responsabiliza de las competencias sanitarias. Dentro de estas competencias (19) está la de autoridad sanitaria, que define y ordena la política sanitaria en su territorio, promulgando diversas normas (leyes de ordenación de servicios, planes de salud, etc.) del ámbito de la Salud pública, la prevención, la planificación, la inspección, las campañas y la autorización de establecimientos sanitarios.

La segunda gran competencia de las Comunidades Autónomas es la de prestación de servicios asistenciales desde el Servicio Autonómico de Salud, que se encarga de los centros sanitarios, la gestión de personal (funcionario, estatutario o laboral), compra de bienes y servicios, mantenimiento de instalaciones, inversiones, etc. También se da parte de prestación a través la modalidad de gestión concertada, a través de centros públicos, privados sin ánimo de lucro, o privados con ánimo de lucro.

La ley General de Sanidad supuso también una modificación de las responsabilidades en materia de sanidad que tenían las corporaciones locales (20). Actualmente, son las CCAA las que determinan las responsabilidades y competencias de las provincias, municipios y demás administraciones

territoriales infrarregionales. Pero a los ayuntamientos se les reserva un papel relevante en algunos aspectos de salud pública. Pueden participar en los consejos del área de salud y llevan control sanitario público de algunas actividades.

6.- El sector de las Drogodependencias en Aragón

En la actualidad, con el desarrollo de las Comunidades Autónomas, el Estatuto de Autonomía de Aragón otorga al Gobierno de Aragón las competencias relativas a drogodependencias en el marco de la sanidad y la higiene en la Comunidad. Las competencias en materia de drogodependencias, que se transcriben a continuación, se han recogido en la Ley 3/2001, de 4 de abril, de Prevención, Asistencia y Reinserción Social en Materia de Drogodependencias.

- Del Gobierno de Aragón.

- a) La planificación general y la evaluación de las necesidades, demandas y recursos.
- b) La coordinación y ordenación de las funciones y servicios que han de realizar las instituciones implicadas, tanto públicas como privadas.
- c) La creación del sistema de información sobre drogodependencias, para conocer el consumo de drogas y de los problemas asociados.
- d) La elaboración de las normativas relativas a la autorización, acreditación, registro e inspección de centros, programas o servicios en materia de consumo de drogas (21).
- e) La acción inspectora y sancionadora.

f) La promoción de la formación continua del personal sanitario, de servicios sociales y educativo.

g) La adopción de todas las medidas que sean necesarias para asegurar el desarrollo de la Ley 3/2001.

h) El asesoramiento a las corporaciones locales en la elaboración de sus planes y programas relacionados con las drogodependencias.

- Corporaciones Locales:

a) La dirección de aquellos programas propios de drogodependencias.

b) La elaboración, aprobación y ejecución del plan municipal/comarcal, sobre drogodependencias.

c) El fomento de la participación social y el apoyo a las instituciones privadas que, sin ánimo de lucro, desarrollen actuaciones del plan municipal/comarcal sobre drogodependencias.

d) La acción inspectora y sancionadora.

e) La colaboración con los sistemas educativo y sanitario en educación para la salud.

Para ejercer estas funciones, el Gobierno de Aragón ha creado la Comisión Interdepartamental de Drogodependencias (22) con las funciones de elaborar y proponer los objetivos del Gobierno de Aragón en materia de atención a las drogodependencias y coordinar la actividad de los distintos Departamentos. Otro organismo que también existe en Aragón es el Consejo Asesor en Drogodependencias (22). Tiene carácter consultivo para la participación y representación de las entidades y colectivos en el ámbito político.

6.1.- Plan Autonómico de Drogodependencias.

La Ley 3/2001 establece la creación del Plan Autonómico de Drogodependencias y le atribuye las funciones de planificación, ordenación y coordinación de los recursos, objetivos y actuaciones en todo Aragón (23). Es el instrumento básico, y es vinculante para todas las Administraciones públicas e instituciones privadas del sector.

El Plan está elaborado por el Gobierno de Aragón, teniendo en cuenta las propuestas de la Comisión Interdepartamental de Drogodependencias y del Consejo Asesor en Drogodependencias. Tiene en cuenta de manera muy particular la acción preventiva, aunque también se ocupa de la asistencia y la reintegración. El contenido fundamental del Plan, que viene fijado por la Ley 3/2001, es:

- a) El análisis de la situación epidemiológica del consumo de drogas en Aragón.
- b) Los objetivos generales y específicos por áreas y las actividades para lograrlos.
- c) Criterios básicos de actuación.
- d) Programas y calendario de actuaciones.
- e) Ordenación de los recursos asistenciales y descripción de sus funciones.
- f) Coordinación entre las Administraciones públicas, entidades e instituciones privadas que desarrollen actuaciones en materia de drogas (24, 25).
- g) Indicadores de seguimiento, control y evaluación.

6.1.1.- MARCO DE REFERENCIA

El Plan Autonómico de Drogodependencias establece el marco de referencia general que posibilita las diferentes acciones en materia de lucha contra la droga en todos los niveles. Posteriormente se elaboran diferentes normas con las que se consiguen mayores niveles de concreción.

- Plan de Salud de Aragón (1999).
- Ley 3/2001, de 4 de abril, de prevención, asistencia y reinserción social en materia de drogodependencias.
- Ley 6 /2002 de Salud de Aragón.
- Ley 2/2000 de 8 de junio del Juego en la Comunidad Autónoma de Aragón.
- Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008.
- Estrategia Europea sobre Drogas 2005-2012.
- Plan de Acción de la UE de materia de lucha contra la Droga 2005-2008.
- Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo 2003-2007.
- Legislación nacional e internacional. VER ANEXO 1.

6.2.- Periodo 2005-2008

6.2.1.- ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO DE LA SITUACIÓN ACTUAL.

Para una política preventiva y asistencial eficaz, es necesario que las autoridades cuenten con información que sirva en la toma de decisiones (26). Es básico conocer la incidencia, prevalencia y evolución de las adicciones, que

tipos de sustancias se consumen, percepciones de riesgo, acceso a los tratamientos, etc. La cantidad de información necesaria ha obligado a definir, planificar y sistematizar la recogida y análisis de los datos. La experiencia acumulada durante estos años ha llevado al origen de un verdadero sistema de vigilancia, que se integra en los sistemas de vigilancia sanitarios y específicos a nivel nacional e internacional (27, 28).

Los diferentes datos dan lugar a unos indicadores informativos que permiten la comparabilidad manteniendo la especificidad.

El sistema de información ha diseñado, y perfeccionado, los diversos instrumentos por los cuales se obtiene la información.

- Los **indicadores del Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías (SEIT)**. Análisis de mortalidad, urgencias y demandas de tratamiento.
- Encuestas sobre uso de drogas en población escolar **ESTUDES** (29).
- Encuesta domiciliaria sobre abuso de drogas en España. **EDADES** (30, 31).

6.2.2.- ENCUESTA ESTUDES SOBRE EL USO DE DROGAS EN POBLACIÓN ESCOLAR.

Esta encuesta bianual, ha analizado las tendencias y consumos de jóvenes aragoneses de entre 14 y 18 años. De los 40.860 jóvenes se seleccionó a 1764 (4,3 % de la población de estudiantes de 14-18), pertenecientes a 33 centros educativos. Aunque el objetivo de este trabajo no es hacer un análisis exhaustivo de la epidemiología en Aragón, es interesante exponer que esta encuesta permite estimar: la prevalencia de consumo de las distintas

sustancias; patrones de consumo y las características sociodemográficas; percepciones y actitudes ante la oferta, disponibilidad percibida y riesgo percibido por el consumo; identificar factores de riesgo asociados al consumo de sustancias concretas y conocer el grado de exposición y receptividad de los estudiantes a las intervenciones de prevención.

Los resultados, referidos a los consumos, demuestran que el **alcohol** sigue siendo la sustancia más consumida entre los jóvenes de 14 a 18 años: un 85,7% declara haber consumido alcohol alguna vez en la vida, frente al 79,6% registrado en el total nacional. El 82,9% lo consumió los 12 meses previos a la encuesta y el 67,9% los últimos 30 días. En estos dos casos, las cifras son significativamente superiores a las registradas en la campaña nacional: 75% y 58,2%, respectivamente.

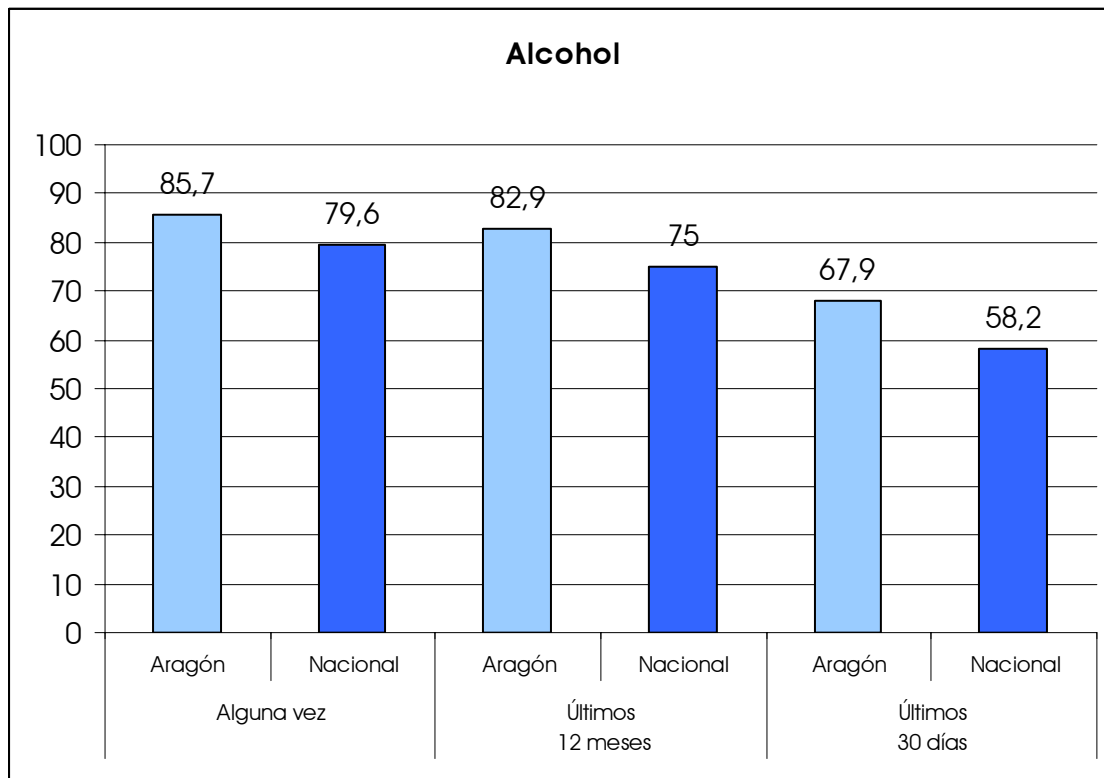


Gráfico 1. Consumo de Alcohol en Aragón. Datos de la Encuesta ESTUDES 2005.

El **tabaco** es la segunda sustancia más extendida entre los estudiantes de 14 a 18 años con una prevalencia del 36,4% de jóvenes que lo han consumido en los últimos 30 días. La edad de inicio de consumo de tabaco se muestra como la menor de todas las sustancias analizadas (12,9 años), seguida por el alcohol (13,5 años), manteniéndose en valores ligeramente inferiores a los obtenidos en el total nacional.

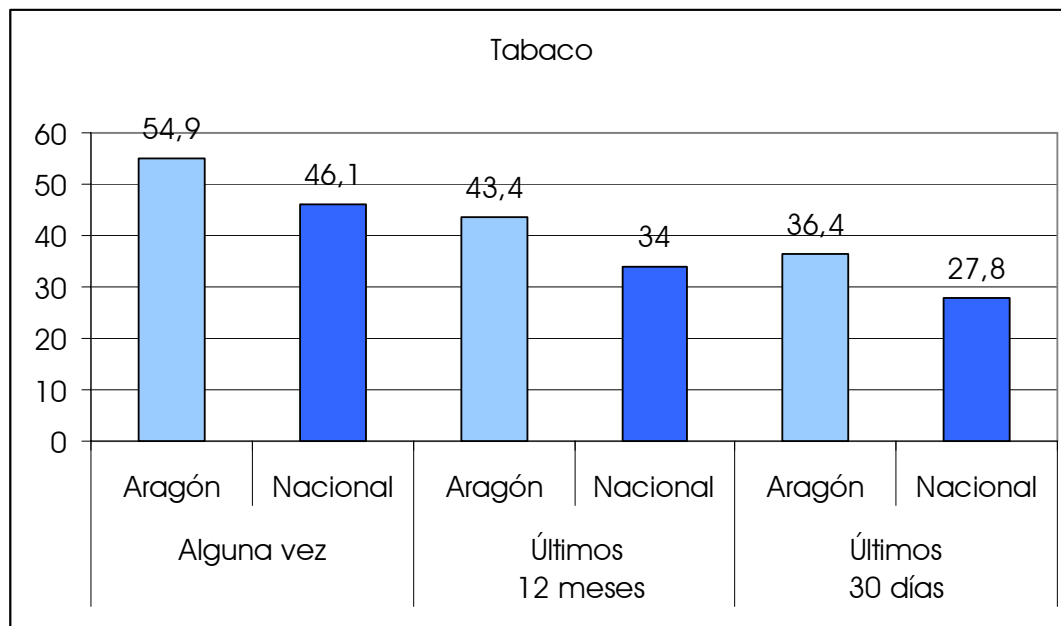


Gráfico 2. Consumo de Tabaco en Aragón. Datos de la Encuesta ESTUDES 2005.

En el apartado de las drogas ilegales, el **cannabis** sigue siendo, con diferencia, la droga más extendida entre los estudiantes de 14 a 18 años: un 38,3% de ellos declararon haber consumido esta sustancia los 12 meses previos a la encuesta. Un porcentaje significativamente superior al observado en el total nacional, con una prevalencia en el consumo de esta sustancia durante el mismo periodo de tiempo de 29,8%.

A continuación, la **cocaína** y el **speed/anfetaminas**, con una proporción de consumidores en los últimos doce meses del 6,9% y el 6,6% respectivamente, son las sustancias más consumidas.

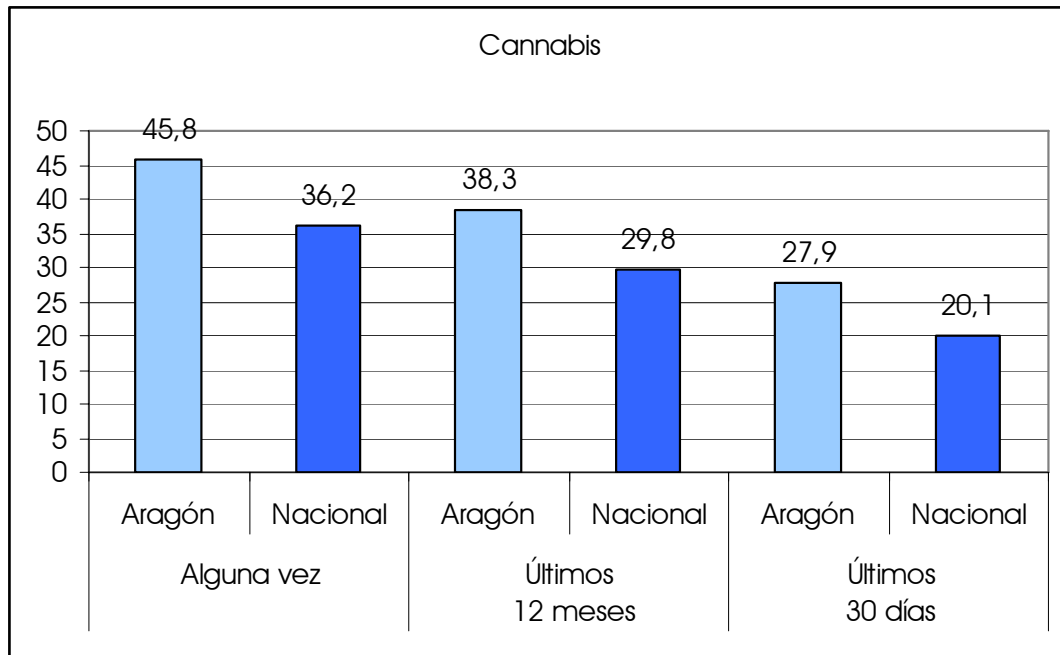


Gráfico 3. Consumo de Cannabis en Aragón. Datos de la Encuesta ESTUDES 2005.

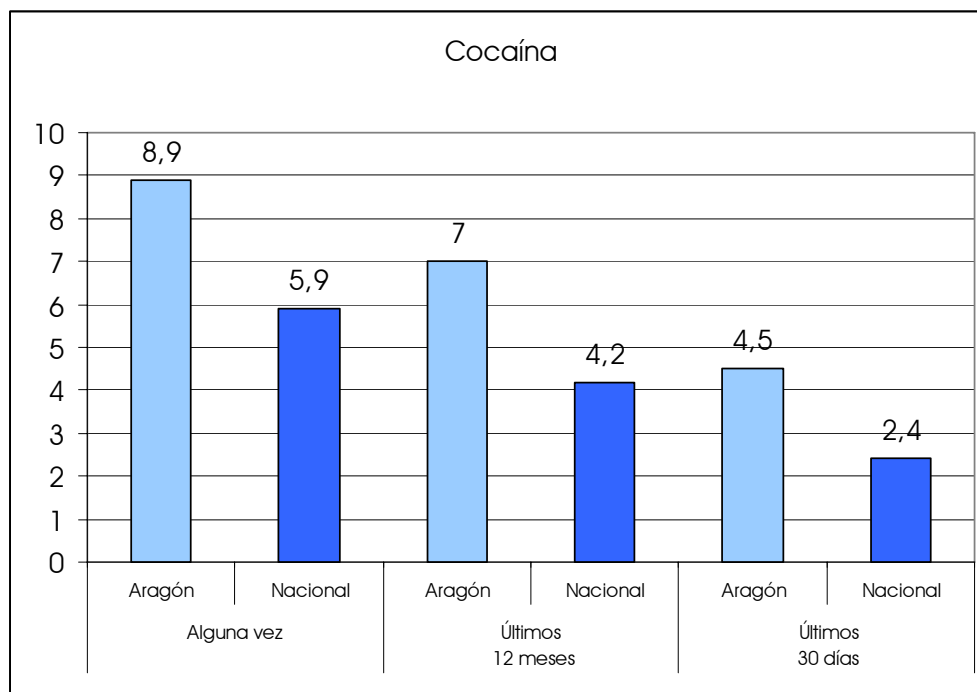


Gráfico 4. Consumo de Cocaína en Aragón. Datos de la Encuesta ESTUDES 2005.

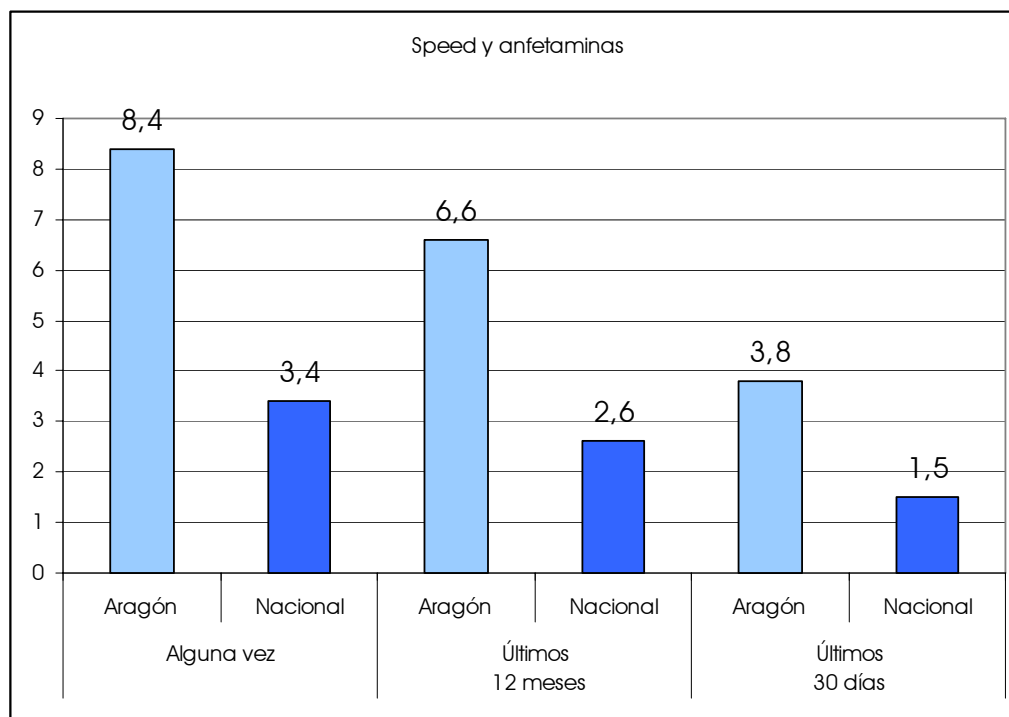


Gráfico 5. Consumo de Speed y Anfetaminas en Aragón. Datos de la Encuesta ESTUDES 2005.

El consumo de otras sustancias, en los últimos doce meses, se distribuye del modo siguiente: los **tranquilizantes sin receta** (3,7%), los **alucinógenos** (3,4%), el **éxtasis** (3,3%), y las **sustancias volátiles** (2,6%). La **heroína** obtiene una prevalencia de consumo del 0,7% dentro de los últimos doce meses.

En general, la proporción de consumidores aumenta con la edad, entre los 14 y los 18, años en todas las sustancias, siendo creciente al pasar de cada edad a la inmediatamente superior en la mayoría de las sustancias.

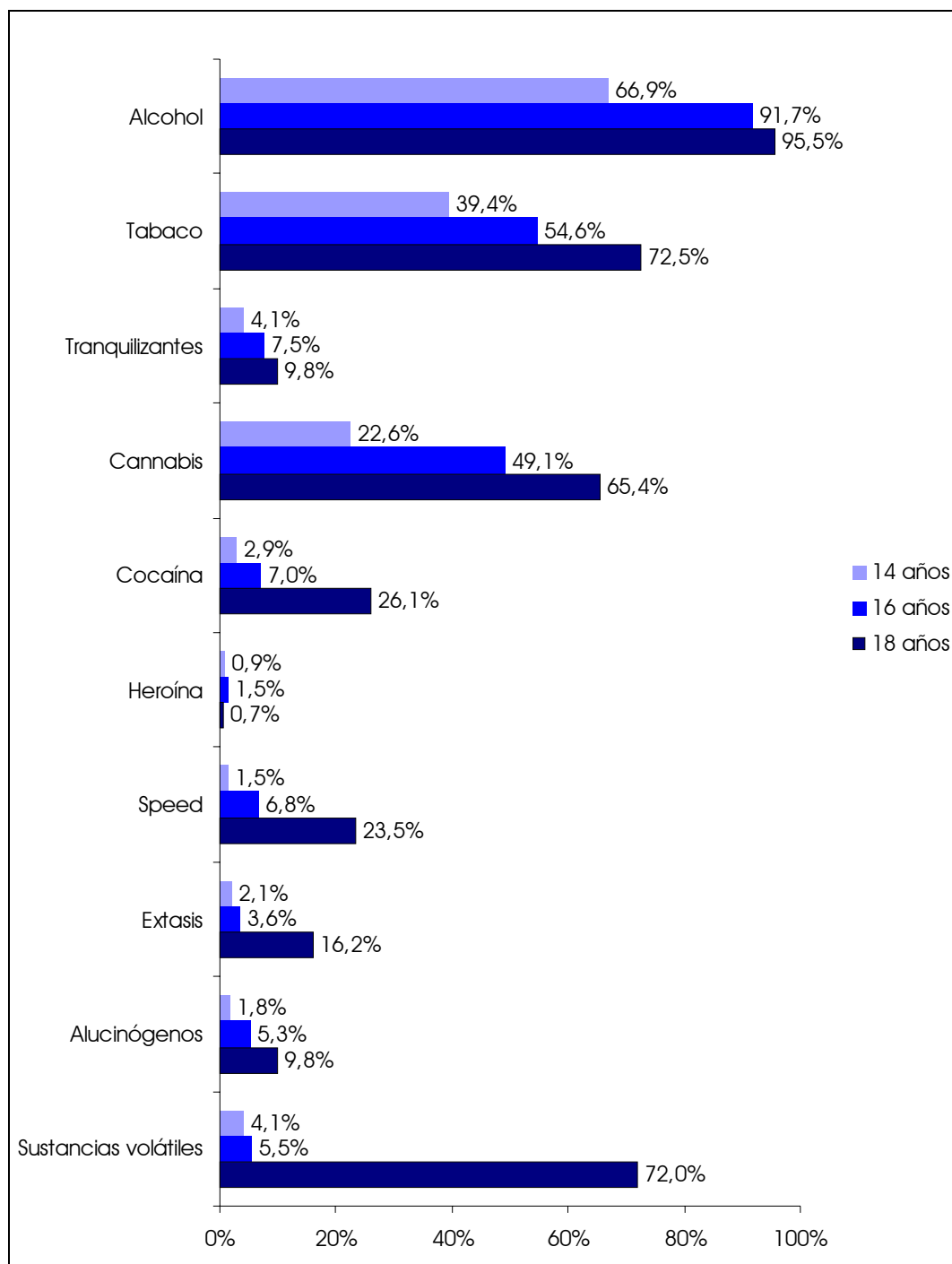


Gráfico 6. Consumo “alguna vez” sustancias en Aragón por edades (14, 16 y 18). Datos de la Dir. Gral. Salud Pública (DGA) Año 2006

En el consumo de drogas ilegales en los últimos 30 días, se ha visto que el cannabis (27,9% en Aragón, 20,1% en España), la cocaína (4,5% en Aragón, 2,4% en España), el speed y anfetaminas (3,8% en Aragón, 1,5% en España),

tranquilizantes (2,4% en Aragón, 2,5% en España), el éxtasis (2,0% en Aragón, 1,4 en España), los alucinógenos (1,6% en Aragón, 1,4 en España), sustancias volátiles (1,2% en Aragón, 1,1% en España) y la heroína (0,5% en Aragón, 0,3% en España) son las sustancias con cifras más altas.

En cuanto a los policonsumos, se observa que al consumo de la heroína, en especial, y de cocaína, éxtasis, alucinógenos, sustancias volátiles y speed se asocian al consumo de gran parte del resto de las sustancias, principalmente el alcohol, el tabaco y el cannabis. Por otra parte, se observa que los consumos de tranquilizantes son independientes de los consumos del resto de sustancias. Es importante destacar la fuerte correlación existente entre el consumo de tabaco y el de hachís. Un 59,9% de jóvenes aragoneses que han consumido tabaco en los últimos 30 días, han consumido también hachís (cuando la prevalencia de hachís en los últimos 30 días para el total de la población estudiada se situó en 27,9%). Se han realizado distintos contrastes a nivel nacional, que han corroborado la estrecha relación entre ambas sustancias.

6.2.3.- ENCUESTA DOMICILIARIA EDADES SOBRE EL USO DE DROGAS.

Es un instrumento del Sistema de Información, bianual, dirigido a la población de 15 a 64 años residente en hogares familiares. Junto con ESTUDES, proporciona información útil para diseñar y evaluar las políticas sobre drogas en los siguientes aspectos:

- Extensión del consumo de distintas drogas.
- Características sociodemográficas de los consumidores y patrones de consumo.
- Percepción del riesgo.
- Disponibilidad de drogas percibida.
- Visibilidad de algunos problemas de drogas.

- Opinión acerca de las medidas para reducirlos

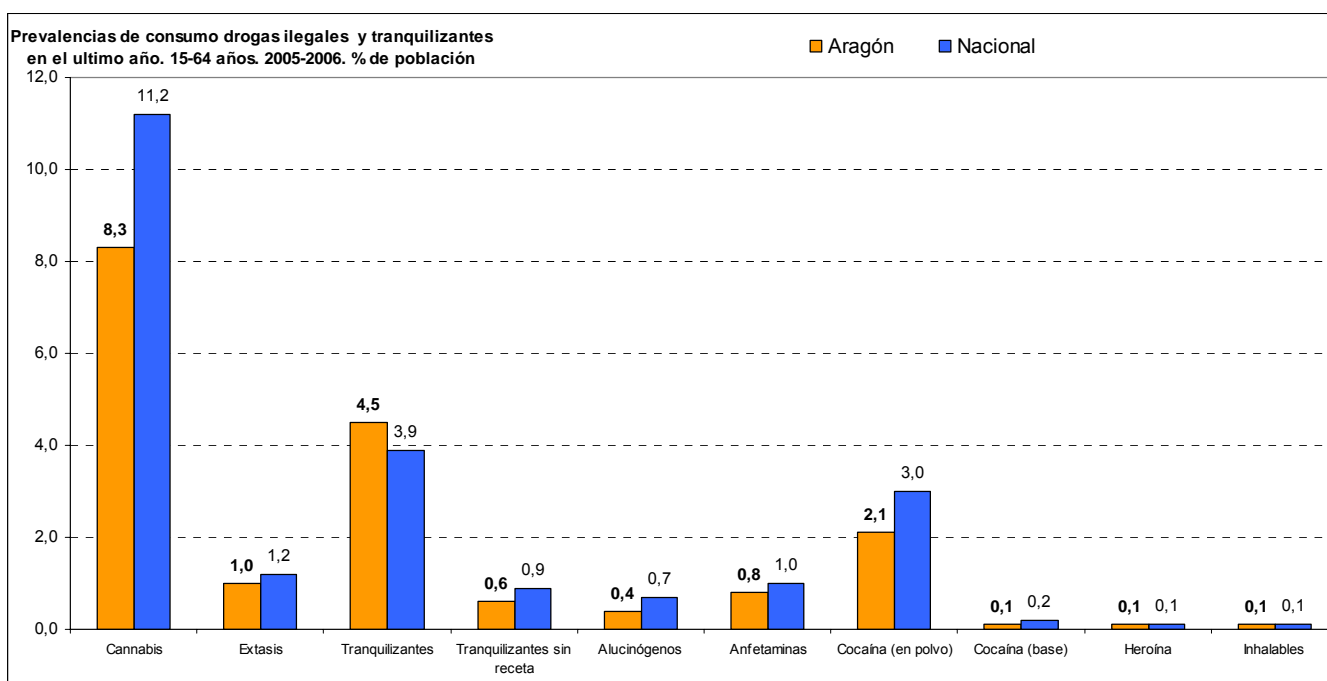


Gráfico 7. EDADES 2005

A continuación se ofrece un breve análisis de los resultados de la encuesta EDADES 2001, últimos datos oficiales publicados que permiten comparabilidad de todas las sustancias, aunque se mostraran los de EDADES 2005 para tabaco, alcohol y cannabis. Se hace especial referencia a los datos comparados entre Aragón y la media nacional en los consumos de las diferentes sustancias.

Aumentó el consumo de **tabaco** con respecto a años anteriores, debido sobre todo al incremento de consumo en los más jóvenes. La proporción de aragoneses de 15-64 años que había fumado en los últimos 30 días fue del 41.6% frente a la media nacional del 41,5%. Las proporciones de consumidores en los últimos 12 meses y alguna vez en la vida también son superiores a la media nacional.

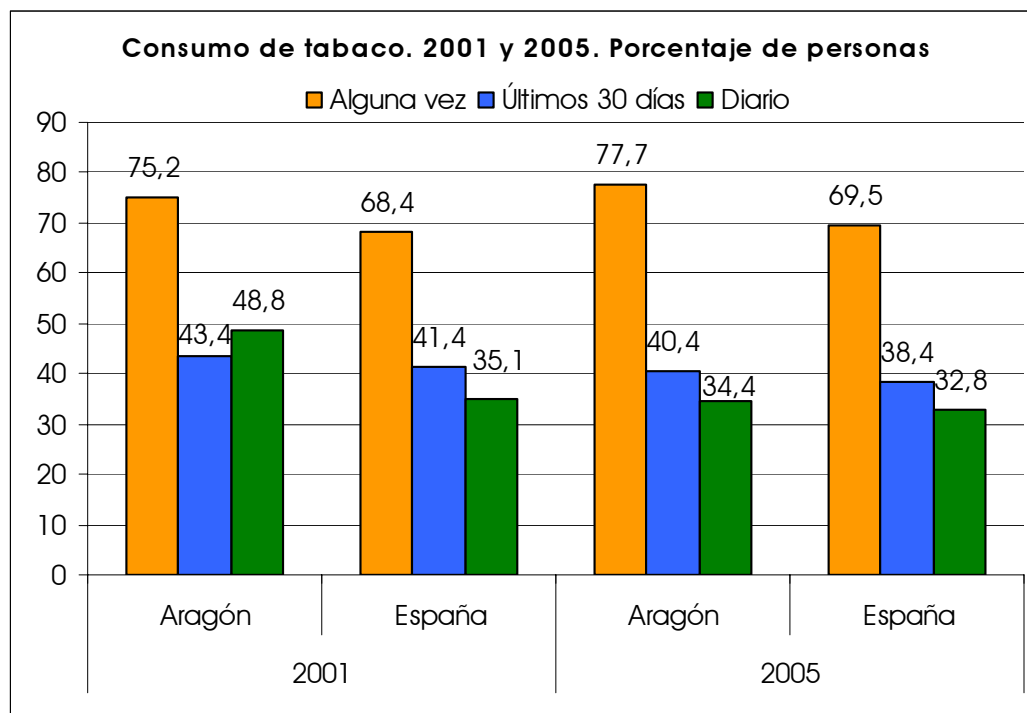


Gráfico 8. Consumo de tabaco. Porcentaje de personas. Datos de la Encuesta EDADES 2001-2005

El **alcohol** es la droga que más se consumió en nuestro país, de hecho cerca de la mitad de la población considera que consume semanalmente. En los últimos datos disponibles sobre Aragón, se aprecia que el porcentaje de consumidores diarios de alcohol es ligeramente inferior a la media nacional, siendo ligeramente superiores los datos en el resto de tipos de consumo. Los hombres consumen alcohol en mayor proporción que las mujeres. En el último mes ha consumido alcohol el 76.9% (76,1% en España). El 23.3% (23,8% en España) consume diariamente alcohol. Durante los últimos 12 meses, el 19,9% de la población de Aragón (18,4% en España) de 15-64 años, y el 39,8% de la población de 15-29 años se ha emborrachado alguna vez (29,2% en España).

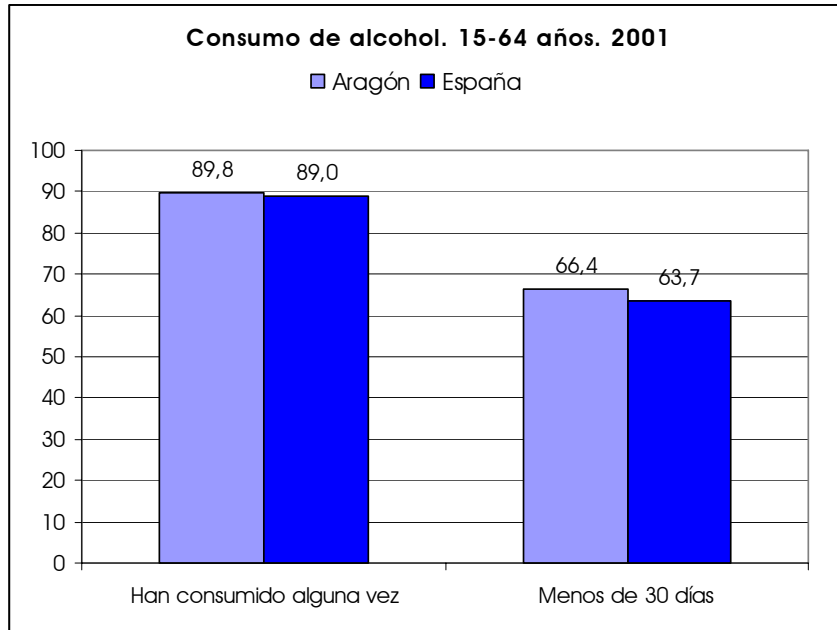


Gráfico 9. Consumo de alcohol. 15 a 64 años. Porcentaje de personas. Datos de la Encuesta EDADES 2001.

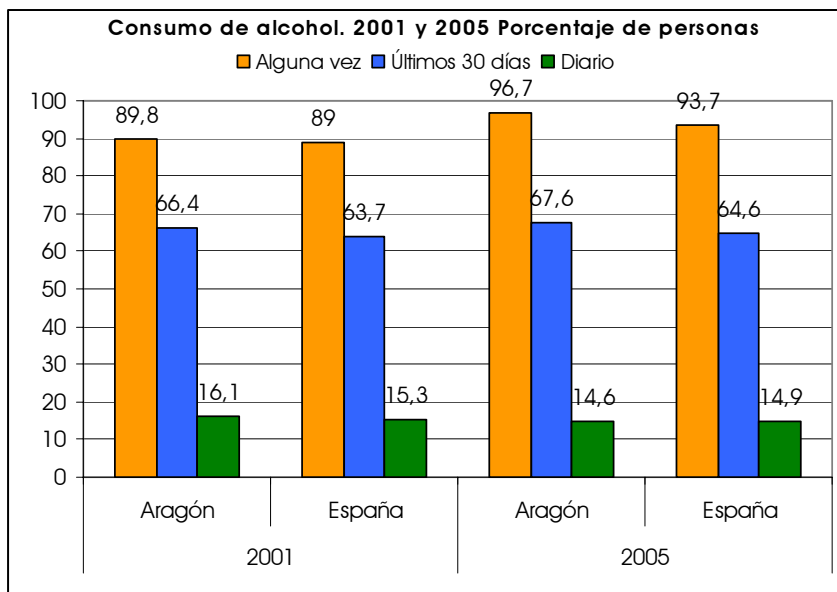


Gráfico 10. Consumo de alcohol. Porcentaje de personas. Datos de la Encuesta EDADES 2001-2005

La droga ilegal más consumida en Aragón fue el **cannabis**, al igual que en España. Un 31,6% de los aragoneses (24,4% en España) entre 15 y 64 años la ha probado alguna vez; un 12,7% (9,9% en España) lo hizo en el último año; un

7.1% (6,5% en España) en el último mes y un 1.1% (1.6% en España) reconoce haberlo consumido “a diario” durante los últimos doce meses.

En España, el aumento de los consumidores se debe sobre todo a la población joven (15-34 años), sobre todo a los varones. En Aragón el consumo en el último mes entre los jóvenes de 15-24 años es elevado, del 22.6% y (14,2% España).

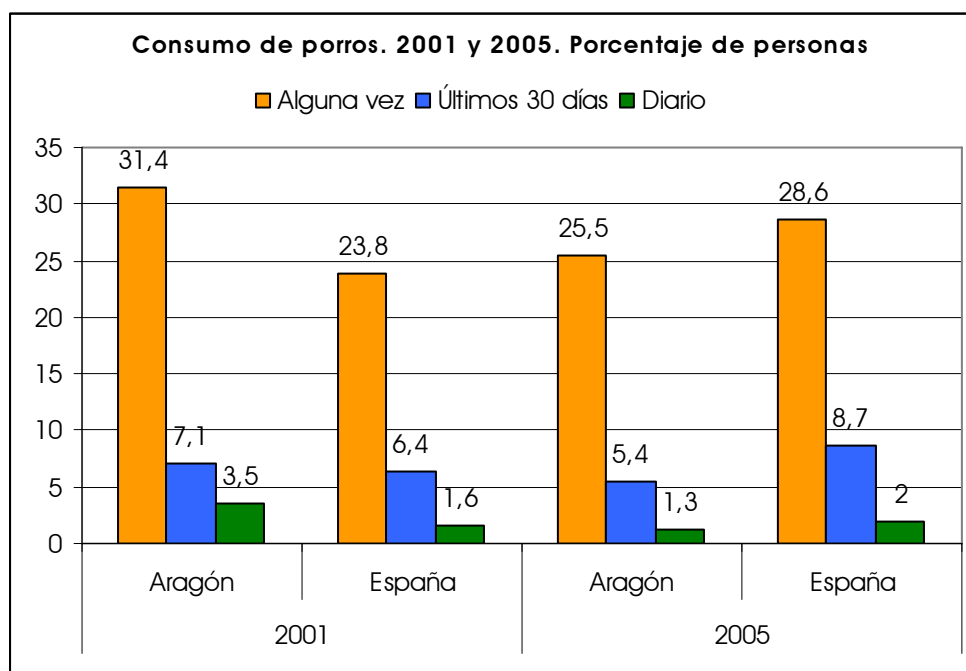


Gráfico 11. Consumo de porros. Porcentaje de personas. Datos de la Encuesta EDADES 2001-2005

El 5.2% (4,2% en la población nacional) de la población aragonesa de 15 y 65 años afirma haber probado el **éxtasis** alguna vez en la vida. Este porcentaje, que en el ámbito nacional se duplica entre los de 15 y los 24 años (8%), también se duplica en Aragón (12.7%) y casi se triplica para el tramo de edad comprendido entre los 20 y 29 años (14.2%). En Aragón un 2.7% (1,8% en España) de la población general tomó estas sustancias durante el último año, siendo esta prevalencia más elevada entre los jóvenes de 15-24 años 8.3% (4,6% en España). Un 0.8% de la población de Aragón ha consumido

estas drogas en el último mes (0.7% en España), consumo que se eleva al 8.6% entre los jóvenes de 15 a 24 años. En este tramo de edad, un 6% de los jóvenes manifiesta haberlo tomado durante más de seis meses, y un 1.2% de los jóvenes con una edad comprendida entre los 20 y los 24 años manifiesta consumir éxtasis 3 ó 4 veces a la semana. La edad media de inicio en el consumo de éxtasis es en Aragón de 20,04 años (20,00 en España). Entre los consumidores aragoneses varones es más frecuente haber probado alguna vez estas drogas 7,6% (6,2 % en España) que entre las mujeres 2,6% (2.2% en España). Esta experiencia la han llevado a cabo alguna vez el 11,7% de los chicos de 15 a 24 años, y el 4,2% de las chicas de esa misma edad.

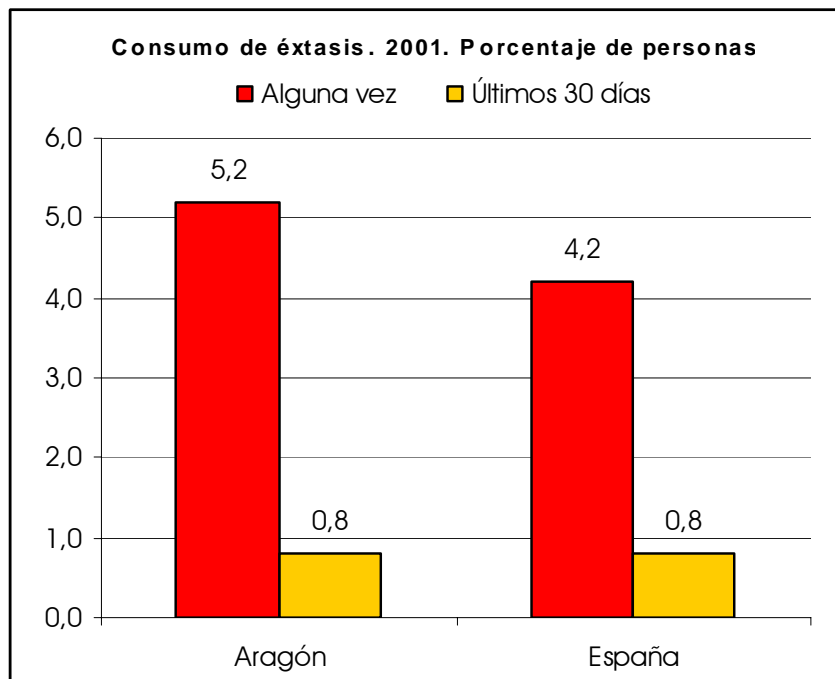


Gráfico 12. Consumo de éxtasis. Porcentaje de personas. Datos de la Encuesta EDADES 2001.

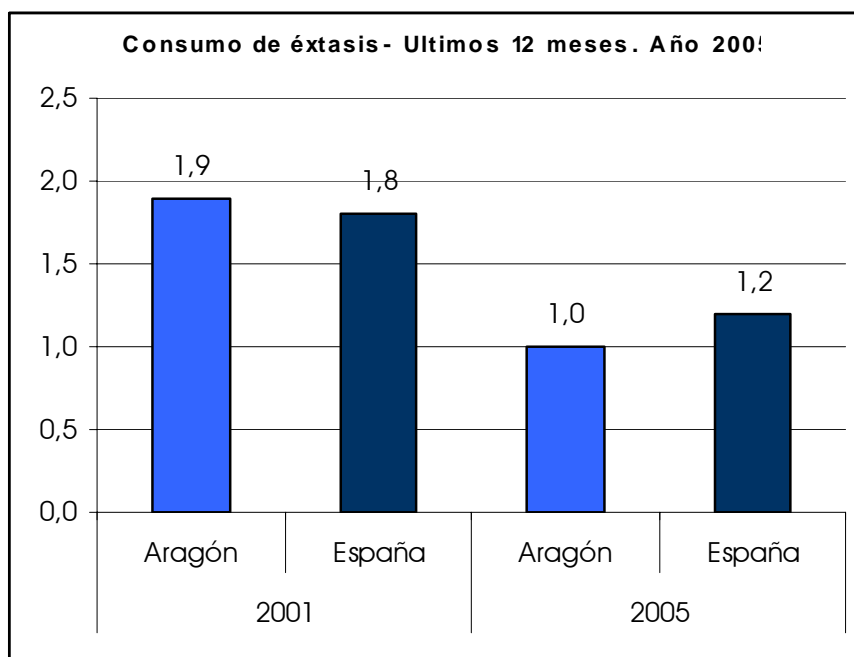


Gráfico 13. Consumo de éxtasis. Últimos 12 meses. Datos de la Encuesta EDADES 2001.

En cuanto al consumo de **anfetaminas** en Aragón, el consumo alguna vez en la vida es del 3.9% (3% en España), en el último año de 1.9% (1,2% en España) y para el último mes del 0.9% (0,6% España). Se ha producido un aumento respecto a los años anteriores. Este consumo se mantiene en niveles algo inferiores al éxtasis.

La **heroína** continúa siendo responsable de la mayoría de los problemas graves relacionados con las drogas en Aragón y en España, pero está disminuyendo el consumo (0.6% de los encuestados), los efectos dañinos graves (muertes e infecciones) y los comportamientos de riesgo (consumo por inyección). La edad media de inicio en el consumo crece pasando de 19 años en 1999 a 20,7 en 2001. Los centros asistenciales refieren nuevos datos debido a la atención de usuarios inmigrantes (de Europa del Este la mayor parte) que consumidores de opiáceos, aunque a día de hoy no se dispone de datos de este fenómeno.

En Aragón, un 4.8% de la población ha probado la **cocaína** (4,9 % en España), un 2,6% la ha consumido en el último año (2,6% en España) y un 1,4 % (1,4 % en España) en el último mes. Estos datos son superiores a los de estudios anteriores, debido principalmente al comportamiento de los jóvenes, sobre todo de los hombres.

Al igual que sucede con los estimulantes, la prevalencia de consumo de **alucinógenos** es bastante más elevada entre los hombres que entre las mujeres. En Aragón el 3,4% de la población los ha consumido alguna vez. El porcentaje desciende hasta el 0,8% si nos referimos a los últimos 12 meses, y al 0,4% si hablamos de los últimos 30 días. La edad media de inicio al consumo se sitúa en 18,73 años

La ingesta de **tranquilizantes sin receta** en el último año alcanza el 2.2% en Aragón, mientras que los **somníferos** sin receta fueron consumidos en el último año por un 1.7%. A escala nacional la comparación de estos datos con los de estudios anteriores muestra una muy ligera tendencia de incremento en el consumo de éstas sustancias. No hay diferencias significativas entre el consumo de tranquilizantes y somníferos entre hombres y mujeres. Para el conjunto de la población, la edad de inicio en el consumo de estas sustancias, sin receta médica, está estabilizada, siendo de 28,1 (23.9 en Aragón) para los tranquilizantes y de 29,6 (26.5 en Aragón) para los somníferos.

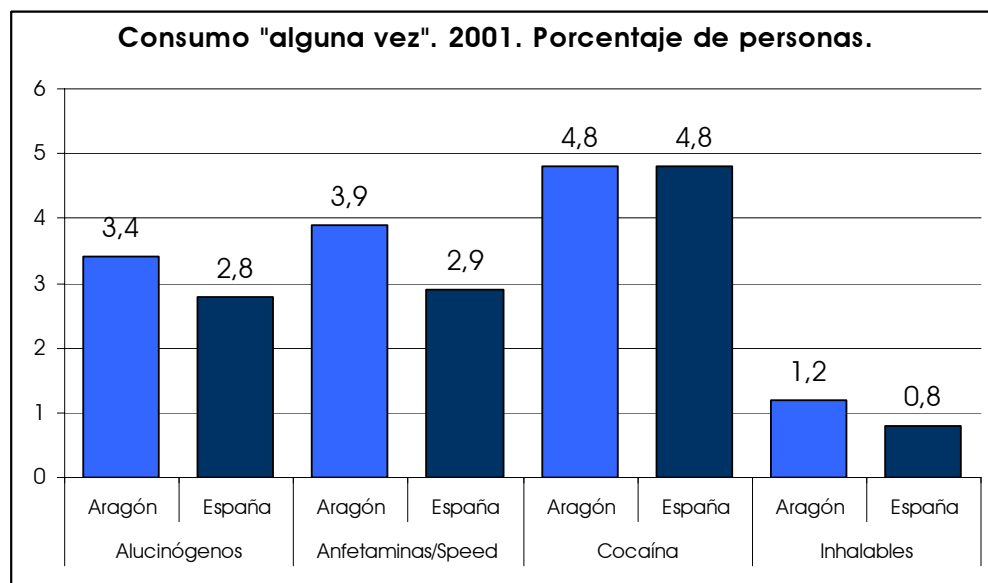


Gráfico 14. Consumo “alguna vez”. Porcentaje de personas. Datos de la Encuesta EDADES 2001.

6.3.- Líneas y objetivos del Plan Autonómico.

A la luz de estos datos, se perciben cambios en los patrones habituales de consumo, lo que ha llevado en estos años a una reorientación de los servicios y a establecer unas líneas prioritarias de actuación a través del Plan Autonómico, siempre en sintonía con la Estrategia del Plan Nacional sobre Drogas (32):

- Integrar y coordinar las actividades desarrolladas por diferentes instituciones y entidades y optimizar los recursos.
- Priorizar la prevención y los programas de reducción de daños en todas las conductas adictivas.
- Potenciar la integración y normalización de las redes asistenciales en los sistemas públicos de salud y servicios sociales.

- Impulsar programas que faciliten a las personas con problemas por conductas adictivas su incorporación a la sociedad en calidad de miembros activos de la misma.
- Integrar la información sobre adicciones en el sistema de información de vigilancia en salud.

Para avanzar en estas líneas, el Plan sectoriza los ámbitos de actuación por áreas, en cada una de las cuales hay unos objetivos específicos.

6.3.1.- ÁREA DE PREVENCIÓN

El complejo mapa de personas que intervienen en la prevención de las drogodependencias exige una diversificación de los ámbitos en los que desarrollar las intervenciones para que tengan una mayor eficacia.

Hablamos de un **ámbito educativo**, ya que los centros educativos son lugares idóneos para desarrollar estrategias de educación para la salud. Para el campo de las drogas hay que incluir una serie de conocimientos y objetivos de prevención.

Otro ámbito más abierto es el **ámbito comunitario**, en el que se presentan oportunidades de prevención para los ciudadanos a través de organizaciones y asociaciones. Se entiende como prevención comunitaria la que se organiza a partir de equipos multidisciplinares y parte de las necesidades de colectivos, contando con ellos en la elaboración y desarrollo de programas y acciones, fomentando la participación de otros colectivos comunitarios en la toma de decisiones y favoreciendo la creación de redes.

Existen también objetivos de prevención del consumo en el **ámbito laboral**. Las intervenciones de prevención deben realizarse en colaboración con los

representantes sociales (empresa, organizaciones sindicales, organizaciones empresariales, entidades de Salud Laboral,...).

Finalmente, un ámbito especialmente privilegiado son los **servicios sanitarios** (33, 34), ya que son un lugar donde acude la población para ser atendidos por necesidades de salud. En estos lugares se pueden iniciar actuaciones de prevención, especialmente intervenciones precoces y de situaciones de riesgo.

Ámbito	Objetivos
Educación	<ol style="list-style-type: none"> 1.- Integrar la educación para la salud en el diseño curricular. 2.- Coordinación entre los Departamentos de Salud y Educación en materia de prevención. 3.- Detección precoz y derivación asistencial adecuada del alumnado con problemas de adicciones. 4.- Garantizar la formación del personal de los centros educativos. 5.- Desarrollando el potencial de salud y uso responsable en los jóvenes. 6.- Coordinar las actividades de prevención de las instituciones y entidades que intervienen en el ámbito educativo. 7.- Participación de la comunidad escolar en la elaboración y aplicación de los programas de prevención en ámbito educativo.
Comunidad	<ol style="list-style-type: none"> 1.- Impulsar políticas integrales de prevención desde la perspectiva de la promoción de la salud. 2.- Cauces de coordinación de las intervenciones de prevención en los sistemas educativo, sanitario y de servicios sociales. 3.- Creación de sistemas de información de datos para detectar cambios culturales, de hábitos, circunstancias del consumo. 4.- Garantizar la formación interdisciplinar en prevención de los profesionales y agentes sociales que trabajan en prevención. 5.- Proporcionar a la población general y a los profesionales información comprensible del fenómeno de las adicciones y las tareas de prevención.
Laboral	<ol style="list-style-type: none"> 1.- Proporcionar formación a personas responsables en el ámbito laboral sobre prevención de conductas adictivas. 2.- Sensibilizar a la población trabajadora y promover su participación en las actividades de prevención. 3.- Disminuir la oferta de drogas legales en el ámbito laboral. 4.- Análisis de las necesidades de los trabajadores en prevención.
Servicios Sanitarios	<ol style="list-style-type: none"> 1.- Proporcionar formación a los profesionales sanitarios en prevención. 2.- Iniciar la comunicación y colaboración con los centros docentes para desarrollar programas escolares de prevención. 3.- Establecer cauces de coordinación con recursos específicos de atención a personas con problemas de adicciones.

Tabla 3. Ámbitos y objetivos del Plan Autonómico de Drogodependencias 2005-2008. Resumen y adaptación del autor.

6.3.2.- ÁREA ASISTENCIAL

Los objetivos y actuaciones en la asistencia tratan de mejorar la calidad de la atención a los drogodependientes y los programas en el Sistema Aragonés de Salud y del Sistema de Servicios Sociales. Para ello, se actualizan los programas a los nuevos patrones de consumo y se facilita la accesibilidad a todos los usuarios. Debido a la importancia del área asistencial en nuestro proyecto de investigación, junto a los objetivos del Plan Autonómico se incluyen las actuaciones propuestas para desarrollarlos en el periodo 2005-2008.

Objetivos	Actuaciones
1.- Conformar una red de Unidades de Atención y Seguimiento de Adicciones integrada en el SAS que asista a las personas con problemas de adicciones.	<ul style="list-style-type: none"> • Los sectores sanitarios dispondrán de una cartera de servicios de atención a las adicciones, configurándose las UASA según la reconversión de los centros actuales de prestación de atención a través de la red de Unidades de Atención y Seguimiento y de la Comunidad Terapéutica “El Frago”, a todas las adicciones y formas de consumo.
2.- Adecuar los recursos y servicios de la red asistencial a las nuevas necesidades derivadas de los consumos.	<ul style="list-style-type: none"> • Definición de la cartera de servicios de los dispositivos que integran los diferentes niveles de intervención. • Establecimiento como puerta de entrada al sistema de los dispositivos de nivel primario: Atención Primaria de Salud, Centros de Prevención Comunitaria y Servicios Sociales de Base.
3.- Incrementar la accesibilidad y la permanencia de los usuarios en la red sanitaria y social	<ul style="list-style-type: none"> • Inclusión en la atención no demorable en todos los recursos y programas de la red. • Intervenciones de los profesionales dirigidas a la detección del problema y motivación al tratamiento.
4.- Garantizar los recursos de las UASAS para una adecuada prestación de servicios.	<ul style="list-style-type: none"> • Dotación de equipos interdisciplinares. • Desarrollo de programas de formación y reciclaje de los profesionales. • Oferta de servicios de reducción de daños en todas las UASAS.
5.- Oferta de servicios uniformes en toda la red asistencial, adaptados a las necesidades derivadas de los nuevos comportamientos.	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración de los criterios y normas técnicas de los servicios de desintoxicación, alcohol, antagonistas, agonistas, estimulantes y orientación familiar. • Implantación progresiva de la cartera de servicios
6.- Unificar los criterios terapéuticos para la asistencia a problemas adictivos.	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo en los centros de un programa terapéutico, homologado y a disposición de los usuarios, que recogerá los programas ofertados.
7.- Coordinación permanente entre los servicios sanitarios y sociales. 7.1.- Establecer circuitos asistenciales adecuados a cada sector, implicando a todos los profesionales. 7.2.- Elaborar y/o actualizar protocolos de derivación y de actuación que garanticen el perfecto funcionamiento de los distintos niveles asistenciales.	

Tabla 4. Área Asistencial. Objetivos del Plan Autonómico de Drogodependencias 2005-2008

6.3.3.- ÁREA DE INTEGRACIÓN SOCIAL

La finalización del tratamiento se da con la reintegración de los pacientes en la sociedad. Para ésta tarea hay que mejorar su inserción sociolaboral (35), considerando el deterioro en su situación social y personal, carencia de apoyo familiar y sociales adecuados y/o dificultades por haber estado privados de libertad.

Área	Objetivos
Integración Social	1.- Coordinación de los distintos servicios de salud, educación y atención social, para elaborar itinerarios individualizados de inserción. 2.- Coordinación con Servicios sociales y con entidades que trabajan en el área de inclusión de las personas en riesgo de exclusión 3.- Mejorar la ocupabilidad e integración de los drogodependientes desempleados en riesgo de exclusión social, potenciando los procesos de formación e incorporación social desde los centros de tratamiento. 4.- Fomentar la coordinación externa con los diferentes agentes sociales implicados en los procesos de incorporación social. 5.- Promover (corporaciones locales de más de 20.000 habitantes) programas para la integración social de las personas drogodependientes. 6.- Motivación de los interesados en su inserción para la adquisición de las competencias y de habilidades sociales que mejoren sus condiciones en mercado laboral. 7.- Desarrollar programas de especializados para facilitar la atención integral de usuarios con problemas legales.

Tabla 5. Área de Integración. Objetivos del Plan Autonómico de Drogodependencias 2005-2008

6.3.4.- EVALUACIÓN DE LOS OBJETIVOS

Estos objetivos que conforman las líneas de trabajo del Plan Autonómico de Drogas, han de ser evaluados por la autoridad competente. Con anterioridad al Plan 2005-2008, en Aragón se realizó una evaluación (36) a raíz de la publicación de la Ley 3/2001.

Para la evaluación, el propio Plan Autonómico establece los siguientes ámbitos:

Estructura

- La mejora y dotación de los distintos recursos físicos y humanos en prevención, asistencia y reinserción.
- El grado de integración de los servicios asistenciales en la red normalizada.

Procesos preventivos

- Implantación de los programas y su adecuación a los criterios metodológicos.
- Grado de integración de las actuaciones de prevención en los distintos ámbitos (escolar, comunitario, sanitario, laboral....).
- Cumplimiento de los convenios de prevención con las entidades locales así como la puesta en marcha y desarrollo de los Planes Locales de Prevención.

Procesos asistenciales

- Desarrollo de las carteras de servicios.
- Grado de implantación y seguimiento de protocolos.
- Unificación de criterios terapéuticos.
- Valoración por sistemas de evaluación normalizados del Servicio Aragonés de Salud.

Resultados

- Grado de consecución de los objetivos.
- Valoración de la efectividad a través de variables (calidad de vida, cobertura de necesidades, apoyo social, cambios en el comportamiento, cambios en las actitudes).
- Aplicación de métodos cuantitativos (instrumentos de medida estandarizados) y métodos cualitativos (métodos más observacionales y menos estructurados).

Este Plan incluye otros aspectos que, aunque son muy necesarios para la lucha contra la droga, no es pertinente incluir aquí, pero que vale la pena simplemente enumerar a título informativo:

- Explicación de los recursos de prevención. Enumeración y previsión.
- Explicación de los recursos de atención. Enumeración y previsión.
- Sistema de Información. Objetivos y actuaciones.
- Financiación.
- Cronograma 2005-2008

6.4.- La atención a los drogodependientes en Aragón.

Los recursos asistenciales en Aragón, tal y como establece la Ley 3/2001, están integrados en la red sociosanitaria. La línea de trabajo es la normalización e integración en el SAS y la coordinación con los demás organismos implicados.

La atención a las drogodependencias está constituida por dos niveles de atención:

6.4.1.- PRIMER NIVEL

En el primer nivel se da la toma de contacto de los usuarios. Debido a que el proceso es complejo, el Plan Autonómico establece unas funciones concretas:

- Dar información, orientación, asesoramiento, motivación, educación sanitaria, promoción de la salud y derivación hacia niveles especializados de intervención, sanitaria o social.
- Hacer una detección precoz, diagnóstico, pronóstico y valoración previa de las personas para la toma de decisiones terapéuticas.

- Atención a la problemática social y a las patologías somáticas asociadas al uso y/o abuso de drogas y otros trastornos adictivos, así como dispensación de opiáceos para programas de mantenimiento, en coordinación con el segundo nivel.
- Apoyo al proceso de incorporación social.
- Ayuda y asesoramiento a los familiares y entorno afectivo del usuario.

Forman parte de este nivel los Equipos de Atención Primaria, Servicios sociales de base, Servicios municipales de drogodependencias, Asociaciones de apoyo o ayuda a los drogodependientes y los Servicios de prevención de riesgos laborales.

6.4.2.- SEGUNDO NIVEL

En los recursos del segundo nivel es donde se desarrolla la parte central de la asistencia a los drogodependientes (desintoxicación y deshabituación). Sus funciones también están recogidas en la Ley 3/2001:

- Planificación individualizada del proceso terapéutico: desintoxicación, deshabituación y rehabilitación ambulatoria.
- Apoyo y coordinación de los procesos de incorporación social y familiar.
- Coordinación con el resto de recursos de los niveles primario y terciario en las redes social y sanitaria.
- Diseño y desarrollo de los programas de mantenimiento con opiáceos y de reducción de daños.
- Atención a las psicopatologías asociadas al consumo.
- Atención a las urgencias provocadas por el consumo de drogas.

- Programa de intervención familiar orientado a la consecución de los objetivos terapéuticos.

Algunos recursos del **segundo nivel (37)**: Centros de Salud Mental, Unidades de Salud Mental Infanto-juvenil, Unidades de Atención y Seguimiento de Adicciones (UASA) y Unidades de desintoxicación hospitalaria.

Existe también un **tercer nivel especificado** por el Plan Autonómico que está encaminado a apoyar la reintegración social desde el punto de vista conductual y el laboral. Por eso encontramos que existen:

- Programas de formación/educación
- Programas de integración laboral.
- Recursos de apoyo residencial.

Forman parte del tercer nivel las comunidades terapéuticas (u otras alternativas residenciales) y los dispositivos de inserción socio-laboral.

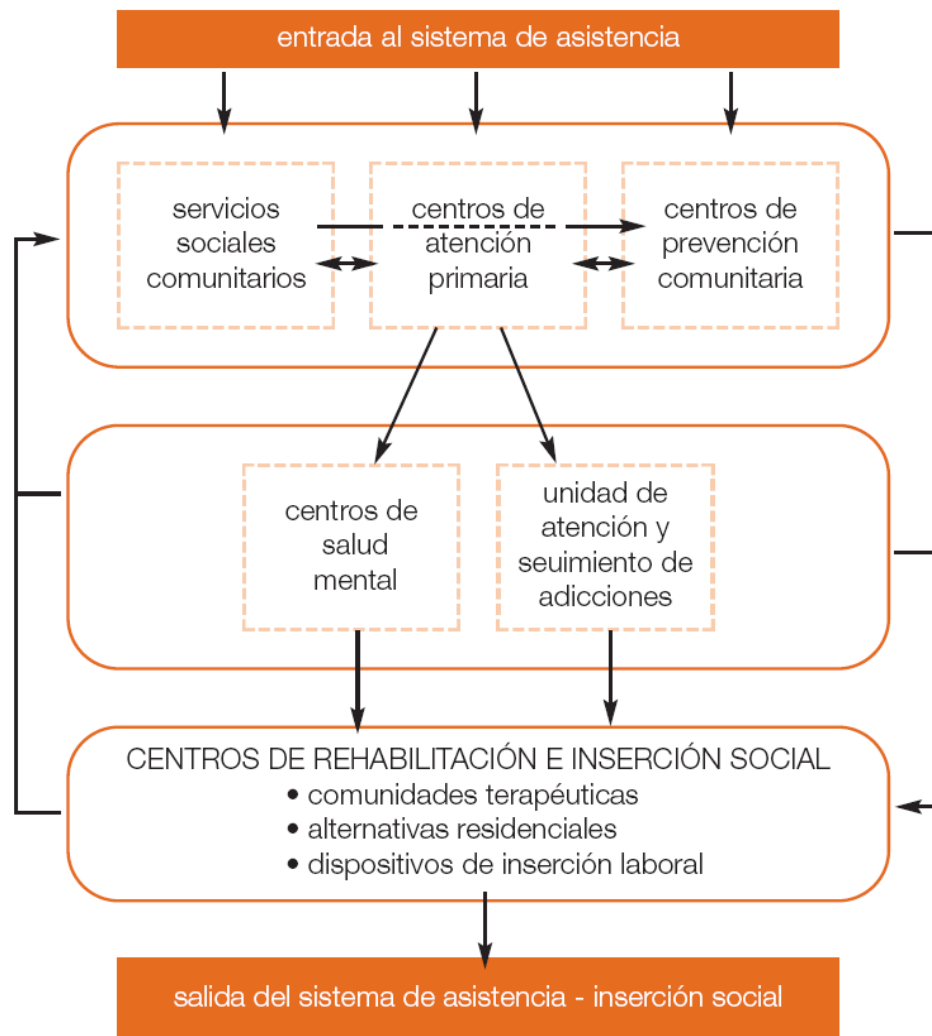


Gráfico 15. Circuito terapéutico en tratamiento de las adicciones en Aragón. Plan Autonómico de Drogodependencias 2005-2008

6.4.3.- RECURSOS ASISTENCIALES

En Aragón los recursos de asistencia a los drogodependientes son centros de titularidad pública, recursos privados concertados (38, 39) (autorizados y /o acreditados) o privados no concertados.

Estos centros ofrecen una atención ambulatoria o residencial, diversificada, profesionalizada, interdisciplinar y se encuentran distribuidos por todo el territorio aragonés para ofrecer una accesibilidad cercana y formando parte del circuito terapéutico.

Como ya se ha comentado, uno de los objetivos del Plan Autonómico es la reordenación de los recursos de acuerdo con el mapa sanitario aragonés y sus sectores sanitarios como estructura fundamental del sistema autonómico. La actual organización territorial del Servicio Aragonés de Salud está estructurada en ocho sectores (40), constituidos por distintas zonas de salud, cada una de las cuales incluyen unos municipios.

Sectores de Salud	Población	Zonas de Salud	Municipios	
			Nº	%
SECTOR DE BARBASTRO	102.683	14	111	15,2
SECTOR DE HUESCA	107.197	14	94	12,9
SECTOR DE ALCAÑIZ	71.923	12	85	11,6
SECTOR DE TERUEL	78.879	16	152	20,8
SECTOR DE ZARAGOZA I	166.174	13	31	4,2
SECTOR DE ZARAGOZA II	367.110	21	27	3,7
SECTOR DE ZARAGOZA III	267.525	22	115	15,8
SECTOR DE CALATAYUD	56.851	10	115	15,8

Tabla 6. Sectorización sanitaria de Aragón. Datos de la Dirección Gral. Planificación. 2001.

De este modo, los centros y recursos dependen de su sector específico y se adaptan a las necesidades y características de los pacientes que necesitan la atención en función de sus posibilidades.

Para poder ofrecer a los drogodependientes esta atención (pública o concertada) en el marco de los servicios del sistema sanitario es necesario un proceso de adaptación y normalización de los recursos que hace necesario:

- Homogeneizar la composición de los equipos
- Asegurar las prestaciones comunes con independencia del territorio.
- Establecer una cartera de servicios, con prestaciones mínimas homologadas.

Teniendo en cuenta esta situación, el Gobierno de Aragón ha impulsado la atención con la dotación de nuevos recursos a través de la creación de Unidades de Atención y Seguimiento de las Adicciones (UASA), que serán los centros de referencia en su sector. Está prevista la presencia de una UASA en sectores con una población mayor o igual a 100.000 habitantes. Se caracterizarán por ser unidades asistenciales especializadas en el tratamiento ambulatorio y que atienden a aquellos pacientes drogodependientes que hayan sido derivados por los Centros de Salud, Unidades de Salud Mental o los Centros de Prevención Comunitaria.

De este modo, la previsión de UASAS en función de los sectores sanitarios de Aragón y su población quedaría del siguiente modo.

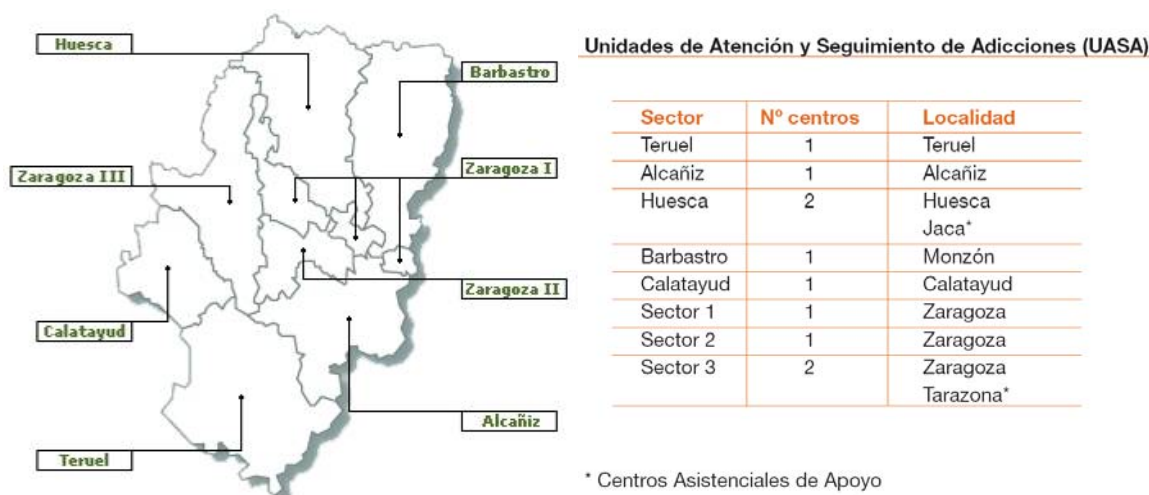


Gráfico 16. Unidades de Atención y Seguimiento de las Adicciones por sectores sanitarios. Datos de Plan Autonómico de Drogodependencias 2005-2008

En la actualidad los recursos específicos que desarrollan actividades asistenciales específicas son en su mayoría niveles asistenciales II y III:

Sectores de Salud	Públicos	Privados/Concertados
SECTOR DE BARBASTRO	Centro Municipal de Drogodependencias. Monzón. Centro Municipal de Drogodependencias. Ainsa.	
SECTOR DE HUESCA	Unidad Provincial de Drogodependencias Huesca. Centro Municipal de Drogodependencias. Jaca.	Cruz Roja Huesca Hermanos de la Cruz Blanca Huesca Fundación Valero Martínez. Asociación Naxé
SECTOR DE ALCAÑIZ	Centro Municipal de Drogodependencias. Alcañiz. Centro Municipal de Drogodependencias. Andorra.	Cruz Roja Teruel Asociación Bajoaragonesa y Turolense de Toxicómanos y Alcohólicos Asociación Bajoaragonesa de Ayuda al Toxicómano. ABAT- NUEVA VIDA
SECTOR DE TERUEL	Centro Municipal de Drogodependencias. Utrillas Centro Municipal de Drogodependencias. Calamocha.	Fundación Valero Martínez.
SECTOR DE ZARAGOZA I	Centro Municipal de Atención y Prevención de las Adicciones. Ayuntamiento Zaragoza. Hospital "Nuestra Señora de Gracia" de Zaragoza. Unidad Asistencial de Drogodependencias del Servicio Provincial de Zaragoza.	
SECTOR DE ZARAGOZA II		Fundación Centro de Solidaridad de Zaragoza (C.S.Z.). Cruz Roja Zaragoza. Asociación para la Prevención del Tabaquismo en Aragón (APTA). Fundación Valero Martínez. Centro Médico Drogodependientes "IZCA".
SECTOR DE ZARAGOZA III	Centro Municipal de Drogodependencias. Tarazona.	UNIDAD DE TABAQUISMO DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE ZARAGOZA. Ejea Sociedad Cooperativa Laboral. Asociación zaragozana de jugadores en rehabilitación (AZAJER).
SECTOR DE CALATAYUD	Centro Servicios Sociales Calatayud.	
Otros	Programas de tratamiento de drogodependencias de Centros Penitenciarios Colegios Oficiales de farmacéuticos de Aragón. Sindicatos Comisiones Obreras y Unión General de Trabajadores Cáritas Aragón. Comunidad Terapéutica de Rehabilitación de Toxicómanos "El Frago". Fundación Centro de Solidaridad. Centro de Rehabilitación y Reinserción Social "VISION". Fundación ARGOS. Programa ALCOZARA. Proyecto "La Encina". Hermanos Franciscanos de la Cruz Blanca.	

Tabla 7. Recursos Asistenciales para drogodependientes por sectores de salud. Datos de Plan Autonómico de Drogodependencias 2005-2008. Elaboración del autor.

Estos centros realizan una intensa actividad terapéutica que, como en el resto de España, se centra en el alcohol como sustancia de mayor demanda de

tratamiento. Según los últimos datos oficiales publicados en el Plan Autonómico, la asistencia a alcohólicos supone el 50 % de los tratamientos en Aragón, seguido de los usuarios de Planes de Metadona (25 %).

Como ya hemos comentado, la peculiar distribución de la población aragonesa en torno a Zaragoza (71,4% según el censo de 2001) explica que el 83,6 % de los tratamientos se realicen en Zaragoza. El resto se distribuyen de forma proporcional al número de habitantes; 9,5 % en Huesca y 6,9% en Teruel.

Al igual que las encuestas ESTUDES y EDADES que informan de la epidemiología de las drogodependencias, el Plan Nacional sobre Drogas y el Plan Autonómico disponen en el Sistema Estatal de Información Permanente sobre Adicciones a Drogas (SEIPAD) el indicador de tratamiento. Este indicador se basa en un conjunto mínimo de datos que los centros de tratamiento recogen sobre todas las personas admitidas a tratamiento ambulatorio. Sirve para describir las características sociodemográficas, patrones relevantes de las personas admitidas a tratamiento y proporcionar información de la utilización de los distintos servicios asistenciales. La información se recoge en los centros a través de la Hoja de Notificación Individual de Admisión a Tratamiento por abuso o dependencias de sustancias psicoactivas. Con estos datos se elaboran los informes de actividad asistencial de toda España y de la Comunidad Autónoma de Aragón (30, 41-43).

En la actualidad, según los últimos datos (30, 43), se sabe que la asistencia en centros públicos (54%) está complementada con centros de iniciativa privada (concertados en su mayor parte) en un 46%. En ambos centros atienden en proporción parecida a los usuarios de diferentes drogas (Alcohol, Heroína con Plan de Metadona, Heroína y otras drogas).

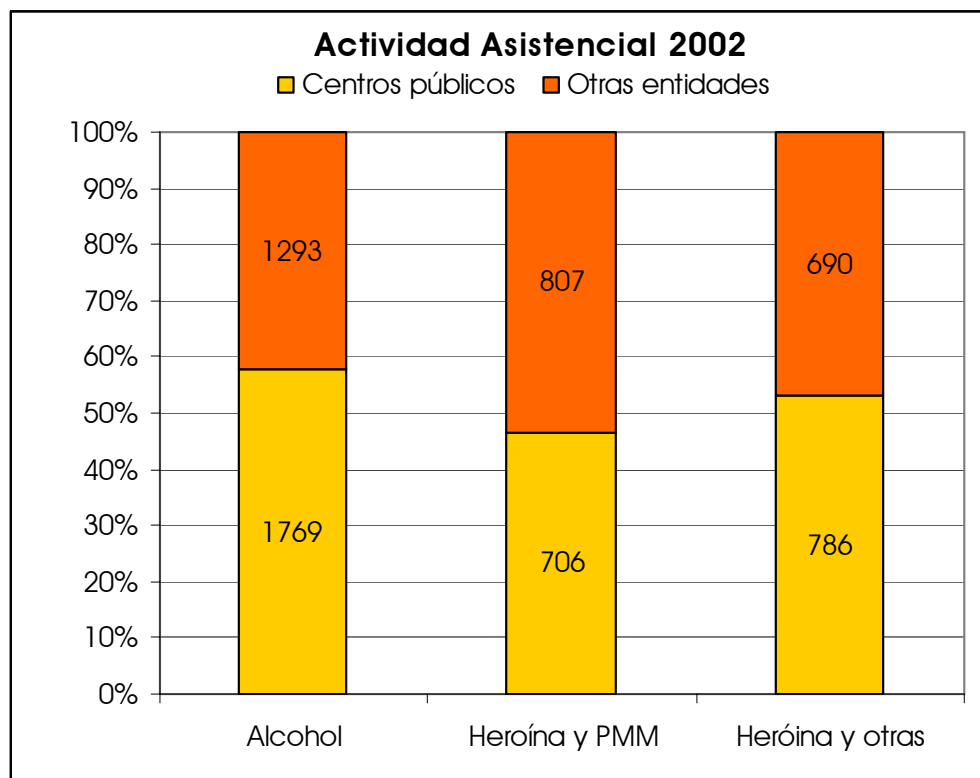


Gráfico 17. Actividad asistencial en Aragón: centros públicos y otras entidades. Datos de Plan Autonómico de Drogodependencias 2005-2008

Con respecto a la admisiones por droga, se observa que la mayor de las primeras admisiones a tratamiento son por adicción a los opiáceos y la proporción de los tratamientos por estas sustancias es llamativamente superior a la media nacional (51,9% en Aragón y 24,2% la media nacional). En los usuarios que son admitidos en primera admisión por adicción o abuso a la cocaína los porcentajes tienen una similitud mayor con la media nacional (5,7% en Aragón y 4,7% media nacional).

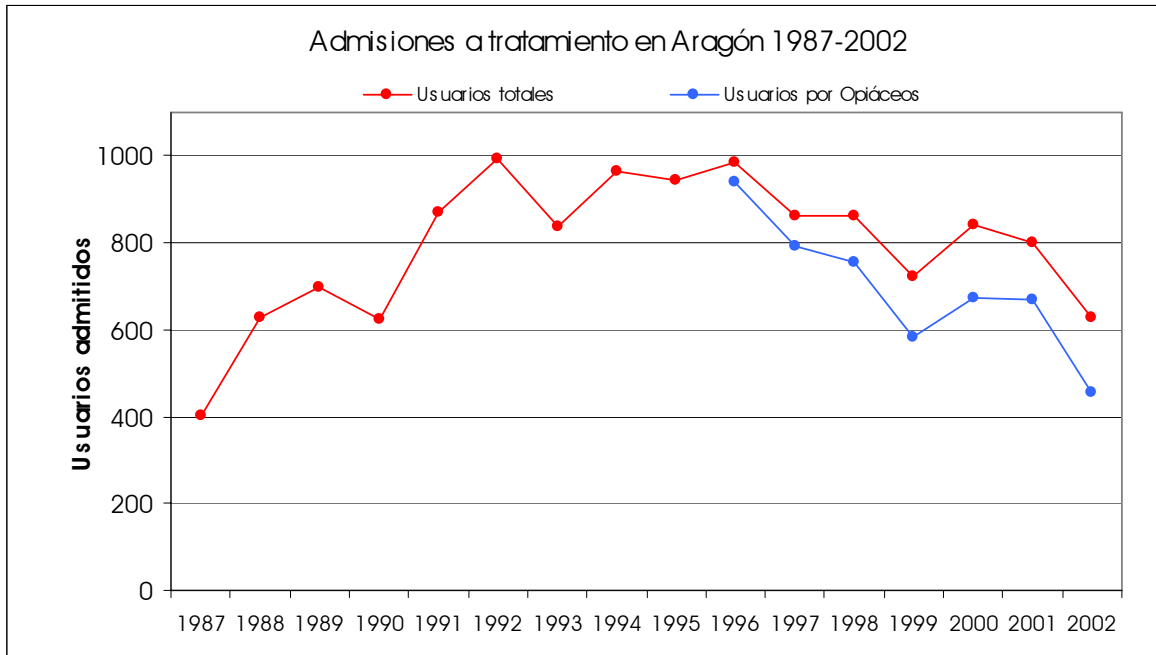


Gráfico 18. Admisiones a tratamiento en Aragón. 1987-2002. Datos del indicador “Tratamiento” del SEIPAD 2002

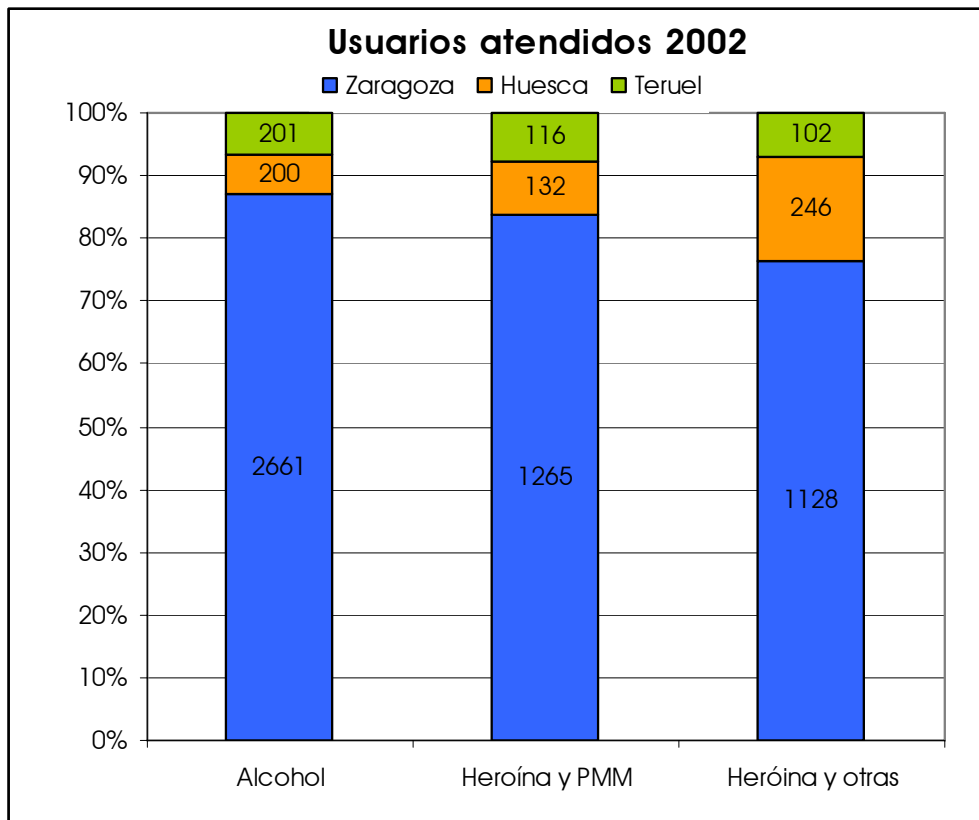


Gráfico 19. Usuarios atendidos por provincias. 2002. Datos del indicador “Tratamiento” del SEIPAD 2002

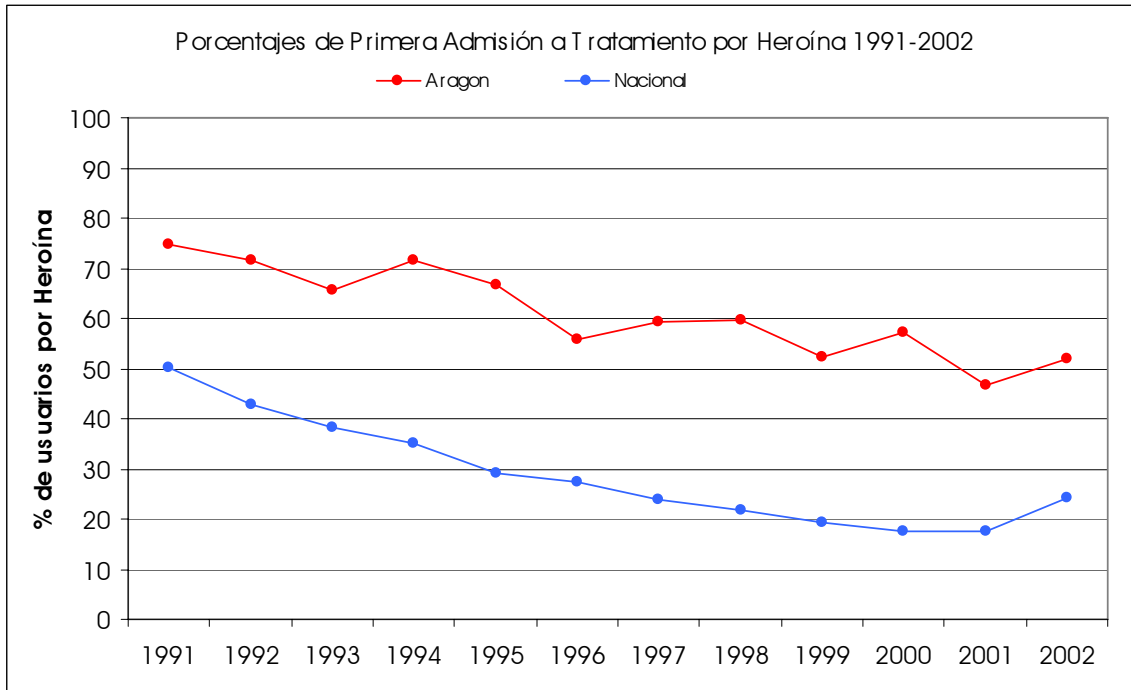


Gráfico 20. Primera admisión a tratamiento por heroína 1991-2002. Datos del indicador “Tratamiento” del SEIPAD 2002

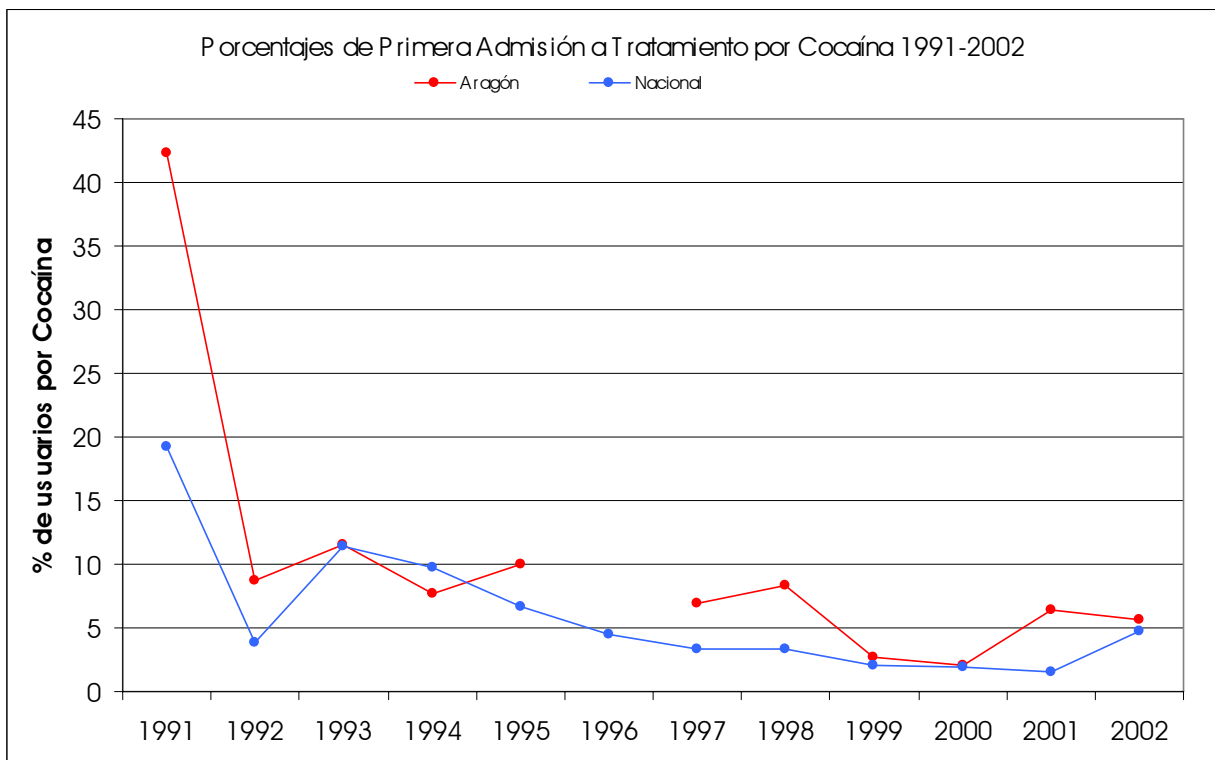


Gráfico 21. Primera admisión a tratamiento por cocaína 1991-2002. Datos del indicador “Tratamiento” del SEIPAD 2002

En cuanto a los planes de reducción de daños para adictos, tanto si están siendo tratados como si no, es el plan de sustitutivos opiáceos (también conocido como Plan de Dispensación de Metadona) el más común en nuestra comunidad.

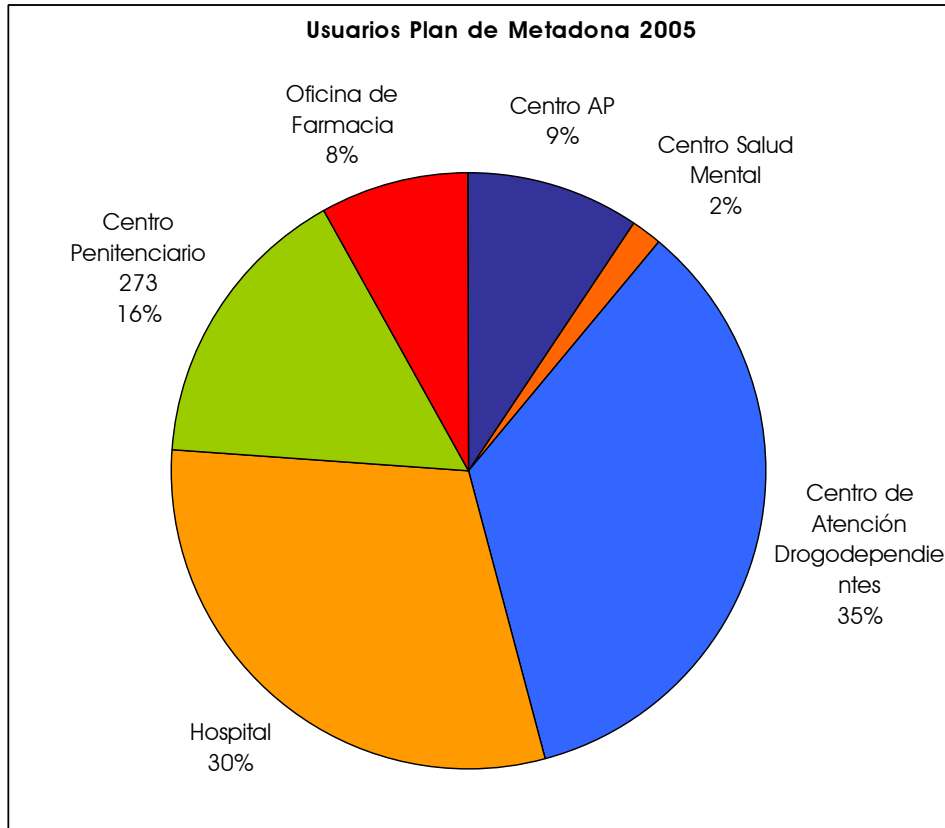


Gráfico 22. Distribución de usuarios en PMM por recursos. Datos del Plan Autonómico de Drogodependencias 2005-2008

Como en años anteriores, los pacientes que inician tratamiento lo siguen haciendo por iniciativa propia o por la presión de familiares o amigos acudiendo directamente a los Centros de tratamiento sin que les derive ningún profesional, lo que supone el mayor porcentaje de inicios de tratamiento en los Centros, 55,7%. La derivación desde los servicios sanitarios es la siguiente vía de acceso de los pacientes a los Centros de Atención de Adicciones con un 20,9% de los casos.

Además para el 55,2% de los casos, el tratamiento iniciado en 2005 era el primero que realizaban por la droga principal, de éstos el 41,5% era por consumo de cocaína, el 27,7% por consumo de alcohol y el 17,4% por consumo de cannabis.

Para los que habían realizado un tratamiento anterior por la misma sustancia que suponen un 39,7%, repetían por consumo de opiáceos el 39,5% y el 29,2% por consumo de alcohol.

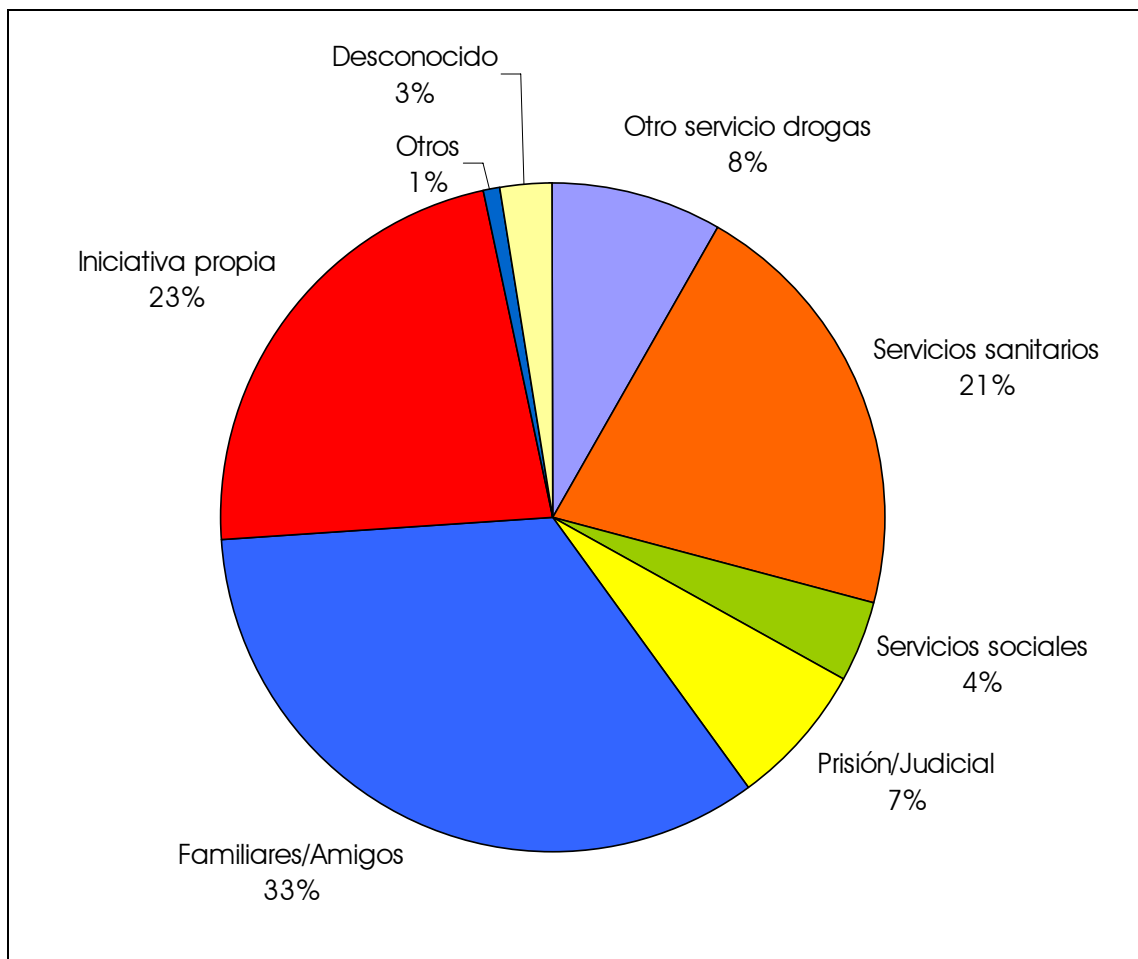


Gráfico 23. Inicios de tratamiento. Distribución por procedencia. Datos del Plan Autonómico de Drogodependencias 2005-2008

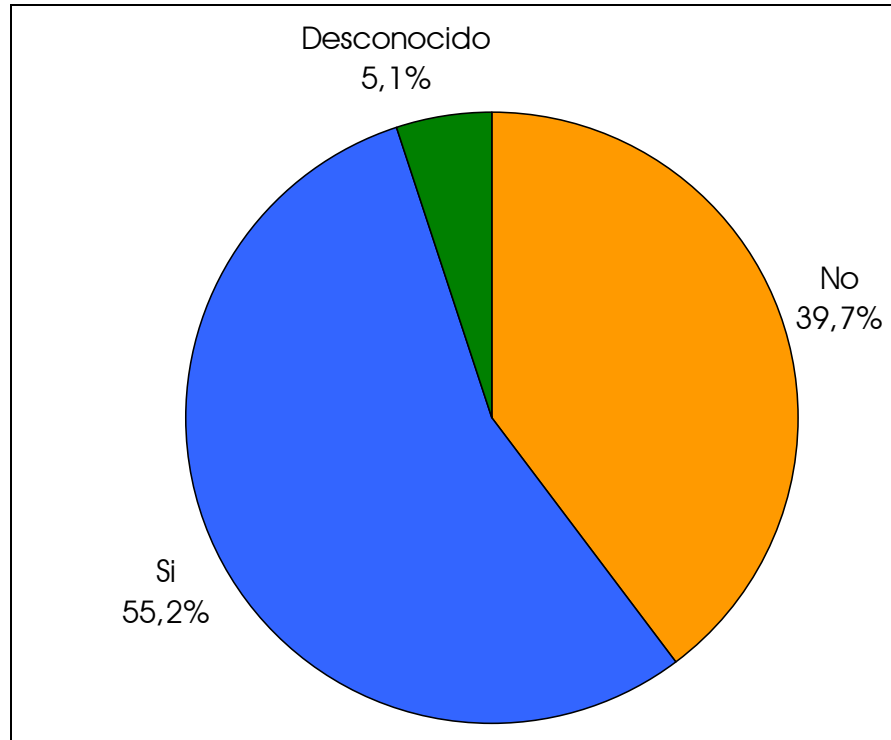


Gráfico 24. Inicios de tratamiento. Tratamiento previo por la misma droga. Datos del Plan Autonómico de Drogodependencias 2005-2008

Según los datos de 2005 el porcentaje de usuarios que no se han hecho una prueba para determinación de anticuerpos VIH es muy alto, el 58,7%, quizá porque todavía en estos momentos se asocia más a prácticas de riesgo relacionadas con la inyección de drogas que con otro tipo de prácticas de riesgo. El 77% de los resultados positivos se corresponde a los que iniciaron tratamiento por consumo de opiáceos. En 2005 no se ha recogido el dato en un 10,4% de los casos, que en años anteriores sólo suponía el 2% y el 3,6%.

El cambio de tendencias en el consumo continúa con cambios en la demanda de tratamiento. La estabilización de los usuarios de heroinómanos ha supuesto que el año 2005 los tratamientos por cocaína sean el 33,4% de los que se realizaron en el conjunto de Aragón. Si observamos los datos por provincias, nos encontramos que es la droga por la que más personas han iniciado tratamiento en todas ellas 33,7% en Huesca, 44% en Teruel y 30,1% en Zaragoza. Los tratamientos por alcohol ocupan el segundo lugar con un

29,1% respecto al total de Aragón, seguido por los opiáceos que suponen el 18,7% de los tratamientos iniciados este año.

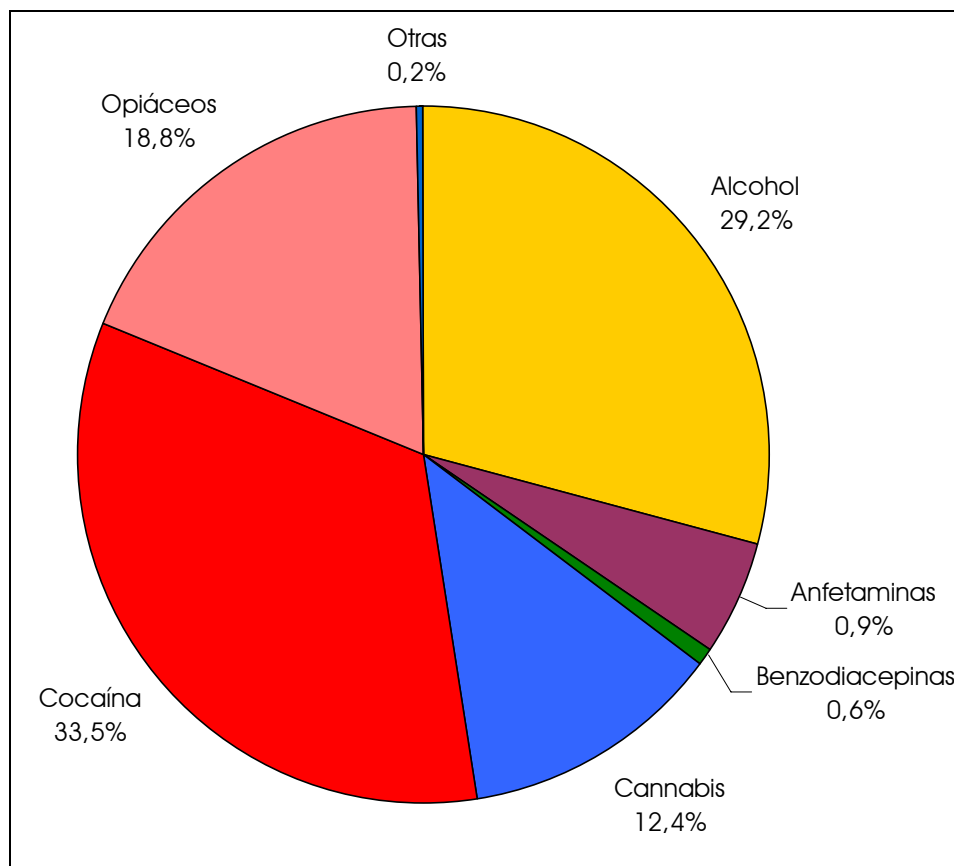


Gráfico 25. Inicios de tratamiento. Droga principal. Datos del Plan Autonómico de Drogodependencias 2005-2008.

Capítulo 3: Calidad Asistencial

7.- Calidad. Conceptos y Fundamentos

Desde mediados del siglo XX hasta nuestros días, las instituciones (empresas, gobiernos, industrias, etc.) han realizado enormes esfuerzos para lograr que aquello que ofrecen al resto de la sociedad (producto o servicio) sea cada vez mejor, porque marcar la diferencia con la competencia y hacer las cosas lo mejor posible es para todos un desafío constante. Los retos de un mercado cada vez más exigente han llevado a la extensión de la cultura de la calidad a todos los países y a todas las actividades humanas.

El concepto de calidad es aplicable a multitud de aspectos de una actividad industrial o de servicios, desde las ideas que mueven la organización a la calidad de los procesos o a la organización del personal. En este trabajo nos vamos a referir exclusivamente a calidad del producto o servicio ofrecido en el que confluyen las "calidades" del resto de los componentes de la actividad. Desde este punto de vista los principales autores sobre la calidad afirman:

Juran - "idoneidad o aptitud para el uso" (44). Un producto o servicio es de calidad si sirve para lo que está previsto que sirva. Este concepto de calidad exige una definición previa de las necesidades y expectativas que se pretende cubrir con el producto o servicio. De este modo se determinan las características o especificaciones que ha de tener el producto o servicio para que tenga calidad.

Deming - "en función del sujeto que ha de juzgar el producto o servicio" (45). La idea que subyace es la misma que en Juran: el sujeto que adquiere o solicita el servicio lo valora porque tiene unas necesidades y expectativas que son las que van a determinar si lo que recibe es o no de calidad.

Ishikawa - "satisfacción de los requisitos de los consumidores de ese producto o servicio" (46). Concibe la calidad, al igual que Deming y Juran, como el cumplimiento de los requisitos que un usuario demanda de ese producto. Es necesario conocer los requisitos para saber si el producto es de calidad.

Tenemos, en consecuencia, tres componentes que intervienen en la determinación de la calidad de un producto o servicio: el fabricante del producto o proveedor de servicios, el producto o servicio y el receptor del producto o servicio.

7.1.- Calidad en el sector de la Salud

El concepto de calidad asistencial aplicado en el campo de la atención sanitaria es diverso (47) y multidimensional (48). Por este motivo, no existe un consenso claro y se manejan diferentes definiciones de calidad asistencial:

- **A. Donabedian:** Calidad asistencial es el modelo de atención que maximiza el nivel de bienestar del paciente, una vez tenido en cuenta el balance de beneficios y pérdidas esperadas en todas las fases del proceso asistencial (49).
- **National Health Service (NHS):** Calidad asistencial es hacer las cosas adecuadas (qué) a las personas adecuadas (a quién) en el momento preciso (cuándo) y hacer las cosas bien la primera vez (50).
- **Institute of Medicine (IOM):** Calidad asistencial es el grado por el que los servicios asistenciales incrementan la posibilidad de resultados de salud deseados para individuos y poblaciones, en concordancia con el conocimiento profesional actual (51).

- **Organización Mundial de la Salud (OMS):** Calidad asistencial es el nivel de realización de objetivos intrínsecos para mejorar la salud por los sistemas sanitarios y de receptividad a las expectativas legítimas de la población (52).
- **Consejo de Europa:** Calidad asistencial es el grado por el que el tratamiento dispensado aumenta las posibilidades del paciente de alcanzar los resultados deseados y reduce las posibilidades de resultados indeseados, considerando el estado de conocimiento actual (53).
- **H. Palmer:** entendemos que la calidad en la atención sanitaria es la prestación de “servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario” (54).

Estas definiciones, como otras de las que existen sobre calidad asistencial, contienen las dimensiones y atributos que aporta la calidad al servicio: la calidad científico-técnica y la aceptación del usuario.

Según Saturno (55, 56), entre las dimensiones se debe incluir la **accesibilidad**, ya que muchos sistemas sanitarios tienen una finalidad de cobertura universal. En el caso de modelos con una innegable orientación comunitaria, no se puede considerar que los servicios ofrecen una atención de calidad óptima si sólo tiene acceso una parte de la población que la necesita, aunque los centros y unidades cumplan con los requisitos de calidad.

Por el mismo motivo, existe controversia acerca del componente de la equidad, ya que formará parte del sistema no solo ofrecer una asistencia sanitaria accesible a todos, sino que además los usuarios ante la misma necesidad reciban los mismos cuidados.

En sistemas que no tienen orientación comunitaria, o en instituciones privadas sin la responsabilidad social de atención a grupos poblacionales, se suele prescindir de la accesibilidad y de la equidad como atributos de la calidad.

Finalmente, algunos incluyen la **disponibilidad de recursos** (55) como un elemento que determina la calidad. Otros lo consideran controvertido, ya que su inclusión conlleva considerar la calidad como algo relativo, que depende de cada entorno, y aceptar que la calidad no es comparable en términos absolutos: existe el límite de los recursos que la sociedad decide emplear en la atención de servicios sanitarios.

7.2.- Dimensiones de la Calidad

En función de los autores referidos anteriormente y los trabajos de Saturno (47), Oteo (57) y otros autores, se han definido de forma operativa las principales dimensiones de la calidad.

Competencia profesional, calidad científico-técnica de la atención. Dimensión central que expresa la capacidad del profesional de utilizar el nivel más avanzado de conocimientos existente para afrontar los problemas de salud del paciente (mejorar la salud y conseguir la satisfacción del paciente). Se incluye en esta dimensión el aspecto de la relación profesional-paciente, porque la satisfacción también depende de la práctica y del modo en que un servicio es prestado. Esta dimensión significa atender de forma científica las necesidades sanitarias.

Efectividad. Es la dimensión que expresa si una determinada práctica o atención sanitaria ha mejorado el estado de salud de la población que la recibe. Es bastante común confundirlo con el concepto de eficacia. Esta última sería la mejora en la salud por la prestación de un servicio sanitario en condiciones ideales de uso. La efectividad, en cambio, considera que las condiciones de uso han de ser las habituales.

Eficiencia. Es la dimensión que relaciona el producto con el gasto. La mayor eficiencia está en la prestación de un servicio, con un nivel determinado de calidad, al menor coste posible o, lo que es lo mismo, conseguir el nivel más alto de calidad que permiten los recursos disponibles.

Accesibilidad. Es la dimensión que determina la facilidad con que se puede obtener una prestación sanitaria en relación con los aspectos (barreras) organizacionales, económicos, culturales y emocionales. Esta dimensión no se incluye en todas las definiciones de calidad. Además, aquellas que la incluyen, introducen matices para su valoración. Palmer incluye en ella el concepto de **equidad**. Accesibilidad sería "la medida en que los cuidados apropiados son recibidos por la población de forma equitativa" o "la distribución equitativa y oportuna (a tiempo) de la atención sanitaria apropiada, para aquéllos con necesidades equivalentes". En cualquier caso, lo central de esta dimensión es la necesidad de cuantificar si la atención sanitaria llega o no a quien la necesita y cuando la necesita. Uno de los criterios, o indicadores de calidad, más directo, y que se mide habitualmente en relación con la accesibilidad, es la cobertura sanitaria. La existencia de una mala cobertura equivale a mala calidad por probable defecto en la accesibilidad. Algunos introducen otros criterios para medir la **accesibilidad interna** una vez que se ha accedido al sistema, es decir, la existencia de barreras (organizativas, culturales, etc.). En la accesibilidad interna se incluye también la problemática de los tiempos de espera, falta de coordinación entre profesionales y entre niveles asistenciales, etc., que impiden la fluidez normal que debería tener un proceso asistencial visto en su totalidad.

Satisfacción. Es la dimensión que expresa el grado en que la atención sanitaria prestada y el estado de salud final cumplen con las expectativas del usuario, la calidad percibida por el usuario. La mayoría de las definiciones de calidad consideran muy importante esta dimensión, a la vez que existe controversia acerca de los métodos, variables, subcomponentes y ajustes a tener en cuenta en la interpretación correcta de su medición.

Adecuación. Es una dimensión mencionada con frecuencia, pero de la que no existe una definición operativa uniforme. La JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations) define la adecuación como el grado en que “la atención se corresponde con las necesidades del paciente” (55), es decir, se considera adecuado si el servicio prestado es el conveniente para el problema de salud que es atendido.

Desde un punto de vista práctico, no es posible trabajar eficazmente por la calidad con todas las dimensiones antes citadas, ya que el objetivo esencial es mejorar la calidad, y para ello las dimensiones han de ser evaluables. De todas ellas, la calidad científico-técnica o competencia profesional, la satisfacción y la accesibilidad son con las que se trabaja de manera habitual, ya que su medición orienta acerca de otras dimensiones. Cuando se estudia la calidad científico-técnica de la acción diagnóstica se estudia su efectividad y su eficiencia. Además, en un centro sanitario los servicios que se ofrecen son muchos y muy diferentes. Por este motivo, es necesario traducir estas pocas dimensiones generales de la calidad a requisitos concretos para cada servicio, tratamiento o tipo de paciente para poder evaluar la calidad. No se puede olvidar que en cada tipo de paciente, la importancia de cada dimensión puede ser diferente, así como los requisitos de calidad.

Palmer (1983)	Donabedian (1988)	Nuttinget al.(1990) in Saturno	Maxwell (1992)	Consejo de Europa (1998)	NHS (1997)	NLHI de la JCAHO (1999)	Instituto de Medicina (2001)
Efectividad	Efectividad	Efectividad	Efectividad	Efectividad	Efectividad	Efectividad	Efectividad
Eficiencia	Eficiencia	Eficiencia	Eficiencia	Eficiencia	Eficiencia	Eficiencia	Eficiencia
Acceso	Acceso	Distribución de la asistencia/ integridad	Acceso	Acceso	Acceso justo	Acceso	---
Competencia técnica	Mejora de la salud	Competencia técnica	Competencia técnica	Eficacia	Mejora de la salud	---	---
---	Equidad	---	Equidad	---	---	---	Equidad
---	Adecuación	---	Adecuación	Adecuación	---	Adecuación	---
Aceptabilidad/ Satisfacción	---	---	Aceptabilidad	Aceptabilidad	---	Disponibilidad	---
---	Seguridad	---	Respeto	Seguridad	---	Seguridad	Respeto/ Seguridad
---	---	---	---	---	Oportunidad	Oportunidad	Oportunidad
---	---	---	Elección/ Disponibilidad de información	Satisfacción del paciente	Paciente/ Experiencia asistencial	---	Receptividad centrada en el paciente
---	---	Continuidad/ Coordinación	---	---	---	---	Continuidad
---	---	---	Relevancia	Evaluación	---	Prevención/ Detección precoz	---

Tabla 8. Dimensiones de la Calidad Asistencial en Salud. Informe de anual 2005 del Sistema Nacional de Salud. Observatorio del SNS.

8.- Aproximación histórica a la Calidad Asistencial en Salud.

En el sector sanitario, se puede decir que la primera referencia histórica (57) a la mejora de la calidad fue en 1858, cuando F. Nightingale introdujo mejoras en la formación de la enfermería y en el tratamiento de las heridas de los soldados de la guerra de Crimea. Gracias a estas medidas, se consiguió reducir la mortalidad en los hospitales de campaña de un 40% a 4%.

A principios del siglo XX, gracias a una evaluación de hospitales americanos y canadienses, Flexner elaboró un informe en 1910 en el que puso de manifiesto que no existían unas normas claras para la formación de los facultativos y del personal sanitario, y concluyó con la importancia de impulsar el establecimiento de unas pautas unificadas para esos estudios. Poco después Codman desarrolló un método para medir los resultados finales de la asistencia hospitalaria en Estados Unidos. Como consecuencia de los informes Flexner y Codman, el American College of Surgeons decide

en 1918 establecer unos requisitos de estructura que deberán reunir los centros hospitalarios para poder operar con ciertas garantías, hecho de extraordinaria importancia en la evaluación de la calidad en salud y que constituyó la primera acreditación de la historia.

En 1951 se creó la Joint Commission on Accreditation of Hospitals (JCAHO), a partir de los trabajos del American College of Surgeons con el American College of Physicians, la Canadian Medical Association, la American Medical Association y la American Hospital Association. La JCAHO estableció una técnica de acreditación de hospitales que ha constituido un marco de referencia mundial en acreditación, indicadores y normas asistenciales. En 1965, en Estados Unidos, se inician los programas de asistencia pública a ancianos e indigentes Medicaid y Medicare, lo que dio un impulso a la acreditación de la **JCAHO** de hospitales, ya que el estar acreditado empezó a ser un requisito para concertar con la administración pública sanitaria.

Otro hito fundamental en calidad asistencial fue la formulación, hecha por **Avedis Donabedian** en 1966 (58), de la clasificación de los métodos de evaluación de la calidad asistencial basada en la evaluación de la **estructura** (abarca las características relativamente estables de los proveedores de la atención sanitaria: recursos humanos, físicos y financieros), el **proceso** (como conjunto de actividades que los profesionales realizan a, por o para el paciente y la respuesta del paciente a esas actividades) y el **resultado** (las mejoras en el nivel de salud del paciente y la satisfacción ante la atención recibida). El enfoque de Donabedian para describir y evaluar la calidad asistencial es equiparable al concepto industrial de inversión-proceso-rendimiento (59) y ha sido ampliamente aceptado, posiblemente uno de los pocos acuerdos en el campo de la calidad asistencial (60).

En 1972 se creó en Estados Unidos la Professional Standards Review Organizations (PSRO), para la evaluación de la calidad de la atención de los

hospitales. A partir de aquí, empiezan a proliferar en los distintos países las entidades gubernamentales y no gubernamentales dedicadas a la evaluación de la asistencia sanitaria y la elaboración de normas de acreditación y calidad: 1974, Australian Council on Hospital Standards (Australia); 1976, National Association of Quality Assurance Professionals (NAQAP, Estados Unidos); 1979, CBO (Holanda); 1980, Canadian Association on Quality Assurance Professionals (Canadá), Canadian Council on Hospital Accreditation (Canadá), etc.

En España, se funda la Sociedad Española de Calidad Asistencial en el año 1983 para promocionar y difundir la cultura de mejora de la calidad asistencial en todos los ámbitos de la asistencia sanitaria de nuestro país (61), siendo una de las primeras de Europa.

Una muestra de la extensión de la cultura de calidad en el sector sanitario, fue su aparición en los objetivos y legislaciones nacionales e internacionales. En el proyecto de la Organización Mundial de la Salud “Salud para todos en el año 2000” (62) se insta a los países miembros a promover organismos y grupos de aseguramiento de la calidad en la atención, dentro del marco de sus sistemas sanitarios, a través de métodos de vigilancia continua y sistemática, para determinar la calidad no limitándose a la dimensión científico técnica.

9.- Instrumentos de Evaluación de la Calidad.

El interés por impulsar la mejora de la calidad asistencial ha llevado a que surjan un gran número de iniciativas. Los instrumentos que actualmente más se usan para valorar la calidad asistencial son: los ciclos de mejora, la monitorización de indicadores y el diseño de la calidad.

Actividades	Aspectos clave	Objetivo inmediato
Ciclos de mejora,	- Identificación y resolución de un problema de calidad o de una oportunidad de mejora en los servicios que ya se ofrecen	- Solucionar el problema Aprovechar la oportunidad de mejora descubierta.
Monitorización de indicadores	- Identificación de los aspectos más relevantes del servicio que se ofrece y elaborar indicadores de calidad. - Selección de indicadores sobre áreas prioritarias y resolución de problemas mediante Ciclo de Mejora.	- Identificación de un problema de calidad o de una oportunidad de mejora
Diseño y planificación de la calidad.	- Programación de un nuevo servicio. - Identificación de las necesidades y expectativas de los usuarios. - Identificación de parámetros y resultado a conseguir.	- Diseño de procesos que obtengan los resultados planificados.

Tabla 9. Actividades de evaluación de la calidad. Elaboración propia.

9.1.1.- LOS CICLOS DE MEJORA

La evaluación mediante el ciclo de mejora comienza con la identificación de una oportunidad de mejora en algún aspecto de los servicios que se están ofreciendo. Este problema puede ser de tipo asistencial (calidad de los programas, diagnósticos, tratamientos, controles de salud, etc.), organizativo (falta de coordinación, tiempos de espera, circuitos anómalos, etc.) o de cualquier otro tipo (satisfacción, comunicación, información, etc.). El objetivo de las actividades que se generan a partir del estudio del problema de calidad, previamente identificado y definido, es elevar el nivel de calidad del aspecto que se evalúa hasta los niveles máximos que permite el contexto en el que se presta el servicio sanitario.

Esto se concreta en algunas actividades (56):

- Análisis del problema considerando el conocimiento que se tenga sobre sus posibles causas.
- Definición de criterios, requisitos o especificaciones que sirvan para medir el nivel de calidad.

- Diseño y realización del estudio, análisis y discusión de los resultados
- Diseño e implantación de las acciones correctoras. Su efectividad sobre el problema de calidad ha de ser medida mediante una reevaluación.

A veces, con el simple análisis del problema y la consideración de los estándares de calidad, resulta fácil detectar la mejor solución para mejorar y se puede diseñar directamente la intervención oportuna. Otras veces, sobre todo cuando el problema puede limitarse a un sólo requisito de calidad de difícil comprensión (tiempos de espera elevados, insatisfacción, fallos organizativos puntuales y repetidos, etc.) y sin relación con estándares de calidad concretos, lo oportuno es hacer un estudio de causas del incumplimiento del requisito de calidad en estudio.

Los ciclos de mejora son el método más extendido, y también el que más necesidad tiene de un enfoque interno y de compromiso. Actualmente no se considera suficiente para un programa completo, aunque podemos encontrar programas que se basen exclusivamente en ciclos de mejora.

9.1.2.- LA MONITORIZACIÓN

La monitorización es la medición periódica, planificada y rutinaria de una serie de aspectos mediante indicadores de la calidad. Su objetivo es asegurar unos niveles previamente fijados como aceptables. En la práctica, para la monitorización se parte de una selección de aspectos clave o servicios para los que se elaboran los correspondientes indicadores que han de ir acompañados de su esquema de medición o plan de monitorización, en el que hay que especificar, entre otras muchas cosas, el método y la periodicidad de las mediciones.

Estos indicadores pueden derivarse de ciclos de mejora realizados o ser contruidos y seleccionados para monitorizar aspectos que consideramos relevantes en los servicios que ofrece el centro. También es aplicable a los

diferentes niveles de los sistemas de salud, pero con los indicadores propios de cada nivel.

El resultado o fin principal de la monitorización es identificar oportunidades de mejora, o problemas de calidad que merecen de una atención adicional más profunda y detallada.

La monitorización es igualmente útil en los programas o enfoques interno y externo. Los ciclos de mejora, en cambio, tienen su máxima aplicabilidad en los programas internos. A veces, la monitorización es la única actividad desarrollada en los programas externos (de iniciativa externa al centro). Por ejemplo, los indicadores o normas que se manejan para evaluar desde los servicios centrales, la atención que se presta en los centros sanitarios (63).

9.1.3.- DISEÑO DE LA CALIDAD

Los ciclos de mejora ayudan a solucionar los problemas que ya existen y la monitorización tiene como fin evaluar de forma continua para detectar situaciones mejorables, pero mediante el diseño de la calidad se previene la aparición de problemas de calidad, lo que implica organizar los sistemas y procesos para obtener la calidad máxima obtenible. Es decir: organizar el servicio para que siempre tenga que efectuarse de modo correcto, de manera que el resultado sea el esperado.

El diseño de la calidad es el área de actividades de última incorporación en los programas de gestión de la calidad y tiene gran importancia, pero es la más compleja de llevar a cabo. Se parte de la definición de los objetivos a conseguir, en términos de expectativas y necesidades a satisfacer, y de los parámetros del servicio a diseñar. Posteriormente, se decide qué hacer y cómo hacerlo para lograr el resultado esperado cuando se ofrezca el servicio diseñado.

Actualmente, en los servicios de salud se observa una difusión de la cultura del diseño de la calidad de la atención clínica mediante la construcción de protocolos o guías de práctica clínica.

Como se ha comentado, el diseño (o el popular “reingeniería de procesos”) es un paso fundamental para los programas de gestión de calidad. Sin embargo, el diseño no es suficiente. Por muy excelente que sea el proceso diseñado siempre hay que contrastarlo con la realidad, es decir, evaluar los criterios o indicadores que informen de si funciona o no, y monitorizar aquellos que importan para detectar si se produce o no un problema con el paso del tiempo.

10.- La evaluación de la calidad mediante indicadores

El desarrollo de los “sistemas de indicadores” o “monitorización de indicadores” incluye tres elementos fundamentales: el criterio (aspecto relevante de buena práctica que interesa medir), el indicador (instrumento que permite la medición y cuantificación del criterio) y el estándar (nivel de comparación con las buenas prácticas).

Actualmente, existe una conciencia bastante generalizada de que la mejora de la calidad en salud está ligada al uso de criterios e indicadores de calidad independientemente del modelo de sistema de salud utilizado y de la filosofía de la calidad que se aplique. La naturaleza de la información que proporcionan permite la relación “indicadores de calidad” → “niveles de calidad” → “identificación de oportunidades de mejora”. También permiten la mejora de la calidad en puntos concretos y su cuantificación, la priorización de las actividades, la transparencia de las organizaciones sanitarias a distintos niveles y facilitan la toma de decisiones basadas en la evidencia. El uso de indicadores proporciona información sobre los diferentes niveles asistenciales (individual, institucional y sistémico) para los que se diseñe la

evaluación. También facilitan la comparabilidad objetiva (64) entre evaluaciones y reevaluaciones en un mismo centro, entre diferentes centros (65) y la comparación con un estándar fijado por consenso y de acuerdo con el nivel de calidad exigible a los recursos disponibles.

10.1.- Criterios

Los **criterios** son las herramientas con que se mide la calidad de los aspectos esenciales de la atención o área sanitaria (66), a través de su grado de cumplimiento o la ausencia o presencia de cumplimiento. El criterio siempre se origina por una reflexión sobre las necesidades y expectativas de quienes van a recibir la atención. Los criterios se formulan mediante una frase en positivo, centrándose en el aspecto concreto, por ejemplo, “a los drogadictos que acudan a nuestro centro se les impartirá educación sanitaria”. Cuando se utilizan en la relación de un estudio de evaluación, se transforman en preguntas positivas o negativas para saber cuantas veces se cumplen o no. Los criterios deben extraerse de una base de conocimiento científica, a ser posible basada en la evidencia. Si no existe, deben representar la opinión más autorizada y mejor informada de que se disponga. Suelen ser fuente normal para criterios:

- Normativas legales.
- Códigos éticos y deontológicos.
- Protocolos, normas establecidas.
- Conferencias de consenso.
- Literatura científica.
- Opinión y experiencia de profesionales expertos.
- Práctica habitual.

- Práctica de profesionales o instituciones líderes.

A la hora de evaluar la calidad de cualquier servicio sanitario se puede elaborar una larga lista de criterios. Según Saturno (67), lo eficaz es priorizar y prestar atención a un discreto número de características esenciales en función de la utilidad:

Relevancia. El criterio tiene que representar un aspecto esencial del problema a evaluar.

Realistas y aceptables. El centro y sus pacientes se pueden permitir el criterio (realistas) y los profesionales lo consideran científicamente demostrado (aceptable y válido).

Medible. El nivel de calidad del criterio ha de ser cuantificable.

Pocos criterios. Algunos autores proponen utilizar menos de 10 en cada estudio, que sean fiables, etc.

Para medir la calidad, los criterios, tienen que poder apoyarse en datos que, dependiendo del criterio, son de **estructura, proceso, resultado** (68), o una combinación de ellos. Se habla de datos de estructura cuando se quiere evaluar la calidad de los recursos que tiene una institución para prestar los servicios sanitarios; recursos físicos, equipamiento, financiación, personal (número y cualificación); y la forma en que están organizados. El proceso se refiere a las acciones ejecutadas por el proveedor del servicio sanitario para el usuario, y también lo que el usuario hace como consecuencia de esas acciones. Finalmente, los datos de resultado son los que aportan los cambios que se consiguen con los procesos, es decir, la incidencia en la función física, satisfacción y nivel de salud del servicio sanitario que se ofrece.

El paso previo para evaluar la calidad de cualquier servicio es identificar unos criterios que respondan a las dimensiones generales de la calidad y que sean medibles por datos de estructura, proceso y resultado (69). Una vez seleccionados hay que investigar si su medición es una medición válida de la calidad; es decir, si su cumplimiento es equivalente de presencia de calidad en el servicio evaluado. También el cumplimiento de los aspectos importantes de la estructura, es necesario que cumplan con los criterios de calidad, pero no la garantizan. Por ejemplo, disponer de un sistema de diagnóstico del VIH es importante, pero es necesario que el personal sepa usarlo, luego la calidad estructural es necesaria para la aplicación en procesos de atención.

Hemos sintetizado en la siguiente tabla los diferentes aspectos que ayudan a clarificar los tipos de indicadores.

Aspecto	Tipo
Especificación	Criterios implícitos. No especifica el criterio de calidad y el sujeto que evalúa. Criterios explícitos. Se describe en qué consiste y se concretan referencias para la medición.
Origen	Criterios empíricos. Describen como es la realidad y no dicen como han que ser las cosas para ser de calidad. Se acepta como válido lo más frecuente. Criterios normativos. Dicen explícitamente como tienen que ser las cosas para que sean de calidad aceptable.
Dependencia	Longitudinales. El criterio es secuencial, y precisa para su evaluación, de los datos de cumplimiento de otro criterio anterior Transversales. Se evalúan de forma independiente a los demás criterios.
Importancia	Isovalentes. Los criterios tienen el mismo valor como requisitos de calidad. Ponderados. En la evaluación se le da a algunos criterios más valor que a otros. La forma más frecuente de ponderación es hacer que todos sumen 100 y ponderar cada uno en función del porcentaje.
Servicios	Genéricos. Incluyen a varios servicios diferentes. Específicos. Sólo afectan a un servicio.

Tabla 10. Tipos de criterios en calidad. Elaboración propia.

10.2.- Indicadores

Los **indicadores** son la medida de la aplicación de los criterios en la práctica asistencial. Para la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (70), un indicador clínico es una medida cuantitativa que puede usarse como guía para controlar y valorar la calidad de importantes actividades de la asistencia al paciente y de los servicios de apoyo. Expresa la información como un suceso, o una ratio de sucesos dentro de un universo definido:

$$\frac{\text{Número de pacientes a los que ocurre un suceso específico}}{\text{Número de pacientes que tienen una condición o procedimiento específico}}$$

Estos instrumentos pueden dar lugar a técnicas elaboradas de control de calidad. Generalmente hay que definir primero qué indicadores se van a monitorizar y segundo, cómo van a medirse y cuál va a ser el plan y la metodología de interpretación de las mediciones.

10.3.- Estándares

Cuando existen datos basados en la evidencia científica sobre un tema se pueden establecer estándares o niveles óptimos de calidad para un criterio. Los **estándares** son aquellos valores que toma un criterio para considerar que la práctica alcanza un nivel aceptable de calidad. Es decir, la comparación de la elaboración del valor obtenido a partir del indicador y el valor considerado como de calidad (66). Normalmente se expresan en forma de porcentaje o como presencia/ausencia. Las fuentes para la determinación de estándares pueden ser las mismas que las utilizadas para la determinación de criterios.

No obstante, se debe tener en cuenta de un lado, la falta, bastante generalizada de su existencia, y por otro, las dificultades para su aplicación en cada situación concreta (71). Para facilitar su aplicación se trabaja aumentando progresivamente el grado de cumplimiento del estándar de calidad, dentro de la filosofía de la mejora continua.

Los criterios y estándares son utilizados en el proceso de evaluación continua de la calidad y siempre deben fijarse previamente. Permiten adquirir información precisa acerca del nivel de calidad de la atención prestada, detectar deficiencias, diseñar medidas de mejora y adoptar dichas medidas.

10.4.- Construcción de criterios, indicadores y estándares

En el proceso de elaboración y selección de criterios han de estar implicados aquellos a los que atañe cumplimiento: usuarios, profesionales, gestores y evaluadores. Aunque en la mayoría de los casos se delega en un grupo su selección inicial. Para ello pueden utilizarse diversas técnicas de toma de decisiones en grupo (72).

Para un proceso de construcción eficaz, que proporcione criterios útiles, hay que tener en cuenta una serie de recomendaciones previas para la elaboración:

- Manejar criterios simples.
- Limitar el número de criterios (el menor número posible. Algunos autores recomiendan un máximo 10 criterios para monitorizar (67)).
- Inclusión de número mínimo de parámetros.
- Criterios que se adapten a los recursos de los profesionales y el entorno.

- Asegurarse el consenso y la aceptabilidad por parte de quienes los tienen que cumplir, gestionar y evaluar.
- Asegurar que el contenido esté actualizado y sea válido.
- Elaborar las excepciones al criterio y las aclaraciones de los términos empleados.
- Asegurar la fiabilidad.

Para la construcción y desarrollo de cada uno de los indicadores, la JCAHO (70) y la FAD (73) recomiendan acompañarlos de una descripción detallada y puede presentarse como formulario:

Área relevante: aspecto específico que se valora.

Criterio: juicio de buena práctica

Nombre del indicador: Es una breve definición que describe la actividad asistencial o el suceso que se valora.

Justificación: Explicación de la utilidad del indicador en la medición del aspecto de la estructura, proceso o resultado de la calidad de la atención ha evaluar. La justificación debe apoyarse, en la medida de lo posible, en la evidencia científica.

Definición de términos. Explicación de los conceptos incluidos en el numerador y el denominador del indicador con el fin de definir la población referida en cada caso. Con respecto a los indicadores de tasa, la población del numerador (aquella que cumple las condiciones del indicador) siempre es una parte de la población total del denominador

Tipo de indicador. Al igual que los criterios, los indicadores son clasificados según lo que midan: estructura, proceso o resultado.

Población: Referencia específica al denominador, y describe los casos que tienen que ser revisados. Cuando hace falta se definen los criterios de exclusión, que son aquellas situaciones que quedan excluidas de la cuantificación del indicador. Habitualmente se revisan todos los casos del centro (población) o sólo una muestra. En este caso, habrá que hacer una selección de casos representativa del conjunto de la población utilizando las técnicas de muestreo. En muchas ocasiones puede ser conveniente establecer subcategorías dentro de estas poblaciones con el fin de mejorar la sensibilidad, especificidad, etc. del indicador.

Fórmula: Expresión en forma matemática para la cuantificación del indicador mediante la conversión de los términos usados en el criterio en datos, poniendo en relación la calidad que idealmente se debería dar a un paciente al recibir una asistencia con la realidad de esa práctica en el centro evaluado. Habitualmente se trata de una fracción con numerador y denominador, pero también se puede expresar como una frecuencia absoluta.

Fuentes de datos: Especificación de los datos necesarios y cuál es el origen para su obtención.

Estándar: Especificación del nivel de calidad deseado. Han de existir datos con los que comparar los resultados del indicador, a partir de los cuales se puedan establecer o verificar los niveles de calidad o la diferencia en orden a una eventual acción de mejora posterior.

Comentarios: Aclaraciones consideradas necesarias para asegurar que el indicador es entendido igualmente por todos sus usuarios y evaluadores, y que todos recogerán la misma información. En este apartado se pueden aclarar cuestiones relativas a la terminología o codificación de la información empleada en la toma de datos del indicador.

10.5.- Excepciones en los indicadores

Hay circunstancias en las cuales no es exigible el cumplimiento del criterio y generan las llamadas excepciones al criterio. No deben ser muchas ni frecuentes. Además, es importante hacerlas constar en el formulario del indicador para considerarlas en la evaluación de calidad, ya que pueden ser un factor de confusión para las comparaciones.

No han de ser muy frecuentes en las evaluaciones y si aparecen habitualmente lo mejor es eliminar el criterio, ya que existe el riesgo de que no tenga validez como criterio de calidad o que dificulte la evaluación exigiendo diseños muestrales complicados que tengan en cuenta la representatividad.

Otro problema que generan las excepciones es la forma de valorarlas en la evaluación. Si se consideran como cumplimiento del criterio se pierde información real, mientras que si se consideran como incumplimiento tampoco se refleja la realidad de los hechos y no se pueden diseñar acciones de mejora para las excepciones. Lo recomendable es considerarlas no procedentes, eliminando el factor de confusión. En casos extremos el cumplimiento de un criterio calidad a nivel elevado podría llegar a ser debido a una proporción alta de excepciones, más que a la realización concreta del criterio en sí.

10.6.- Aclaraciones en los indicadores

La aclaración de los criterios es la descripción inequívoca de cualquier término que aparezca en el criterio o sus excepciones, que pueda estar sujeto a interpretaciones. Así se garantiza el empleo exacto y repetible de los términos técnicos. El indicador hay que definirlo explícitamente, detalladamente, para que la persona que evalúa no tenga que hacer ningún juicio personal sobre si un caso cumple o no un criterio determinado.

La existencia o no de aclaraciones, cuando éstas son necesarias, y la suficiencia de las mismas repercute directamente en la fiabilidad de los criterios. La fiabilidad es el grado de reproducibilidad de los resultados de una evaluación de calidad usando indicadores por evaluadores diferentes. Cuando los indicadores que evalúan criterios están sujetos a interpretación diversa no pueden utilizarse de manera fiable para comparar evaluaciones, ni dentro del centro ni entre centros.

10.7.- Validez de los indicadores

Para la construcción y análisis de indicadores es importante que el indicador sea válido, que mida aquello para lo que ha sido diseñado, que mida realmente la calidad del servicio evaluado. De esta forma su presencia es equivalente a presencia de calidad y sus diferentes valores o niveles son sinónimos también de diferentes niveles de calidad.

Según Saturno (67), para realizar el análisis de validez de un indicador hay que fijarse en varios aspectos: validez aparente, validez de contenido, validez de construcción, validez de consenso y validez de criterio. Concretamente, para la construcción y análisis de criterios para evaluar calidad, interesa conocer la validez aparente, de contenido y de criterio (fundamentalmente esta última).

Validez aparente. Hace referencia a que el criterio parezca importante para el problema a evaluar sin que sea preciso dar muchas explicaciones. No es, claramente, un aspecto de la validez que determine la validez real, pero si es una norma para priorizar y excluir criterios obviamente no válidos. Los criterios tienen que “tener que ver” con el problema de calidad a evaluar.

Validez de contenido: Hace referencia a que el criterio mida el concepto que se quiere medir. Hay que asegurar que el indicador está en relación con la calidad y se refiere a algunas de las dimensiones con las que se ha definido calidad o con las necesidades y expectativas de los usuarios. La

valoración de la validez de contenido es de tipo fundamentalmente subjetivo, igual que la de la validez aparente. También puede servir para descartar criterios no claramente relacionados con el concepto o aspecto de calidad que hay que medir. Por ejemplo, si no hemos incluido la satisfacción del profesional como una de las dimensiones calidad del servicio que se ofrece al paciente, incluir un indicador que la mida no tiene validez de contenido. Del mismo modo, para medir la calidad científico-técnica no son válidos criterios que hagan referencia a aspectos estructurales que tengan relación básicamente con la accesibilidad (que no depende del centro sino de niveles superiores).

Validez de criterio: Es el grado en que la variable escogida para el indicador se correlaciona con el criterio de referencia objetivo, fiable y que es ampliamente aceptado como una buena medida del fenómeno de interés. La relación comprobada con un mejor resultado (si es un criterio de proceso), con diferencias en el proceso (si es un criterio de resultado) y con factibilidad del proceso (si es un criterio de estructura).

Cuando falta una medida de referencia, valorar la validez es un tema complejo. Incluso es imposible usar este análisis si faltan de estudios que lo avalen. Sin embargo puede hacerse evaluando la evidencia científica que justifica el criterio del indicador.

Analizar de forma exhaustiva la validez de todos los indicadores a utilizar puede llegar a ser poco práctico, sin embargo es necesario al reflexionar y cuestionar los indicadores elaborados exclusivamente por consenso (pero no es incorrecto basarse en el consenso para elaborar criterios).

Según Piedrola Gil (74), la **sensibilidad** (capacidad de un indicador para medir los cambios ocurridos) y la **especificidad** (cuando sólo depende de la propiedad que se mide) pueden ser consideradas como componentes de la validez de los indicadores.

10.8.- Fiabilidad de los indicadores

La fiabilidad es la propiedad que mide el grado de reproducibilidad de los resultados cuando la herramienta es utilizada por diferentes evaluadores, es decir, que cada evaluador obtenga el mismo resultado al evaluar la misma cosa con el mismo criterio. Sin fiabilidad no hay validez, porque estamos asignando valores a la medición de una forma inconsistente.

Para poder asegurar la fiabilidad es necesario realizar una prueba piloto antes de pasar a realizar las mediciones a toda la población en estudio. La prueba piloto permite identificar, discutir y corregir las diferencias en la interpretación de los indicadores y debe repetirse tantas veces como sea necesario hasta alcanzar una fiabilidad aceptable.

El método más importante para establecer la fiabilidad es el cálculo de la consistencia interna (74). En relación a los sistemas de evaluación de los indicadores es importante tener en cuenta el índice de concordancia general y el índice de concordancia específica. El **índice de concordancia general** aporta información acerca de la unanimidad de los evaluadores a la hora de clasificar un criterio y el **índice de acuerdo específico** permite valorar la concordancia en la clasificación del incumplimiento de un criterio. Es útil cuando interesa que no se clasifique como incumplidores, a quienes puedan estar haciéndolo bien.

11.- Los Programas de Gestión de Calidad.

Según Ovretveit y Gustafson (75), un **programa de gestión de la calidad** es un conjunto de elementos estructurales y de actividades que tienen como fin específico la mejora de la calidad en una organización. Este concepto puede encontrarse con diferentes nombres tanto en la industria como en los servicios sanitarios: en la industria es el "sistema" de calidad y en el sector sanitario es el "programa" o "plan" de calidad. Del mismo modo

que la calidad se refiere a un producto o servicio concreto, el plan de calidad que la gestiona y que procura su mejora continua tiene que ser un "traje a medida" del centro, nivel asistencial o sistema de salud.

Según Saturno (56), existen diferentes posibilidades y metodologías que se usan en los planes de calidad, pero en cualquiera de ellos es necesario comenzar desde un conocimiento profundo de la realidad que nos permita cuantificarla. Por eso, existen unos principios comunes para la medida de la calidad:

- No se puede garantizar la calidad sin determinar previamente cómo vamos a medirla. Se puede enfocar desde los problemas, las normas o los objetivos.
- La mejor forma de medir la calidad es mediante la selección de criterios que la representen y medirlos mediante un método objetivo.
- Los métodos de medición deben tender a la fiabilidad y a la validez.
- Los métodos de medición de la calidad deben tener en cuenta, siempre que sea posible, la satisfacción del cliente.

Habitualmente estos planes constan de tres componentes, aunque que no siempre son fáciles de diferenciar:

- Filosofía de mejora continua, que es el fundamento de las actividades del programa de gestión de la calidad.
- La estructura y organización para ejecutar la filosofía de mejora de la calidad. Es decir, el grupo de personas o la comisión responsable de promover las actividades de gestión de la calidad y de apoyarlas y coordinarlas (no siempre tiene porque realizarlas esta comisión).
- Las actividades concretas que controlan y mejoran la calidad. Se pueden agrupar según sus tres principales puntos de partida alrededor de que puede funcionar el plan: identificación de oportunidades de mejora, monitorización y diseño de nuevos servicios o corrección de los existentes.

11.1.- Los agentes de la calidad

Gestores. Toda la literatura científica sobre programas de calidad afirma que el compromiso firme y activo de los directivos es esencial, y si no existe no hay programa de calidad que sea posible (76). Además, el sector de la salud tiene exigencias muy particulares, ya que la participación del personal facultativo, y no solo de otros profesionales, es uno de los factores clave para el éxito del programa. También, indudablemente los programas externos (tanto los de nivel de sistema de salud como los de niveles intermedios) son responsabilidad de los gestores: su diseño, implementación y su contribución a la calidad va a depender ampliamente de la capacidad de gestión. El nivel de gestión también tiene la responsabilidad de impulsar y mantener los programas internos de calidad de los centros. Todos los autores subrayan la necesidad de tener en cuenta las peculiaridades del servicio y el personal que ha de llevar adelante en la práctica las actividades de gestión y mejora de la calidad.

Profesionales asistenciales. El personal que presta directamente la atención es la base de todo el sistema y, por ello, de los programas de calidad. Sin su compromiso y participación la mejora de la calidad es imposible, aunque exista oficialmente un plan de calidad. La participación del personal sanitario en los planes de calidad de sus centros asistenciales y en su autoevaluación para asegurar y mejorar la calidad de la atención que ofrecen, puede justificarse por varias razones, pero desde la ética profesional, la evaluación y mejora de la calidad es un deber que tienen consigo mismos y con sus pacientes. Además, un médico, una enfermera, o un equipo gozan de gran autonomía y son en parte autogestores de su tiempo y de sus acciones, y las decisiones que toman tienen una gran trascendencia para la calidad del servicio que ofrecen. De hecho, el nivel asistencial tiene unas responsabilidades de igual importancia que los

gestores de niveles superiores de la organización sanitaria. También está comprobado que en el sector salud la influencia de los líderes profesionales puede ser mayor que la de los gestores de la organización sanitaria en muchos aspectos, incluyendo el introducir actividades del plan de calidad en los servicios.

Usuarios: pacientes y familiares. Los usuarios pueden contribuir muy eficazmente a la mejora de la calidad, y son el tercer grupo. Existen dos vías, de un modo activo (por iniciativa propia) o por la solicitud del sistema de salud. La distinción es importante metodológicamente pero, al igual que ocurre con los enfoques interno y externo, ambas iniciativas no son excluyentes, sino útiles y necesarias. El usuario puede **activamente** cambiar de proveedor del servicio (médico, equipo, centro u hospital), formular quejas y reclamaciones, actuar a través del Defensor del Paciente y participar a través de los Consejos de Salud (u órganos similares) en la política de calidad. Por otro lado, encontramos que los sistemas sanitarios pueden incorporar a sus actividades que requieran la **evaluación que hace el usuario** de los servicios que se le ofrecen, investigando percepciones subjetivas y objetivas. Se usan encuestas de satisfacción, expectativas del usuario, técnicas de investigación cualitativa e informes de los usuarios. Evidentemente, la distinción entre investigar mediante evaluación subjetiva u objetiva, tiene trascendencia para la metodología y la utilidad. Por ejemplo, en un informe de usuario se busca información sobre si han ocurrido o no aspectos concretos de la atención, mientras que en las encuestas de opinión se busca la valoración sobre lo que se ha hecho según la percepción del usuario.

11.2.- Ámbitos de aplicación y tipos de planes de calidad

Para la puesta en marcha de las diferentes actividades de evaluación y mejora de la calidad, hay que considerar que el sector de la salud funciona como un sistema complejo, estructurado desde la autoridad sanitaria hasta las personas que prestan directamente el servicio, pasando por los tres

niveles que ejercen la responsabilidad de la gestión del sistema (también en sus áreas geográfico-administrativas) y la gestión de los centros asistenciales (dirección de centros, unidades y servicios, etc.). Una utilización apropiada de los indicadores en los planes de calidad exige que de los resultados y problemas detectados puedan seguirse acciones de mejora, por parte del responsable que los está usando, que permitan acercar el cumplimiento a los estándares de buenas prácticas establecidos para cada indicador (77). En relación a las responsabilidades, también tendrá en cuenta que algunas dimensiones de la calidad se entrecruzan y que, influyendo unas sobre otras, pueden ser mejoradas por profesionales de distintos niveles (78).

Operacionalmente, a los niveles más elevados de la autoridad política y la gestión sanitaria corresponde el diseño de los objetivos estratégicos globales, la toma de decisiones, el uso de indicadores de resultados poblacionales y de las dimensiones de la calidad en todas las instituciones de su competencia (permitiendo comparaciones) y el impulso de las acciones de mejora.

En segundo lugar, se pueden aplicar planes de calidad en el contexto de las organizaciones asistenciales y de sus actividades. Lo normal es que el nivel gerencial de los centros goce de gran independencia y que, siguiendo los objetivos estratégicos de calidad establecidos por los niveles superiores, tenga la responsabilidad de concretar la consecución de estos objetivos. Para ello pueden servirse de herramientas de evaluación de la calidad (79) y de indicadores de calidad específicos y referidos a la institución o centro de su competencia: accesibilidad, proceso, resultados de servicios y unidades y satisfacción de las necesidades de los usuarios atendidos y otros indicadores relacionados con la gestión de recursos.

Pero el ámbito esencial de aplicación de los planes de calidad es el nivel de los profesionales que prestan el servicio de salud. Según Saturno (67), numerosos estudios multisistémicos realizados en EEUU llegan a la

conclusión de que para conseguir mejoras en calidad asistencial es imprescindible contar con indicadores relacionados con la prestación directa de la asistencia, ya que es el nivel básico de todo el sistema de salud. Hacia este nivel se orientan las políticas de calidad de los niveles superiores. Por ser un nivel con elevado grado de autonomía y capacidad de influir de manera directa en la calidad de la prestación dispone de indicadores relacionados con la satisfacción con la prestación recibida, la calidad científico-técnica de la atención, la efectividad y otros indicadores centrados en el paciente y en la atención clínica.

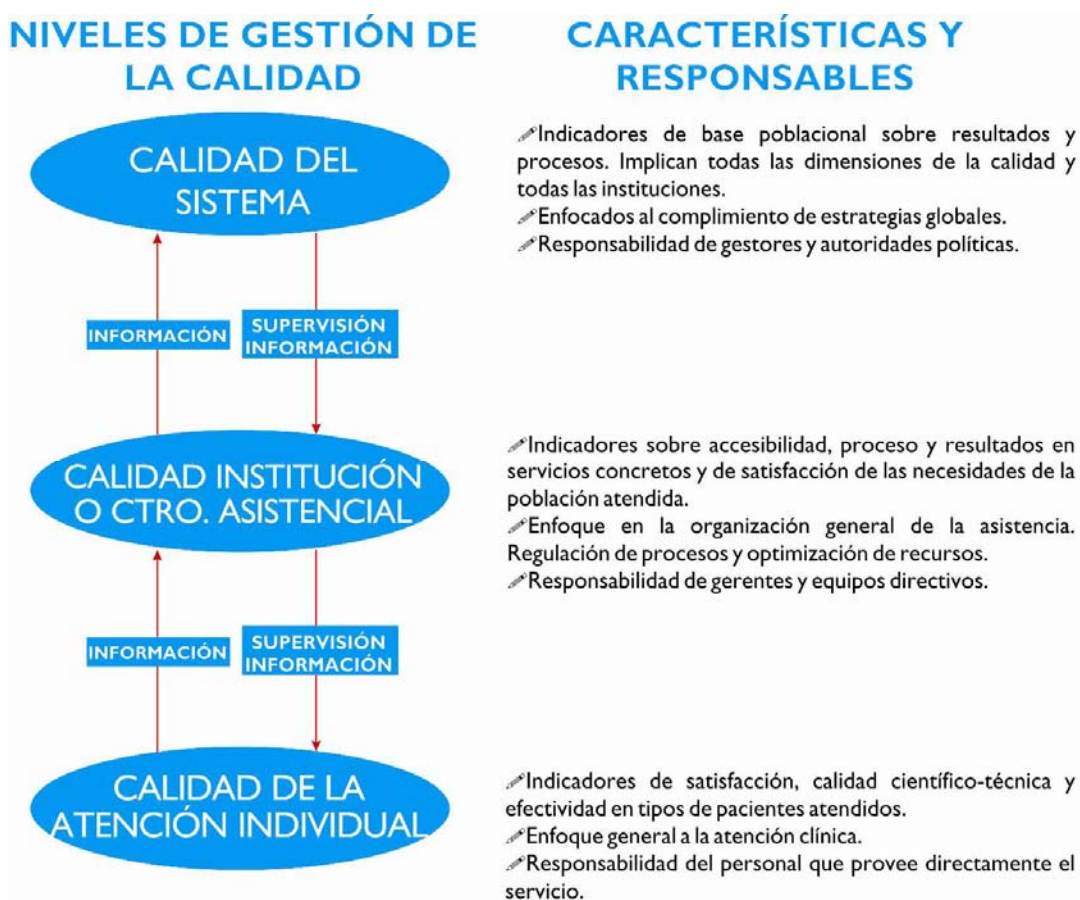


Gráfico 26. Niveles de gestión de la calidad. Características y responsables. Saturno (56).

En relación a los **tipos de planes de calidad** en el sector sanitario hay que distinguir de quién es la responsabilidad y el interés de llevar a cabo las evaluaciones de calidad. Se puede encontrar, independientemente de los actores de la calidad (profesionales gestores, profesionales asistenciales y personas atendidas), que el enfoque del plan de calidad sea interno o

externo a la organización. En el sector industrial lo habitual, y casi exclusivo, es la motivación interna.

La calidad por motivación **interna** se traduce en programas de calidad porque son los evaluados los que quieren la evaluación y están implicados en la implantación de los estándares utilizados (67). Habitualmente los profesionales participan (de forma activa o por representación) en las actividades de los ciclos de mejora, monitorización y diseño. Además, la eficacia y utilidad de estas iniciativas que parten de la propia institución dependen directamente del compromiso de los propios profesionales evaluados, de ser rigurosos con la evaluación y de la existencia de una sincera orientación para la mejora de la calidad. Su principal ventaja es que la responsabilidad y autonomía que se consigue en los profesionales consigue a su vez una optimización de la mejora de la calidad, en el contexto en que se presta la asistencia y los medios disponibles para mejorarla (57). En consecuencia, los planes internos se adaptan de un modo realista a las características propias, grado de sofisticación de la institución y al interés de los profesionales por aumentar su profesionalidad y el deseo de la mayoría de hacer las cosas de la mejor manera posible. Además, este compromiso con la calidad derivado de la motivación interna facilita e intensifica el éxito de las actividades de mejora de la calidad de tipo externo. Existen también algunos inconvenientes, el tiempo y esfuerzo necesarios para la puesta en marcha de la autoevaluación y mejora; conflictos de autoridad entre responsables de asistencia y de calidad, desarrollo de métodos demasiado adaptados y sin base científica, la autocomplacencia por la falta de una referencia externa de comparación, dejadez y la falta de intervenciones y seguimiento sobre los problemas internos que aparecen...

Pero existe también una motivación **externa** para las acciones de mejora de la calidad que son iniciativa de instituciones diferentes a las evaluadas. En estos casos, las normas de la evaluación o monitorización son establecidas de manera externa (por la administración pública o por quien lleve a cabo la evaluación). Su principal ventaja es que sirven para un

propósito socialmente más amplio: el que corresponde a todo el sistema de salud en cualquiera de sus niveles. Los programas externos también permiten las comparaciones entre centros, pueden identificar problemas que de otra forma pasarían inadvertidos por la falta de acciones para solucionar los problemas. Sin embargo, el tono de inspección es su principal inconveniente, ya que genera un rechazo en los evaluados que dificulta la evaluación interna, la identificación de problemas y el proceso de mejora de la calidad. Además, los programas externos necesitan una infraestructura organizativa importante, y utilizar normas e indicadores fiables y válidos. En algún caso los programas externos pueden utilizar estándares artificiales o irrelevantes, desconociendo o ignorando las circunstancias de la asistencia diaria y los medios con los que se puede mejorar la asistencia en un centro concreto. Existen diversos tipos de actividades y modelos para llevar a cabo planes externos (80). Los más habituales en los países de la Unión Europea son la auditoría, la acreditación, el modelo EFQM y las normas ISO (81, 82).

Ambos puntos de vista pueden complementarse y ser necesarios para un acercamiento del sistema de salud a la mejora de la calidad, aunque ninguno parece ser por sí solo una respuesta suficiente. Algunos autores distinguen un tercer enfoque: enfoque externo en programas internos. Esto hace referencia a las evaluaciones que pueden realizar unos profesionales sobre otros dentro de un centro de salud o en un hospital (serían evaluaciones internas en relación a la institución, pero no para el grupo evaluado).

12.- La mejora de la Calidad Asistencial en Drogodependencias.

La conciencia y la necesidad de la mejora en la calidad asistencial en salud mental existen entre los profesionales desde hace años (83), pero en el ámbito de las drogodependencias en España está comenzando a desarrollarse en la actualidad (84-86). La toxicomanía es un problema sanitario que necesita de unos recursos humanos y materiales (estructura)

para poder establecer un servicio terapéutico (proceso) y tratar de conseguir la mejora global de la salud del drogodependiente (resultado).

12.1.- Experiencias a nivel internacional

12.1.1.- COMITÉ PARA LA CALIDAD EN SALUD MENTAL Y DESÓRDENES ADICTIVOS DEL INSTITUTE OF MEDICINE (IOM) U.S.

Recientemente el IOM ha realizado un amplio estudio para la mejora de la calidad asistencial en drogodependencias (87). Tras el análisis del sistema asistencial estadounidense recomienda cinco líneas estratégicas para la mejora en el sector:

- Estrategias coordinadas para incluir la práctica asistencial basada en la evidencia (88).
- Correcta gestión de implementación de las prácticas asistenciales de calidad por los profesionales.
- Mejora de las estrategias diagnóstica y terapéutica.
- Infraestructura de información y medición de la calidad en la asistencia a los drogodependientes (75).
- Apoyo institucional a la mejora de la calidad en la práctica asistencial de los centros de adicciones.

Para el IOM, estas líneas se han de traducir en acciones para conseguir la transformación de dos aspectos claves (87, 89): centrar la atención en el paciente mediante una práctica terapéutica fundamentada en los datos científicos y en la investigación científica que permita entender y tratar mejor la asistencia en drogodependencias.

El uso habitual de procedimientos basados en la evidencia científica facilita la comprensión, la variabilidad (aceptable o no) y el éxito en los resultados de los tratamientos, que están relacionados con dimensiones de la calidad asistencial (**efectividad de los tratamientos**). Han aparecido multitud de esfuerzos e iniciativas de mejora de calidad, pero lamentablemente, muchos no parten desde la coordinación ni el consenso y

generan confusiones conceptuales (90) que, según el IOM y otros autores, no permiten llegar a establecer estándares fiables (91).

Conseguir un **sistema de información y medición de la calidad** es un objetivo estratégico para su mejora. En la práctica asistencial se generan muchos datos, administrativos y clínicos, cuando un paciente es ingresado en un hospital o realiza una visita a un centro de AP. Estos datos, presentes en registros administrativos y en la historia clínica, pueden ser usados para la evaluación y mejora de la calidad en los servicios de salud (92-94). Aunque tienen limitaciones en función de su registro (95), son una fuente de información de calidad fácilmente disponible y barata, pueden producir indicadores de calidad y se consideran como un pilar de la investigación sobre la calidad de la atención en los servicios de salud (92, 96). También, cuando existe evidencia de la calidad de los datos (97), desde el punto de vista clínico, el diagnóstico y tratamiento de estos pacientes puede traducirse a información normalizada que genere indicadores de estructura proceso y resultado.

Finalmente, el IOM señala que otro factor esencial para centrar la atención en el paciente es la consideración de los drogodependientes como jueces válidos de la calidad del servicio que reciben y por eso hay que conocer su **satisfacción**. Su participación es clave si existen sistemas de participación y de presentación de sugerencias sobre prestación de atención, el cuidado recibido y la competencia de los profesionales. Además proporcionan información sobre la efectividad del tratamiento, la reducción de los síntomas y la mejora de funcionamiento del centro (98). Una atención centrada en el paciente conlleva conocer y medir los resultados también desde el punto de vista del paciente (99).

12.1.2.- KNOWLEDGE APPLICATION PROGRAM. CENTER FOR SUBSTANCE ADDICTION TREATMENT (U.S.)

Aunque no existe un acuerdo generalizado sobre la práctica basada en la evidencia en drogodependencias (100), algunas instituciones han llevado a cabo estudios para consensuar Guías de Buenas Prácticas.

En EEUU se ha elaborado, en el marco del Knowledge Application Program (KAP) de CSAT (Center for Substance Addiction Treatment), una serie de publicaciones que tratan de apoyar a la mejora de la calidad en los centros del sistema de atención a los drogodependientes en su aspecto terapéutico y organizacional (101). Estos protocolos se reparten en dos series: *Treatment Improvement Protocols* (TIP's) y *Technical Assistance Publications* (TAP's). Ambos reúnen las mejores prácticas y son revisados periódicamente

Los TIPs (Treatment Improvement Protocols) son publicaciones que presentan los procesos terapéuticos de una manera ordenada, sistemática e innovadora y su objetivo es ofrecer a los profesionales asistenciales, investigadores, gestores sanitarios, gestores políticos y otros expertos un consenso real sobre el estado de la cuestión en las prácticas terapéuticas. Los TAPs (Technical Assistance Publications) son recopilaciones de artículos que están orientados al desarrollo y mejora organizativa de las instituciones que prestan los tratamientos, a través de la programación y el uso racional de los recursos e información sobre el desarrollo de organizaciones.

12.1.3.- PORTAL DE BUENAS PRÁCTICAS. OBSERVATORIO EUROPEO DE DROGAS Y TOXICOMANÍAS.

También desde el Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías se han llevado a cabo otras iniciativas que, si bien no han sido actividades evaluadoras de la calidad, han generado diversas publicaciones y recomendaciones. Algunas de ellas son útiles para la mejorar la planificación de actividades de evaluación de la calidad de métodos de tratamiento, servicios o centros (102-104).

Aunque no impulsa directamente iniciativas de mejora de calidad, sino que agrupa las de los países europeos (105), sí facilita el benchmarking de calidad gracias al portal EDDRA (106). El portal recopila, tras una evaluación, las mejores prácticas llevadas a cabo en la Unión Europea en los diferentes ámbitos de las drogodependencias. Ofrece una amplia variedad de programas de prevención, tratamiento y reducción de daños existentes en la UE.

Cada una de las prácticas es categorizada en un nivel de calidad y dispone de objetivos, métodos de evaluación estandarizables, indicadores, etc... para poder ser utilizada (102, 107).

12.1.4.- FEDERAL REGULATIONS FOR IMPROVING QUALITY IN OPIOID TREATMENT PROGRAMS. U.S.

En el año 2001, el Gobierno de EEUU estableció (108, 109) una serie de medidas legales para impulsar la mejora de la calidad y los resultados en Programas de Mantenimiento con Metadona (PMM), aunque desde 1990 diversas instituciones recomendaron desarrollar estándares de calidad orientados a los procesos y resultados en los PMM.

Aspectos clave.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Proceso de toma de Metadona. ▪ Terapia conductual y <i>consueing</i> ▪ Plan Terapéutico ▪ Monitorización del uso de fármacos. ▪ Gestión de casos. ▪ Farmacoterapia. ▪ Terapias individuales/grupales ▪ Cuidado continuo.
Objetivos por fases de tratamiento.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estabilización funcional ▪ Admisión al proceso de tratamiento y rehabilitación ▪ Estabilización biopsicosocial funcional del adulto ▪ Reintegración social, con/sin soporte de PMM, basada en la prevención de recaídas y mantenimiento de las conductas adquiridas.

Tabla 11. Aspectos y objetivos de mejora de los PMM. Elaboración a partir de Pelletier y Hoffman (2001).

La idea central de la reforma del SAMSHA es crear un sistema de certificación basado en la acreditación. Es decir, aquellos centros que ofrecen PMM deben obtener de la Administración sanitaria competente una

certificación de que la práctica se lleva a cabo bajo los estándares de calidad. Para poder recibir la certificación es necesario haber pasado previamente un proceso de acreditación por una entidad privada o agencia pública, debidamente aprobada por la SAMSHA para acreditar PMM.

Con financiación pública, agencias de calidad impartieron formación específica, relativa a calidad asistencial y estándares, a profesionales de más de 170 PMM. El 90% obtuvieron la acreditación, algunos requirieron una segunda visita y solo uno no recibió la acreditación. El SAMSHA estableció que el periodo de transición durara entre 3-5 años, en los cuales se trató de armonizar las nuevas exigencias de calidad del Gobierno Federal con los mecanismos anteriores específicos del Gobierno de cada Estado.

12.1.5.- COMPREHENSIVE ACCREDITATION MANUAL FOR BEHAVIORAL HEALTH CARE (CAMBHC). JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS.

Entre las múltiples líneas de actuación de la JCAHO para la acreditación de instituciones está la elaboración y mejora de estándares en el sector de las drogodependencias que se recogen en el Comprehensive Accreditation Manual for Behavioral Health Care (CAMBHC) (110). En el CAMBHC se ofrece la información que los centros necesitan para la acreditación: estándares, criterios, elementos de medida de los indicadores, metodología de la puntuación, correlación con los National Patient Safety Goals de US (111), toma de decisiones, y política y procedimientos de la acreditación.

Indicadores	Operaciones	Aspectos
Orientados al paciente	Actividades directamente centradas en la prestación de cuidados, tratamientos y servicios. Se divide en apartados funcionales	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ética, Derechos y Deberes ▪ Prestación de tratamientos y Servicios ▪ Gestión de la medicación ▪ Enfermedades Infecciosas (prevención y control)
Orientados a la gestión	Funciones de organización que normalmente no tienen contacto directo con el paciente, pero que son esenciales para que el centro pueda ofrecer un servicio de alta calidad.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mejora del funcionamiento institucional ▪ Liderazgo ▪ Gestión del Entorno de Tratamiento ▪ Gestión de Recursos Humanos ▪ Gestión de la Información.

Tabla 12. Orientación de los Indicadores de la JCAHO. Elaboración a partir CAMBHC (2008)

El CAMBHC contiene una serie muy numerosa de estándares para todo el ámbito de la Salud Mental y Sector Social (el Behavioral Health Care). Establece unos requisitos de obligatorio cumplimiento para todos los centros que quieran presentarse a la acreditación y posteriormente especifica los estándares por el tipo servicio asistencial que precisa el paciente. Que afecten al sector de las drogodependencias, podemos encontrar centros de tratamiento de adicciones y Planes de Mantenimiento con Metadona.

No todos los estándares de la JCAHO son aplicables en todos los centros. Por eso, si se quieren utilizar en un contexto distinto a la acreditación, es necesario realizar un estudio previo de aplicabilidad en función de la cartera de servicios del centro y la opinión de los profesionales. En general, los estándares de la JCAHO pueden proporcionar un marco combinable con otros modelos, como EFQM, ISO o *visitatie* (112).

12.1.6.- APLICACIÓN DEL MODELO EFQM. AMSTERDAM INSTITUTE FOR ADDICTION RESEARCH Y EL JELLINEK CENTRE.

El Jellinek Centre es un centro de tratamiento de las adicciones de Ámsterdam (Holanda) que dispone de 24 programas asistenciales (información, gestión de casos, PMM, desintoxicación residencial y/o hospitalaria, desintoxicación ambulatoria, servicios especializados postratamiento) en los que participan cerca de 5000 usuarios. Desde 1988 han realizado diversos planes de calidad que culminaron en 2004 con el Dutch Quality Price.

El diseño de la estrategia incluyó el desarrollo de un sistema de indicadores específicos para el centro (113), pero basado en los criterios específicos del modelo EFQM (114, 115). Para ello usaron el procedimiento sistematizado del *concept mapping*. Esta técnica de consenso, de uso

habitual en la generación y organización de datos relativos a investigaciones en calidad, proporciona un marco conceptual estructurado, coherente y consensuado (116) que permite la participación de los “actores” de la calidad (117-120). Para ello contaron con el asesoramiento externo del Amsterdam Institute for Addiction Research.

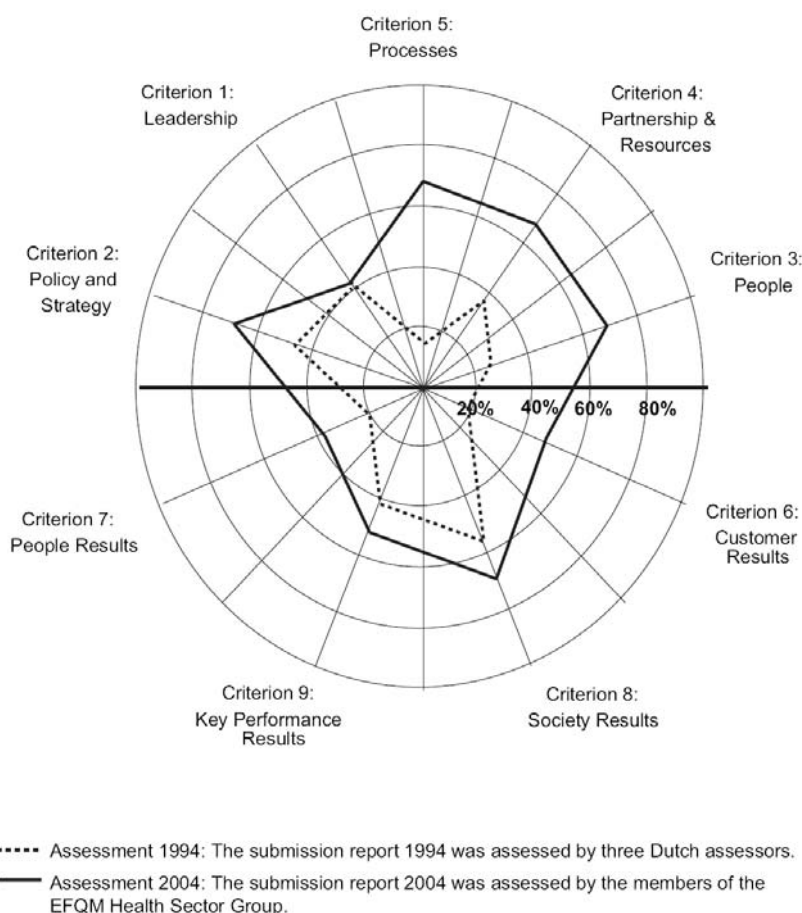


Gráfico 27. Gráfico de radar. Mejoras entre 1994 y 2004. Nabitiz 2006.

12.1.7.- NORMAS DE ATENCIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE LA DEPENDENCIA DE LAS DROGAS OPS/OMS.

En el año 1999, la OPS/OMS (Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud) publicó un documento técnico titulado ***Normas de Atención para el tratamiento de la dependencia de las drogas*** (121). Pretende ser una guía para el desarrollo de programas de evaluación de la calidad y normas para la atención de la dependencia de

drogas. Comenzó a desarrollarse en 1988 con la colaboración de numerosos expertos de los niveles implicados de toda América y se planteó como objetivo lograr un mejor acceso, equidad y calidad de la atención de los adictos y establecer las bases de la monitorización de indicadores comunes que permitan una toma de decisiones acertada y separen a niveles asistencial y político.

Aunque el enfoque del documento es técnico, establece que la principal responsabilidad de la implantación y desarrollo de los planes de calidad recae en el nivel político. No se centra de manera exclusiva en la calidad asistencial, ya que incluye otros aspectos más integrales de los centros y de la asistencia a nivel regional y nacional.

Contiene un instrumento de evaluación (Evaluación de la Asistencia Dispensada en el Tratamiento del Abuso de Sustancias Psicoactivas (WHO/PSA/93.5, del Programa sobre Abuso de Sustancias OMS) y que facilita la auditoria y/o autoevaluación e incluye los aspectos clave:

- **Acceso, disponibilidad y criterios de admisión (16 criterios).** Posibilidad que tiene la población de recibir tratamiento, en términos de cercanía de los servicios de atención, horarios, cartera de servicios, requisitos de ingreso.
- **Evaluación del paciente (12 criterios).** Características de la evaluación del paciente; carácter integral y su relación con el tratamiento al que se accede, procedimientos diagnósticos complementarios (pruebas de laboratorio, test psicológicos u otras exploraciones) registro y clasificación diagnóstica normalizada con CIE.
- **Prestación y organización del tratamiento. (19 criterios).** Características de la intervención terapéutica; fundamentos, modo de estructurar los elementos en relación con el tratamiento, la aplicación del mismo.
- **Altas de tratamiento, atención posterior y derivaciones. (8 criterios).** Se refieren a los criterios para la finalización del

tratamiento, incluida la concepción del éxito o fracaso terapéutico, las actividades de seguimiento posteriores al tratamiento y el procedimiento para referencia y derivación de casos.

- **Sectorización de los servicios e intervención rápida. (11 criterios).** Definición de la cobertura del tratamiento, actividades para satisfacer las necesidades inmediatas de atención, promoción del programa de tratamiento entre sus potenciales usuarios y estructuración de redes para la atención.
- **Aspectos éticos y Derechos de los pacientes. (9 criterios).** Mecanismos que garanticen el respeto a los derechos humanos de las personas en tratamiento (Declaración Universal de Derechos Humanos) aplicados a las circunstancias del tratamiento: confidencialidad, anonimato, consentimiento informado para las intervenciones...
- **Aspectos físicos y ambientales del lugar de tratamiento. (4 criterios).** Establecer las exigencias de idoneidad de los centros de tratamiento, en relación con las especificaciones técnicas para centros de salud.
- **Recursos Humanos. (8 criterios).** Establecer el perfil de los profesionales que han de proveer los servicios de tratamiento, procedimientos de selección, descripción de responsabilidades y funciones, formación continua y evaluación funcional.

12.1.8.- HEALTH CARE QUALITY PROJECT DE LA OCDE

La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico ha puesto en marcha una experiencia global de calidad asistencial centrada en indicadores que lleva por nombre Health Care Quality Indicators Project (HCQIP). Su objetivo es el desarrollo de indicadores a través de técnicas de consenso de expertos en la atención sanitaria y fundamentar las bases de la comparabilidad de la calidad a nivel internacional (122, 123).

En una primera fase, se han establecido las áreas prioritarias para las que se quieren establecer los primeros indicadores (124): atención cardiaca (125), diabetes (126), salud mental (127), atención primaria y prevención (128), promoción de la salud (128) y seguridad de los pacientes (129).

Aunque el ámbito de las drogodependencias no se encuentra incluido en la primera fase del proyecto HCQIP, sí que existen indicadores aislados relacionados en los ámbitos de salud mental y AP y prevención. Es previsible que se incluya el desarrollo de indicadores específicos para el sector en las fases siguientes y cuando se hayan consolidado los indicadores de las áreas prioritarias.

12.2.- Experiencias a nivel nacional

En España son miles los ciudadanos que cada año reciben atención sanitaria debida al desarrollo de adicciones y otros problemas y enfermedades asociadas al consumo de drogas (28, 130). Según los últimos datos recogidos por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (131), en el año 2005 en España han sido más de 50.500 los nuevos usuarios admitidos a los dispositivos de tratamiento, de los cuales casi 750 en la Comunidad Autónoma de Aragón.

En nuestro país encontramos que para la atención a las toxicomanías existen una amplia variedad de dispositivos asistenciales de iniciativa privada y pública entre los que se dan importantes diferencias en la atención, tanto a nivel terapéutico como organizativo. Desde la perspectiva de la calidad asistencial, la evolución de otros niveles de la atención sanitaria (atención primaria, atención especializada y salud mental) hace que estas diferencias sean más significativas. En estos ámbitos, la amplia demanda, la competitividad (privado-público y privado-privado) y las políticas de gestión para los niveles asistenciales de la red sanitaria normalizada han impulsado programas para impulsar la comprensión y el uso de los métodos modernos de la mejora de calidad que han ido impregnado las operaciones cotidianas de las instituciones y de los profesionales asistenciales y gestores (132).

Los servicios para el tratamiento de la adicción, en cambio, se han caracterizado por estar fuera de la asistencia sanitaria normalizada.

Tampoco han sido objeto de la mayoría de las políticas de modernización ni ha existido, a diferencia de otros países, una iniciativa privada que haya generado una competitividad al ser un ámbito mayoritariamente subvencionado (133, 134). Además, a diferencia de lo que ocurre en otros dispositivos sanitarios, los profesionales implicados en el sector de la atención a los drogodependientes son de muy variada formación y procedencia: psicólogos, psiquiatras, médicos especialistas, trabajadores sociales, enfermeros, psicoterapeutas... Esto añade dificultad y complejidad al desarrollo organizativo.

Otra característica particular es el perfil de los pacientes. La situación personal, el status socioeconómico y la conducta asocial conllevó, en un principio, a no relacionar al drogadicto “*tradicional*” con un problema médico-biológico, sino de la voluntad, y por tanto la atención que precisaba no era estrictamente sanitaria.

La consecuencia ha sido una red asistencial poco cohesionada y heterogénea que actualmente hay que conciliar con el derecho que tienen los ciudadanos a un acceso universal, igualitario y gratuito a unos servicios sanitarios de calidad para cubrir sus necesidades de salud (135-138).

Pero en los últimos años se ha producido una profunda transformación a nivel nacional en el sector del consumo de sustancias (131). Estos cambios se han manifestado en las drogas de elección para consumo y en la variación de los perfiles de los pacientes. Estos han pasado de sectores marginales a ser pacientes con una mayor independencia y autonomía económica derivada de una mejor integración social (60, 130, 131) que demanda del sistema de atención una mayor calidad asistencial y es consciente de estar recibiendo una atención propiamente sanitaria.

Para entender la situación en España hay que añadir que, a diferencia de lo que ocurre en otros países, la atención a las toxicomanías en España

ha experimentado una progresiva descentralización administrativa para una mejor aproximación a las necesidades de los ciudadanos. En drogodependencias, tienen competencias las administraciones central, autonómica y local, junto con otras entidades privadas. Esta organización supone un mayor aumento de las diferencias entre las regiones, en la planificación y desarrollo de las políticas (139).

Estas características propias del sector coexisten con problemas comunes en los servicios sanitarios como la necesidad de mejorar la coordinación entre instituciones, normalizar y universalizar la asistencia y fomentar procesos asistenciales rigurosos y modelos basados en la evidencia. De manera esporádica se han dado algunos estudios sobre utilización de la evidencia científica en la práctica asistencial en drogodependencias (140) y de dimensiones aisladas de la calidad. Lo cierto es que, aunque los profesionales lo ven como una necesidad (141) casi no existen guías validadas elaboradas en España (142).

Entre las experiencias que incluyen diversas dimensiones y han sido realizadas a nivel autonómico encontramos las realizadas por la Generalitat de Cataluña y el Instituto de Adicciones del Madrid Salud. También son conocidas algunas experiencias de gobiernos autonómicos (Gobierno de Cantabria) de las que no existen publicaciones oficiales.

12.2.1.- PLAN AUTONÓMICO DE DROGODEPENDENCIAS. GOBIERNO DE CANTABRIA

El Gobierno de Cantabria diseñó una experiencia basada en el análisis mediante evaluación externa (mediante una guía de elaboración propia) y autoevaluación mediante la aplicación del CAF (Common Assessment Framework, marco común de evaluación especializado en organismos públicos). Su objetivo principal fue valorar la coherencia de los recursos de la red asistencial autonómica, desde la perspectiva de la prestación, la gestión y el funcionamiento de los mismos y de los resultados obtenidos. Por eso se valoraron accesibilidad, efectividad, eficiencia, adecuación,

continuidad y coordinación de la atención (en el tiempo y coordinación con otros recursos). No existen referencias bibliográficas ni oficiales de resultados y metodología.

12.2.2.- INSTITUTO DE ADICCIONES DEL MADRID SALUD. AYUNTAMIENTO DE MADRID

El Instituto de Adicciones pertenece al Madrid Salud, organismo autónomo del Ayuntamiento de Madrid que gestiona las competencias sanitarias municipales. Recientemente (en 2007) han adoptado el sistema de Carta de Servicios como instrumento de mejora continua de la calidad. La Carta de Servicios es un documento público en el que la institución establece los servicios que ofrece y las condiciones en que se lleva a cabo la prestación. Hacen patente el valor de los servicios en relación con los derechos, necesidades y expectativas del paciente. Mediante un proceso de evaluación informa del grado de cumplimiento de los objetivos propuestos y definidos por los estándares en aspectos relativos a los Centros de Drogodependientes (Proceso de Atención, Acceso a la Atención, Continuidad y Satisfacción).

Ámbitos	Aspectos	Mediciones
Centro	Tamaño Señalización externa Señalización interna Orden Limpieza Confort Garantía intimidad Garantía confidencialidad	Encuesta de instalaciones Encuesta de servicios Criterios de licitación y apertura de Centros de la Comunidad de Madrid Controles: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Instalaciones físicas adecuadas ▪ Facilidad de acceso (medio de transporte) ▪ Equipo suficiente y adecuado ▪ Equipo moderno y adecuado ▪ Elementos materiales y documentales accesibles y claros. ▪ Sistema de gestión de medio ambiente
Proceso	Profesionales cualificados Acogida ágil Trato amable Lenguaje claro Atención individualizada	Amabilidad y cortesía Lenguaje adecuado Conocimiento profesional adaptado al servicio a prestar Empatía
Asistencia	Demanda de atención	Atención inmediata: Media tiempo de espera Prestación del servicio en el tiempo oportuno: Programa terapéutico en un tiempo inferior a 15 días
Satisfacción	Programa de sugerencias y reclamaciones	Existe el programa de sugerencias y reclamaciones Se da respuesta en menos de 15 días
Continuidad	Plantilla estable Personal asistencial (sanitario, psicológico, familiar, social, ocupacional y laboral)	

Tabla 13. Compromisos de Calidad de la Carta de Servicios del Instituto de Adicciones del Madrid Salud.

12.2.3.- PLAN DE CALIDAD EN LA ATENCIÓN A LAS DROGODEPENDENCIAS.
GENERALITAT DE CATALUÑA

El Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya, con el apoyo del Instituto Universitario Avedis Donabedian/UAB, puso en marcha un Plan de Calidad en la Atención a las Drogodependencias dentro del marco de un sistema de evaluación externa con indicadores consensuados del sector.

Su aplicación, que contó con un pacto de objetivos de los participantes en la evaluación de los indicadores desarrollados, se llevó a cabo en diferentes fases (2001 y 2004) y permitió observar áreas de mejora, diseñar acciones correctoras, planificar actividades formativas necesarias y cuantificar las mejoras obtenidas.

Dado que ha sido la experiencia en la que se ha basado nuestro trabajo, se ha desarrollado más exhaustivamente en la sección de Material y métodos (véase Material y Métodos 1.1).

MATERIAL y MÉTODOS

En el ámbito de las drogodependencias en Aragón, como en otras comunidades autónomas, no se han llevado a cabo evaluaciones de calidad asistencial ni planes de calidad. De hecho, cuando en 2003 nos propusimos realizar estas evaluaciones se entró en contacto con todos los Planes de Drogodependencias de España para conocer experiencias de calidad promovidas institucionalmente y que afectaran a la totalidad de la Red Asistencial Autonómica. Contestaron positivamente a nuestro requerimiento las Comunidades de Madrid y Cataluña. En la primera, el Instituto de Adicciones del Madrid Salud (organismo autónomo del Ayuntamiento de Madrid que centraliza las competencias municipales de Salud Pública) se estaba elaborando la Carta de Servicios y los indicadores de calidad para los 17 centros municipales de tratamiento de las adicciones.

En Cataluña se ha llevado a cabo una experiencia en el sector de la calidad asistencial en centros de drogodependientes entre los años 2001 y 2004. La Dirección General de Drogodependencias y Sida del Departamento de Salud de la Generalitat, con el apoyo metodológico externo del Instituto Universitario Avedis Donabedian, desarrolló un Plan de Calidad basado en un sistema de indicadores consensuados para centros de atención a drogodependientes.

Nuestra experiencia para Aragón se basa en los indicadores desarrollados y validados por el Instituto Universitario Avedis Donabedian para la Generalitat de Cataluña y con reconocimiento y conformidad de la Consejería de Sanidad de la Generalitat de Cataluña.

Metodología: resumen ejecutivo

Objetivo 1.- Identificar los criterios de evaluación de calidad en sector de la atención ambulatoria en drogodependencias.

- Búsqueda sistemática de información sobre criterios de calidad asistencial en drogodependencias en bases de datos de investigación biomédica y consulta sobre experiencias en planes de calidad asistencial con indicadores a los Planes Autonómicos de Drogodependencias de España.
- Estudio de documentos normativos vigentes en Aragón con respecto a los criterios de los indicadores.
 1. Marco de referencia del Plan Autonómico de Drogodependencias y legislación complementaria.
 2. Legislación sanitaria, específica y en vigor, relativa y/o reguladora del sector de la asistencia a las drogodependencias en la Comunidad Autónoma promulgada en el Boletín Oficial de Aragón.

Objetivo 2.- Seleccionar los criterios e indicadores de calidad más adecuados a la realidad de la atención ambulatoria de drogodependientes en Aragón.

Objetivo 2.1.- Conocer las prioridades de los principales actores de la calidad en el ámbito de la atención ambulatoria de drogodependientes en Aragón.

Estudio. Se realizó un estudio observacional transversal.

Población y muestra. La población diana fue el grupo de profesionales relacionados con la asistencia de drogodependencias en Aragón. La población de estudio fueron los profesionales asistenciales (de centros con y sin Plan de Metadona) gestores del Servicio Aragonés de Salud.

Variables utilizadas. Se construyó un panel que incluyó los 35 indicadores de la experiencia de la FAD. Tras la valoración de los profesionales, se generaron dos variables para cada indicador: aplicabilidad (variable cualitativa dicotómica) e idoneidad (variable cualitativa ordinal).

Recogida de datos. Se realizó una planificación de sensibilización, confirmación de participación confidencial y voluntaria y envío del panel de indicadores en formato papel/digital.

Análisis de datos. Mediante los programas Microsoft Excel® y el SPSS® v13 se obtuvieron los estadísticos descriptivos de las dos variables y de los indicadores agregados por tipo de indicador y dimensión de la calidad. Los resultados se acompañaron de los respectivos intervalos de confianza y los valores sobre diferencias en las valoraciones.

Priorización de metodólogos. El coordinador de la FAD del proyecto de Calidad de la Generalitat de Cataluña priorizó los 10 indicadores más importantes. Dicha priorización se realizó desde la perspectiva de una comunidad autónoma que comienza a integrar la calidad en la asistencia a drogodependientes.

Calendario.

- Panel a Profesionales asistenciales: octubre, noviembre y diciembre del año 2006.
- Panel a Profesionales gestores del SAS: marzo y abril de 2007.
- Panel a Profesionales metodólogos de la FAD: octubre de 2007.

Objetivo 3.- Identificar las oportunidades de mejora, percibidas y objetivas, en áreas consideradas como prioritarias del sector de las drogodependencias en Aragón.

Objetivo 3.1.- Establecer los niveles de calidad percibida por los profesionales asistenciales para los indicadores.

Estudio. Se realizó un estudio observacional transversal.

Población y muestra. La población diana fue el grupo de profesionales asistenciales de Aragón. La población de estudio fueron los profesionales asistenciales (de centros con y sin Plan de Metadona).

Variables utilizadas. Se construyó un panel que incluyó los 35 indicadores, de los que los profesionales valoraron el cumplimiento generando la variable cualitativa ordinal de cumplimiento percibido.

Recogida de datos. Se realizó de manera simultánea al estudio de las prioridades del sector (véase 2.1.4.).

Análisis de datos. Mediante los programas Microsoft Excel® y el SPSS® v13 se obtuvieron los estadísticos descriptivos del cumplimiento percibido y de los indicadores agregados por tipo de indicador y dimensión de la calidad. Los resultados se acompañaron de los respectivos intervalos de confianza y los valores sobre diferencias en las valoraciones.

Calendario.

- Profesionales asistenciales: octubre, noviembre y diciembre del año 2006.

Objetivo 3.2- Establecer los niveles de calidad objetiva para cada indicador seleccionado y compararlos con los niveles de calidad percibida.

Estudio. Se realizó un estudio observacional transversal retrospectivo.

Población y muestra. La población objetivo fueron los usuarios de drogas ilegales asistidos en centros ambulatorios en Aragón durante el año 2007. La población de estudio fueron los usuarios de los ocho centros que realizan el 91,74% (3644 usuarios) de la asistencia ambulatoria a drogodependientes que se realiza en Aragón.

Variables utilizadas. Se utilizó el sistema del IAB-UAB para el estudio de la proporción de cumplimiento objetivo de 14 indicadores. Fue necesaria una fase de formación metodológica previa al trabajo de campo.

Recogida de datos. Se elaboró un panel de recogida de datos con los distintos elementos específicos que permiten la cuantificación de cada uno de los indicadores. El acceso a la información se realizó a través de tres tipos de fuentes de datos: historias clínicas (6 indicadores), documentación clínica (6 indicadores) y observación directa (2 indicadores). Para la selección de 30 historias clínicas por centro se procedió previamente a una aleatorización sistemática.

Participación y confidencialidad. Para la inclusión de los centros seleccionados para la evaluación se solicitó la participación a los diferentes responsables superiores. También se establecieron los mecanismos para la protección y confidencialidad de los datos médicos utilizados y de los resultados generados.

Re-sensibilización y calendario. Para preparar y aumentar la efectividad de la evaluación se contactó con los centros seleccionados. Además de fijar la fecha de la visita, se explicó el proceso de la evaluación y los requerimientos necesarios.

Formación del evaluador. El evaluador recibió formación teórica (jornada de formación en evaluación de calidad) y práctica (prueba piloto en centro de tratamiento ambulatorio de adicciones) para aumentar la validez del estudio.

Trabajo de Campo y calendario. En la fecha acordada para cada centro, se llevó a cabo la evaluación de calidad en cuatro fases: visita general, audit de fuentes de datos, observación de fuentes de datos y finalización.

Análisis de datos. Mediante los programas Microsoft Excel® y el SPSS® v13 se obtuvieron los estadísticos descriptivos del cumplimiento objetivo acompañados de sus respectivos intervalos de confianza. También se proporcionan los diagramas de barras del cumplimiento y el diagrama de Pareto de los incumplimientos de los indicadores.

1.- Objetivo 1. Identificación de criterios de calidad en drogodependencias. Fase de Benchmarking.

1.1.- Identificación de Criterios de Calidad.

Se realizó una búsqueda de información con el objetivo de seleccionar un grupo de indicadores de calidad asistencial en atención ambulatoria a drogodependientes. Se llevó a cabo una búsqueda sistemática de bibliografía en las bases de datos habituales en investigación médica (Medline, Pubmed, etc.) para obtener material actualizado sobre otras experiencias de calidad asistencial en drogodependencias.

También se realizó una consulta a los gestores del sector de las drogodependencias mediante una solicitud de información sobre experiencias en planes de calidad asistencial con indicadores a todos los Planes Autonómicos de Drogodependencias de España.

Se seleccionó para el estudio la experiencia del Plan de Calidad de Atención a las Drogodependencias de la Generalitat de Cataluña, que se basa en los indicadores de calidad asistencial para centros ambulatorios de atención a drogodependientes desarrollados por la FAD (143). Previamente se solicitó permiso a la Dirección General de Drogodependencias y Sida de la Generalitat, que expresó su conformidad con el uso de los indicadores en esta investigación.

Plan de Calidad en la Atención a las Drogodependencias en Cataluña.

El Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña tiene las funciones de gestionar las políticas de prevención, atención y tratamiento de las drogodependencias en Cataluña, a través de la planificación y coordinación de los dispositivos (públicos, privados o concertados), el SIDC

(Sistema d'Informació sobre Drogodependències a Catalunya) y la asistencia técnica a los centros públicos de atención. En la actualidad disponen de una red de 84 dispositivos públicos de asistencia, tratamiento y prevención distribuidos por las diferentes provincias de la Comunidad Autónoma que constituyen la Xarxa d'Atenció al Drogodependent – XAD (Red de Atención al Drogodependiente).

Entre las diversas funciones propias del ámbito asistencial, la Dirección General de Drogodependencias desarrolla y gestiona el Plan de Calidad de la Red de Atención al Drogodependiente, con el apoyo metodológico de la FAD.

La Fundación Avedis Donabedian (FAD) es una institución que tiene como misión colaborar con los profesionales, centros, Administración Pública, organizaciones ciudadanas y privadas y otras instituciones públicas y privadas con el objetivo de mejorar la calidad de los servicios sanitarios y sociales que reciben los ciudadanos. Esta misión requiere desarrollar actividades técnicas e instrumentos (basados en la teoría de la evaluación, las ciencias de la gestión clínica y de la atención y otras ciencias cuantitativas y cualitativas) para preservar y mejorar la calidad de la atención y para incorporar la calidad como objetivo y prioridad central de los gestores y políticos.

Dentro de la Fundación, se encuentra el Instituto Universitario Avedis Donabedian (IAD-UAB) que centraliza la actividad investigadora y que actúa como punto de encuentro entre el mundo universitario, los profesionales, los centros, la Administración y los ciudadanos. Entre sus áreas de actividad se puede señalar: investigación y docencia, seguridad de la atención, efectividad, atención centrada en la persona, dependencia y Servicios Sociales y programas de mejora integrados.

En el ámbito de la efectividad, hay que destacar que el Instituto desarrolla proyectos para evaluar la calidad de la atención en diversas áreas sanitarias y de servicios sociales, como el sector de las drogodependencias en Cataluña, incluyendo el diseño y evaluación de indicadores consensuados de evaluación externa y organización y apoyo de planes de calidad.

El Plan de Calidad en la Atención a las Drogodependencias en Cataluña se puso en marcha en el año 2001, y tuvo como objetivos:

- Mejora de la calidad de los servicios prestados en la XAD.
- Garantizar a los usuarios un nivel de calidad en función de estándares consensuados.
- Mejora continua de los centros del sector.

Para favorecer este propósito, se impulsó un proyecto de evaluación externa de calidad que evaluó la situación del sector y sirvió para conocer el nivel básico de calidad de tal modo que los resultados fueran comparables. Este proyecto se fundamentó en un acuerdo sobre el nivel de calidad deseable al cabo de 2-3 años, en el que intervinieron expertos, gestores, profesionales, clientes y administración. Dicho acuerdo incluía un compromiso de participación de los centros en el Plan de Calidad (regido por un sistema no punitivo). El plan tuvo diversas fases:

1. Construcción de indicadores consensuados, estudio del nivel de Calidad Basal y Pacto de Objetivos 2004 (año 2001).
2. Soporte a la mejora (Documento de buenas prácticas para los indicadores de bajo cumplimiento).
3. Evaluación de objetivos (2004).

Identificación de criterios y construcción de Indicadores del Plan de Calidad en la Atención a las Drogodependencias en Cataluña.

En una primera fase, el diseño de indicadores básicos de calidad fue realizado por una comisión de expertos, técnicos y representantes del sector, con el apoyo metodológico, técnico y organizativo de la FAD (144).

En este contexto, los indicadores se utilizan como instrumentos de medida que nos permiten expresar cuantitativamente aspectos de la asistencia, la organización o la gestión y al mismo tiempo sirven de guía para evaluar la calidad o la adecuación de nuestra actividad. La medición de estos indicadores, si es periódica y sistemática, proporciona información del proceso y sus tendencias. Además permite identificar problemas para introducir las modificaciones necesarias en el proceso, con el fin de conseguir una mejora continua de la calidad del trabajo asistencial.

El proceso comenzó con una revisión de la literatura científica para conocer los últimos avances científicos, estudio de la legislación vigente y entrevistas con expertos. Posteriormente, se mantuvieron de cinco a siete encuentros con los diferentes profesionales implicados para tratar de:

- Identificar los problemas del sector de las drogodependencias en Cataluña.
- Identificar objetivos alcanzables en un plazo de tres años.
- Identificar las áreas clave a medir.
- Revisión y priorización de las áreas a medir.
- Desarrollar los indicadores (definiciones y aspectos a evaluar, fuentes de datos, viabilidad).
- Realización de técnicas estandarizadas de consenso, decididas previamente, para llegar a la aceptación de los indicadores.

Entre las diferentes reuniones, se contó con la figura del coordinador experto en calidad, que facilitó el trabajo del grupo en la redacción y generación de los diferentes conceptos y la inclusión de las eventuales modificaciones.

Siguiendo la metodología del IAD-UAB (144), cada indicador se acompaña de una descripción estandarizada de los aspectos necesarios para su desarrollo:

- **Área relevante:** aspecto específico que se valora.
- **Criterio:** juicio de buena práctica.
- **Nombre del indicador:** nombre y enunciado del aspecto que se quiere medir.
- **Justificación:** expresión del significado que tiene la medida del indicador.
- **Fórmula:** método de medida del criterio que sirve para elaborar la expresión en forma matemática de la cuantificación del indicador. Habitualmente se trata de una fracción con numerador y denominador, pero también se puede expresar como una frecuencia absoluta.
- **Explicación de términos:** definición de los conceptos incluidos en la fórmula del indicador para definir la población de cada caso.
- **Población:** describe los casos que tienen que ser revisados. Cuando hace falta se definen los criterios de exclusión, que son aquellas situaciones que quedan excluidas de la cuantificación del indicador.
- **Tipo:** describe el enfoque de la evaluación, que puede ser de estructura, proceso o resultado.
- **Fuente de datos:** explicación del origen de la información para medir el indicador.
- **Estándar:** especificación del nivel de calidad deseado en el indicador. En esta experiencia, el grupo de diseño de los indicadores consensuó para cada indicador, y de acuerdo con la literatura revisada, el objetivo estándar a alcanzar en los 2-3 años siguientes en los que se realizaría una reevaluación.
- **Comentarios:** aclaraciones, si procede.

El proyecto final de evaluación externa de calidad contuvo un total de 35 indicadores distribuidos en cuatro dimensiones básicas. De cada dimensión se priorizaron áreas relevantes y se elaboraron indicadores para cada una

de las áreas, en algunos casos 2 ó 3 por área. Los indicadores identificados son los siguientes (ANEXO 2):

▪ **Atención a la persona**

1. Primera visita programada después de la acogida.
2. Formulación del Plan Terapéutico.
3. Programa de Vacunación contra la Hepatitis B.
4. Consejo a los sometidos a análisis del VIH.
5. Catálogo de servicios del Centro.
6. Registro de prescripción farmacológica.
7. Seguimiento del Plan Mantenimiento Metadona
8. Abandonos.
9. Ausencias del PMM.
10. Actividades de prevención
11. Protocolos de reducción de daños.
12. Material de inyección.
13. Programa de contacto con drogodependientes que no están siendo atendidos en la Red Asistencial.

▪ **Relaciones y derechos de los usuarios**

14. Comunicación de datos médicos y personales a terceros.
15. Consentimiento informado de tratamientos de riesgo.
16. Gestión de reclamaciones.
17. Encuesta de satisfacción.
18. Plan de actividades con las familias.
19. Plan de reinserción social y laboral.
20. Presencia del centro en la sociedad.
21. Relación con otras instituciones.

- **Entorno de la atención**

22. Privacidad Plan de Mantenimiento con metadona.

- **Organización y gestión**

23. Disponibilidad de folleto informativo.

24. Atención a visitas no programadas.

25. Demora de inicio.

26. Historia clínica.

27. Historia clínica única y compartida.

28. Circuito de atención interdisciplinar.

29. Protocolo patológico.

30. Análisis de psicopatologías concomitantes a la dependencia.

31. Atención a mujeres embarazadas.

32. Formación de profesionales.

33. Estudio de opinión de los profesionales.

34. Plan de trabajo con Servicios Sociales y/o Justicia.

35. Plan de trabajo con Servicios Sanitarios.

El Plan de Calidad en Cataluña continuó con sucesivas etapas de revisión de los indicadores con el fin de evaluar el nivel de calidad de cada uno de los centros incluidos en el proyecto. Esto permitió determinar la situación del sector hacia la calidad de la atención, tras la comparación de los resultados con el estándar establecido en la fase de construcción de los indicadores. La comparación se realizó para adquirir un resultado global del sector para cada indicador y para cada dimensión, y comparando los resultados del 2001 con los de 2004.

Entre las diversas fases del Plan de Evaluación, y con el fin de cumplir los objetivos de calidad asistencial fijados, cada centro evaluado llevó a cabo un Plan de Mejora (de acuerdo con las fichas de cumplimiento de los indicadores y las recomendaciones elaboradas tras la evaluación anterior). Al finalizar la evaluación de los primeros resultados se elaboraron unas nuevas recomendaciones para el sector.

1.2.- Presencia de criterios de evaluación de la calidad normativa autonómica.

Con el objetivo de conocer las prioridades en los documentos normativos vigentes en Aragón con respecto a los criterios de los indicadores, se estudió:

- Marco de referencia del Autonómico de Drogodependencias y legislación complementaria.
- Legislación sanitaria, específica y en vigor, relativa y/o reguladora del sector de la asistencia a la drogodependencias en la Comunidad Autónoma de Aragón promulgada en el Boletín Oficial de Aragón (ANEXO 3).

Se evaluó la presencia del indicador como objetivo deseable y/o exigible en el contenido legislativo, considerando “**Presencia**” como la aparición explícita o implícita del criterio del indicador de calidad en el texto.

2.- Objetivo 2. Selección de indicadores de calidad adecuados. Fase de consenso

2.1.- Estudio de prioridades de los profesionales del sector.

2.1.1.- ESTUDIO

Para conocer la idoneidad según los diferentes actores de la calidad en el sector de las drogodependencias en Aragón y la aplicabilidad de los indicadores, se llevó a cabo un estudio observacional transversal.

El objetivo fue la participación de los grupos de profesionales relacionados con las drogodependencias: profesionales asistenciales de centros con Planes de Metadona, profesionales asistenciales de centros sin Planes de Metadona, gestores del Servicio Aragonés de Salud y profesionales metodólogos de la FAD.

2.1.2.- POBLACIÓN Y MUESTRA

Profesionales asistenciales de Aragón.

La totalidad de los profesionales asistenciales de los centros de asistencia ambulatoria a drogodependientes de Aragón eran susceptibles de participar en el estudio.

Criterios de inclusión

- **Criterio 1.** Centros que realizan cualquier tipo de tratamiento terapéutico a drogodependientes en la Comunidad Autónoma de Aragón
- **Criterio 2.** Tipo de dispositivo asistencial de carácter ambulatorio o centro de día, sin carácter residencial.
- **Criterio 3.** Entre los programas terapéuticos del centro existe la posibilidad de tratamiento de drogas ilegales, sin excluir los tratamientos de drogas legales.

En la construcción de los indicadores se tuvieron en cuenta diversos criterios (sanitarios, familiares, sociales, etc.) que determinan la aplicabilidad de los indicadores según el perfil de los pacientes atendidos y las características del dispositivo asistencial.

Por lo tanto, **quedaron excluidos** de estudio:

- Dispositivos de carácter hospitalario.
- Centros de Atención de drogas legales (tabaco y alcohol).

- Comunidades Terapéuticas.
- Pisos de acogida/estancia.
- Pisos de desintoxicación.
- Centros de Actividades.
- Centros de Formación.
- Centros de Reinserción Sociolaboral.

Periodo de estudio: La valoración del panel tuvo lugar entre los meses de octubre, noviembre y diciembre del año 2006.

Profesionales gestores del Servicio Aragonés de Salud.

El segundo grupo de participación fue el de los profesionales de los niveles superiores de la Administración Sanitaria

Criterios de inclusión de los profesionales

- **Criterio 1.** Profesionales de la gestión de las políticas de asistencia sanitaria de la Comunidad Autónoma en servicios centrales y sectores sanitarios.
- **Criterio 2.** Centralización de las políticas de asistencia de la salud mental y drogodependencias de la Comunidad Autónoma en servicios centrales y sectores sanitarios.
- **Criterio 3.** Centralización de las políticas de calidad asistencial de la Comunidad Autónoma en servicios centrales y sectores sanitarios.

Periodo de estudio: La valoración del panel tuvo lugar entre los meses de marzo y abril de 2007.

Profesionales metodólogos.

Se seleccionó un panelista experto en calidad asistencial en drogodependencias, que dirigió el equipo de construcción de los 35

indicadores y el equipo de evaluación del IAD-UAB y participó en el Plan de Calidad en Drogodependencias de la Generalitat de Cataluña.

Su valoración siguió el criterio de seleccionar los 10 indicadores más relevantes para una comunidad autónoma que comienza por vez primera un Plan de Calidad Asistencial en centros de drogodependientes.

Periodo de estudio: La valoración tuvo lugar en octubre de 2007

2.1.3.- VARIABLES UTILIZADAS

Se construyó un panel que incluyó los 35 indicadores. Los participantes valoraron la aplicabilidad mediante “Aplicable/No Aplicable” generando una variable cualitativa dicotómica. La prioridad se valoró mediante una escala actitudinal de 1 a 5 (de menos a más prioridad) generando una variable cualitativa ordinal.

En la primera página se incluyeron varias instrucciones breves, en las que se explicó de nuevo la función de los indicadores, la estructura de los diferentes paneles y la forma de valoración, y una explicación de términos (ANEXO 4).

2.1.4.- RECOGIDA DE DATOS

En el caso de los profesionales asistenciales, en primer lugar se llevó a cabo una sensibilización previa explicando el proyecto, la importancia de la calidad en el sector de las drogodependencias y la planificación de la calidad basada en indicadores a todos los responsables de los centros de atención ambulatoria. La sensibilización de los responsables de los centros se realizó mediante entrevista telefónica y correo electrónico. Una vez confirmada la participación voluntaria de los profesionales del centro, se envió el panel para su valoración en formato papel.

En el caso de los profesionales gestores, al igual que en los profesionales asistenciales, se realizó una sensibilización previa en la que se explicó la totalidad del plan de la investigación mediante correo electrónico. Una vez confirmada la participación, realizaron la valoración del panel de indicadores por correo electrónico.

2.1.5.- ANÁLISIS DE DATOS

Con el objetivo de conocer la **aplicabilidad** y la **idoneidad** de 35 indicadores se obtuvieron:

- Estadísticos descriptivos de aplicabilidad y prioridad de cada uno de los indicadores (proporción, media y desviación estándar) para las categorías profesionales.
- Estadísticos descriptivos de prioridad de los indicadores agrupados por dimensiones (media, desviación estándar e intervalo de confianza) para las categorías profesionales. Prueba de Kruskal-Wallis para detectar diferencias globales.
- Estadísticos descriptivos de prioridad de los indicadores agrupados por tipo de indicador (media, desviación estándar e intervalo de confianza) para las categorías profesionales. Prueba de Kruskal-Wallis para detectar diferencias globales.
- Consenso mediante agregado de rangos de las medias de idoneidad de los indicadores de las categorías profesionales.

Para su realización se usaron los programas Microsoft Excel® y el SPSS® v13.

3.- Objetivo 3. Identificación de oportunidades de mejora. Fase de evaluación.

3.1.- Estudio sobre la calidad percibida por los profesionales

3.1.1.- ESTUDIO

El estudio para conocer los niveles de calidad percibida de cada uno de los indicadores se trató de un estudio observacional comunitario prospectivo.

Solo participó el grupo de los profesionales asistenciales, ya que son los únicos que pueden ofrecer la percepción del cumplimiento de los indicadores.

3.1.2.- POBLACIÓN Y MUESTRA.

La totalidad de los profesionales asistenciales de los centros de asistencia a drogodependientes de Aragón eran susceptibles de participar en el estudio.

Los criterios de inclusión y de exclusión fueron los mismos que los usados en el “Estudio de prioridades” del objetivo 1. La valoración del cumplimiento percibido tuvo lugar en las mismas fechas.

3.1.3.- VARIABLES UTILIZADAS

En el mismo panel que usaron para la valoración de la prioridad se incluyó la valoración del cumplimiento percibido de los 35 indicadores mediante una escala actitudinal de 1 a 5 (de menos a más cumplimiento). (ANEXO 4).

Se generó una variable cualitativa ordinal por cada indicador: cumplimiento percibido.

3.1.4.- RECOGIDA DE DATOS

Se realizó de manera simultánea al estudio de las prioridades del sector (véase 2.1.3.) por lo que los aspectos relacionados con la recogida de datos fueron los mismos.

3.1.5.- ANÁLISIS DE DATOS

Para conocer el nivel de las variables de **cumplimiento percibido** de los 35 indicadores se obtuvieron:

- Estadísticos descriptivos de cumplimiento percibido de cada uno de los indicadores (media y desviación estándar) para los dos subgrupos de profesionales asistenciales.
- Estadísticos descriptivos de cumplimiento percibido de los indicadores agrupados por dimensiones (media y desviación estándar e intervalo de confianza) para los dos subgrupos de profesionales asistenciales.
- Estadísticos descriptivos de cumplimiento percibido de los indicadores agrupados por tipo de indicador (media y desviación estándar e intervalo de confianza) para los dos subgrupos de profesionales asistenciales.
- Prueba de **Kruskal-Wallis** para establecer diferencias significativas en las valoraciones.

Para su realización se usaron los programas Microsoft Excel® y el SPSS® v13.

3.2.- Estudio del nivel de calidad mediante evaluación externa de indicadores.

3.2.1.- ESTUDIO

Para conocer el nivel de calidad del subconjunto de indicadores seleccionados se realizó un estudio observacional transversal retrospectivo, para obtener el nivel de cumplimiento de cada indicador en la atención a pacientes drogodependientes.

3.2.2.- POBLACIÓN Y MUESTRA

La población objetivo fueron los pacientes drogodependientes de drogas ilegales en tratamiento ambulatorio en los Centros de Atención a Drogodependientes de la Comunidad Autónoma de Aragón durante el año 2007.

Con el objetivo de optimizar la investigación evaluativa, y con los datos proporcionados por la Dirección General de Salud Pública del Gobierno de Aragón, se seleccionaron los 8 centros que realizan el 91,74% de la asistencia ambulatoria a drogodependientes que se realiza en Aragón, y que incluyan programas terapéuticos de tratamiento de al menos dos drogas ilegales.

Centro	Pacientes en Tratamiento		Pacientes en Plan de Metadona		Total	
	n	%	n	%	n	%
UASA. H. Provincial	397	15.86	605	41	1002	25.23
C.M.A.P.A. Zaragoza	752	30.04	0	0	752	18.93
CSZ-PH	432	17.26	245	16.68	677	17.04
Cruz Roja Zaragoza	0	0	357	24.30	357	8.99
Cruz Roja Teruel	249	9.95	43	2.93	292	7.35
C. Municipal. Huesca	107	4.27	139	9.46	246	6.19
UASA. Alcañiz	123	4.91	37	2.52	160	4.03
UASA. Ejea	125	4.99	33	2.25	158	3.98
Acumulado	2185	87.30	1459	99.32	3644	91.74
Total Aragón	2503	100	1469	100	3972	100

Tabla 14. Asistencia ambulatoria a drogodependientes en Aragón. Datos de la Dir. Gral. Salud Pública del Gobierno de Aragón. 2007.

3.2.3.- VARIABLES A UTILIZAR

Los indicadores seleccionados en la fase anterior.

3.2.4.- RECOGIDA DE DATOS

Como es habitual en la metodología evaluativa de la FAD (144), el material necesario previo a la evaluación se seleccionó en función de cada indicador y su fuente de datos (en la que se encuentra el/los elemento/s de medida de cada indicador). Estas fuentes de datos específicas son: Historia Clínica, Documentación Clínica y Observación.

En la siguiente tabla vemos como las diferentes fuentes de datos para cada indicador:

Indicador	Tipo de Fuente de Datos
1. Primeras visitas después de la acogida.	Documentación Clínica
2. Formulación del Plan Terapéutico Individualizado.	Historia Clínica
3. Programa de vacunación contra la hepatitis B.	Historia Clínica y Documentación Clínica
4. Registro de la prescripción farmacológica.	Historia Clínica
5. Abandonos de programa.	Historia Clínica y Documentación Clínica
6. Disponibilidad de material de inyección.	Observación
7. Comunicación de datos médicos y personales a terceros.	Documentación Clínica
8. Estudio de opinión.	Documentación Clínica
9. Plan de actividades con las familias.	Historia Clínica y Documentación Clínica
10. Privacidad del Plan de Metadona.	Observación
11. Demora de la primera visita.	Documentación Clínica
12. Historia clínica.	Historia Clínica
13. Historia clínica única y compartida.	Historia Clínica
14. Protocolo de diagnóstico de patologías orgánicas.	Historia Clínica y Documentación Clínica

Tabla 15. Subset de indicadores y tipo de fuente de datos.

Para la obtención de datos poblacionales y la generación de la muestra fue necesaria la Memoria de actividad de 2007 y una base de datos de la atención en 2007 aportada por cada uno de los centros participantes. Indicaron el número de identificación, patologías, fecha de inicio, fecha de alta (si procede), motivo de alta (si procede). El evaluador elaboró un listado con los casos seleccionados y lo remitió al centro.

Selección de Historias Clínicas

Para la selección de casos es necesario que el evaluador tenga acceso, garantizando la confidencialidad, a un listado de pacientes tratados en el centro durante el último año y que contenga algunos datos (Número de Historia clínica, Fecha de inicio de tratamiento, Motivo de tratamiento, Fechas de visita, Abandono).

En base a ese listado, el evaluador procede a una aleatorización sistemática y selección de las 30 historias clínicas en que se basará la evaluación de cada indicador. Se solicitan la preparación de 50 historias a cada centro para asegurar los criterios de inclusión específicos de cada indicador o sustituir en caso de falta de información. Según Alastrué (145), en los estudios de calidad es generalmente suficiente auditar de 25 a 50 historias para evaluar la práctica asistencial aunque otros, como Saturno (67), lo fijan en 30 historias. En cualquier caso, el número final de casos dependerá del intervalo de confianza que se considere óptimo para obtener resultados concluyentes.

Documentación clínica

Indicador	Documento
1. Primeras visitas después de la acogida.	Listado de acogidas.
3. Programa de vacunación contra la hepatitis B.	Listado de vacunación Hepatitis B.
5. Abandonos de programa.	Listado de abandonos.
7. Comunicación de datos médicos y personales a terceros.	Protocolo de comunicación de datos médicos y personales.
8. Estudio de opinión.	Estudio de satisfacción.
14. Protocolo de diagnóstico de patologías orgánicas.	Protocolo diagnóstico de patología orgánica.
14. Protocolo de diagnóstico de patologías orgánicas.	Listado de pacientes con patología orgánica.
11. Demora de la primera visita.	Lista de espera.

Tabla 16. Indicadores de fuente de documentación clínica.

Observación.

Indicador	Elemento a observar
10. Privacidad del Plan de Mantenimiento con Metadona	Espacio físico para la dispensación y autoadministración de Metadona.
12. Disponibilidad de material de inyección.	Material de inyección

Tabla 17. Indicadores de fuente de observación directa.**Ficha de recogida de datos**

El evaluador realizó la revisión de las fuentes de datos desplazándose personalmente a cada centro. Para la evaluación de indicadores son necesarios elementos de medida específicos que se recogen y tabulan para cada indicador, creando una base de datos y permitiendo su cuantificación.

Para efectuar la revisión se diseñó una ficha de evaluación para cada uno de los indicadores que contiene el/los elemento/s de medida para calcular el cumplimiento.

3.2.5.- PARTICIPACIÓN Y CONFIDENCIALIDAD**Aceptación de la participación**

La realización del estudio de evaluación requirió el acceso a documentación clínica (fundamentalmente historias clínicas) en la que los profesionales reflejan el proceso diagnóstico y terapéutico de los pacientes tratados. La disponibilidad de este material hizo necesaria una comunicación con los responsables de los centros y la posterior aceptación. Dado el carácter público de un importante número de los centros de atención, fue imprescindible la planificación con los estamentos públicos implicados (Departamento de Salud, Servicio Aragonés de Salud y municipios), la comunicación y la solicitud de participación a los centros de atención.

Confidencialidad de los datos

Los datos necesarios para realizar la evaluación pertenecen a la práctica asistencial recogida en la historia clínica (146, 147), por tanto están protegidos por la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre (148). Por este motivo, el evaluador formalizó el compromiso de confidencialidad en los formularios propios de cada centro previamente a tener acceso a la base de datos y a la realización de la evaluación.

Confidencialidad de los resultados

En el mismo protocolo se estableció que los datos generados en el proceso de análisis de los resultados de la evaluación tendrían carácter confidencial, así como el nivel objetivo de cumplimiento de cada uno de los indicadores en cada centro. Para establecer las medias de sector y el nivel de cada indicador se procedió a codificar el nombre del centro.

3.2.6.- RE-SENSIBILIZACIÓN Y CALENDARIO.

Antes de realizar la evaluación de los centros seleccionados se entró en contacto con los responsables y se realizó una re-sensibilización a través de:

- Re-explicación del proyecto.
- Detalle del subconjunto de indicadores seleccionados.
- Resultados de la valoración de indicadores del año 2006
- Entrega de un dossier informativo con: introducción, metodología, modo de realización de la evaluación, especificaciones y requerimientos del centro para facilitar la evaluación, contenido del informe final que recibirá cada centro y anexo de fichas de los indicadores seleccionados para la evaluación.
- Aspectos de confidencialidad.
- Fijar calendario de la evaluación.
- Detalle del material previo necesario.

Centro	Visita de re-sensibilización
UASA Zaragoza	14-02-2008
Centro Municipal Zaragoza	15-03-2008
Centro Solidaridad	14-04-2008
Cruz Roja Zaragoza	14-04-2008
Cruz Roja Teruel	17-04-2008
CM. Huesca	24-04-2008
CP. Alcañiz	25-05-2008
Ejea CPTVA SL	16-04-2008

Tabla 18. Calendario de re-sensibilización en centros seleccionados para la evaluación.

3.2.7.- FORMACIÓN DEL EVALUADOR

Para aumentar la validez de la revisión de las fuentes de datos se procedió al entrenamiento del evaluador mediante formación teórico-práctica. Participó en una jornada de formación para clarificar los objetivos del estudio, la evaluación de indicadores y criterios para minimizar los sesgos debidos al observador.

En una segunda jornada recibió formación práctica, realizando una prueba piloto de evaluación de los indicadores en el Centro de Atención a Drogodependientes de Sants (Barcelona) y evaluando 20 casos.

3.2.8.- TRABAJO DE CAMPO Y CALENDARIO

El evaluador visitó los centros de adicciones en fecha y hora de mutuo acuerdo. Antes de comenzar el proceso, y para garantizar la protección de los datos, el evaluador firma el protocolo de confidencialidad del centro.

La evaluación constó de cuatro partes:

- Visita general del local para conocer la actividad asistencial que se realiza, valorando los aspectos complementarios de la calidad de la instalación.

- Traslado a un lugar separado para realizar individualmente el audit de las fuentes de datos previamente preparadas: Historias Clínicas y Documentación.
- Al finalizar la evaluación de la documentación y de las historias clínicas, se pasa a la observación.
- Finalización de la visita y despedida.

Las evaluaciones se realizaron según el siguiente calendario.

Centro	Visita de evaluación
UASA Zaragoza	22-03-2008
Centro Municipal Zaragoza	28-03-2008
Centro Solidaridad	26-05-2008
Cruz Roja Zaragoza	15-05-2008
Cruz Roja Teruel	7-05-2008
CM. Huesca	12-06-2008
CP. Alcañiz	09-06-2008
Ejea CPTVA SL	30-04-2008

Tabla 19. Calendario de evaluación en centros seleccionados.

3.2.9.- ANÁLISIS DE DATOS

Para conocer el nivel de **cumplimiento objetivo** de los indicadores evaluados y poder identificar oportunidades de mejora se obtuvieron:

- Estimación de proporciones y medias con desviación estándar para los resultados globales de cada indicador en la Comunidad Autónoma. Se acompañó cada resultado del correspondiente intervalo de confianza.
- Comparación de los resultados de cada indicador con sus correspondientes estándares utilizando el contraste de hipótesis para comprobar la proporción observada con una proporción teórica.
- Diagrama de barras del nivel calidad objetivo de los indicadores evaluados en el sector.
- Diagramas de barras del nivel de calidad objetivo de cada uno de los indicadores evaluados por centros.
- Diagrama de Pareto de los incumplimientos.

RESULTADOS

1.- Objetivo 1. Identificación de criterios de calidad en drogodependencias. Fase de Benchmarking.

1.1.- Identificación de Criterios de Calidad.

La búsqueda sistemática de información relativa a experiencias sobre planes de calidad asistencial con indicadores en todos los Planes Autonómicos de Drogodependencias.

Cuatro Comunidades Autónomas (23.5%) han realizado evaluaciones de calidad asistencial en el sector de las drogodependencias: Cataluña, Madrid, Canarias y Cantabria.

Se seleccionó para el estudio la experiencia del Plan de Calidad de Atención a las Drogodependencias de la Generalitat de Cataluña, que se basa en los indicadores de calidad asistencial para centros ambulatorios de atención a drogodependientes desarrollados por la FAD.

1.2.- Presencia de criterios de evaluación de la calidad normativa autonómica.

Tras la revisión de la legislación, se localizó la presencia de casi todos los criterios (85,7%) que valoran los indicadores, de manera explícita o implícita, en los textos revisados.

Fundamentalmente aparecen en:

- Plan Autonómico sobre drogodependencias y otras conductas adictivas 2005 – 2008.

- Ley 3/2001 de 4 de abril, de prevención, asistencia y reinserción social en materia de drogodependencias.
- DECRETO 6/2008, de 13 de febrero, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba la estructura orgánica del Departamento de Salud y Consumo.
- Orden de 20 de mayo de 2005, del Departamento de Salud y Consumo, por la que se incorporan al Anexo I de la Orden de 29 de octubre de 2004, que regula la acción concertada en materia de prestación de sanitarios, la relación de servicios de salud mental, atención a las drogodependencias y atención bucodental infantil, susceptibles de ser concertados con proveedores ajenos al Sistema de Salud de Aragón.

Indicador	Normativa
1.- Primera visita programada después de la acogida.	Plan Autonómico. B) Asistencia. Obj 3. Plan Autonómico. B) Asistencia. Obj 3.1 Plan Autonómico. B) Asistencia. Obj 3.2 Ley 3/2001. Drogodependencias. Art. 20e
2.- Formulación del Plan Terapéutico (PT).	Orden 20 de mayo de 2005. Anexo. Ley 3/2001. Drogodependencias. Art. 20e
3.- Programa de Vacunación contra la Hepatitis B.	Plan Autonómico. B) Asistencia. Obj 4.3 Ley 3/2001. Drogodependencias. Art. 19e
4.- Consejo a los sometidos a análisis del VIH.	Plan Autonómico. B) Asistencia. Obj 4.3 Ley 3/2001. Drogodependencias. Art. 19e
5.- Catálogo de servicios del Centro.	Plan Autonómico. B) Asistencia. Obj 6.1
6.- Registro de prescripción farmacológica.	Orden 20 de mayo de 2005. Anexo.
7.- Seguimiento del Plan Mantenimiento Metadona	Plan Autonómico. B) Asistencia. Obj 3 Orden 20 de mayo de 2005. Anexo. Ley 3/2001. Drogodependencias. Art. 19e
8.- Abandonos.	Plan Autonómico. B) Asistencia. Obj 3
9.- Ausencias del PMM.	Plan Autonómico. B) Asistencia. Obj 3
10.- Actividades de prevención	Plan Autonómico. A) 2.2.1. Prevención. Obj 3. Act.1 Plan Autonómico. A) 2.2.1. Prevención. Obj 6 Plan Autonómico. A) 2.2.4. Amb. Sanitario. Obj 2
11 Protocolos de reducción de daños.	Plan Autonómico. B) Asistencia. Obj 4 Plan Autonómico. B) Asistencia. Obj 5 Ley 3/2001. Drogodependencias. Art. 19e
12 Material de inyección.	Plan Autonómico. B) Asistencia. Obj 4 Ley 3/2001. Drogodependencias. Art. 19e Ley 3/2001. Drogodependencias. Art. 23

13 Programa de contacto con drogodependientes que no están siendo atendidos en la Red Asistencial.	Plan Autonómico. B) Asistencia. Obj 3 Plan Autonómico. B) Asistencia. Obj 7 Ley 3/2001. Drogodependencias. Art. 19d Ley 3/2001. Drogodependencias. Art. 19f
14 Comunicación de datos médicos y personales a terceros.	Ley 3/2001. Drogodependencias. Art. 20e
15 Consentimiento informado de tratamientos de riesgo. (CI)	Ley 3/2001. Drogodependencias. Art. 20e
16 Gestión de reclamaciones.	Decreto 6/2008. Estructura orgánica Departamento de Salud. Ley 3/2001. Drogodependencias. Art. 20e Ley 3/2001. Drogodependencias. Art. 22d
17 Encuesta de satisfacción.	Decreto 6/2008. Estructura orgánica Departamento de Salud.
18 Plan de actividades con las familias.	Orden 20 de mayo de 2005. Anexo. Ley 3/2001. Drogodependencias. Art. 20i
19 Plan de reinserción social y laboral.	Plan Autonómico. C) Integración. Obj 3 Plan Autonómico. C) Integración. Obj 6 Orden 20 de mayo de 2005. Anexo. Ley 3/2001. Drogodependencias. Art. 19f Ley 3/2001. Drogodependencias. Art. 20f Ley 3/2001. Drogodependencias. Art. 20h
20 Presencia del CA en la sociedad.	Ley 3/2001. Drogodependencias. Art. 19h
21 Relación con otras instituciones.	Plan Autonómico. B) Asistencia. Obj 2 Plan Autonómico. B) Asistencia. Obj 7 Ley 3/2001. Drogodependencias. Art. 19h
22 Privacidad Plan de Mantenimiento con metadona	Orden 20 de mayo de 2005. Anexo. Ley 3/2001. Drogodependencias. Art. 19e
23 Disponibilidad de folleto informativo.	Plan Autonómico. B) Asistencia. Obj 2 Plan Autonómico. B) Asistencia. Obj 6 Ley 3/2001. Drogodependencias. Art. 19h
24 Atención a visitas no programadas.	
25 Demora de inicio.	
26 Historia clínica.	
27 Historia clínica única y compartida.	
28 Circuito de atención interdisciplinar.	Plan Autonómico. B) Asistencia. Obj 4 Orden 20 de mayo de 2005. Anexo. Ley 3/2001. Drogodependencias. Art. 20c Ley 3/2001. Drogodependencias. Art. 22b
29 Protocolo patológico.	Plan Autonómico. B) Asistencia. Obj 6
30 Análisis de psicopatologías concomitantes a la dependencia.	Plan Autonómico. A) 2.2.4. Amb. Sanitario. Obj 3 Plan Autonómico. B) Asistencia. Obj 7 Orden 20 de mayo de 2005. Anexo.

31 Atención a mujeres embarazadas.	Plan Autonómico. A) 2.2.4. Amb. Sanitario. Obj 3 Plan Autonómico. B) Asistencia. Obj 7 Orden 20 de mayo de 2005. Anexo. Ley 3/2001. Drogodependencias. Art. 20l
32 Formación de profesionales.	Plan Autonómico. B) Asistencia. Obj 4
33 Estudio de opinión de los profesionales.	
34 Plan de trabajo con Servicios Sociales y/o Justicia.	Plan Autonómico. A) 2.2.4. Amb. Sanitario. Obj 3 Plan Autonómico. B) Asistencia. Obj 2 Plan Autonómico. B) Asistencia. Obj 3 Plan Autonómico. B) Asistencia. Obj 7 Plan Autonómico. C) Integración. Obj 2 Plan Autonómico. C) Integración. Obj 7 Ley 3/2001. Drogodependencias. Art. 19g Ley 3/2001. Drogodependencias. Art. 20f Ley 3/2001. Drogodependencias. Art. 24f Orden 20 de mayo de 2005. Anexo.
35 Plan de trabajo con Servicios Sanitarios.	Plan Autonómico. A) 2.2.4. Amb. Sanitario. Obj 1. Plan Autonómico. A) 2.2.4. Amb. Sanitario. Obj 3 Plan Autonómico. B) Asistencia. Obj 2 Plan Autonómico. B) Asistencia. Obj 3 Plan Autonómico. B) Asistencia. Obj 7 Orden 20 de mayo de 2005. Anexo.

Tabla 20. Presencia de Indicadores en la normativa autonómica.

2.- Objetivo 2. Selección de indicadores de calidad adecuados. Fase de consenso

2.1.- Estudio de prioridades de los profesionales del sector

2.1.1.- PROFESIONALES Y TASA DE RESPUESTA

Profesionales asistenciales.

Participaron 73 profesionales de 21 centros (públicos, privados y concertados) de atención ambulatoria a drogodependientes (86 % de tasa de respuesta):

Nº	Nombre	Valoraciones
1	Cruz Roja Zaragoza	6
2	CM Jaca	2
3	Cruz Blanca Huesca	9
4	Cruz Roja Teruel	3
5	CP Ainsa	1
6	CM Zaragoza	6
7	Centro P. Comunitaria Calamocha	1
8	C.P. Comunitaria Calatayud	1
9	Centro Solidaridad	8
10	C.P. Tarazona	3
11	C. Médico Izca	1
12	CPA. Andorra	2
13	CM Huesca	5
14	Programa Alcozara	1
15	CP. Alcañiz	2
16	CP. Monzón	2
17	CP Cuencas Mineras	2
18	Ejea SL	3
19	UASA Zaragoza	8
20	Proyecto La Encina (Utebo)	6
21	Asoc. Ibón (Sabiñánigo)	1
		73

Tabla 21. Profesionales asistenciales participantes en el estudio de prioridad.

Profesionales de los gestores del Servicio Aragonés de Salud

Tras el estudio del organigrama del Departamento de Salud, y según los criterios de inclusión, se estimó que debían participar gestores del Servicio Aragonés de Salud, tanto de Servicios Centrales como de Gerencias de Sector, con responsabilidades en la materia: Gerente del Sector, Coordinador de Calidad y Coordinador de Salud Mental y Drogodependencias.

Un total de 23 personas participaron en esta parte del estudio (los sectores de Calatayud, Zaragoza I, Zaragoza II y Zaragoza III no tienen la figura del Coordinador de Salud Mental y Drogodependencias). **Tasa de respuesta: 100%.**

Sector Sanitario	Cargo	Valoraciones
Servicios Centrales del SAS	Gerente	3
	Coordinador Calidad	
	Coor. Salud Mental y Drogodependencias	
Alcañiz	Gerente	3
	Coordinador Calidad	
	Coor. Salud Mental y Drogodependencias	
Barbastro	Gerente	3
	Coordinador Calidad	
	Coor. Salud Mental y Drogodependencias	
Calatayud	Gerente	2
	Coordinador Calidad	
	<i>No tiene Coor. Salud Mental y Drogodependencias</i>	
Huesca	Gerente	3
	Coordinador Calidad	
	Coor. Salud Mental y Drogodependencias	
Teruel	Gerente	3
	Coordinador Calidad	
	Coor. Salud Mental y Drogodependencias	
Zaragoza I	Gerente	2
	Coordinador Calidad	
	<i>No tiene Coor. Salud Mental y Drogodependencias</i>	
Zaragoza II	Gerente	2
	Coordinador Calidad	
	<i>No tiene Coor. Salud Mental y Drogodependencias</i>	
Zaragoza III	Gerente	2
	Coordinador Calidad	
	<i>No tiene Coor. Salud Mental y Drogodependencias</i>	
		23

Tabla 22. Profesionales gestores participantes en el estudio de prioridad.

2.1.2.- VALORACIÓN DE LA APLICABILIDAD DE LOS INDICADORES

En este apartado se ofrecen las proporciones de la valoración de la aplicabilidad de los indicadores por cada una de las tres categorías profesionales: Asistenciales con PMM, Asistenciales sin PMM y Gestores SAS.

La medición generó una variable dicotómica “Sí aplicable / No aplicable”.

	Aplicabilidad %			K-W
	Con PMM	Sin PMM	Gestores SAS	
	n=39	n=32	n=23	
1.- Visita Programada	97,4	100	100	0,490
2.- Plan Terapéutico	97,4	100	100	0,490
3.- Prog. Vacunación HB	30,8	78,1	100	0,000
4.- Consejo VIH	76,9	71,9	100	0,024
5.- Catálogo servicios	82,1	100	100	0,005
6.- Registro prescripción	94,9	90,6	100	0,310
7.- Seguimiento PMM	97,4	34,4	100	0,000
8.- Abandonos	100	71,9	100	0,000
9.- Ausencias del PMM	97,4	40,6	100	0,000
10.- Actividades de Prevención	74,4	84,4	100	0,029
11.- Protocolos de reducción de daño	94,9	84,4	100	0,072
12.- Material de inyección	30,8	40,6	100	0,000
13.- Progr. de contacto con drogodependientes	51,3	75	100	0,000
14.- Comunicación de datos médicos	97,4	100	100	0,490
15.- Consentimiento Informado trat. Riesgo	89,7	87,5	100	0,229
16.- Gestión de reclamaciones	100	93,7	100	0,138
17.- Encuestas de satisfacción	94,9	93,7	100	0,495
18.- Plan de activ. con las familias	97,4	96,9	100	0,709
19.- Plan de reinserción sociolaboral	94,9	100	100	0,237
20.- Presencia del Centro en la sociedad	94,9	100	100	0,237
21.- Relación con otras instituciones	100	100	100	-
22.- Privacidad PMM	89,7	40,6	100	0,000
23.- Disponib. de folleto informativo	84,6	100	100	0,011
24.- Atención a visitas no programadas	100	96,9	100	0,376
25.- Demora inicio	97,4	59,4	100	0,000
26.- Historia clínica	100	100	100	-
27.- Historia clínica única y compartida	100	96,9	100	0,376
28.- Atención interdisciplinar	94,9	96,9	100	0,540
29.- Protocolo patológico	82,1	87,5	100	0,103
30.- Análisis de patologías concomitantes	97,4	100	100	0,490
31.- Atención a mujeres embarazadas	84,6	71,9	100	0,019
32.- Formación de los profesionales	100	100	100	-
33.- Estudio de opinión de los profesionales	100	100	100	-
34.- Plan de trab. con Serv.Sociales/Justicia	100	100	100	-
35.- Plan de trab. con Serv. Sanitarios	100	100	100	-

Tabla 23. Aplicabilidad de los indicadores de programa de atención a drogas de Cataluña según los profesionales de Aragón.

Existe consenso en la aplicabilidad del 62,85% de los indicadores. La prueba de Kruskal-Wallis establece diferencias significativas en la valoración de la aplicabilidad de los indicadores 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 22, 23, 25 y 31. Esto pone de manifiesto las diferencias de criterio de los profesionales de los centros con/sin PMM en función de los servicios ofrecidos en sus centros.

En la representación gráfica de la aplicabilidad de los indicadores se pueden apreciar visualmente las diferencias significativas en la opinión de los profesionales.

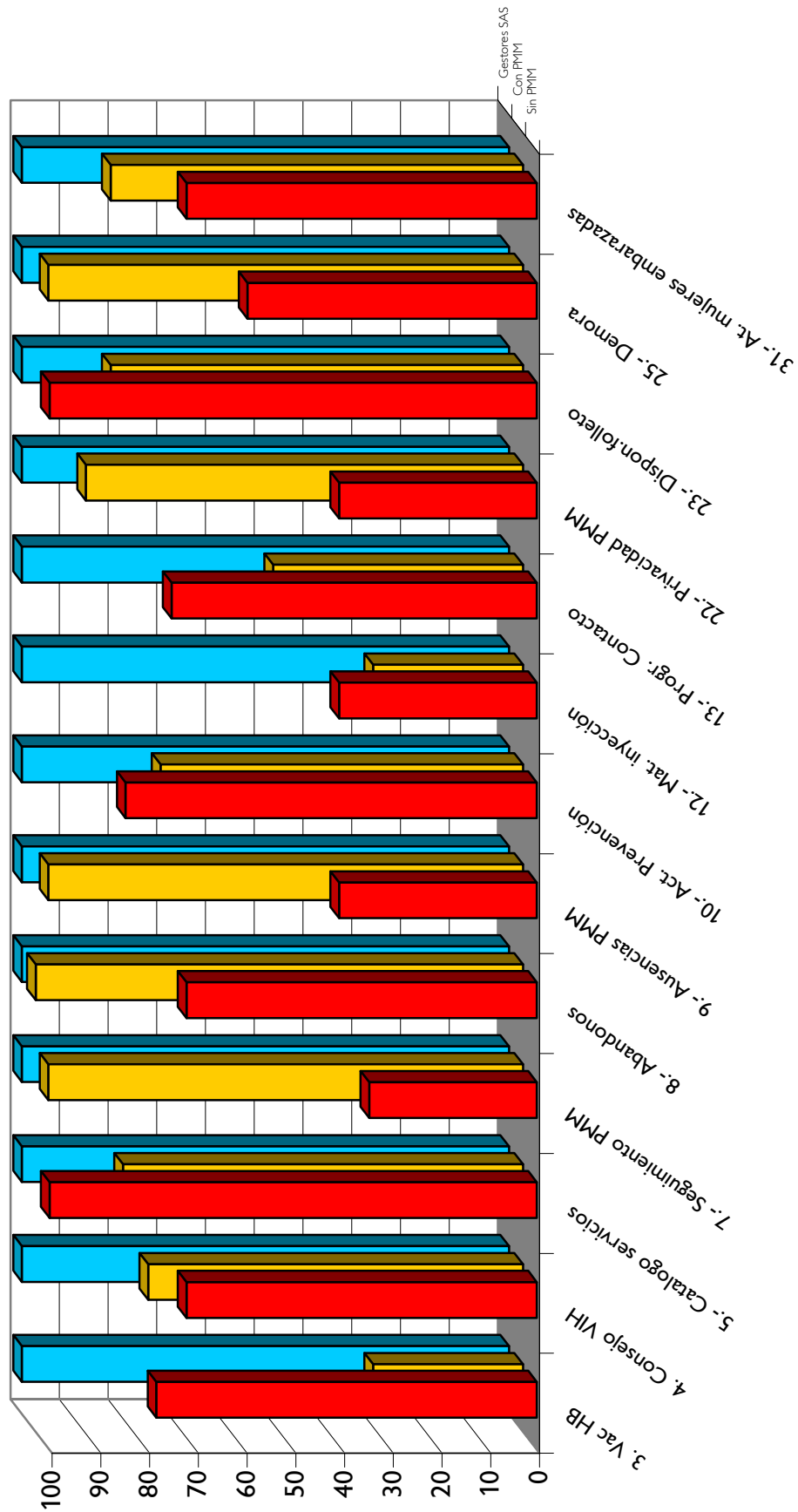


Gráfico 28. Aplicabilidad. Indicadores con diferencias significativas

2.1.3.- VALORACIÓN DE LA IDONEIDAD

En este apartado se ofrecen los estadísticos descriptivos de la valoración de la idoneidad de los indicadores por parte de cada una de las tres categorías profesionales: Asistenciales con PMM, Asistenciales sin PMM y Gestores SAS.

Para comprobar si hay diferencias entre las respectivas medias de valoración de la “Idoneidad” se usa la prueba de Kruskal-Wallis, que mide si las diferencias entre las medidas de posición central de las categorías profesionales son o no significativas.

La prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis es la alternativa a la prueba paramétrica ANOVA (Análisis de Varianza) cuando ésta no se puede realizar (ya que requiere que la variable se distribuya normalmente). Además, en este caso, la variable está medida a nivel ordinal y por eso no se puede realizar el ANOVA. En esta prueba lo que se plantea en las hipótesis es la igualdad o diferencia de medias; mientras que en la prueba de Kruskal-Wallis lo que se pone a prueba es la igualdad o diferencia entre las medianas. No obstante, como la media y la mediana son dos estadísticos que presentan valores muy similares (sobre todo en variables en las que no hay valores atípicos, como es el caso) el presentar los resultados de la prueba de Kruskal-Wallis junto con los valores de las medias y un gráfico de las mismas se considera adecuado.

	Con PMM					Sin PMM					Gestores SAS					K-W (IC 95%)
	Media	Desv. tip.	N	Min.	Máx.	Media	Desv. tip.	N	Min.	Máx.	Media	Desv. tip.	N	Min.	Máx.	p-value
1.- Visita Programada	4,58	0,5	38	4	5	4,66	0,6	32	2	5	4,39	0,78	23	4	5	0,327
2.- Plan Terapéutico	4,47	0,73	38	2	5	4,41	0,71	32	3	5	4,65	0,57	23	3	5	0,413
3.- Prog. Vacunacion HB	3,67	1,15	12	2	5	3,8	1,19	25	1	5	4,39	0,72	23	1	5	0,122
4.- Consejo VIH	4,57	0,68	30	3	5	4,17	0,94	23	3	5	3,96	1,19	23	4	5	0,120
5.- Catalogo servicios	4,16	0,85	32	3	5	4,13	0,94	32	1	5	4,39	0,66	23	3	5	0,575
6.- Registro prescripción	4,68	0,58	37	3	5	4,62	0,73	29	3	5	4,87	0,34	23	3	5	0,396
7.- Seguimiento PMM	4,11	0,92	38	2	5	3,64	1,03	11	2	5	4,48	0,59	23	2	5	0,055
8.- Abandonos	4,13	0,83	39	3	5	3,35	1,3	23	1	5	4,04	0,98	23	3	5	0,050
9.- Ausencias del PMM	3,76	1,3	38	1	5	3,31	1,25	13	1	5	4,35	0,65	23	1	5	0,026
10.- Actividades de Prevención	4,38	0,73	29	3	5	4,41	0,69	27	3	5	4,3	0,7	23	3	5	0,842
11.- Protocolos de reducción de daño	4,05	0,91	37	2	5	4	1	27	2	5	4,52	0,59	23	2	5	0,108
12.- Material de inyección	3,08	1,68	12	1	5	3,92	1,19	13	1	5	4,3	0,76	23	3	5	0,106
13.- Progr. de contacto con drogodependientes	3,75	1,12	20	1	5	3,88	0,99	24	2	5	3,91	0,79	23	3	5	0,955
14.- Comunicación de datos médicos	4,68	0,53	38	3	5	4,03	0,97	32	3	5	4,87	0,34	23	4	5	0,000
15.- Consentimiento Informado trat. Riesgo	4,31	0,87	35	2	5	4,04	1,04	28	2	5	4,91	0,29	23	3	5	0,001
16.- Gestión de reclamaciones	4,13	1,03	39	2	5	3,17	0,87	30	2	5	4,04	0,71	23	2	5	0,000
17.- Encuestas de satisfacción	3,65	0,75	37	3	5	3,67	0,84	30	1	5	4,09	0,9	23	2	5	0,089
18.- Plan de activ. con las familias	4,47	0,65	38	3	5	4,45	0,77	31	2	5	4,26	0,54	23	3	5	0,235
19.- Plan de reinserción sociolaboral	4,41	0,69	37	3	5	4,5	0,76	32	3	5	4	0,95	23	3	5	0,064
20.- Presencia del Centro en la sociedad	4,16	0,96	37	1	5	4,16	0,92	32	2	5	4,09	0,9	23	3	5	0,918
21.- Relación con otras instituciones	4,44	0,72	39	3	5	4,53	0,76	32	3	5	4,09	0,9	23	3	5	0,105
22.- Privacidad PMM	4,23	0,97	35	1	5	4,38	1,04	13	3	5	4,65	0,49	23	2	5	0,294
23.- Disponib. de folleto informativo	3,67	0,82	33	2	5	4,22	0,91	32	2	5	4,43	0,73	23	2	5	0,002
24.- Atención a visitas no programadas	4,13	0,8	39	3	5	4,1	1,012	31	3	5	4,09	0,9	23	2	5	0,968
25.- Demora inicio	4,47	0,73	38	3	5	4,05	0,91	19	3	5	4,39	0,66	23	4	5	0,203
26.- Historia clínica	4,74	0,55	39	3	5	4,63	0,61	32	3	5	4,78	0,52	23	4	5	0,444
27.- Historia clínica única y compartida	4,69	0,52	39	3	5	4,65	0,66	31	3	5	4,57	0,59	23	4	5	0,620
28.- Atención interdisciplinar	4,46	0,73	37	2	5	4,55	0,77	31	3	5	4,26	0,81	23	3	5	0,204
29.- Protocolo patológico	4,31	0,74	32	2	5	4,43	0,88	28	2	5	4,52	0,66	23	3	5	0,428
30.- Análisis de patologías concomitantes	4,42	0,76	38	2	5	4,59	0,76	32	2	5	4,7	0,47	23	3	5	0,298
31.- Atención a mujeres embarazadas	4,64	0,6	33	3	5	4,35	0,78	23	2	5	4,7	0,56	23	3	5	0,186
32.- Formación de los profesionales	4,41	0,75	39	3	5	4,34	0,65	32	3	5	4,13	0,81	23	3	5	0,347
33.- Estudio de opinión de los profesionales	3,87	1,08	39	1	5	4,06	1,05	32	2	5	4,09	0,85	23	2	5	0,670
34.- Plan de trab. con Serv.Sociales/Justicia	3,97	0,78	39	3	5	3,78	1,04	32	2	5	4,57	0,51	23	1	5	0,004
35.- Plan de trab. con Serv. Sanitarios	4,21	0,86	39	2	5	4,25	0,84	32	1	5	4,43	0,79	23	3	5	0,543

Tabla 24. Idoneidad de los indicadores de programa de atención a drogas de Cataluña según los profesionales de Aragón. Estadísticos descriptivos y Kruskal-Wallis

Se analizaron los 7 indicadores de calidad que mostraron diferencias significativas entre las medias y se obtuvieron gráficos que facilitaron la percepción de las posibles diferencias significativas en las respuestas de valoración. También informó de posibles dependencias en la distribución de respuestas en cada uno de los grupos profesionales.

Indicador: 8. ABANDONOS

En la prueba Kruskal-Wallis se ha obtenido una $p=0,050$ que permite afirmar que hay diferencias significativas en las opiniones en este aspecto en las tres categorías profesionales.

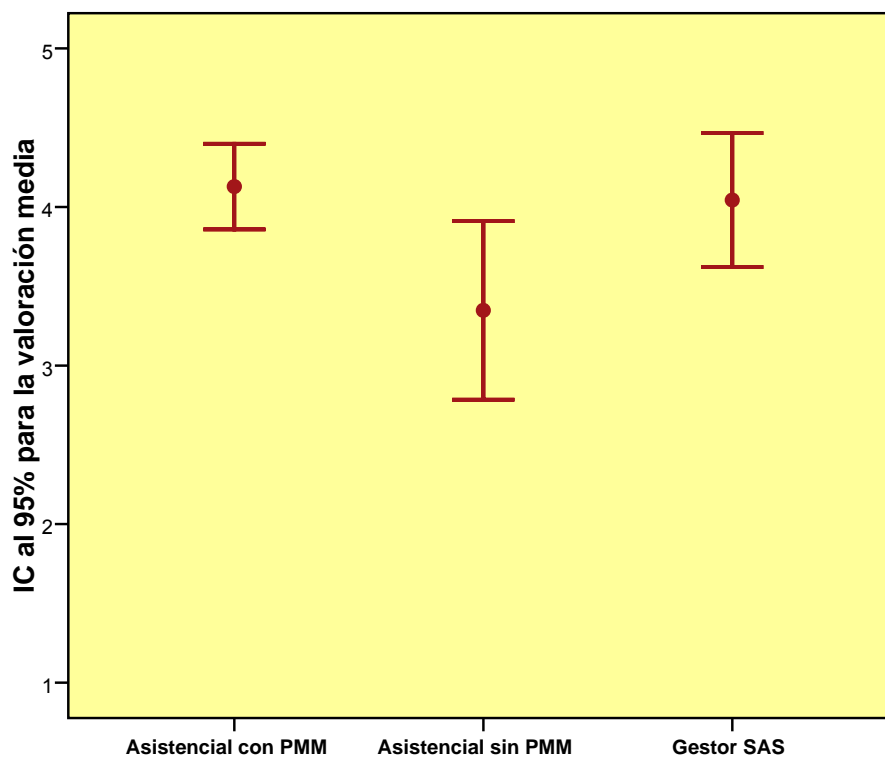


Gráfico 29. Idoneidad del Indicador 8. Gráfico de medias e intervalos.

Indicador: 9. AUSENCIAS DEL PMM

En la prueba Kruskal-Wallis se ha obtenido una $p=0'026$ que permite afirmar que hay diferencias significativas en las opiniones en este aspecto en las tres categorías profesionales.

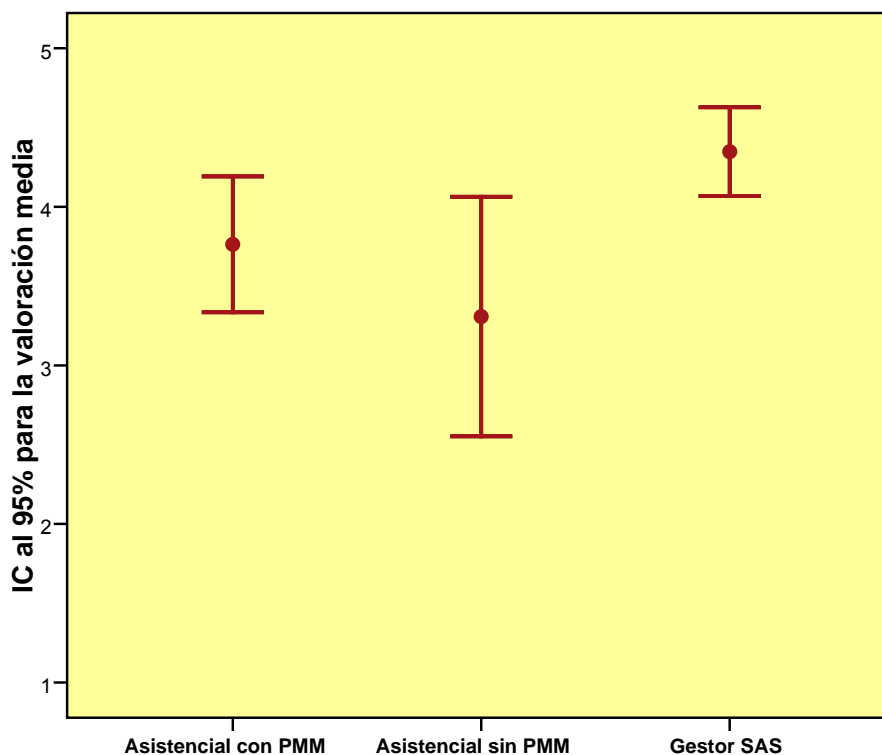


Gráfico 30. Idoneidad del Indicador 9. Gráfico de medias e intervalos.

Indicador: 14. COMUNICACIÓN DE DATOS MÉDICOS

En la prueba Kruskal-Wallis se ha obtenido una $p < 0'000$ que permite afirmar que hay diferencias significativas en la opinión que de este aspecto se obtiene en las tres categorías profesionales. Se observa que en los perfiles de respuesta, las categorías Gestor SAS y Asistencial con PMM le dan más importancia al indicador que en la categoría Asistencial sin PMM.

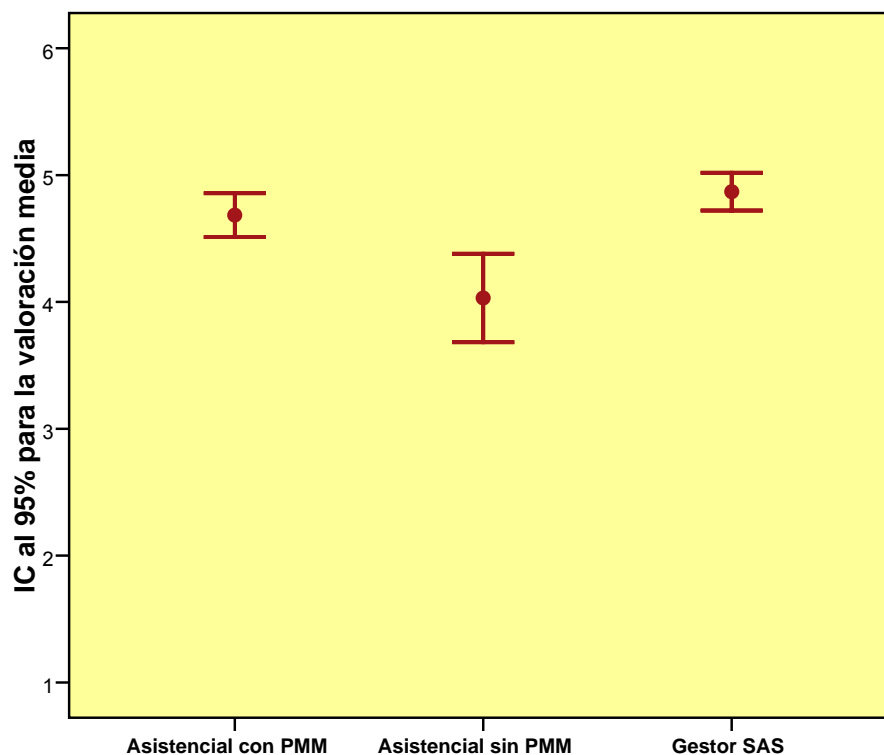


Gráfico 31. Idoneidad del Indicador 14. Gráfico de medias e intervalos.

Indicador: 15. CONSENTIMIENTO INFORMADO TRAT. RIESGO

En la prueba Kruskal-Wallis se ha obtenido una $p=0.001$ que permite afirmar que hay diferencias significativas en la opinión que de este aspecto se obtiene en las tres categorías profesionales. Se observa que las categorías Gestor SAS y Asistencial con PMM le dan más importancia al indicador que la categoría Asistencial sin PMM.

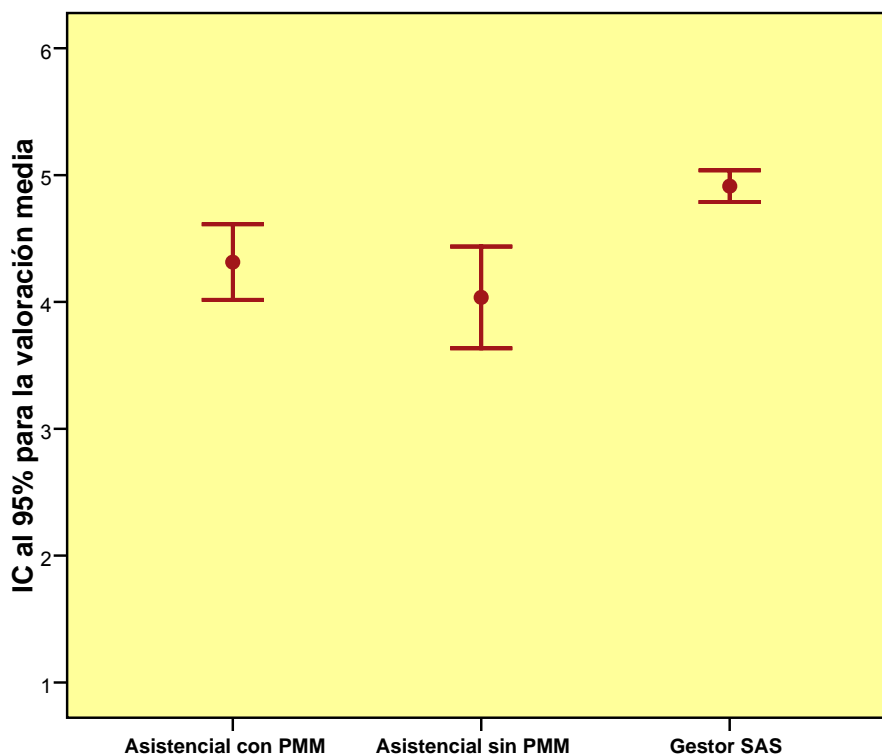


Gráfico 32. Idoneidad del Indicador 15. Gráfico de medias e intervalos.

Indicador: 16. GESTIÓN DE RECLAMACIONES

En la prueba Kruskal-Wallis se ha obtenido una $p < 0'001$ que permite afirmar que hay diferencias significativas en la idoneidad. En el gráfico, se observa que los perfiles de respuesta en las categorías Gestor SAS y Asistencial con PMM se le otorga ligeramente más importancia al indicador que en la categoría Asistencial sin PMM.

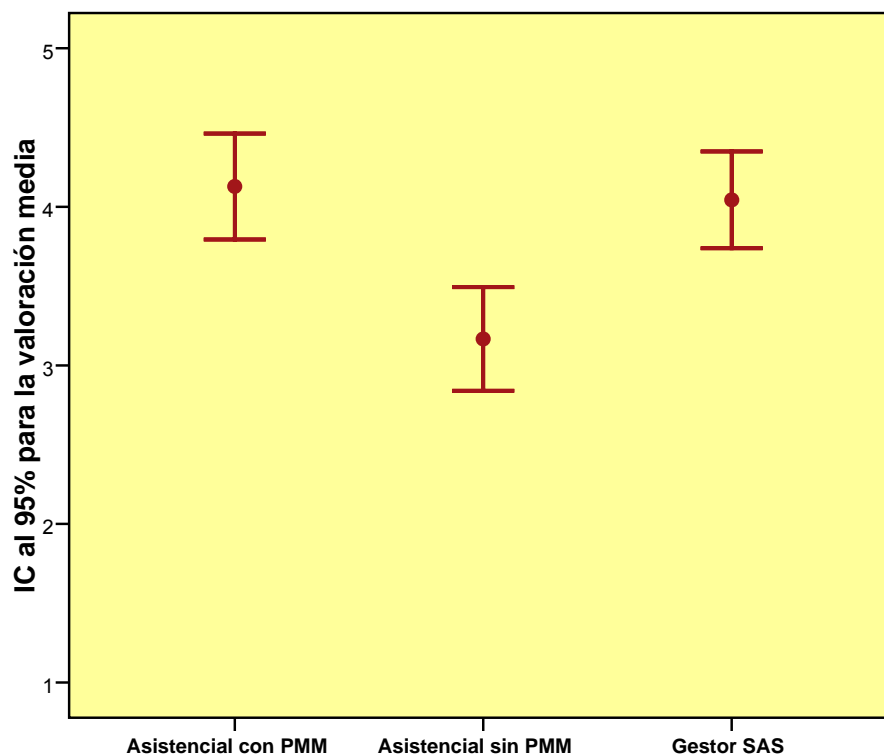


Gráfico 33. Idoneidad del Indicador 16. Gráfico de medias e intervalos.

Indicador: 23. DISPONIBILIDAD DE FOLLETO INFORMATIVO

En la prueba Kruskal-Wallis se ha obtenido una $p=0'002$ que permite afirmar que hay diferencias significativas en las respuestas entre las tres categorías profesionales. Analizando el gráfico, se comprueba que las mayores diferencias en los porcentajes se dan entre la categoría Asistencial con PMM y Gestor SAS.

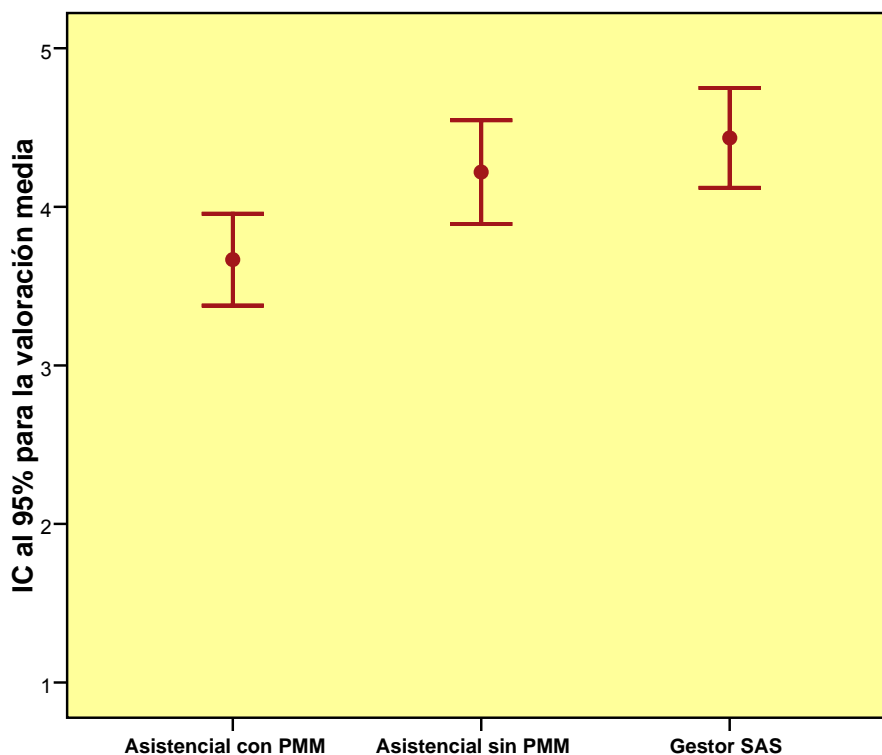


Gráfico 34. Idoneidad del Indicador 23. Gráfico de medias e intervalos.

Indicador: 34. PLAN DE TRABAJO CON SERVICIOS SOCIALES/JUSTICIA

En la prueba Kruskal-Wallis se ha obtenido una $p=0.004$ que permite afirmar que hay diferencias significativas. En el gráfico, se observa que, en general, en las tres categorías se le otorga al aspecto bastante importancia, habiendo ligeras diferencias en los porcentajes de los distintos niveles (en la categoría Gestor SAS se obtiene una mayor concentración de respuestas en las respuestas "Muy importante" y "Esencial"; mientras que en las otras dos categorías se reparten bastante más las respuestas, sobre todo en Asistencial sin PMM).

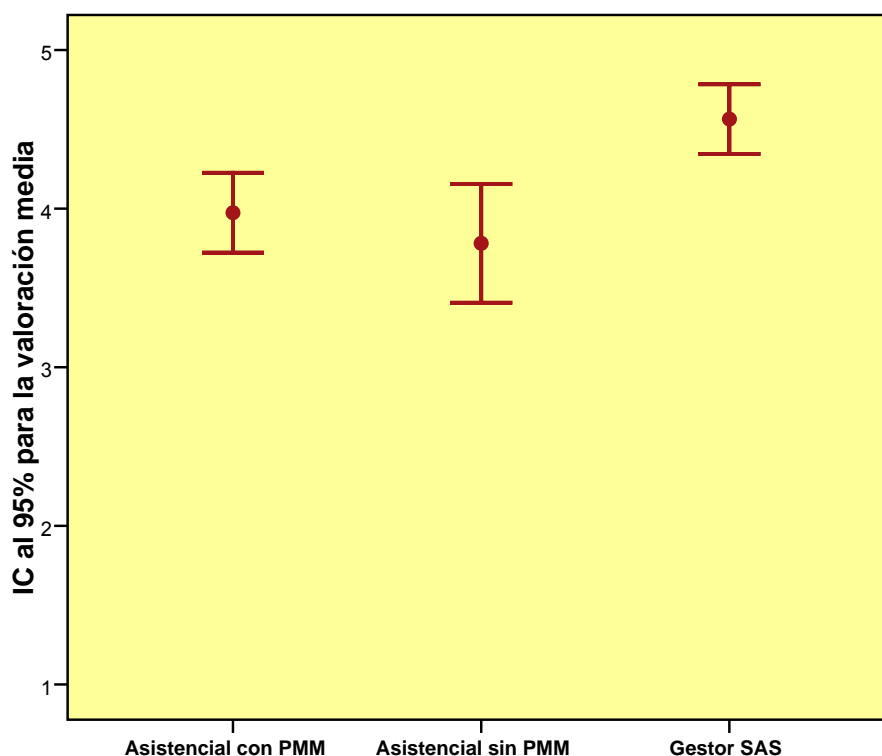


Gráfico 35. Idoneidad del Indicador 34. Gráfico de medias e intervalos.

En consecuencia, se puede observar que en los indicadores 3, 8, 12 y 17 no existe un consenso objetivo en Aragón y, en cambio, son de amplio consenso y uso a nivel internacional. Por este motivo, aunque en los tres primeros no existe tampoco un consenso acerca de su aplicabilidad, fueron añadidos al subconjunto de indicadores para la evaluación del nivel de calidad basal. Aunque se desconocen las causas que llevan a la falta de unidad en el consenso, diversos autores apuntan a que suelen estar relacionadas con la falta de conocimientos en calidad y problemas con procedimientos no basados en la evidencia científica y erróneamente usados de forma cotidiana (y por lo tanto difíciles de modificar).

Idoneidad por dimensiones

En el cálculo de los estadísticos descriptivos de resumen de los indicadores agrupados por dimensiones, se han obtenido los siguientes resultados.

Dimensiones	Con PMM						Sin PMM						Gestores SAS						KW
	Media	IC 95%	Desv. tip.	N	Min.	Máx.	Media	IC 95%	Desv. tip.	N	Min.	Máx.	Media	IC 95%	Desv. tip.	N	Min.	Máx.	
Atención al usuario	4,22	4,00:4,36	0,52	39	2,8	5	4,12	3,74:4,57	0,58	32	2,6	4,9	4,35	4,17:4,53	0,42	23	3,62	5	0,438
Derechos del usuario	4,29	4,09:4,47	0,52	39	3,1	5	4,09	3,54:4,25	0,54	32	3,1	5	4,29	4,09:4,50	0,47	23	3,5	5	0,182
Entorno de la atención	4,23	3,89:4,56	0,97	35	1	5	4,38	3,75:5,00	1,04	13	2	5	4,65	4,44:4,86	0,49	23	4	5	0,294
Gestión y organización	4,33	4,14:4,48	0,5	39	3,4	5	4,32	3,86:4,59	0,53	32	3	5	4,43	4,27:4,60	0,39	23	3,85	5	0,789

Tabla 25. Idoneidad agrupada por dimensiones. Estadísticos e IC 95%.

El resultado de la prueba de Kruskal-Wallis lleva a concluir que no existen diferencias significativas globales en la valoración de las dimensiones.

Idoneidad por tipo de indicador

En el cálculo de los estadísticos descriptivos de resumen de los indicadores agrupados por tipo de indicador, se han obtenido los siguientes resultados.

Tipo indicador	Con PMM						Sin PMM						Gestores SAS						KW
	Media	IC 95%	Desv. tip.	N	Min.	Máx.	Media	IC 95%	Desv. tip.	N	Min.	Máx.	Media	IC 95%	Desv. tip.	N	Min.	Máx.	
Estructura	4,19	4,00:4,38	0,58	39	3,3	5	4,2	4,00: 4,38	0,55	32	2,8	5	4,42	4,27:4,58	0,36	23	3,7	5	0,271
Proceso	4,34	4,20:4,49	0,45	39	3,4	5	4,28	4,10:4,47	0,5	32	2,9	5	4,38	4,22:4,54	0,38	23	3,7	5	0,776
Resultado	4,33	4,16:4,51	0,54	39	3	5	3,9	3,66:4,14	0,66	32	2,7	5	4,22	3,99:4,45	0,53	23	3	5	0,023

Tabla 26. Idoneidad agrupada por tipo de indicador. Estadísticos, IC 95% y Kruskal-Wallis.

El resultado de la prueba de Kruskal-Wallis lleva a concluir que no existen diferencias significativas globales en la valoración de los indicadores de estructura y proceso. En los indicadores de resultado, en cambio, la $p=0,023$ muestra diferencias significativas en las medias. Tras las comparaciones múltiples, se obtiene que las diferencias significativas se dan entre las dos categorías asistenciales.

2.2.- Selección del subset de 10 indicadores

De los 35 indicadores, el objetivo es realizar una evaluación del nivel basal de los 10 indicadores de máximo consenso entre los diferentes grupos que participan en el estudio.

Para ello se elaboró un agregado de rangos en el que los 10 mejor valorados por cada grupo reciben un punto. Tras la suma de puntos recibidos a los indicadores por cada grupo se obtienen los 10 de mayor consenso. Los indicadores 25, 29, 30 y 31 recibieron la misma puntuación, pero sólo el 25 y 29 pasaron al subset final por ser considerados prioritarios por la FAD.

Al subset de indicadores consensuados se añaden cuatro de amplio uso a nivel internacional seleccionados por los metodólogos de la FAD que fueron considerados prioritarios por los profesionales de Aragón.

N° Indicador	Profesionales					Total		
	Con PMM	Sin PMM	Gestores SAS	IAD-UAB	Total			
26 Historia clínica.	1	4,74	1	4,63	1	4,78	1	4
2 Formulación del Plan Terapéutico (PT).	1	4,47		4,41	1	4,65	1	3
6 Registro de prescripción farmacológica.	1	4,68	1	4,62	1	4,87		3
27 Historia clínica única y compartida.	1	4,69	1	4,65	1	4,57		3
1 Primera visita programada después de la acogida.	1	4,58	1	4,66		4,39		2
14 Comunicación de datos médicos y personales a terceros.	1	4,68		4,03	1	4,87		2
18 Plan de actividades con las familias.	1	4,47	1	4,45		4,26		2
22 Privacidad Plan de Mantenimiento con metadona		4,23		4,38	1	4,65	1	2
25 Demora de inicio.	1	4,47		4,05		4,39	1	2
29 Protocolo patológico.		4,31	1	4,43		4,52	1	2
30 Análisis de psicopatologías concomitantes a la dependencia.		4,42	1	4,59	1	4,70		2
31 Atención a mujeres embarazadas.	1	4,64		4,35	1	4,70		2
3 Programa de Vacunación contra la Hepatitis B.		3,67		3,80		4,39	1	1
4 Consejo a los sometidos a análisis del VIH.[2]	1	4,57		4,17		3,96		1
8 Abandonos.		4,13		3,35		4,04	1	1
12 Material de inyección.		3,08		3,92		4,30	1	1
15 Consentimiento informado de tratamientos de riesgo. (CI)		4,31		4,04	1	4,91		1
17 Encuesta de satisfacción.		3,65		3,67		4,09	1	1
19 Plan de reinserción social y laboral.		4,41	1	4,50		4,00		1
21 Relación con otras instituciones.		4,44	1	4,53		4,09		1
28 Circuito de atención interdisciplinar.		4,46	1	4,55		4,26		1
34 Plan de trabajo con Servicios Sociales y/o Justicia.		3,97		3,78	1	4,57		1
35 Plan de trabajo con Servicios Sanitarios.		4,21		4,25		4,43	1	1



Indicadores seleccionados para la evaluación.



Indicadores no seleccionados, pero entre los 10 de mayor valoración de alguna categoría profesional.

Tabla 27. Agregado de rangos. Selección del subset de indicadores.

Los indicadores finalmente seleccionados para realizar la evaluación de la práctica asistencial fueron los siguientes:

1. Primeras visitas después de la acogida.
2. Formulación del Plan Terapéutico Individualizado.
3. Programa de vacunación contra la hepatitis B.
4. Registro de la prescripción farmacológica.
5. Abandonos de programa.
6. Disponibilidad de material de inyección.
7. Comunicación de datos médicos y personales a terceros.
8. Estudio de opinión.
9. Plan de actividades con las familias.
10. Privacidad del Plan de Metadona.
11. Demora de la primera visita.
12. Historia clínica.
13. Historia clínica única y compartida.
14. Protocolo de diagnóstico de patologías orgánicas.

3.- Objetivo 3. Identificación de oportunidades de mejora. Fase de evaluación.

3.1.- Identificación de la calidad percibida por los profesionales.

En este apartado se ofrecen los estadísticos descriptivos de la valoración del cumplimiento percibido de los indicadores por parte de cada una de las dos categorías de profesionales asistenciales: Asistenciales con PMM y Asistenciales sin PMM.

Para comprobar si hay diferencias entre las respectivas medias de valoración del “Cumplimiento percibido” se usa la prueba de Kruskal-Wallis, que mide si las diferencias entre las medidas de posición central de las categorías asistenciales son o no significativas.

	Con PMM					Sin PMM					K-W (IC 95%)
	Media	Desv. tip.	N	Min.	Máx.	Media	Desv. tip.	N	Min.	Máx.	p-value
1.- Visita Programada	4,5	0,5	38	3	5	4,69	0,54	32	3	5	0,119
2.- Plan Terapéutico	4,08	0,97	38	2	5	4,16	1,05	32	2	5	0,601
3.- Prog. Vacunación HB	2,91	1,45	11	1	5	3,2	1,73	25	1	5	0,620
4.- Consejo VIH	3,93	1,14	30	1	5	3,86	1,21	22	1	5	0,869
5.- Catalogo servicios	3,19	1,23	32	1	5	3,61	1,26	31	1	5	0,117
6.- Registro prescripción	4,43	0,77	37	2	5	4,28	0,92	29	2	5	0,560
7.- Seguimiento PMM	3,97	0,97	38	2	5	3,5	1,73	4	2	5	0,685
8.- Abandonos	4,03	0,96	39	1	5	3,13	1,29	23	1	5	0,005
9.- Ausencias del PMM	3,58	1,18	38	1	5	3,33	1,66	9	1	5	0,606
10.- Actividades de Prevención	4,38	0,78	29	3	5	4,48	0,85	27	1	5	0,522
11.- Protocolos de reducción de daño	3,25	1,18	36	1	5	3,46	1,48	26	1	5	0,413
12.- Material de inyección	2	1,63	10	1	5	3,62	1,79	13	1	5	0,047
13.- Progr. de contacto con drogodependientes	3,11	1,13	18	1	5	2,92	1,68	25	1	5	0,772
14.- Comunicación de datos médicos	3,97	1	38	1	5	3,32	1,35	31	1	5	0,040
15.- Consentimiento Informado trat. Riesgo	3,74	1,2	35	1	5	3,32	1,35	31	1	5	0,092
16.- Gestión de reclamaciones	2,64	1,4	39	1	5	3,04	1,67	28	1	4	0,023
17.- Encuestas de satisfacción	2,03	1	36	1	4	1,87	0,94	30	1	5	0,610
18.- Plan de activ. con las familias	4,37	0,97	38	2	5	1,87	1,04	30	3	5	0,730
19.- Plan de reinserción sociolaboral	3,97	0,94	36	2	5	4,52	0,72	31	2	5	0,285
20.- Presencia del Centro en la sociedad	3,8	0,99	35	1	5	4,19	0,97	32	2	5	0,432
21.- Relación con otras instituciones	3,87	0,91	38	2	5	4	1,03	31	1	5	0,002
22.- Privacidad PMM	3,46	1,31	35	1	5	4,48	0,89	31	1	5	0,015
23.- Disponib. de folleto informativo	3,06	0,9	33	1	5	4,38	1,19	13	1	5	0,001
24.- Atención a visitas no programadas	4,03	0,778	39	2	5	4	1,48	32	2	5	0,425
25.- Demora inicio	4,45	0,92	38	2	5	4,06	1,124	31	2	5	0,045
26.- Historia clínica	4,46	0,76	39	3	5	4,11	0,81	19	3	5	0,231
27.- Historia clínica única y compartida	4,31	1,03	39	1	5	4,66	0,65	32	2	5	0,128
28.- Atención interdisciplinar	3,95	1,03	37	1	5	4,61	0,8	31	2	5	0,085
29.- Protocolo patológico	3,47	1,11	32	1	5	4,32	1,05	31	1	5	0,289
30.- Análisis de patologías concomitantes	3,92	0,94	38	2	5	3,71	1,33	28	1	5	0,061
31.- Atención a mujeres embarazadas	4,18	1,13	31	1	5	4,28	1,05	32	3	5	0,660
32.- Formación de los profesionales	3,36	1,29	39	1	5	4,45	0,67	22	1	5	0,347
33.- Estudio de opinión de los profesionales	2,28	1,15	39	1	5	3,66	1,1	32	1	5	0,840
34.- Plan de trab. con Serv.Sociales/Justicia	3,15	1,09	39	1	5	2,23	1,19	30	1	4	0,009
35.- Plan de trab. con Serv. Sanitarios	3,23	1,18	39	1	5	2,47	0,92	32	1	4	0,018

Tabla 28. Cumplimiento percibido. Estadísticos, IC 95% y Kruskal-Wallis

La prueba de Kruskal-Wallis informa de la existencia de diferencias significativas en la valoración del cumplimiento percibido por los profesionales asistenciales en los indicadores 8, 12, 14, 16, 21, 22, 23, 25, 34 y 35.

Se observa un cumplimiento percibido más elevado de los indicadores 8 y 25 en los centros con PMM y de los indicadores 12, 14, 16, 21, 22, 23, 34 y 35 en centros sin PMM.

Cumplimiento percibido por dimensiones

En el cálculo de los estadísticos descriptivos de resumen de los indicadores agrupados por dimensiones, se han obtenido los siguientes resultados.

Dimensiones	Con PMM						Sin PMM						M-W
	Media	IC 95%	Desv. tip.	N	Min.	Máx.	Media	IC 95%	Desv. tip.	N	Min.	Máx.	
Atención al usuario	3,88	3,62:4,01	0,56	39	2,0	4,8	3,81	3,68:4,56	0,80	32	1,9	4,9	0,954
Derechos del usuario	3,55	3,24:3,59	0,51	39	2,4	4,5	3,45	3,20:3,68	0,51	32	2,1	4,6	0,291
Entorno de la atención	3,46	3,01:3,91	1,31	35	1,0	5,0	4,38	3,66:5,11	1,19	13	1,0	5,0	0,015
Gestión y organización	3,69	3,42:3,75	0,56	39	2,4	4,8	3,76	3,61:4,21	0,56	32	2,3	4,5	0,222

Tabla 29. Cumplimiento percibido agrupado por dimensiones. Estadísticos, IC 95% y Mann-Whitney.

El resultado de la prueba de Mann-Whitney lleva a concluir que existen diferencias significativas globales en el cumplimiento percibido de los indicadores del Entorno de la Atención. Se observaría un mayor cumplimiento percibido del indicador 22 en los centros sin PMM.

Cumplimiento percibido por tipo de indicador

En el cálculo de los estadísticos descriptivos de resumen de los indicadores agrupados por tipo de indicador, se han obtenido los siguientes resultados.

Tipo indicador	Con PMM						Sin PMM						M-W
	Media	IC 95%	Desv. tip.	N	Min.	Máx.	Media	IC 95%	Desv. tip.	N	Min.	Máx.	
Estructura	3,41	3,24:3,59	0,55	39	1,8	4,4	3,46	3,20:3,68	0,68	32	1,7	4,5	0,379
Proceso	3,88	3,72:4,04	0,5	39	2,6	4,6	3,97	3,78:4,15	0,52	32	2,5	4,7	0,267
Resultado "out-puts"	3,91	3,70:4,12	0,65	39	2,5	5	3,46	3,17:3,74	0,79	32	2	5	0,015

Tabla 30. Cumplimiento percibido agrupado por tipo de indicador. Estadísticos, IC 95% y Mann-Whitney.

El resultado de la prueba de Mann-Whitney lleva a concluir que existen diferencias significativas globales en el cumplimiento percibido de los indicadores de resultado, siendo mayor en los centros con PMM.

3.2.- Identificación del nivel de calidad objetiva del subset de indicadores seleccionados.

A continuación se presentan, de manera codificada, los resultados de la evaluación de los 14 indicadores seleccionados.

Se evaluaron un total de 240 historias clínicas y la documentación aportada por ocho centros de atención a drogodependientes de Aragón que realizan el 91,74% de la asistencia ambulatoria de toda la comunidad autónoma.

3.2.1.- SITUACIÓN DE SECTOR

En los resultados se ha tratado de ofrecer una visión del nivel de cumplimiento de los indicadores consensuados y evaluados. A diferencia de otros Programas de Calidad Asistencial sectorial que afrontan mayor número de indicadores y cuentan con mayores recursos, no se puede ofrecer una media global de todo el sector, ni agrupada por las cuatro dimensiones, ya que sólo se han evaluado 14 indicadores.

En la tabla se resumen los resultados de la evaluación con los porcentajes de cumplimiento de cada indicador, estadísticos descriptivos e intervalo de confianza.

En el diagrama de barras aparece la situación general del sector para cada uno de los indicadores.

Indicador	Centro		1		2		3		4		5		6		7		8		Media sector			
			NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	
1.- Primeras visitas después de la acogida. Estándar 75%	%		NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	
2.- Formulación del PTI Estándar 90%	n % IC95		30 93.33 (84.40:100)	29 100.00 (99.96:100)	30 100.00 (99.96:100)	30 100.00 (99.96:100)	25 97.37 (91.10:100)	30 76.67 (61.54:91.80)	28 96.43 (89.56:100)	29 100.00 (99.96:100)	231 95.47 (92.79:98.15)											
3.- Programa de vacunación contra la hepatitis B. Estándar 90%	n %		0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
3A Presencia de serología VHB	n %		23 60.87	19 5.26	26 30.77	30 63.33	23 58.82	22 18.18	21 50.00	23 61.98	187											
6.- Registro de la prescripción farmacológica. Estándar 99%	n % IC95		30 86.67 (74.51:98.83)	19 30.00 (9.39:50.61)	18 53.33 (30.28:76.38)	27 36.67 (18.49:54.85)	28 60.00 (41.85:78.15)	26 76.67 (60.41:92.93)	26 60.00 (41.17:78.83)	18 40.00 (17.37:62.63)	192 55.42 (48.39:62.45)											
8.- Abandonos de programa. Estándar 85%	%		82.36	71.8	74.4	96	67.37	86.82	91.26	61.98	79.00											
12.- Disponibilidad de material de inyección. Estándar 100%	%		0	0	0	0	0	0	25	0	3.13											
14.- Comunicación de datos. Estándar 100%	%		40.00	80.00	40.00	60.00	100.00	20.00	100.00	60.00	62.5											
17.- Estudio de opinión. Estándar 99%	%		0	0	0	0	0	0	66.67	0	8.33											
18.- Plan de actividades con la familia. Estándar 88%	n % IC95		28 25.00 (8.96:41.04)	30 73.33 (57.50:89.16)	29 79.31 (64.57:94.05)	27 66.66 (48.89:84.45)	23 47.82 (27.41:68.25)	30 63.33 (46.09:80.57)	30 50.00 (32.11:67.89)	29 20.69 (5.95:35.43)	26 53.54 (47.04:60.04)											
22.- Privacidad del Plan de Metadona. Estándar 99%	%		16.67	NA	33.33	100	0	NA	100	100	58.33											
25.- Demora de la primera visita. Estándar 80%	%		100	100	100	100	100	100	100	100	100.00											
26.- Historia clínica. Estándar 99%	n % IC95		30 53.33 (35.48:71.18)	29 51.72 (33.53:69.91)	30 3.33 (0.0:9.75)	30 50.00 (32.11:67.89)	30 41.67 (21.95:61.39)	28 26.67 (10.84:42.50)	28 28.57 (11.84:45.30)	28 25.00 (8.96:41.04)	235 34.93 (28.76:41.10)											
27.- Historia clínica única y compartida. Estándar 99%	%		100	100	100	100	0	100	50	0	68.75											
29A.- Protocolo diagnóstico - existencia. Estándar 99%	%		56.25	62.5	25	87.5	44.44	0	75	100	56.34											
29B.- Protocolo diagnóstico - aplicación. Estándar 100%	n % IC95		30 0.00	29 0.00	26 3.85 (0.00:11.25)	30 0.00	28 0.00	30 0.00	29 31.08 (14.24:47.92)	26 0.00	228 4.50 (1.77:7.23)											

Tabla 31. Cumplimiento objetivo de los indicadores evaluados. Estadísticos e IC 95%.

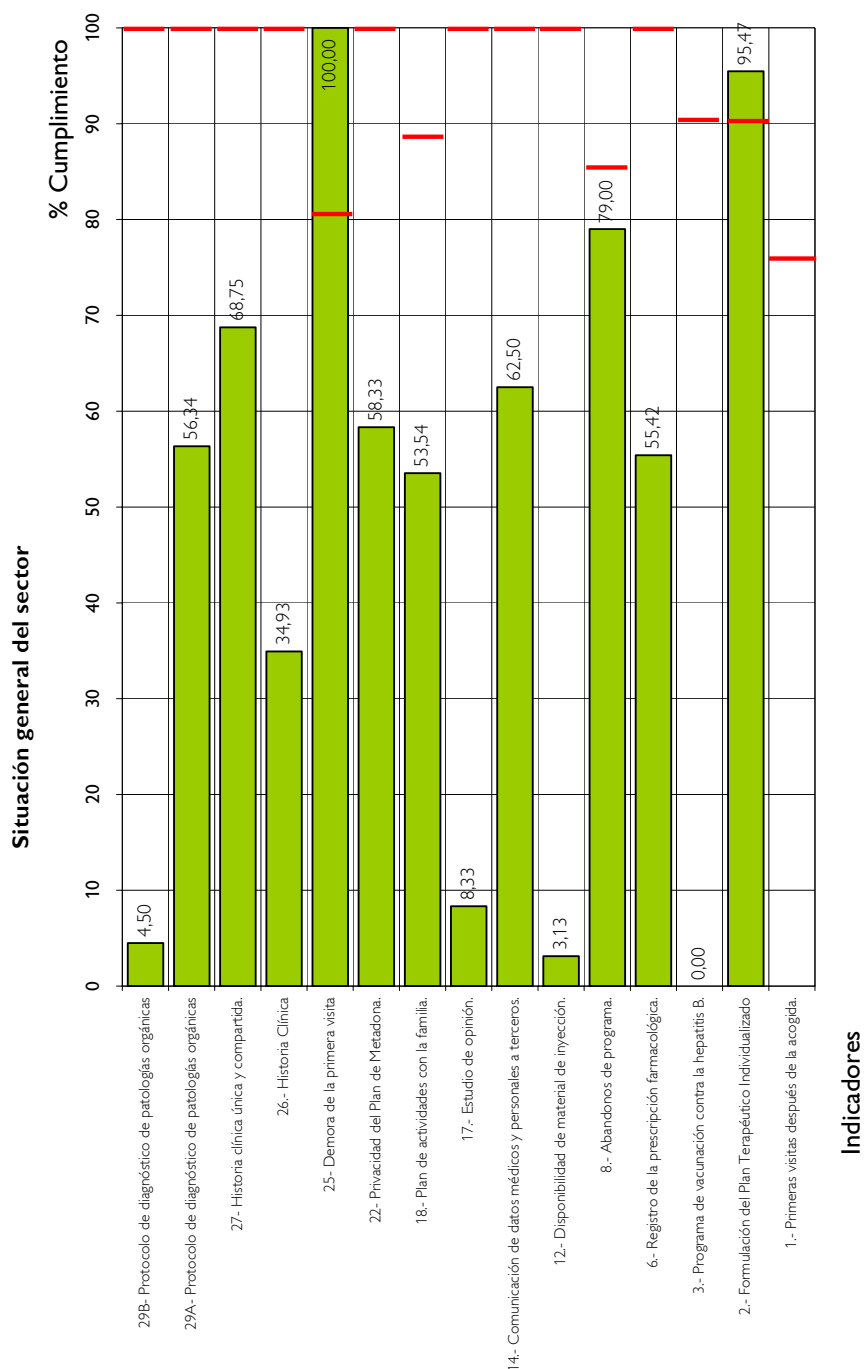


Gráfico 36. Indicadores evaluados. Situación del sector.

De los 14 indicadores, no se han podido contabilizar el indicador 1 de las “Primeras visitas de acogida” (al no disponer en ningún centro de sistemas de información que permita la cuantificación) y el indicador 3 “Programa de Vacunación contra la Hepatitis B” (no existe en ningún centro, pero se ha contabilizado la presencia de la serología de manera complementaria, generando el indicador 3A). Además se desdobló el

indicador 29 “Protocolo de diagnóstico de patologías orgánicas” en 29A (para evaluar la existencia y el contenido de la estrategia diagnóstica del centro) y el 29B (para evaluar su cumplimiento).

Los indicadores que presentan un cumplimiento por encima de lo que marca su estándar son:

- **Indicador 25.** El centro ha de poder iniciar el proceso diagnóstico y terapéutico en un periodo no superior a dos semanas. (100,0%).
- **Indicador 2.** Los pacientes han de disponer de un programa terapéutico individualizado en un plazo adecuado. (95,47%).

Los indicadores que presentan un cumplimiento por encima del 50% pero que no llegan al estándar son:

- **Indicador 8.** El centro procurará mantener la adhesión al tratamiento de los pacientes durante todo el proceso de atención. (79,0%)
- **Indicador 27.** La documentación clínica generada, durante el proceso por los diferentes profesionales, tiene que estar reunida y accesible a todos los miembros del equipo. (68,75%).
- **Indicador 14.** El centro asegurará la confidencialidad de los datos del paciente. (62,5%).
- **Indicador 22.** El centro estará dotado de un espacio que garantice la privacidad de la dispensación y administración de metadona (58,33%)...
- **Indicador 29A.** El centro dispondrá de un número mínimo de protocolos para la atención a los pacientes, con el fin de disminuir la variabilidad en la práctica clínica y conseguir un mejor aprovechamiento de los recursos existentes. (56,34%).
- **Indicador 6.** Los pacientes atendidos han de tener la prescripción farmacológica correctamente registrada. (55,42%).
- **Indicador 18.** El centro dispondrá de un plan de acción con las familias, que contemple contactos y seguimientos periódicos (con plazo máximo de seis meses entre cada actuación). (53,27%).

Los indicadores de menor cumplimiento, inferior al 50%, han sido:

- **Indicador 26.** Todos los pacientes atendidos tienen abierta una HC. (34,93%).
- **Indicador 17.** El centro conocerá el grado de satisfacción de los usuarios. (8,33%).
- **Indicador 29A.** El centro dispondrá de un número mínimo de protocolos para la atención a los pacientes, con el fin de disminuir la variabilidad en la práctica clínica y conseguir un mejor aprovechamiento de los recursos existentes. (4,50%).
- **Indicador 12.** El centro pone material de inyección (jeringas) a disposición de los usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP). (3,13%).

En el caso de los indicadores 2, 6, 26, 18 y 29B se pudo realizar una prueba de conformidad para establecer si las diferencias entre el porcentaje de cumplimiento y el estándar fijado para cada indicador fueron significativas. Se presentan en la TABLA 32. Puede observarse que, el indicador 2 es significativamente superior el cumplimiento observado al porcentaje fijado por el estándar (excepto en el caso del centro 6 que no lo cumple). En el caso del indicador 6, el centro 3 sería el único en el que no se observan diferencias significativas entre el cumplimiento observado y el estándar. Para el resto de los indicadores (6, 26 y 29B) los resultados son significativamente inferiores al estándar.

Indicador \ Centro	1	2	3	4	5	6	7	8	Sector
Ind. 2. Programa Terapéutico Estándar 90%	NS	NS	NS	NS	NS	*	NS	NS	*
Ind. 6. Prescripción farmacológica. Estándar 99%	**	**	**	**	**	**	**	**	**
Ind. 18. Plan familias. Estándar 88%	**	*	NS	**	**	**	**	**	**
Ind. 26. HC abierta. Estándar 99%	**	**	**	**	**	**	**	**	**
Ind. 29B. Protocolo diagnóstico. Estándar 100%	**	**	**	**	**	**	**	**	**

Tabla 32. Prueba de conformidad porcentaje de cumplimiento y estándar del indicador

Se realizó el diagrama de Pareto, que informó sobre los mayores porcentajes de incumplimiento de los estándares en el sector. Si todos los indicadores tuvieran la misma importancia, este resultado orientaría acerca

de los indicadores sobre los que habría que centrar las acciones correctoras con el fin de conseguir la mayor elevación del nivel de calidad.

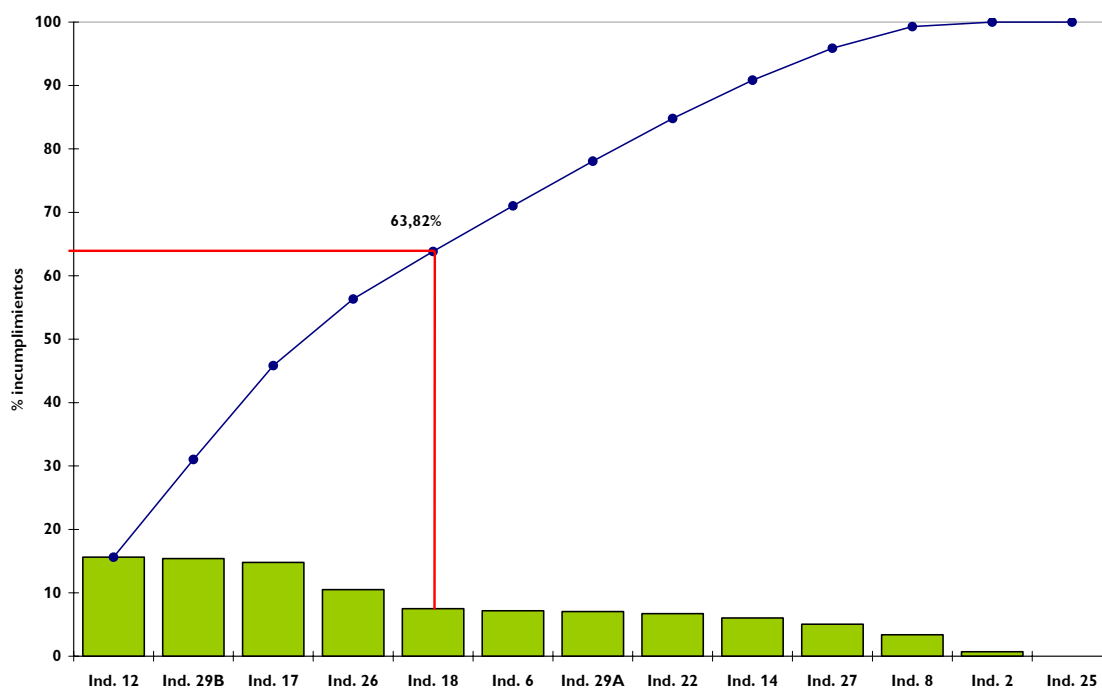


Gráfico 37. Indicadores evaluados. Diagrama de Pareto de incumplimientos.

Encontramos tres grupos diferenciados:

Indicadores que suponen el 63,82% de los incumplimientos de calidad.

- Indicador 12. Disponibilidad de material de inyección. (15,63%).
- Indicador 29B. Protocolo de diagnóstico de patologías orgánicas. (15,40%).
- Indicador 17. Estudio de opinión. (14,79%).
- Indicador 26. Historia clínica. (10,49%).
- Indicador 18. Plan de actividades con la familia. (7,49%).

Indicadores que suponen el 32,05% de los incumplimientos de calidad.

- Indicador 6. Registro de la prescripción farmacológica. (7,19%).

- Indicador 29A. Protocolo de diagnóstico de patologías orgánicas. (7,04%).
- Indicador 22. Privacidad del Plan de Metadona. (6,72%).
- Indicador 14. Comunicación de datos médicos y personales a terceros. (6,05%).
- Indicador 27. Historia clínica única y compartida. (5,04%).

Indicadores que suponen el 4,11% de los incumplimientos de calidad.

- Indicador 8. Abandonos de programa. (3,38%).
- Indicador 2. Formulación del Plan Terapéutico Individualizado. (0,73%).
- Indicador 25. Demora de la primera visita. (0,00%).

3.2.2.- SITUACIÓN POR CENTROS

Situación global de los centros

A continuación se presenta la proporción de cumplimiento del estándar de los 8 centros y la obtención de una media del sector respecto a los indicadores evaluados. Los indicadores 1 y 3, al no ser evaluados no influyeron en la obtención de la media final.

Desde el punto de vista de cada centro, hay que destacar que tres centros quedan por encima del porcentaje medio de cumplimiento de los estándares (52,33%), y cuatro centros quedarían por encima del 50%.

Se observa que el mayor cumplimiento de los indicadores seleccionados se da en los centros 2, 4 y 7. En principio no se pueden establecer elementos comunes que permitan extraer conclusiones, ya que entre estos centros existen diferencias de ámbito (rural/urbano), de servicio asistencial (con/sin PMM), titularidad del centro (público/privado concertado) y carga asistencial (>20%-<4% de la asistencia de la Comunidad Autónoma).

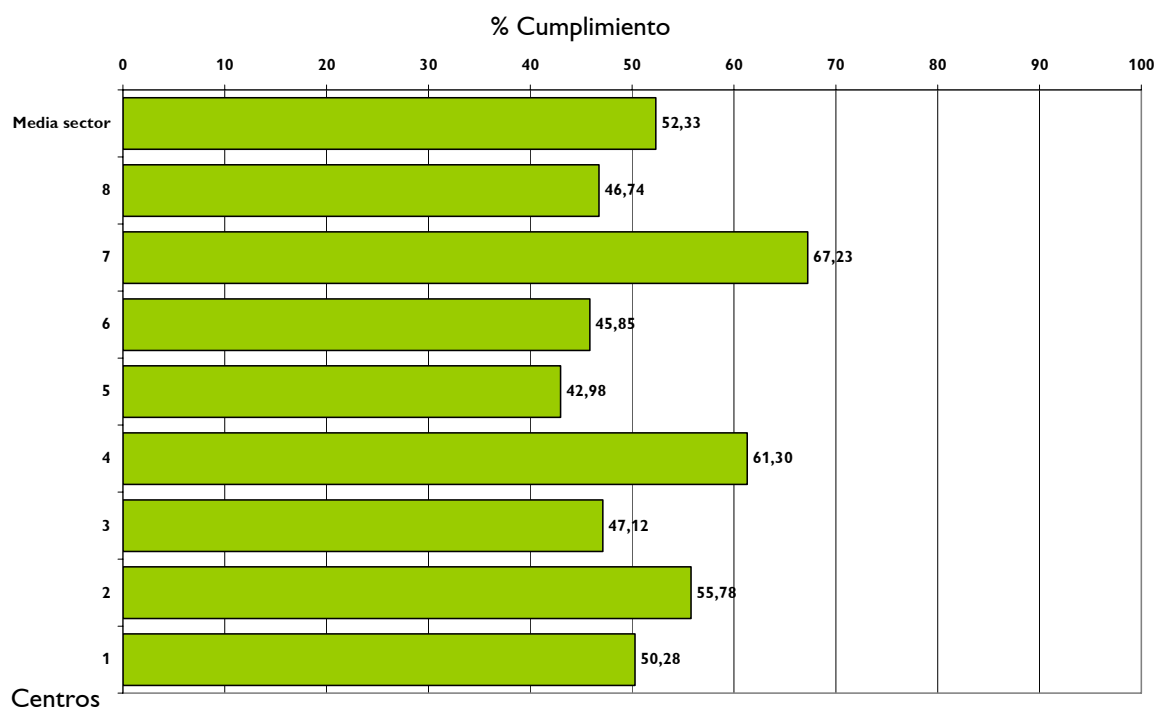


Gráfico 38. Indicadores evaluados. Cumplimiento general por centros.

Situación de los centros por indicadores

Indicador 1.- Primeras vistas después de la acogida.

En los centros evaluados no se lleva registro de las solicitudes de información que realizan los pacientes de manera personal (solo en un centro, pero no informatizado). A esto hay que añadir que en la mayoría de los casos la primera visita terapéutica es inmediata tras la visita de acogida. La falta de los datos hizo imposible valorar el tiempo transcurrido entre la realización de la demanda y la fecha de realización de la primera visita y la elaboración del indicador.

Indicador 2.- Formulación del Plan Terapéutico Individualizado



Gráfico 39. Indicador 2. Cumplimiento por centros.

El porcentaje de centros que cumplen el estándar establecido es del 87,5%. El Plan Terapéutico Básico se cuantificó mediante la presencia en la HC de una planificación terapéutica mínima desde la tercera visita y de acuerdo con el diagnóstico (**Plan Terapéutico Básico**). Por lo tanto, el indicador tiene un cumplimiento bastante amplio en los 8 centros (95,47%) y en ningún caso se ha obtenido un resultado por debajo del 75%.

Indicador 3.- Programa de vacunación contra la hepatitis B

El indicador revisa el grado de cumplimiento de la vacunación completa contra la hepatitis B de la población drogodependiente de sustancias ilegales que atiende cada centro. Se incluye en el indicador la vacunación a los usuarios de drogas ilegales susceptibles de infección (serología negativa de hepatitis B).

En Aragón ningún centro dispone de programa de vacunación contra la Hepatitis B.

Se ha considerado de manera complementaria la presencia del *screening* diagnóstico específico de la Hepatitis B, que se eleva hasta el 41,76% en los casos evaluados. Se le denominó indicador 3A.

% Cumplimiento

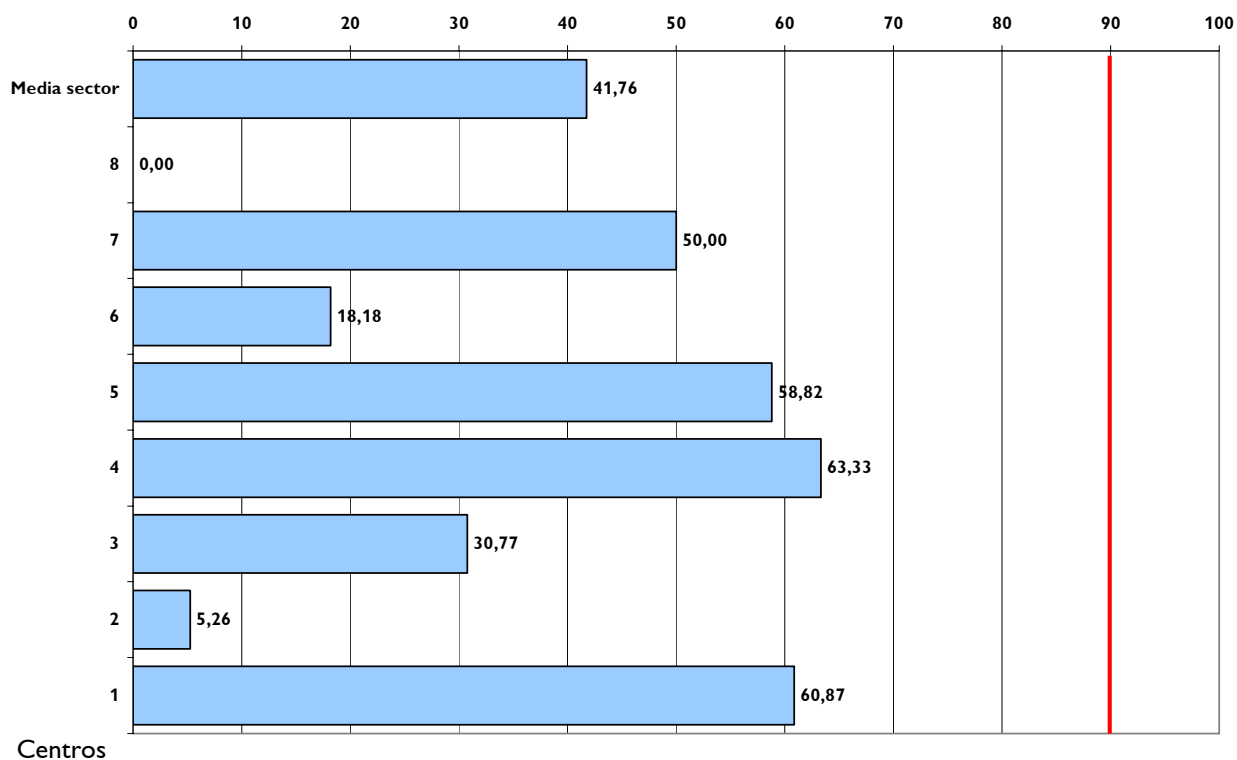


Gráfico 40. Indicador 3A. Serologías informativas.

Indicador 6.- Registro de la prescripción farmacológica

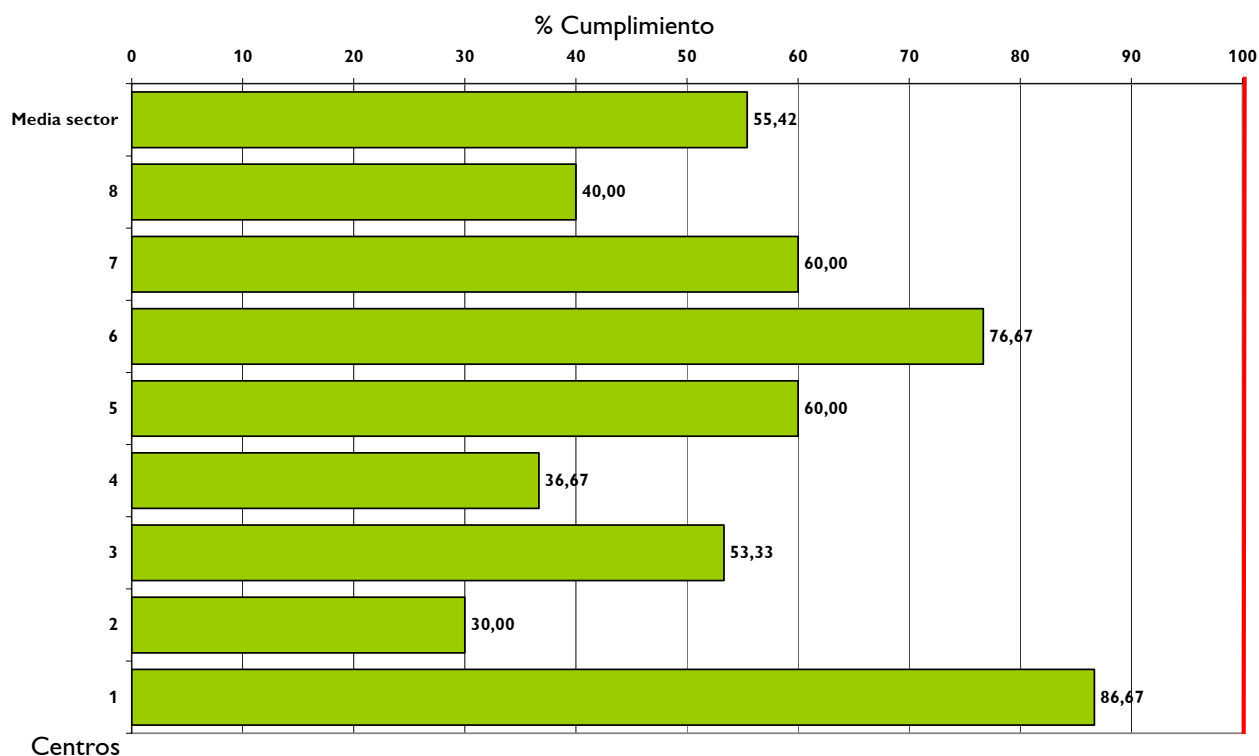


Gráfico 41. Indicador 6. Cumplimiento por centros.

La media de cumplimiento de este indicador en el sector es del 55,42%. Analizando los resultados de los centros, se puede observar que ninguno de ellos llegó a cumplir el estándar. Dos centros quedarían por encima del 75% del cumplimiento, cuatro por encima del 50% y tres por debajo. En este caso, los mayores incumplimientos han debido a la falta de registro de la frecuencia en la administración de la medicación y en menor medida a la falta de registro de la dosis.

De manera complementaria, y sin influir en el cumplimiento del indicador, se midieron otros aspectos relacionados. La vía de administración consta en el 0,46% de las HC. La constancia de efectos adversos se ha registrado en el 6,89% de los casos y solo el 27,21% de las prescripciones se realiza en una hoja de prescripción.

Indicador 8.- Abandonos de programa



Gráfico 42. Indicador 8. Cumplimiento por centros.

El aspecto que se evalúa es el grado de fidelización de los pacientes al seguimiento del programa y considera que, como máximo, se puede tener un 15% de abandonos en los diferentes programas. Para valorar este indicador se ha tenido el cuestionario anual que lo centros presentan al Plan Nacional sobre Drogas a través del Departamento de Salud del Gobierno de Aragón.

La media de cumplimiento de este indicador en el sector (79,0%) se sitúa ligeramente por debajo del estándar establecido (85%). Analizando los resultados de los centros, se puede observar que en todos los casos se ha obtenido un resultado por encima del 50%; en tres centros se obtuvo una puntuación por encima del estándar y seis centros no llegaron al estándar. La tasa de abandonos está en el 21% de los pacientes.

Indicador 12.- Disponibilidad de material de inyección

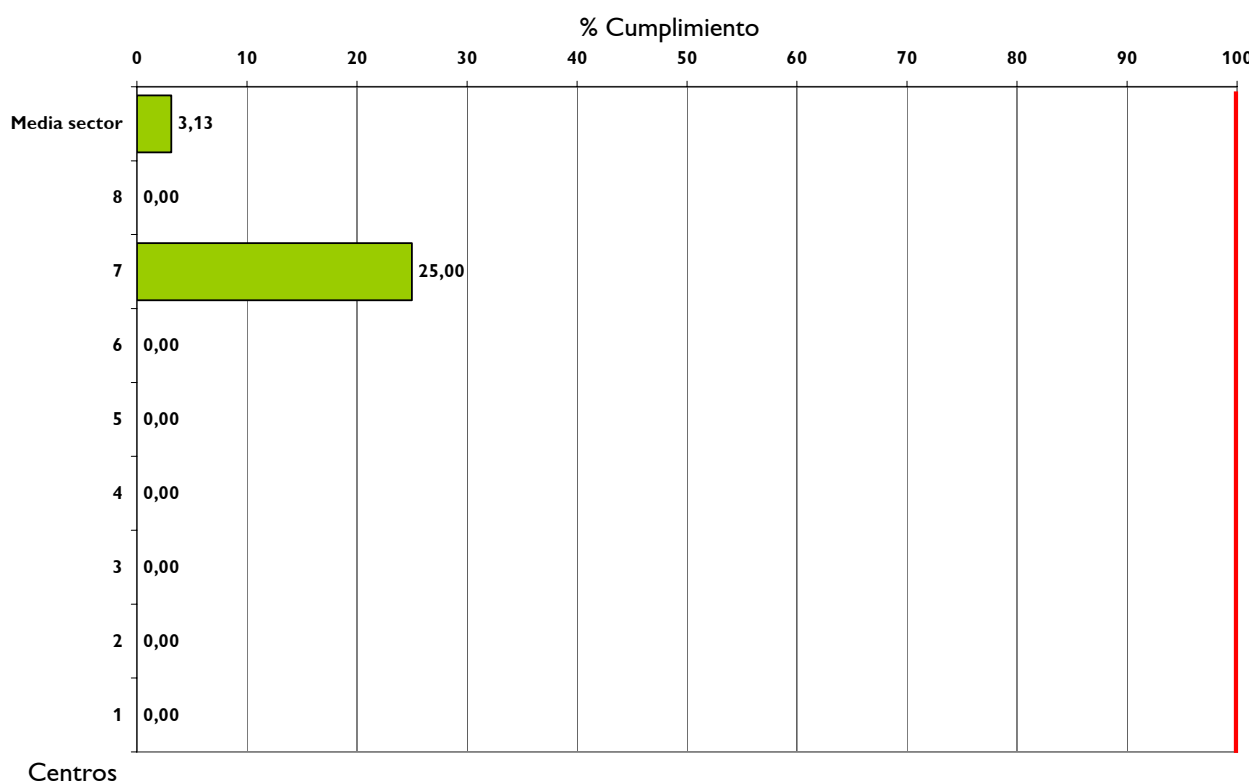
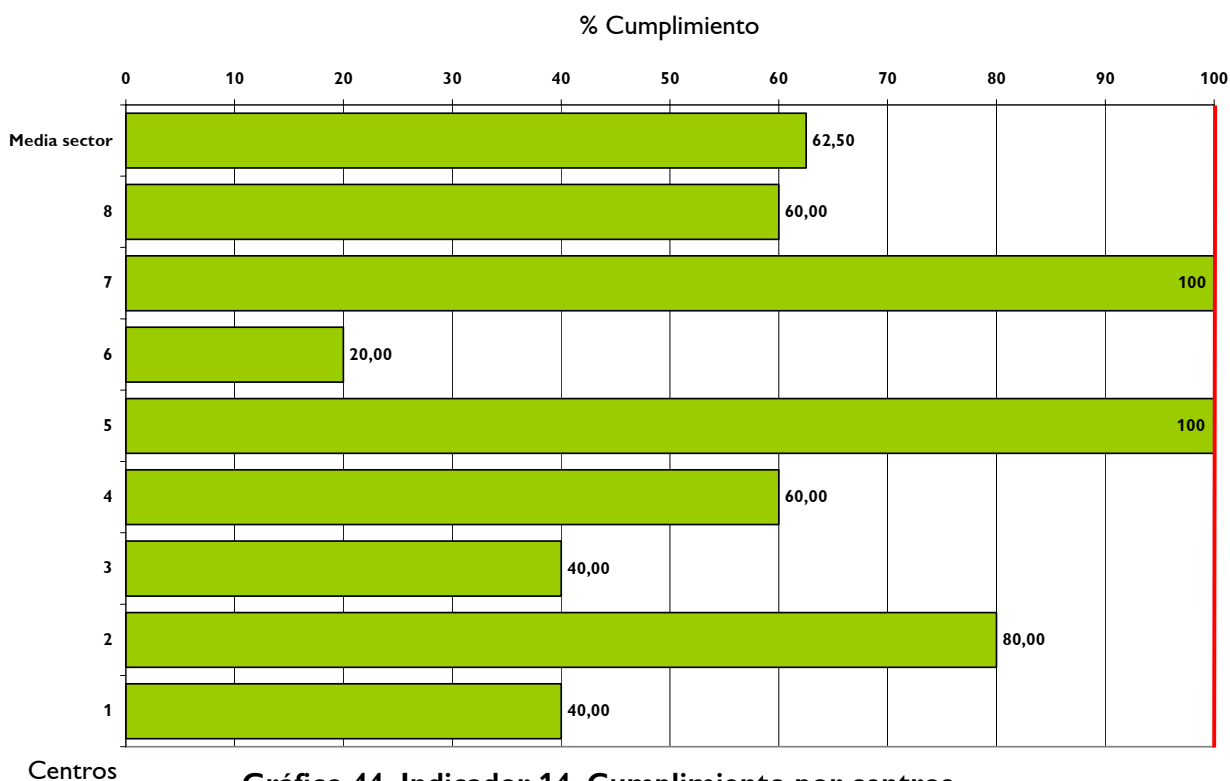


Gráfico 43. Indicador 12. Cumplimiento por centros.

El indicador evalúa la disponibilidad de material de inyección en el centro para los UDVP con el objetivo de disminuir el riesgo de contagio de enfermedades transmisibles. La media de cumplimiento en el sector (3,13%) se sitúa muy por debajo del estándar establecido (99,9%). Analizando los resultados de los centros observamos que 7 de ellos tienen un cumplimiento del 0% y un centro el 25% (solo dispensa el material si es requerido por el paciente). El principal motivo de no cumplimiento de este indicador es debido a que la opinión mayoritaria en la fase de consenso fue “No Aplicable” (48’9%).

Indicador 14.- Comunicación de datos médicos y personales a terceros**Gráfico 44. Indicador 14. Cumplimiento por centros.**

La media de cumplimiento de este indicador en el sector (62,5%) se sitúa por debajo del estándar establecido. Analizando los resultados de los centros, se puede observar que 2 centros han obtenido un resultado del 100% y cumplen el estándar, tres centros se sitúan por encima del 50% y 3 centros por debajo.

El principal motivo de no cumplimiento de este indicador es la falta de especificación de la validez de los canales de transmisión (12,5%) y la falta de revisión del protocolo cada 2 años (25%). Sólo cinco centros tienen un protocolo escrito al respecto, pero en el 100% la referencia a la confidencialidad y la transmisión de datos se encuentra incluida en el contrato terapéutico y existen políticas de confidencialidad de los datos.

Indicador 17.- Estudio de opinión

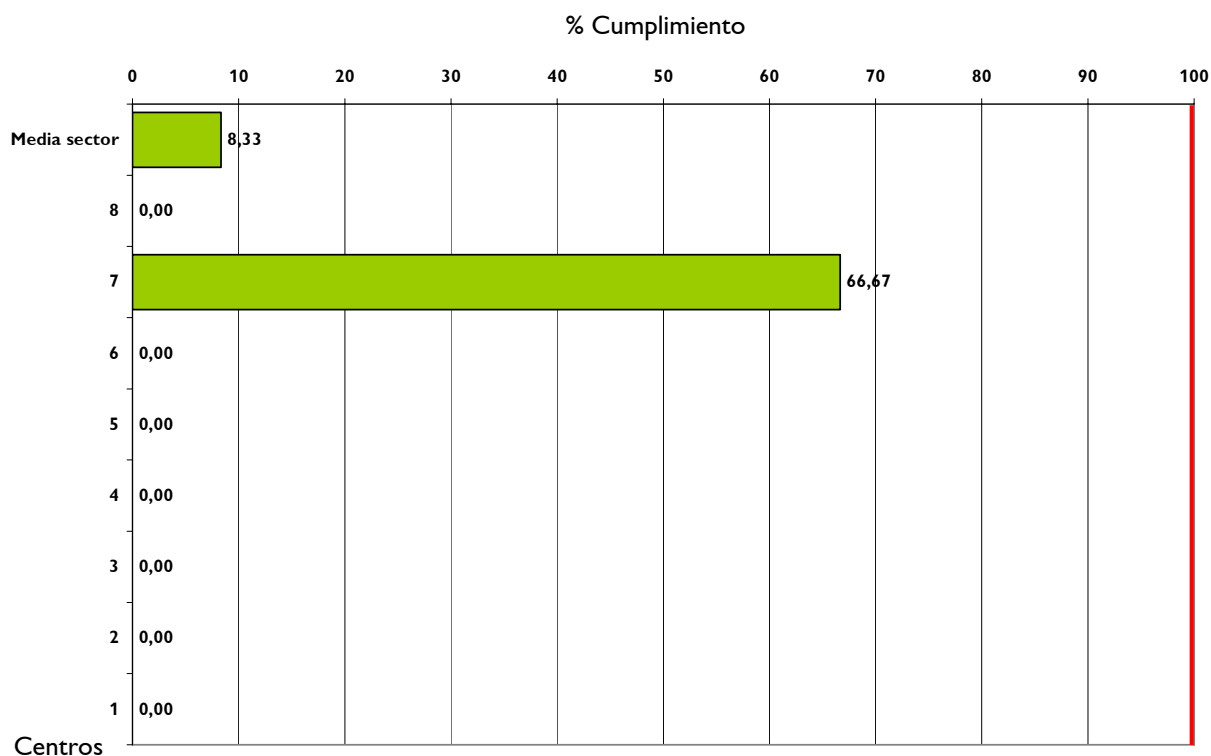
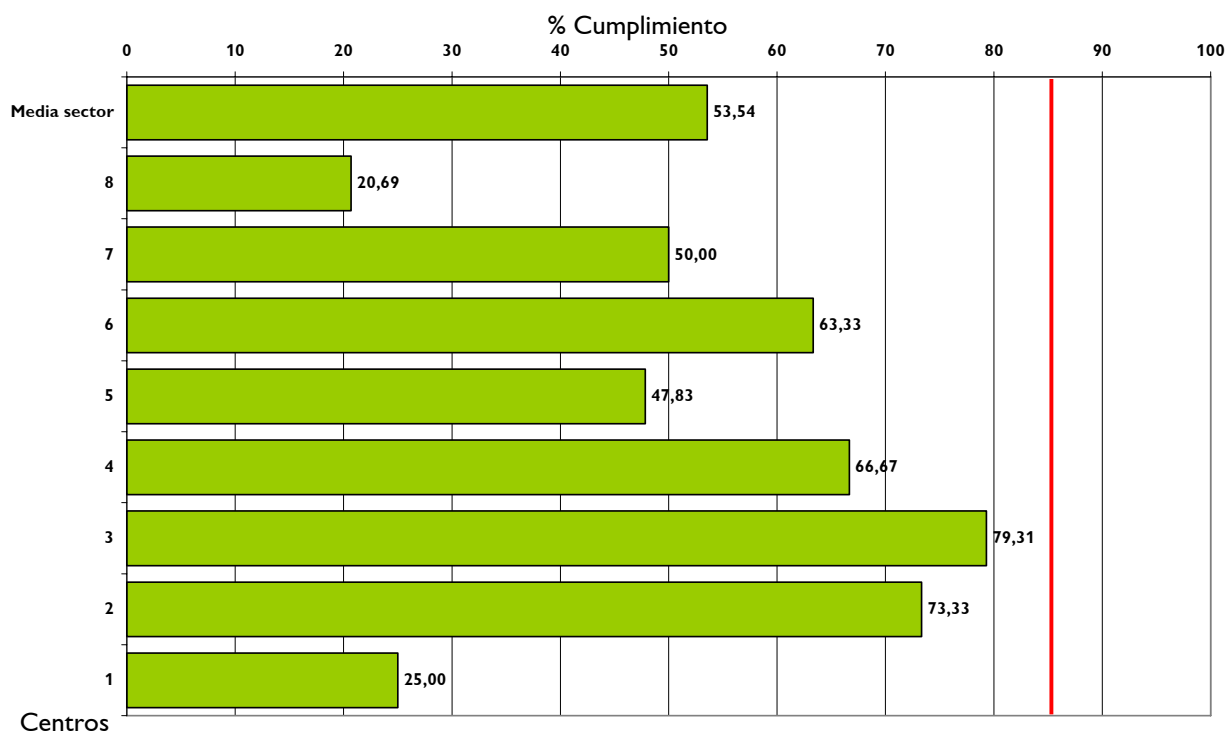


Gráfico 45. Indicador 17. Cumplimiento por centros.

La media de cumplimiento de este indicador en el sector (8,33%) se sitúa sensiblemente por debajo del estándar establecido. Analizando los resultados de los centros, se puede observar que en 7 centros se ha obtenido un resultado del 0%, y en 1 centro se obtuvo una puntuación del 66,67%. El principal motivo de no cumplimiento de este indicador ha sido la no realización del estudio (o de su diseño). El único centro que ha realizado estudio de satisfacción no evaluó el grado de conocimiento por parte de los usuarios de sus "derechos y deberes" ni incluyó la valoración de los aspectos más positivos y negativos de la atención en el centro.

Indicador 18.- Plan de actividades con las familias**Gráfico 46. Indicador 18. Cumplimiento por centros.**

La media de cumplimiento de este indicador en el sector (53,54%) se sitúa por debajo del estándar establecido. Analizando los resultados de los centros, se puede observar que en 5 centros se ha obtenido un resultado por encima del 50%. Ningún centro cumple con el estándar.

A título informativo se ha investigado la aplicación de Planes estructurados para familias, que asciende al 4,02%. Un porcentaje tan bajo puede ser debido a que se aplican en casos de pacientes menores de edad y sólo se registran las intervenciones puntuales de información o seguimiento. Hay que destacar la dificultad en la evaluación de este indicador, dado que no todos los centros hacen constar el apoyo familiar y las intervenciones realizadas en la HC.

Indicador 22.- Privacidad del Plan de Metadona

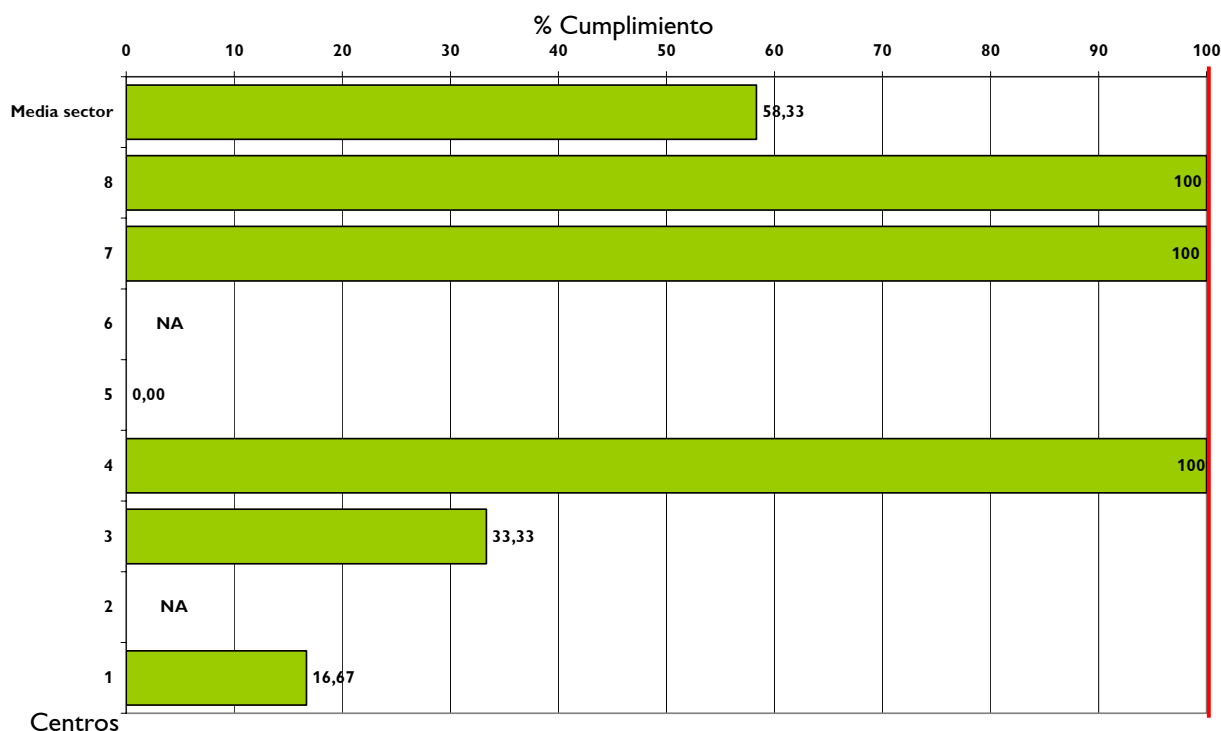
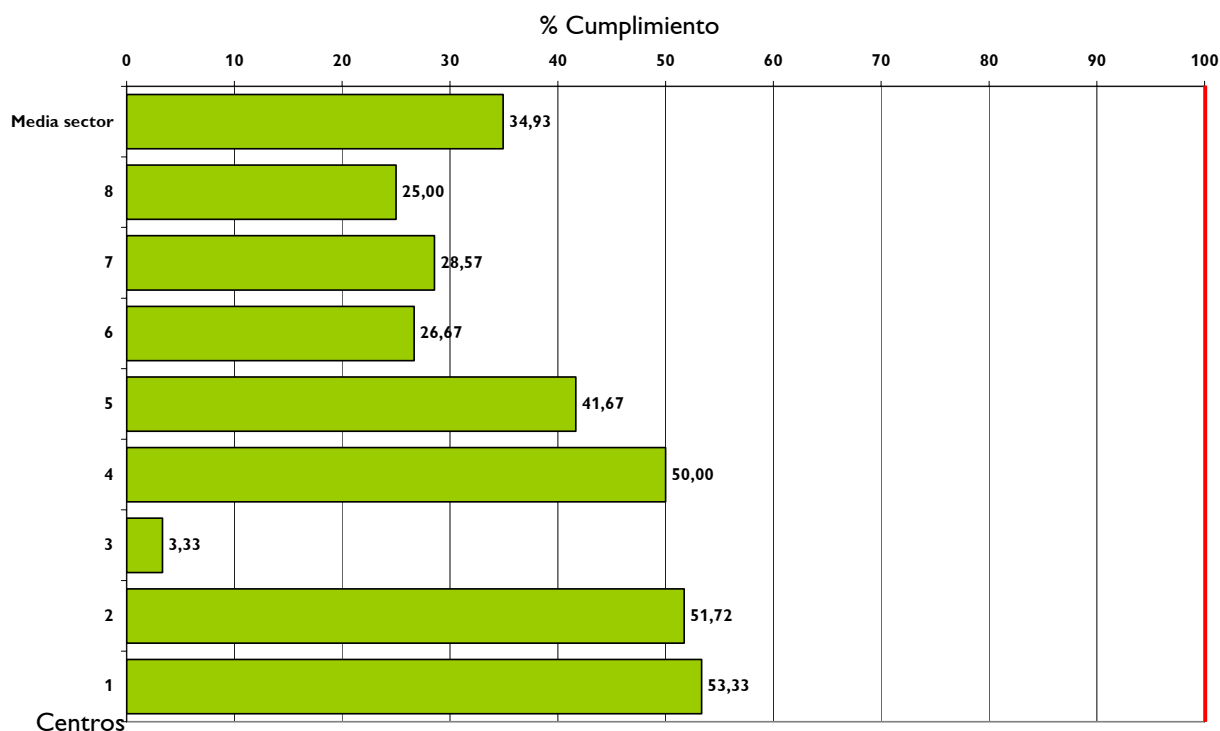


Gráfico 47. Indicador 22. Cumplimiento por centros.

La media de cumplimiento de este indicador en el sector (58,3%) se sitúa por debajo del estándar establecido. Analizando los resultados de los centros, se puede observar que en 1 centro se ha obtenido un resultado del 0%; en 3 centros se obtuvo una puntuación del 100%, (coincidiendo con el estándar), en 2 centros un porcentaje inferior al 50% y en 2 centros no se ha evaluado el indicador por no disponer de PMM. El principal motivo de no cumplimiento de este indicador ha sido la no existencia de un espacio independiente que permitiera la privacidad en la dispensación de metadona.

Indicador 25.- Demora de la primera visita**Gráfico 48. Indicador 25. Cumplimiento por centros.**

La media de cumplimiento de este indicador en el sector (100%) se sitúa por encima del estándar establecido. En todos los centros dan visita programada de manera inmediata o entre 3 y 7 días tras la visita de acogida. Hay que destacar la dificultad en la evaluación específica de este indicador ante la falta de sistemas de registro, pero la realidad autonómica es la no existencia de listas de espera.

Indicador 26.- Historia clínica.**Gráfico 49. Indicador 26. Cumplimiento por centros.**

La media de cumplimiento de este indicador en el sector (33,93%) se sitúa por debajo del estándar establecido. Existen 3 centros que han obtenido un resultado por encima del 50% y 5 por debajo. Ningún centro cumple con el estándar.

Los principales motivos de no cumplimiento de este indicador han sido la falta de registro en la historia clínica de los antecedentes orgánicos y psicopatológicos. Haciendo el análisis de todas las historias clínicas en su conjunto, se observa que el grado de cumplimiento de los datos de filiación ha sido un 96,9%, los antecedentes orgánicos un 67,9%, los antecedentes familiares un 86,3%, los tóxicos un 92,8%, los psicopatológicos un 70,56%, la patología motivo de consulta (con todos los parámetros completos) el 92,5%, los consumos concomitantes el 92,58%, los tratamientos anteriores 86,52%, la orientación diagnóstica el 92,8%, la constancia de exploraciones complementarias el 81,67%, la valoración psicosocial el 82,28% y el plan terapéutico completo en un 84,88%.

Hay que destacar que se ha estudiado la informatización de la HC en el sector (37,6%) de manera complementaria: hay 3 centros con 0%, 2 con el 100% y el resto varía en función de la fecha de implantación o el tipo de tratamiento. También se evaluó el orden de la Historia (67,96%) y su claridad y facilidad de acceso (72,12%). Llama la atención la diversidad de modelos de HC (todos diferentes) y en algunos casos la falta de modelos normalizados.

Indicador 27.- Historia clínica única y compartida

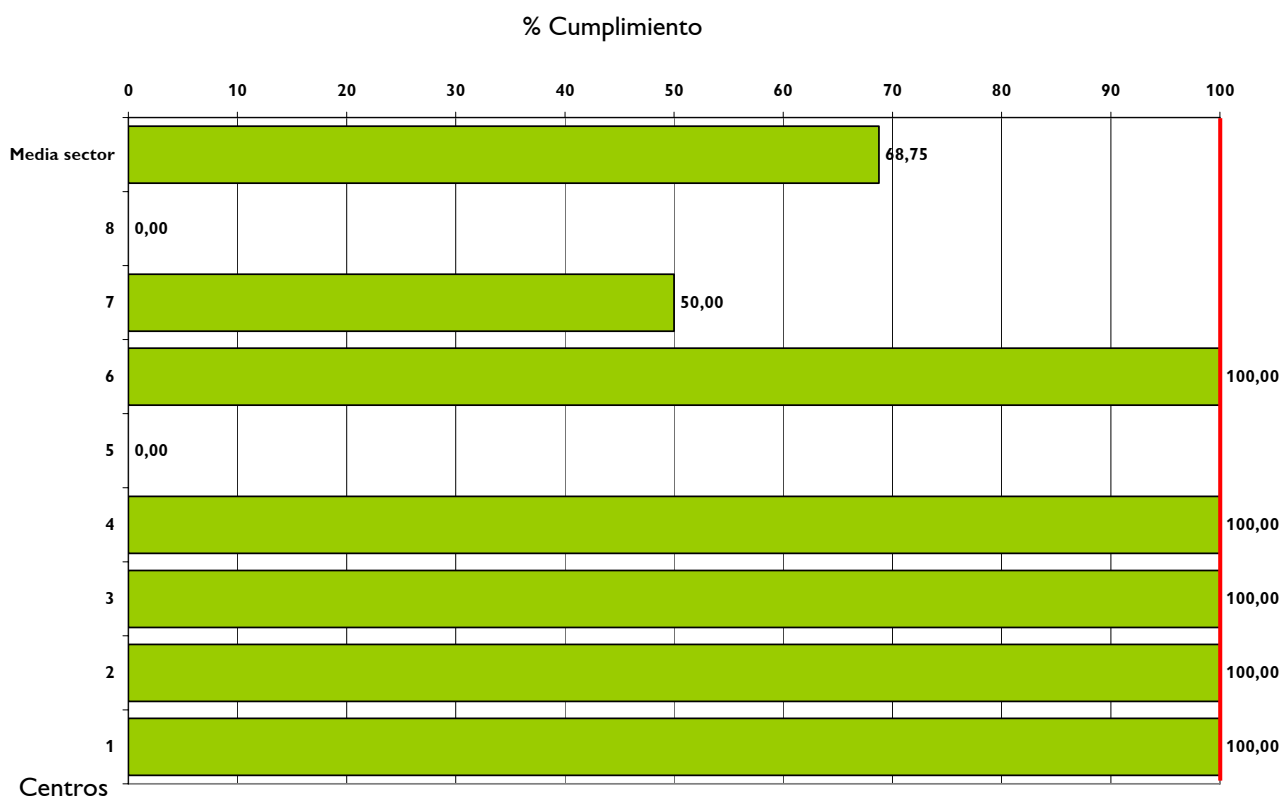


Gráfico 50. Indicador 27. Cumplimiento por centros.

La media de cumplimiento de este indicador en el sector (68,75%) se sitúa por debajo del estándar establecido. Analizando los resultados de los centros, se puede observar que en 2 centros se ha obtenido un resultado del 0%; en 5 centros se obtuvo una puntuación del 100% (cumpliendo el estándar) y 1 centro que se sitúa al 50% por encontrarse en proceso de cambio.

El principal motivo de no cumplimiento de este indicador es la existencia de historias separadas por los diferentes profesionales. En estos casos se hace necesaria una comunicación más intensa entre los miembros del equipo, en algún centro se hace una puesta en común diaria en la que se tratan los aspectos de los pacientes que se tratan en la jornada. Otra razón es la separación de la historia del médico.

Indicador 29- Protocolo de diagnóstico de patologías orgánicas

La valoración del indicador se ha realizado de manera doble: presencia del protocolo y de las especificaciones del indicador (29A) y la constancia de la aplicación de las especificaciones del indicador en la HC (29B).

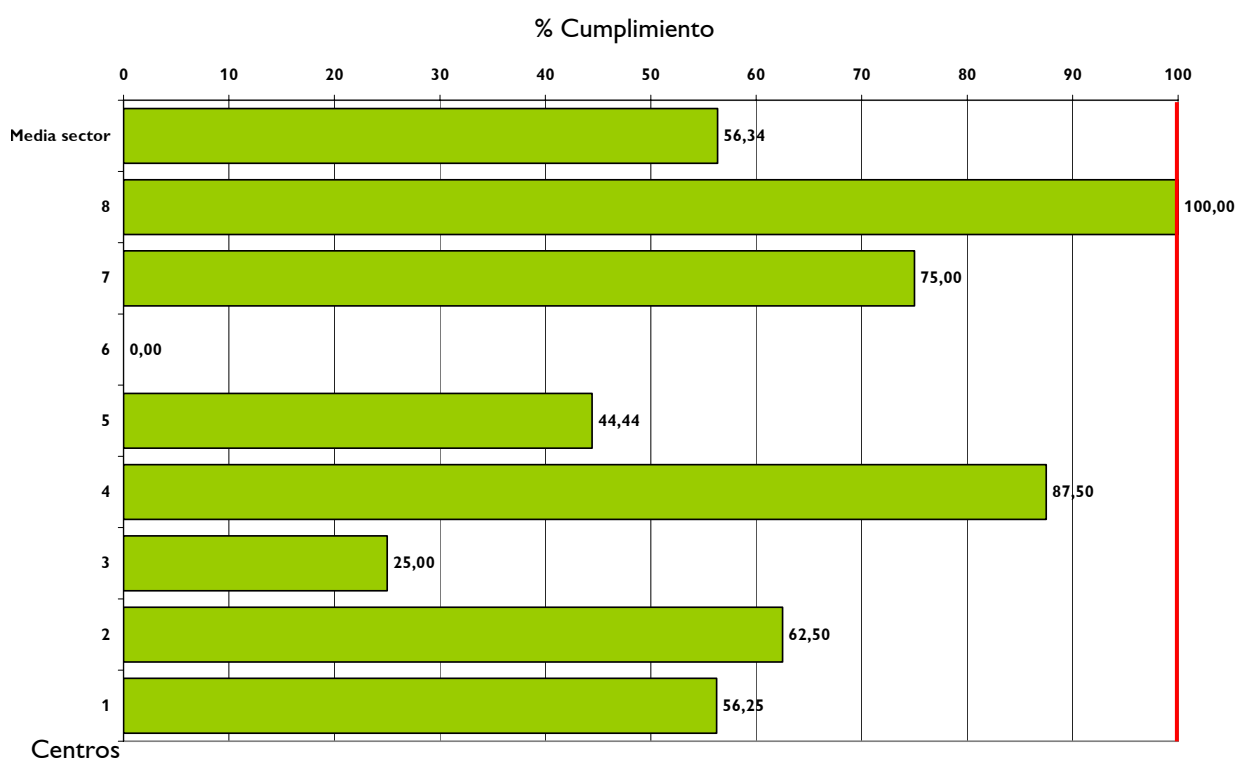


Gráfico 51. Indicador 29A. Cumplimiento por centros.

La media de cumplimiento de la presencia del protocolo (29A) en el sector (56,34%) se sitúa por debajo del estándar establecido. Analizando los resultados de los centros, se puede observar que en 1 centro se ha obtenido un resultado del 0%; en 1 centro se obtuvo una puntuación del 100% (cumple con el estándar); en 4 centros se obtuvo un porcentaje superior al 50% y 2 centros por debajo. Se ha considerado cumplimiento la constancia

escrita, tanto en documentos normalizados como en un único protocolo o memoria, de las especificaciones del indicador.

El principal motivo de no cumplimiento de este indicador ha sido la no disponibilidad de un protocolo o bien que estaba incompleto. Es habitual que no se contemplen el test de embarazo, el control ginecológico semestral en VIH+, ni exista una periodicidad clara de la aplicación del protocolo.

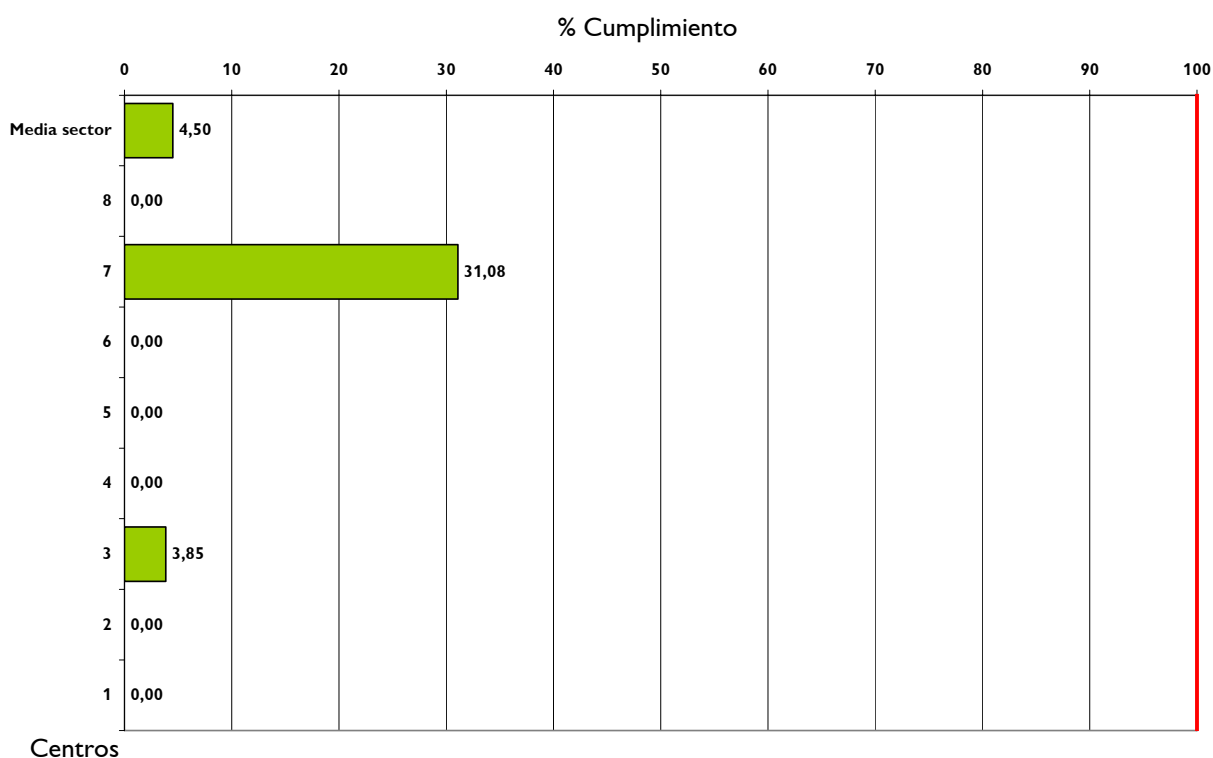


Gráfico 52. Indicador 29B. Cumplimiento por centros.

Con respecto a la aplicación de las especificaciones del protocolo en la Historia Clínica, la media de cumplimiento indicador (29B) en el sector (4,50%) se sitúa por debajo del estándar establecido. Analizando los resultados de los centros, se puede observar que en 6 centros se ha obtenido un resultado del 0% en la aplicación del indicador.

No existe un motivo principal claro que explique el incumplimiento de este indicador en todo el sector (aunque si se estudian los centros por separado es más evidente). También influye la dificultad de coordinación con AP en estos pacientes, ya que desde los CAD no se pueden encargar muchas de estas pruebas y es necesario derivar a AP. De los diferentes

elementos de medida, hay algunos que se aplican por encima del 50% de los casos, como la constancia de las derivaciones por patología orgánica (80,68%), la constancia en la Historia Clínica de la aplicación del protocolo (65,66%) y las pruebas biológicas (53,92%). Los que se aplican en menos del 50% son el *screening* de enfermedades infecciosas (46,75%), las indicaciones de vacunación (32,0%) y el test de embarazo (20,38%). En ningún caso se realiza un seguimiento del control ginecológico semestral (0%).

3.2.3.- COMPARACIÓN DE LA CALIDAD PERCIBIDA Y EL NIVEL DE CALIDAD OBJETIVA

Como se puede observar en la tabla 33, la percepción del cumplimiento por parte del profesional del centro asistencial no siempre puede ser un criterio definitivo de presencia/ausencia de calidad.

En cuatro ocasiones (indicadores 1, 2, 26 y 27) los profesionales afirmaron que “Casi siempre” cumplían con las especificaciones del indicador, pero en la evaluación los resultados fueron muy bajos en tres indicadores y el indicador 1 ni se pudo evaluar por falta de registro.

En cambio, en otros indicadores (3, 8, 14 y 25) si que existe coincidencia entre las opiniones y los resultados de la evaluación.

Indicadores seleccionados	Cumplimiento percibido		Cumpl. objetivo
	Con PMM	Sin PMM	Evaluación
1.- Visita Programada	Casi siempre	Casi siempre	No evaluado
2.- Plan Terapéutico	Casi siempre	Casi siempre	95,47
3.- Prog. Vacunación HB	Casi nunca	A veces	No evaluado
6.- Registro prescripción	Casi siempre	Casi siempre	55,42
8.- Abandonos	Casi siempre	A veces	79
12.- Material de inyección	Casi nunca	A veces	3,13
14.- Comunicación de datos médicos	A veces	A veces	62,5
17.- Encuestas de satisfacción	Casi nunca	Nunca	8,33
18.- Plan de activ. con las familias	Casi siempre	Nunca	53,27
22.- Privacidad PMM	A veces	Casi siempre	58,33
25.- Demora inicio	Casi siempre	Casi siempre	100
26.- Historia clínica	Casi siempre	Casi siempre	34,93
27.- Historia clínica única y compartida	Casi siempre	Casi siempre	68,75
29. A- Protocolo patológico	A veces	Casi siempre	56,34
29. B- Protocolo patológico	A veces	Casi siempre	4,5

Tabla 33. Diferencias entre cumplimiento percibido y objetivo

DISCUSIÓN

Hallazgos y ventajas

Nuestro trabajo se ha realizado siguiendo la metodología del sistema de indicadores desarrollados por el IAD-UAB y supone la primera experiencia de calidad asistencial con indicadores en el sector de las drogodependencias en Aragón a nivel autonómico. Ha combinado el análisis de la legislación autonómica, la priorización de los profesionales en función de su importancia y factibilidad, su percepción de la calidad y la evaluación externa de indicadores.

Desde el punto de vista metodológico, el proceso de benchmarking y el uso de indicadores elaborados y validados por otros son un importante beneficio (149, 150). Junto a Ferlie E.B. y Shortell S.M (151), pensamos que puede ofrecer un marco sólido de desarrollo de la calidad en nuestro ámbito a través del consenso de los expertos que garantizan el beneficio de los indicadores seleccionados (152, 153). Sin embargo, los indicadores utilizados en la experiencia catalana no se han transferido directamente. Se ha llevado un proceso de acuerdo que puso de manifiesto las diferencias y adaptaciones necesarias para su uso (154, 155).

Hemos usado la auditoría externa, como método de revisión debido a su compatibilidad con los modelos de calidad más extendidos (65). Obtiene la información que permite comparar una situación con unos criterios, establecer los motivos que diferencian con lo deseable, sugerir cambios y comprobar su eficacia tras la implantación (156-158). Puede realizarse en departamentos médicos, enfermería y cuidados, laboratorios, servicios de diagnóstico, administración y gestión, etc. La revisión de indicadores por auditoría externa, aunque surgió en contextos específicos y fue diseñada con objetivos concretos, se ha extendido por su aplicabilidad a otras necesidades: mejora de la eficiencia económica de las organizaciones, método de priorización de áreas de calidad defectuosa, herramienta planificadora de acciones de mejora...

En relación a los objetivos planteados, para conocer las prioridades de los actores de la calidad en el sector de las drogodependencias en Aragón, se realizaron investigaciones sobre la presencia de los indicadores en la normativa autonómica y la valoración de su aplicabilidad e idoneidad entre los profesionales implicados.

En el estudio de la normativa o la legislación vigente en la Comunidad Autónoma de Aragón, se obtiene que el 85% (30 de 35) de los criterios de los indicadores elaborados por el IAD-UAB están presentes en los textos específicos revisados (Tabla 20), algunos en más de tres ocasiones. Un aspecto positivo del estudio ha sido que, la implicación de los diferentes profesionales asistenciales (de centros con PMM, sin PMM, gestores del SAS) y expertos en planes de calidad, ha permitido la selección de los indicadores de un modo equitativo, integrado y participativo.

Con respecto a la aplicabilidad, los resultados muestran que existe consenso en la aplicabilidad del 62,85% de los indicadores (Tabla 23). Esto pone de manifiesto las diferencias de criterio de los profesionales (incluidas las incoherencias en algunos casos) y las diferencias que existen entre las carteras de servicios ofrecidos por los centros. Las mayores diferencias se dan en los indicadores:

- 3.- Programa de Vacunación HB,
- 7.- Seguimiento PMM,
- 8.- Abandonos,
- 9.- Ausencias del PMM,
- 12.- Material de inyección,
- 13.- Programas de contacto con drogodependientes,
- 22.- Privacidad PMM
- 25.- Demora inicio.

La naturaleza de algunos de estos indicadores exige una revisión para establecer criterios “comunes” de calidad entre todos los grupos de interés de los centros de adicciones que luego pueden concretarse en indicadores “específicos” en centros que dispongan exclusivamente programas libres de drogas y centros con planes de mantenimiento con metadona.

Indicador	cPMM	sPMM	Gestores SAS
3.- Prog. Vacunación HB	30,8	78,1	100
4.- Consejo VIH	76,9	71,9	100
5.- Catalogo servicios	82,1	100	100
7.- Seguimiento PMM	97,4	34,4	100
8.- Abandonos	100	71,9	100
9.- Ausencias del PMM	97,4	40,6	100
10.- Actividades de Prevención	74,4	84,4	100
12.- Material de inyección	30,8	40,6	100
13.- Progr. de contacto con drogodependientes	51,3	75	100
22.- Privacidad PMM	89,7	40,6	100
23.- Disponibilidad de folleto informativo	84,6	100	100
25.- Demora inicio	97,4	59,4	100
31.- Atención a mujeres embarazadas	84,6	71,9	100

Tabla 34. Aplicabilidad. Indicadores no consensuados.

Con respecto a la idoneidad también se observa que, tras la aplicación de métodos sistemáticos de priorización, en el 80% de los indicadores valorados existe acuerdo en los profesionales asistenciales. Los resultados también ponen de manifiesto las diferencias de opinión en la prioridad del resto de los indicadores. En este sentido, algunos autores consideran que la opinión de los profesionales no siempre puede ser considerada como criterio de calidad (67), debido a que su implicación directa en la evaluación de la atención prestada dificulta la objetividad. En nuestro estudio, se puede observar que en los indicadores 3, 8, 12 y 17 no existió consenso en Aragón en ese momento, y en cambio son de amplio consenso y uso a nivel internacional. Por este motivo, aunque en los tres primeros no existe tampoco un consenso acerca de su aplicabilidad, fueron añadidos al subset de indicadores para la evaluación del nivel de calidad basal. Aunque se desconocen las causas que llevan a la falta de unidad en la priorización, diversos autores apuntan a que suelen estar relacionadas con la falta de conocimiento en calidad y problemas con procedimientos no basados en la evidencia científica y erróneamente usados de forma cotidiana (y por lo tanto difíciles de modificar) (56).

El segundo objetivo de nuestra experiencia trató de establecer los niveles de cumplimiento percibido y objetivo de los indicadores seleccionados, establecer el nivel basal de cumplimiento de los indicadores

y proporcionar información relevante sobre la situación del sector y las posibilidades de mejora en aspectos clave de la calidad de la atención (Tabla 35).

Dimensión	Aspecto clave	Nº	Indicador
Atención de la persona	Proceso de ingreso.	1	Primeras visitas después de la acogida
	Proceso de Atención.	2	Formulación del Plan Terapéutico Individualizado
	Atención de la persona	3	Programa de vacunación contra la hepatitis B.
	Tratamiento farmacológico	6	Registro de la prescripción farmacológica
	Seguimiento de la Atención	8	Abandonos de programa.
	Programa de reducción de daños	12	Disponibilidad de material de inyección.
Relaciones y derechos de los usuarios.	Confidencialidad	14	Comunicación de datos médicos y personales a terceros.
	Satisfacción.	17	Estudio de opinión.
	Relaciones con la familia	18	Plan de actividades con las familias.
Entorno de la Atención	Adecuación de espacios.	22	Privacidad del Plan de Metadona.
Organización y Gestión del Centro	Organización / demora.	25	Demora de la primera visita
	Sistemas de documentación y registro.	26	Historia clínica.
		27	Historia clínica única y compartida.
	Protocolos.	29	Protocolo de diagnóstico de patologías orgánicas.

Tabla 35. Indicadores evaluados: Dimensiones y Aspectos clave.

Para la investigación del nivel de calidad objetiva no se pudieron evaluar algunos indicadores por falta de sistemas de registro (indicador 1 y 3). En los resultados globales del sector se observó que dos indicadores cumplieron con su estándar, siete por encima del 50% y cuatro por debajo del 50%.

En los resultados globales por indicadores, entre **los aspectos más positivos** que se pueden destacar tras la evaluación está la rapidez con la

que se establece la prestación y la estrategia terapéutica desde que el paciente decide someterse al tratamiento. El cumplimiento del **indicador 25** (100%, 20% por encima del estándar) permite concluir que posiblemente no existen listas de espera en la Comunidad Autónoma para el plazo de dos semanas desde la visita de acogida que establece el estándar. En el mismo sentido, tras la valoración del **indicador 2** se puede concluir que se establece un rápido diagnóstico de la adicción y la elaboración del documento guía de la prestación individual (159) concretada en el establecimiento de las acciones del Plan Terapéutico Individualizado (95,47%, un 5,47% por encima su estándar).

Otro indicador (**indicador 8**) de amplio cumplimiento es el de la tasa de abandonos (usuarios que pasan más de 6 meses sin prestación terapéutica). Se valora con la fuente de datos de la memoria del Plan Nacional Sobre Drogas que presenta cada Comunidad Autónoma. El resultado (79,0%) se sitúa por ligeramente debajo del estándar (-6%). Se puede concluir que, aunque no se llega al estándar, existe un buen nivel de adhesión de los pacientes al tratamiento que hay que terminar de consolidar. La falta de otros estudios no permite establecer las causas de abandono del 21% de usuarios que abandonan de forma voluntaria.

En la misma línea de puntos fuertes positivos, pero con deficiencias que es necesario subsanar, encontramos el **indicador 27** de Historia clínica única y compartida (-26,25% respecto al estándar). Como se ha comentado anteriormente, en las diferentes fases del proceso terapéutico de tratamiento de las adicciones intervienen diferentes tipos de profesionales. Para garantizar la eficacia de cada una de las acciones de estos profesionales en el marco del proceso es necesario que exista una Historia Clínica única y compartida (en un único dossier si es física o con medidas de garantía de confidencialidad si esta informatizada (160)). Aunque el cumplimiento del indicador es del 68,75%, los dos centros separan las historias por la separación de los datos médicos y esto les obliga a mantener reuniones diarias de coordinación.

La realización del diagrama de Pareto (Gráfico 37) permitió concluir que el 63,82% de los **incumplimientos de calidad** en la evaluación se debió a los indicadores 12 (Dispensación de material de inyección), 29B (Protocolo patológico. Aplicación), 17 (Encuesta de satisfacción a los usuarios), 26 (Historia Clínica) y 18 (Plan de actividades con las familias). El 32,05% se debió a los indicadores 6 (Registro de la prescripción farmacológica), 29A (Protocolo patológico. Estructural), 22 (Privacidad del Plan de metadona), 14 (Comunicación de datos médicos) y 27 (Historia clínica única y compartida).

Un indicador especialmente relacionado con la seguridad es el de la dispensación del material de inyección (**Indicador 12**), cuyo objetivo es disminuir el riesgo de contagio de enfermedades transmisibles (161) (162). En este caso, a pesar de su bajo cumplimiento (3,13%), nos encontramos con un indicador en el que no existió consenso sobre su aplicabilidad. En cuanto a la idoneidad, aunque fue incluido por la valoración de los expertos y su uso en otras evaluaciones, todos los profesionales (asistenciales y gestores) estuvieron de acuerdo en no considerarlo como prioritario.

El **indicador 29B** pretende establecer en qué medida se han incorporado a la práctica asistencial el *screening* de las patologías orgánicas que pueden asociarse con el abuso y la dependencia de drogas. No existe un motivo principal claro que explique el incumplimiento de este indicador en todo el sector (4,5%). Una de las posibles causas es la dificultad de coordinación con AP en estos pacientes, ya que los centros no pueden solicitar las pruebas y es necesario derivar.

También se observó el bajo cumplimiento (8,33%) del **indicador 17**, cuya finalidad es comprobar si el centro satisface las necesidades de los usuarios. En este caso, los profesionales (asistenciales y gestores) no lo consideraron prioritario, pero se incluyó en la evaluación porque la satisfacción es un aspecto esencial de la calidad y fue considerado prioritario por los expertos del IAD-UAB y está recogido en legislación autonómica (163).

Los resultados también han ofrecido información sobre el bajo cumplimiento del **indicador 26** referido a la Historia Clínica (34,93%). Este aspecto es especialmente relevante en cualquier prestación sanitaria (164), ya que contiene los documentos, datos y valoraciones sobre la situación y la evolución de los pacientes. Aunque no existen unas causas evidentes en relación a los incumplimientos del indicador, parece que están relacionados con la falta de registro de los antecedentes orgánicos (67,4%) y psicopatológicos (70,56%) y falta de una sistemática de exploraciones complementarias (81,67%).

También podemos observar que es necesario una mejor contabilización y registro de las actividades e intervenciones con las familias. El **indicador 18**, que llega a un cumplimiento más elevado (53,53%) en los centros evaluados, no fácilmente medible sin incurrir en errores, ya que lo normal es registrar solo las intervenciones de Planes familiares estructurados y en casos de pacientes menores de edad.

En el **indicador 6**, que trata de asegurar que todos los pacientes tengan correctamente registrada la prescripción farmacológica, se han considerado correctas aquellas historias en que se deja constancia en la documentación clínica de la prescripción (cuando consta en la HC que está en tratamiento farmacológico): la fecha de prescripción, nombre del fármaco, dosis, frecuencia de administración y vía de administración. La media de cumplimiento de este indicador en el sector es moderada (55,42%) pero claramente insuficiente, ya que el proceso de prescripción farmacológica es un aspecto crítico de la dimensión de la seguridad (165, 166).

El hecho de que algunos indicadores no sean considerados como prioritarios para ser evaluados no quita importancia al aspecto clave que representan y de hecho, pueden ser parte de la solución de los problemas detectados. Así se puede evitar, como se ha comentado anteriormente, acciones de mejora demasiado puntuales y desintegradas. En el caso, por ejemplo, de solucionar las dificultades de aplicación del protocolo patológico

(indicador 29B), los programas de vacunación del VHB, puede influir la existencia de un plan de coordinación con otros niveles asistenciales. Lo mismo ocurre con el protocolo de comunicación de datos médicos a terceros (indicador 14) y el plan de coordinación con otros servicios sociales y de justicia (indicador 34) que son los que mayoritariamente requieren datos de los usuarios.

Limitaciones

En cuanto a las limitaciones metodológicas de la investigación, una de las posibles objeciones a uso del benchmarking de indicadores de otra Comunidad Autónoma es la dificultad de transferencia y uso de indicadores elaborados en otros lugares debidos a las diferencias que pueden existir en las normativas legislativas y en los procesos asistenciales de la atención a los toxicómanos. Además, algunas experiencias concluyen que mientras que en el proceso de desarrollo de indicadores específicos para un sector no existen muchas diferencias, éstas aparecen no solo en la normativa y en los procesos, sino también en la misma práctica y en los estándares adecuados para cada criterio (64, 155).

En cuanto al uso de indicadores existen también algunos inconvenientes, ya que por su naturaleza pueden promover una mejora fragmentada y centrarse en los aspectos más fácilmente medibles. En nuestra experiencia han sido valorados por la presencia de documentación, protocolos o estudios. Esto significa que es posible que actividades que se realizan conforme al estándar, pero no queden registradas, se hayan evaluado como incumplimientos de indicadores al no poder ser verificado por el evaluador.

En relación a los resultados obtenidos en la priorización, también puede influir negativamente el hecho de que la valoración de la aplicabilidad por parte de los Gestores del SAS fue del 100% en todos los indicadores. Esto

pone de manifiesto que quizá el panel no estuvo lo suficientemente explicado o falta de conocimiento del sector de las drogodependencias.

A esto hay que añadir la dificultad de interpretación de la evaluación del nivel de cumplimiento de un indicador y la necesidad de otros estudios para poder correlacionar causas y efectos para garantizar que los indicadores elegidos tienen un impacto real en la práctica asistencial. El elevado coste (económico y de tiempo) de las evaluaciones las hace poco viables en este momento.

Otro aspecto que hay que tener en consideración es que, si existe un déficit de formación en calidad y de comunicación de los objetivos de las evaluaciones, se originen efectos desmotivantes en los profesionales para el cambio o se genere manipulación de datos.

También desde el punto de vista de la relación profesional-usuario se puede llegar a correr el riesgo de un deterioro, si los resultados de la evaluación de indicadores son públicos y negativos.

Otra limitación posible en el uso de indicadores es que queden obsoletos por la modificación de objetivos o que la naturaleza del criterio que se mide ya no sea significativa.

Finalmente también se puede considerar que en el estudio se han usado indicadores de calidad con una orientación clínica y asistencial, en detrimento de indicadores de calidad de la organización. En una colección de protocolos elaborados por el SAMSHA y el CSAT, que contienen los criterios de gran parte de los indicadores estudiados, existen otras guías de procesos y aspectos funcionales como metodología para la financiación y gestión económica (167, 168), desarrollo de sistemas de monitorización de resultados (169), el uso de datos administrativos en la mejora (170), la gestión de casos (171, 172), monitorización del tratamiento (173), políticas

de concertación de la prestación de la asistencia a drogodependientes (174, 175)... Ambas orientaciones son necesarias para el avance de la calidad en el sector (176).

Generalización de resultados.

Consideramos que es especialmente relevante a la hora de extraer conclusiones para el sector en la Comunidad el amplio alcance de la evaluación. Aunque se han evaluado el 36,36% de los centros de asistencia ambulatoria (8 de 22), éstos suponen casi el 92% de toda la asistencia en la Comunidad Autónoma (tratamientos y planes de mantenimiento con metadona). También hay que aclarar que se trata de un estudio puntual del sector, y exclusivamente de la asistencia realizada durante el año 2007. Por lo tanto, hay que tener en cuenta que los resultados, al formar parte de un estudio puntual, no son generalizables en el tiempo.

Experiencias de calidad en drogodependencias.

En relación a experiencias similares de evaluación, en la literatura aparecen de manera habitual investigaciones sistemáticas de algunos aspectos de la calidad: resultados de tratamientos, recaídas, prevención de enfermedades contagiosas... Tradicionalmente, el aspecto de la calidad más evaluado ha sido la eficacia del tratamiento por los resultados obtenidos en los usuarios que han permanecido entre 6-12 meses (o más) (177-184). Otras investigaciones que ponen de manifiesto elevados índices de recidivismo en estos pacientes han llevado a reconsiderar que la calidad de los centros dependa solo de los resultados de los tratamientos sin contar con el proceso (87, 185).

Se ha observado que otros autores han utilizado criterios de calidad similares en sus investigaciones, aunque no hayan estado orientadas desde la perspectiva de la calidad asistencial.

En nuestro estudio hemos valorado diversos aspectos relacionados con la seguridad como la prescripción de medicamentos (indicador 6) o programas de reducción de daños (indicadores 11, 12 y 13). Aumentar la seguridad en el proceso de prescripción farmacológica (186) es esencial, ya que según diversos estudios, una prescripción deficiente puede generar el riesgo de aparición de errores de dispensación o administración de medicamentos que provoquen efectos adversos evitables (y la muerte del paciente en casos fatales) (165, 166, 187). Por lo tanto, los errores en la prescripción comportan un riesgo para el paciente, con el agravante de que un número importante de estos pacientes presentan diferentes patologías que requieren tratamientos farmacológicos múltiples y largos. Además, el peligro para la seguridad en el proceso de prescripción es difícil de valorar en los pacientes drogodependientes debido a que la mayoría tienen tratamientos ambulatorios y por la dificultad de valorar hechos y situaciones de riesgo. En este sentido, para mejorar la seguridad y disminuir riesgos, también se han realizado estudios sobre programas de intercambios de jeringuillas que han demostrado gran eficacia, aunque no completa (162), ya que el contagio en UDVP todavía existe (188).

Entre los indicadores que hemos considerado, también se han estudiado aspectos que afectaban a la accesibilidad a los servicios (indicador 1, 7, 8 y 9). En USA se halla la Niatx (Network for the Improvement of Addiction Treatment) cuya misión es asesorar a los centros de tratamiento con el objetivo de aumentar su eficacia terapéutica a través de mejoras en el acceso y retención de los pacientes en tratamiento (189-191). El número de pacientes en tratamiento en EEUU es muy pequeño en comparación con la cantidad de personas que lo necesitan y cerca del 50% de los admitidos abandonan antes de recibir los beneficios del tratamiento. Su iniciativa trata de asesorar a los centros en la mejora de algunos procesos como: primer contacto con el centro, la evaluación de los pacientes, las derivaciones entre los niveles de salud, la administración burocrática, la reinserción laboral, sistemas de retención de los usuarios en tratamiento, recuperación de usuarios en recaída, motivación y estrategias de mejora de la situación

financiera de la organización (190). También disponen de un programa de autoevaluación de calidad y difusión de resultados entre los profesionales interesados y otro de innovación a través de las nuevas tecnologías aplicadas a la mejora de la eficacia y eficiencia.

También se han realizado otras experiencias de mejora sobre aspectos del aseguramiento diagnóstico, en nuestro estudio estos aspectos han sido considerados en varios indicadores (3, 4, 29 y 30). Algunas se han demostrado eficaces en drogodependientes que presentan comorbilidad psiquiátrica (192). El impulso de pruebas rutinarias estandarizadas de *screening* diagnóstico a nivel de toda la red asistencial ha sido un gran avance para establecer la gravedad de la adicción y la detección de patologías orgánicas. La coincidencia de la drogodependencia y otras enfermedades orgánicas tiene implicaciones importantes para la recuperación de ambas patologías, ya que en los pacientes drogodependientes el deterioro generalizado de la salud es frecuente (193) (194) (195). El consumo crónico de alcohol está asociado con enfermedades hepáticas, desórdenes del sistema inmunológico, enfermedades cardiovasculares y la diabetes (196) y el tabaco con el cáncer de pulmón. Dentro de las patologías orgánicas requieren una mención especial los estudios realizados sobre enfermedades infecciosas, especialmente el VIH y VHB-C, ya que los drogodependientes muestran una incidencia de contagio mucho más alta que la población general. (197-200). En EEUU en un estudio de cohortes, drogodependientes de clase media mostraron una prevalencia de hepatitis C del 27% (76% en UDVP) (201). Además, el contagio por inyección de drogas representa el 60% de nuevos casos de hepatitis C (202-204) y sigue siendo el segundo comportamiento de riesgo para el contagio del VIH en EEUU (205). La dependencia del alcohol también es frecuente entre los pacientes infectados por el VIH (206-208). En España, aunque los nuevos contagios en UDVP han disminuido considerablemente, supusieron el 15,3% en el periodo 2003-2005 (131). También existen otras infecciones bacterianas y víricas, aunque de menor incidencia (209). Estas enfermedades, que han de ser detectadas y

conocidas, no suelen tratarse en los centros de adicciones, que se suelen centrar en el tratamiento de la drogodependencia.

También se han realizado estudios de satisfacción en poblaciones específicas como mujeres (210, 211) y usuarios de Planes de Metadona (212) (213). También se han llevado a cabo otras iniciativas de validación de herramientas psicométricas (214) para combinar las expectativas de los usuarios y la satisfacción con la prestación recibida (215) (216) o la valoración de la satisfacción y la accesibilidad (217). Los indicadores 16 y 17 de nuestro trabajo se han referido a estos aspectos.

Pero en algunos países han surgido iniciativas de mejora de la calidad más amplias e integrales. Como ya se citó más arriba, en USA existen cuatro organizaciones que acreditan y asesoran a los centros de tratamiento de las adicciones y revisan la estructura organizativa, los procesos y las estrategias guiados por las normas y estándares propios: National Committee for Quality Assurance (NCQA) (218), Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) (110), Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities (CARF) (219, 220) y Council on Accreditation for Children and Family Services (COA) (221). La acreditación de estas organizaciones es condición necesaria para obtener la certificación gubernamental (108, 109) y se ha demostrado eficaz (222). En algunos aspectos, otros autores también han realizado otras experiencias como: estudios comparativos a pequeña y gran escala (223-225), propuestas de monitorización generales de la salud mental (226) y planes de transferencia de avances tecnológicos y científicos al sector de las drogodependencias (227).

A esto hay que añadir, aunque no sean investigaciones en sentido estricto, los ya mencionados protocolos del Knowledge Application Program (KAP). Entre los aspectos de buenas prácticas considerados en estas guías se pueden observar la mayor parte de los criterios contenidos, de manera explícita o implícita, en los indicadores de nuestro estudio: mecanismos de

relación con servicios sociales (228) y jurídico-penitenciarios (81, 229, 230), la relación con la familias en el tratamiento de los drogodependientes (187, 231), la protección de la confidencialidad y los datos médicos (232, 233), la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales (especialmente con los servicios de salud mental (234) y con los demás centros de adicciones (235)), el *screening* de enfermedades infecciosas asociadas al consumo (236), el manejo de usuario seropositivos en tratamiento (237, 238), el tratamiento en poblaciones de riesgo (mujeres (239-241), niños y jóvenes (187, 242-249) y ancianos (250, 251)), el papel de la satisfacción de los pacientes (252), particularidades de los usuarios de PMM (253, 254) y pacientes con comorbilidad (255) o patología dual (256).

En España también se han dado algunas iniciativas de evaluación y mejora de la calidad asistencial de más aspectos. Entre ellas cabe destacar experiencias para la mejora en la asistencia a adictos crónicos a opiáceos (257). Salvo alguna excepción (139), casi todas las investigaciones han evaluado niveles asistenciales locales (258, 259) o autonómicos (143) y de dispositivos residenciales de tratamiento (260, 261). También son conocidas otras experiencias de evaluación, como en las Comunidades de Cantabria y Canarias, de las que no se conocen publicaciones oficiales de los resultados.

No hemos encontrado en la literatura revisada ninguna experiencia similar al estudio realizado por la FAD (143), que nosotros hemos duplicado. Lo habitual ha sido observar investigaciones que informan sobre resultados poblacionales y epidemiológicos. Por lo tanto, nuestra experiencia solo podría confrontarse con los resultados obtenidos en el establecimiento del nivel de calidad basal en el sector del Plan de Calidad de Drogodependencias de Cataluña, aunque no se podrían ofrecer resultados comparativos concluyentes a nivel sectorial entre ambas Comunidades debido a que en nuestro caso se ha escogido un grupo de indicadores. En el caso de FAD, como se ha explicado con anterioridad, han sido 35

indicadores en el contexto de un plan integral para todo el sector en Cataluña (144).

Futuras investigaciones

Futuras investigaciones podrían generar indicadores organizativos para los diferentes niveles asistenciales y establecer un conjunto de indicadores fundamentales de calidad asistencial y organizativa (comunes y específicos) en los dispositivos ambulatorios de asistencia. Del mismo modo, podrían ser útiles estudios de aplicabilidad, idoneidad y cumplimiento percibido de dichos indicadores en todas las Comunidades Autónomas. Medidas similares, que garantizan la comparabilidad (a nivel local, regional y nacional), ya se han puesto en marcha en otros países para la asistencia de las drogodependencias (262, 263).

En Aragón, el resultado del proyecto ofrece a profesionales y gestores información preliminar y objetiva acerca de la situación de la calidad en el sector de la asistencia ambulatoria a los drogodependientes en Aragón y ofrece un marco para su desarrollo sistemático basado en indicadores evaluables de manera interna y externa. También permite dar continuidad con futuras líneas de investigación en las que se finalice el ciclo de mejora mediante formación a los profesionales, selección e implantación de acciones de mejora y reevaluación del nivel de calidad de los indicadores.

RECOMENDACIONES

La realización de una evaluación aporta mucha información sobre las fortalezas y las áreas de mejora de la calidad en las organizaciones. La aportación y compromiso de todos los niveles implicados es necesaria para la efectividad de las actividades y decisiones de mejora (264), que han de construirse desde los valores compartidos.

Los motivos para impulsar políticas de mejora de calidad en drogodependencias son numerosos (265, 266). Desde el punto de vista de los pacientes existen razones éticas y de seguridad, desde la organización razones de eficacia y eficiencia, desde el nivel político razones de equidad y estratégicas que hacen de la calidad un instrumento de mejora, y de cohesión mediante la estandarización, y de detección de la variabilidad no aceptable.

En Aragón, ha comenzado este proceso a través de nueva legislación específica sobre drogodependencias y del Plan Autonómico de Drogas y toxicomanías. Dentro del marco de la asistencia a las toxicomanías, la creación o transformación de centros en Unidades de Atención y Seguimiento de las Adicciones (UASAs) da respuesta a la histórica falta de infraestructuras adecuadas y a la necesidad de normalización de las carteras de servicios.

Algunos autores recomiendan que, para incluir la calidad en el sector de las drogodependencias, es necesario el concepto de “redefinición” o “refundación” para asumir los nuevos valores y cambios para la mejora (267). De hecho, la mayoría de las deficiencias, por muy diversas que sean, pueden concretarse en: problemas en los profesionales (falta de conocimientos, conocimientos erróneos, actitudes incorrectas), déficit en la organización de la asistencia, problemas de comunicación y la carencia de un liderazgo para la mejora de la calidad. Por este motivo, las recomendaciones que se efectúan en este trabajo no solo están referidas a

las conclusiones directas del análisis de los indicadores, sino que incluyen las implicaciones indirectas que las acciones de mejora llevan consigo.

Nivel asistencial	Recomendaciones
Nivel de prestadores de servicio asistencial	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Seguimiento y uso de protocolos consensuados de diagnóstico. ▪ Mejora del registro de la prescripción farmacológica de acuerdo con las Buenas Prácticas. ▪ Mejora del registro de datos relativos a indicadores de calidad en la historia clínica. ▪ Registro de las actividades realizadas con los familiares de los pacientes en la historia clínica.
Nivel de centros de atención de drogodependientes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Normalización del Plan Terapéutico individualizado y la Historia clínica (única y compartida) para el conjunto de los centros o la red asistencial. ▪ Informatizar los centros para mejorar la gestión organizativa y la calidad de la documentación clínica. ▪ Formación continuada de los profesionales. ▪ Unificar criterios en los protocolos de reducción de daños. Revisión de la dispensación de jeringas y de la vacunación VHB en las estrategias de prevención de riesgos y asegurar la cobertura. ▪ Realización de estudios de satisfacción de los usuarios y detección de las mejoras percibidas. ▪ Dotación de responsable de calidad en el centro o institución. ▪ Promover la realización de procesos de autoevaluación de cumplimiento de los indicadores de calidad.
Nivel de gestión de la Red de centros asistenciales	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Promoción y coordinación de un Plan estratégico de calidad asistencial en el sector de las drogodependencias. ▪ Establecer el marco común y específico de calidad asistencial de los centros asistenciales con PMM y sin PMM. ▪ Facilitar la solicitud de pruebas diagnósticas desde los centros de drogodependientes. Revisión de la coordinación que existe con AP y de los problemas existentes. ▪ Establecer un sistema de información y medición de la calidad a través de un CMD (conjunto mínimo de datos) de los indicadores, previendo su posible monitorización y autoevaluación. ▪ Actividades de formación del Plan de Calidad para los profesionales. ▪ Liderar la implantación de las acciones de mejora a través de actividades de formación del Plan de Calidad para los profesionales. ▪ Llevar a cabo la reevaluación de los indicadores en dos años para garantizar que los resultados se mantienen y poder valorar el éxito de las acciones de mejora.

Tabla 36. Resumen de acciones de mejora en niveles de salud

Algunas de las posibles acciones de mejora son competencia exclusiva de la **autoridad sanitaria**. Entre ellas encontramos la elaboración de un

marco de mejora de la calidad, un sistema de información (268) y un sistema de formación para la implementación de las acciones de mejora. Como Aragón, otras Comunidades Autónomas también se han dotado de un Plan Autonómico de Drogodependencias, pero incluyen estrategias y sistemas de aseguramiento de la calidad (269).

Para la eficacia en el **nivel institucional**, la dirección de cada centro ha de asumir también el compromiso por la calidad, ya que la reinención de los centros y la competitividad en calidad son elementos clave para asegurar la aceptación de nuevos valores y conceptos necesarios para el cambio y la mejora. Además, son los directivos de los centros que prestan el servicio los que han de realizar una correcta gestión de las resistencias al cambio que aparecen en las organizaciones.

Finalmente, es necesario considerar en la planificación de la calidad asistencial desde el nivel autonómico, el modo de incentivar e de introducir la innovación, fomentar la asunción de responsabilidades y la participación de los profesionales, ya que estos últimos son los que se relacionan directamente con los usuarios del sistema y los que pueden aumentar la calidad de la prestación del servicio (270).

CONCLUSIONES

1. La sensibilización de un elevado número de profesionales ha permitido poner los 35 indicadores de calidad del Plan de Calidad en la Atención a las Drogodependencias en Cataluña (elaborados con el soporte metodológico de la FAD) a disposición de los profesionales del sector de las drogodependencias, obteniendo posibilidades de aplicación y observando las diferencias entre las diferentes categorías profesionales.
2. A través de diferentes técnicas, se ha conseguido un subset de 10 indicadores de calidad de amplio consenso (más 4 indicadores de amplio uso a nivel internacional) que los profesionales consideran prioritarios en el sector.
3. A través evaluaciones de calidad se ha establecido el nivel de calidad basal de los 14 indicadores de calidad en ocho centros que realizan el 91,74% de la asistencia a drogodependientes de la Comunidad Autónoma de Aragón.
4. Las áreas de no calidad detectadas llevan a concluir la necesidad de actividades de mejora en todos los niveles. Éstas han de centrarse en la normalización de las estrategias y pruebas diagnósticas, de reducción del daño. Además, desde la sistematización de la calidad, puede ser de interés avanzar en la normalización e informatización de la historia clínica.
5. Con el establecimiento del nivel de calidad basal de los indicadores evaluados en Aragón es factible impulsar un Plan Estratégico de Calidad en los centros, así como la evaluación periódica y sistemática de sus resultados. Este plan debería basarse en el benchmarking, el

intercambio de experiencias, la comparación de resultados entre los centros y la monitorización de la calidad.

6. Si se realizan actividades de mejora, puede ser útil la utilización de estos resultados como evaluación basal y repetir la valoración en un periodo de dos años para conocer y cuantificar las mejoras.
7. Es indispensable el apoyo institucional a través del liderazgo y potenciación del Departamento de Salud y Consumo en la promoción de la mejora de la calidad del sector mediante el establecimiento de los objetivos de calidad y los principios comunes que han de orientar a los centros en su actividad.
8. Para la puesta en marcha de un Plan Estratégico de Calidad Asistencial, puede ser necesario dotar una unidad de investigación de la calidad que coordine la evaluación externa y el seguimiento, así como la participación de los gestores, profesionales y pacientes y la elaboración de propuestas de mejora del sector. El planteamiento debe fundamentarse en las necesidades de eficiencia y ética de la mejora de la calidad asistencial y basarse en un sistema de evaluación externa no punitiva.

BIBLIOGRAFÍA

1. WHO Expert Committee on Drug Dependence. WHO Expert Committee on Drug Dependence: 16th report. Ginebra, Switzerland: World Health Organization; 1969.
2. Lorenzo Fernández P. Drogodependencias: farmacología, patología, psicología, legislación. 2 ed. Madrid: Panamericana; 2003.
3. WHO Expert Committee on Drug Dependence. WHO Expert Committee on Drug Dependence: twenty-ninth report. Génova: World Health Organization; 1995.
4. World Health Organization. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. [10a rev.] ed. Washington, D.C.: OPS, Oficina Regional de la OMS; 1995.
5. American Psychiatric Association. Diagnostic criteria from DSM-IV. Washington, D.C.; 1994.
6. Ghodse H. Drugs and addictive behaviour: a guide to treatment. 3rd ed. Cambridge, UK; New York: Cambridge University Press; 2002.
7. Ayesta FJ. Bases bioquímicas y neurobiológicas de la adicción al alcohol. Adicciones. 2002 14(Supl. 1):63-78.
8. Siegel RK. Changing patterns of cocaine use: longitudinal observations, consequences, and treatment. NIDA Res Monogr. 1984; 50:92-110.
9. Pérez de los Cobos Peris JC. Tratado SET de trastornos adictivos. Madrid: Médica Panamericana; 2006.
10. Shargel L, Wu-Pong S, Yu A. Applied biopharmaceutics & pharmacokinetics. 5th Ed. New York: Appleton & Lange Reviews/McGraw-Hill, Medical Pub. Division; 2005.
11. National Institute on Drug Abuse, U.S. Department of Health and Human Services. Principles of drug addiction treatment: A research based guide.; 2005 [updated 2005; cited]; Available from: <http://www.nida.nih.gov/index.html>.
12. Rubio G. Objetivos y estrategias generales del tratamiento de los trastornos por uso de sustancias. In: Bobes J, editor. Manual de Evaluación y Tratamiento de Drogodependencias. Barcelona: Psiquiatría Editores; 2003. p. 115-27.
13. ONU-ONUDD. Abuso de drogas: tratamiento y rehabilitación. Guía práctica de planificación y aplicación. Nueva York: Oficina contra la Droga y el Delito. Naciones Unidas.; 2003.
14. España. Plan Nacional sobre Drogas. Catálogo de centros de asistencia a drogodependientes. Madrid: Ministerio del Interior; 1998.

15. Robles G. La política española sobre drogodependencias: situación actual y perspectivas futuras. *Trastornos adictivos*. 2003; 5(3):199-212.
16. Repullo Labrador JR, Iñesta García A. *Sistemas y servicios sanitarios*. Madrid: Díaz de Santos; 2006.
17. Elola Somoza J. *Política sanitaria española*. Madrid: Díaz de Santos; 2001.
18. Martínez Hernández J. *Nociones de salud pública*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 2003.
19. España. Ley Orgánica 5/2007, de 20 de abril, de reforma del Estatuto de Autonomía de Aragón. Madrid; 2007.
20. España. LEY 3/2001, Ley general de sanidad. Madrid; 1986.
21. Aragón. ORDEN de 3 de agosto de 1990, del Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo, por la que se modifica la composición y funciones de la Comisión de Acreditación, Evaluación y Control de Centros y Servicios de tratamiento con opiáceos a personas dependientes de los mismos.; 1990.
22. DECRETO 343/2001, de 18 de diciembre, del Gobierno de Aragón, por el que se constituye la Comisión Interdepartamental de Drogodependencias y el Consejo Asesor en Drogodependencias. . (2001).
23. Aragón. LEY 3/2001, Prevención, asistencia y reinserción social en materia de drogodependencias. Zaragoza; 2001.
24. Aragón. ORDEN de 28 de noviembre de 2006, del Departamento de Presidencia y Relaciones Institucionales, por la que se dispone la publicación del Convenio de colaboración suscrito con el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Comunidad Autónoma de Aragón, para el Plan Nacional sobre drogas de fecha 15 de noviembre de 2006.; 2006.
25. Aragón. DECRETO 209/2006, de 24 de octubre, del Gobierno de Aragón, por el que se establecen las bases reguladoras para la concesión de subvenciones en materia de salud y consumo.; 2006.
26. Martín-Pinillos F. La respuesta de la sociedad ante el problema de las drogas. Fuentes de información sobre drogodependencias. In: Panamericana, editor. *Drogodependencias: farmacología, patología, psicología, legislación*. Madrid; 2003. p. 587-608.
27. Observatorio Europeo de las Drogas y las toxicomanías. *Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías: folleto de presentación*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas; 2003.

28. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. Informe anual 2007: el problema de la drogodependencia en Europa. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas; 2007.
29. DGA. Encuesta sobre consumos de drogas en adolescentes y jóvenes de 14 a 18 años. (ESTUDES). Zaragoza: Gobierno de Aragón. Dirección General de Salud Pública.; 2006.
30. DGA. Memoria de Drogodependencias 2006. Zaragoza: Gobierno de Aragón. Dirección General de Salud Pública.; 2006.
31. Plan Nacional sobre Drogas (España). Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España 2006. EDADES. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas; 2006.
32. España. REAL DECRETO 1911/1999, por el que se aprueba la Estrategia Nacional sobre Drogas para el periodo 2000-2008. Madrid: Ministerio del Interior; 1999.
33. Megías Valenzuela E, Fundación de Ayuda contra la Drogadicción. La atención primaria de salud ante las drogodependencias. Madrid: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción; 2001.
34. SEMFYC. El papel de la Atención Primaria ante los problemas de salud relacionados con el consumo de drogas. 2007:116.
35. Aragón. DECRETO 57/1994, de 23 de marzo, de la Diputación General de Aragón, por el que se regula el Ingreso Aragonés de Inserción en desarrollo de la Ley 1/1993, de 19 de febrero, de Medidas Básicas de Inserción y Normalización Social. 1994.
36. Trinidad Requena A, Alemán Bracho C, Castón Boyer P. Evaluación diagnóstico de los planes autonómicos sobre drogas. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas; 2003.
37. Aragón. Plan Estratégico de Atención de Salud Mental 2002-2010.; 2002.
38. Aragón. ORDEN de 29 de octubre de 2004, del Departamento de Salud y Consumo, por la que se regula la acción concertada en materia de prestación de servicios sanitarios.; 2004.
39. Aragón. ORDEN de 4 de mayo de 2005, del Departamento de Salud y Consumo, por la que se incorporan al Anexo I de la Orden de 29 de octubre de 2004, que regula la acción concertada en materia de prestación de sanitarios, la relación de servicios de salud mental, atención a las drogodependencias y atención bucodental infantil, susceptibles de ser concertados con proveedores ajenos al Sistema de Salud de Aragón.; 2005.
40. Aragón. Servicio Aragonés de Salud. Mapa sanitario de la Comunidad Autónoma de Aragón. [Zaragoza]: Diputación General de Aragón, Servicio Aragonés de Salud; 1994.

41. Observatorio Español sobre Drogas. Informe 2004: situación y tendencias de los problemas de drogas en España. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2005.
42. DGA. Indicador Admisiones a Tratamiento por Consumo de Sustancias Psicoactivas. Resumen Datos Aragón 2006. Zaragoza: Gobierno de Aragón. Dirección General de Salud Pública.; 2006.
43. DGA. Indicador Admisiones a Tratamiento por Consumo de Sustancias Psicoactivas. Resumen Datos Aragón 2005. Zaragoza: Gobierno de Aragón. Dirección General de Salud Pública.; 2005.
44. Juran JM, Bingham RS, Gryna FM. Manual de control de la calidad. 2ª ed. Barcelona: Reverté; 2005.
45. Gabor A. Deming: el hombre que descubrió la calidad. Barcelona: Granica; 1992.
46. Ishikawa K. Introducción al control de calidad. Madrid: Díaz de Santos; 1994.
47. Saturno PJ. Quality in health care: models, labels and terminology. *Int J Qual Health Care*. 1999 Oct; 11(5):373-4.
48. Maxwell RJ. Dimensions of quality revisited: from thought to action. *Qual Health Care*. 1992 Sep; 1(3):171-7.
49. Donabedian A. Methods for deriving criteria for assessing the quality of medical care. *Med Care Rev*. 1980 Fall; 37(7):653-98.
50. NHS. A First Class Service- Quality in the new NHS. London: Department of Health; 1998 Contract No.: Document Number].
51. Institute of Medicine (U.S.). Committee on Quality of Health Care in America. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington, D.C.: National Academy Press; 2001.
52. World Health Organization. The world health report 2000 - Health systems: improving performance. Geneva: World Health Organization; 2000.
53. Council of Europe. Recommendation on development and implementation of quality improvement systems (QIS) in health care and explanatory memorandum: 51. Strasbourg: Council of Europe; 1998.
54. Palmer RH. Evaluación de la asistencia ambulatoria: principios y práctica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1990.
55. Gómez Jara P, Saturno Hernández PJ. Calidad en atención primaria de salud: búsqueda y análisis de criterios consensuados de evaluación [Tesis doctoral]. Murcia: Universidad de Murcia, Facultad de Medicina, Departamento de Ciencias Sociosanitarias; 1997.

56. Saturno J, J. Gascón, et al. Tratado de Calidad Asistencial en Atención Primaria. Madrid: Dupont Pharma; 1997.
57. Oteo Ochoa LÁ. Gestión clínica: desarrollos e instrumentos. Madrid: Díaz de Santos; 2006.
58. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Mem Fund Q.* 1966 Jul; 44(3): Suppl: 166-206.
59. Shaw CD, Kalo I. A background for national quality policies in health systems. In: WHO, editor. Copenhagen; 2002. p. 53.
60. España. Ministerio de Sanidad y Consumo. Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2005. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Secretaría General, Centro de Publicaciones.; 2005.
61. Quintana O. La labor de Andrés Esteban como presidente de la Sociedad. *Control de Calidad Asistencial* 1993; 8(2-3):27-8.
62. Organización Mundial de la Salud. Salud para todos en el año 2000: estrategias. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1980.
63. Marco García MT, Cabrera de León A, Sierra López A, Universidad de La Laguna. Facultad de Medicina. Implementación y seguimiento de un programa de monitorización de calidad en atención primaria [Tesis Universidad de La Laguna]. La Laguna: [s.n.]; 1994.
64. Marshall M, Campbell S, Hacker J, MO. R. Quality indicators for general practice: a practical guide for health professionals and managers. *Medicine RSo*, editor. London; 2002.
65. Ovretveit J. Quality evaluation and indicator comparison in health care. *Int J Health Plann Mgmt.* 2001;16:229-41.
66. Ransom SB, Joshi M, Nash DB. The healthcare quality book: vision, strategy, and tools. Chicago, IL: Health Administration Press; AUPHA Press; 2005.
67. Saturno Hernández PJ. Evaluación y Mejora de la Calidad en Servicios de Salud. Conceptos y Métodos. Murcia: Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia; 2000.
68. Mainz J. Defining and classifying clinical indicators for quality improvement. *Int J Qual Health Care.* 2003 Dec;15(6):523-30.
69. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? *JAMA.* 1988 Sep 23-30;260(12):1743-8.
70. JCAHO. Características de los indicadores clínicos. *Control de Calidad Asistencial.* 1991;6(3):65-74.

71. Affeldt JE, Shanahan F. La acreditación voluntaria en los Estados Unidos: una perspectiva de control de calidad. *Control de Calidad Asistencial*. 1987;2(2):41-5.
72. Bernal-Delgado E, Peiró S, Sotoca R. Prioridades de investigación en servicios sanitarios en el Sistema Nacional de Salud. Una aproximación por consenso de expertos. *Gac Sanit*. 2006;20(4):287-94.
73. Fundació Avedis Donabedian. Manual per equips de millora de qualitat. Barcelona: Fundació Avedis Donabedian; 2000.
74. Piedrola Gil G. Medicina preventiva y salud pública. 10 ed. Barcelona: Masson; 2002.
75. Ovretveit J, Gustafson D. Using research to inform quality programmes. *BMJ*. 2003 Apr 5;326(7392):759-61.
76. Corella JM. La gestión de servicios de salud. Madrid: Díaz de Santos; 1996.
77. Barba R, Delgado R, Gil A, Humet C, Pérez P, Serra M, et al. Los coordinadores de calidad y la eficacia de los programas de calidad. *Rev Calidad Asistencial*. 1995;2:51-2.
78. Veillard J, Champagne F, Klazinga N, Kazandjian V, Arah OA, Guisset AL. A performance assessment framework for hospitals: the WHO regional office for Europe PATH project. *Int J Qual Health Care*. 2005 Dec;17(6):487-96.
79. Groene O, Klazinga N, Kazandjian V, Lombrail P, Bartels P. The World Health Organization Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals (PATH): an analysis of the pilot implementation in 37 hospitals. *Int J Qual Health Care*. 2008 Jun;20(3):155-61.
80. Bohigas L, Heaton C. Methods for external evaluation of health care institutions. *Int J Qual Health Care*. 2000 Jun;12(3):231-8.
81. Shaw CD. External quality mechanisms for health care: summary of the ExPeRT project on visitatie, accreditation, EFQM and ISO assessment in European Union countries. External Peer Review Techniques. European Foundation for Quality Management. International Organization for Standardization. *Int J Qual Health Care*. 2000 Jun;12(3):169-75.
82. Bañeres J. Sistemas internacionales de evaluación externa. *Rev Calidad Asistencial*. 2003;18(2):69-71.
83. Nelson SH. Standards affecting mental health care: a review and commentary. *Am J Psychiatry*. 1979 Mar;136(3):303-7.
84. Pascual C. Calidad asistencial en drogodependencias. *Trastornos adictivos*. 1999;1:48-63.

85. Pascual C. Gestión de calidad en drogodependencias. *Adicciones*. 2000;12(1):21-7.
86. Pascual C, Mendieta S. Calidad Asistencial. In: Valenciana. G, editor. *Manual de Drogodependencias*. Valencia; 2002.
87. Institute of Medicine (U.S.). Committee on Crossing the Quality Chasm: Adaptation to Mental Health and Addictive Disorders. Improving the quality of health care for mental and substance-use conditions. Washington, DC: National Academies Press; 2006.
88. Amodeo M, Ellis MA, Samet JH. Introducing evidence-based practices into substance abuse treatment using organization development methods. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2006;32(4):555-60.
89. McCorry F. Quality and performance improvement: what's a program to do? *Sci Pract Perspect*. 2007 Apr;3(2):37-45.
90. McLellan AT, Chalk M, Bartlett J. Outcomes, performance, and quality: what's the difference? *J Subst Abuse Treat*. 2007 Jun;32(4):331-40.
91. Ganju V. Quality and Accountability: An Agenda for Public Mental Health Systems. (U.S.). IoM, editor. Washington, DC; 2004.
92. Iezzoni LI. Risk adjustment for measuring health care outcomes. 3rd ed. Chicago: Health Administration Press; 2003.
93. Zhan C, Miller MR. Administrative data based patient safety research: a critical review. *Qual Saf Health Care*. 2003 Dec;12 Suppl 2:ii58-63.
94. Wisdom JP, Ford li JH, Hayes RA, Edmundson E, Hoffman K, McCarty D. Addiction treatment agencies' use of data: a qualitative assessment. *J Behav Health Serv Res*. 2006 Oct;33(4):394-407.
95. Yetano J, Izarzugaza I, Aldasoro E, Ugarte T, López-Arbeloa G, Aguirre U. Calidad de las variables administrativas del Conjunto Mínimo de Datos de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. *Rev Calidad Asistencial*. 2008;23(5):216-21.
96. Thakur NM, Hoff RA, Druss B, Catalanotto J. Using recidivism rates as a quality indicator for substance abuse treatment programs. *Psychiatr Serv*. 1998 Oct;49(10):1347-50.
97. McColl A, Roderick P, Gabbay J, Smith H, Moore M. Performance indicators for primary care groups: an evidence based approach. *BMJ*. 1998 Nov 14;317(7169):1354-60.
98. Hibbard JH. Engaging health care consumers to improve the quality of care. *Med Care*. 2003 Jan;41(1 Suppl):l61-70.

99. Stanton M. Expanding Patient-Centered Care to Empower Patients and Assist Providers. Rockville.: Agency for Healthcare Research and Quality.; 2002 Contract No.: Document Number].
100. Steinberg EP, Luce BR. Evidence based? Caveat emptor! Health Aff (Millwood). 2005 Jan-Feb;24(1):80-92.
101. KAP. Center for Substance Abuse Treatment. Catalog. 2008 [updated 2008; cited]; Available from: <http://www.kap.samhsa.gov/documents/catalog.pdf>.
102. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Guidelines for the evaluation of treatment in the field of problem drug use. A manual for researchers and professionals. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities; 2007.
103. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Understanding and responding to drug use: the role of qualitative research. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities; 2000.
104. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Guidelines for the evaluation of outreach work. A manual for outreach practitioners. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities; 2000.
105. Solberg U. Standards and quality assurance in treatment related to illegal drugs and social reintegration in EU Member States and Norway. In: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction., editor. Lisbon; 2004.
106. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Best practice portal. Lisboa; 2007 [updated 2007; cited]; Available from: <http://www.emcdda.europa.eu/themes/best-practice>.
107. Madrid (Comunidad Autónoma). Agencia antidroga. Banco de instrumentos para la evaluación de intervenciones preventivas (BIP): versión española del "Evaluation Instruments Bank" (EIB) del Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías (OEDT). Madrid: Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid; 2003.
108. Pelletier LR, Hoffman JA. New Federal Regulations for Improving Quality in Opioid Treatment Programs. J Healthc Qual. 2001;23(6):29-34.
109. Pelletier LR, Hoffman JA. A framework for selecting performance measures for opioid treatment programs. J Healthc Qual. 2002 May-Jun;24(3):24-35.
110. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Comprehensive accreditation manual for behavioral health care : CAMBHC. Oakbrook Terrace, IL: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations; 2008. p. v.

111. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations., Joint Commission Resources Inc. Meeting the Joint Commission's 2008 national patient safety goals. Oakbrook Terrace, IL: Joint Commission Resources; 2007.
112. Donahue KT, van Ostenberg P. Joint Commission International accreditation: relationship to four models of evaluation. *Int J Qual Health Care*. 2000 Jun;12(3):243-6.
113. Nabitz U, Schramade M, Schippers G. Evaluating treatment process redesign by applying the EFQM Excellence Model. *Int J Qual Health Care*. 2006 Oct;18(5):336-45.
114. Fundación Europea para la Gestión de Calidad. Introducción a la Excelencia. Bruselas: EFQM; 2003.
115. Fundación Europea para la Gestión de Calidad. Conceptos Fundamentales de la Excelencia. Bruselas: EFQM; 2003.
116. Nabitz U, van den Brink W, Walburg J. A quality framework for addiction treatment programs. *Addict Behav*. 2005 Jul;30(6):1254-60.
117. Nabitz U, van Den Brink W, Jansen P. Using concept mapping to design an indicator framework for addiction treatment centres. *Int J Qual Health Care*. 2005 Jun;17(3):193-201.
118. Burke JG, O'Campo P, Peak GL, Gielen AC, McDonnell KA, Trochim WM. An introduction to concept mapping as a participatory public health research method. *Qual Health Res*. 2005 Dec;15(10):1392-410.
119. Trochim W, Kane M. Concept mapping: an introduction to structured conceptualization in health care. *Int J Qual Health Care*. 2005 Jun;17(3):187-91.
120. Roeg D, van de Goor I, Garretsen H. Towards quality indicators for assertive outreach programmes for severely impaired substance abusers: concept mapping with Dutch experts. *Int J Qual Health Care*. 2005 Jun;17(3):203-8.
121. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Normas de atención para el tratamiento de las dependencia de las drogas. Comisión Interamericana para el control del abuso de las drogas (CICAD/OEA); 1999.
122. Marshall M, Klazinga N, Leatherman S, Hardy C, Bergmann E, Pisco L, et al. OECD Health Care Quality Indicator Project. The expert panel on primary care prevention and health promotion. *Int J Qual Health Care*. 2006 Sep;18 Suppl 1:21-5.
123. OCDE. Health Care Quality Indicators Project. DELSA/HEA/HQC(2007)1; 2007.

124. European Commision. Indicadores de calidad de la asistencia sanitaria. 2008 [updated 2008; cited 2008]; Available from: http://ec.europa.eu/health/ph_information/indicators/quality_es.print.htm.
125. OCDE. Selecting Indicators for the Quality of Cardiac Care at the Health Systems Level in OECD Countries. DELSA/ELSA/WD/HTP(2004)14; 2004.
126. OCDE. Selecting Indicators for the Quality of Diabetes Care at the Health Systems Level in OECD Countries. DELSA/ELSA/WD/HTP(2004)15; 2004.
127. OCDE. Selecting Indicators for the Quality of Mental Healt Care at the Health Systems Level in OECD Countries. DELSA/ELSA/WD/HTP(2004)17; 2004.
128. OCDE. Selecting Indicators for the Quality of Health Promotion, Prevention and Primary Care at the Health Systems Level in OECD Countries. DELSA/ELSA/WD/HTP(2004)16; 2004.
129. OCDE. Selecting Indicators for Patient Safety at the Health Systems Level in OECD Countries. DELSA/ELSA/WD/HTP(2004)18; 2004.
130. Observatorio Español sobre Drogas, España. Plan Nacional sobre drogas. Informe 2004 del Observatorio Español sobre Drogas : situación y tendencias de los problemas de drogas en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Plan Nacional sobre Drogas; 2005.
131. Observatorio Español sobre Drogas. Informe 2007: situación y tendencias de los problemas de drogas en España. Madrid: Ministerio del Interior, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2007.
132. Kazandjiana VA, Vallejo P. La evaluación local de la calidad mediante instrumentos de medida genéricos. Gac Sanit. 2004;18(3):225-34.
133. Knott AM, Corredoira R, Kimberly J. Improving consistency and quality of service delivery: implications for the addiction treatment field. J Subst Abuse Treat. 2008 Sep;35(2):99-108.
134. Corredoira RA, Kimberly JR. Industry evolution through consolidation: Implications for addiction treatment. J Subst Abuse Treat. 2006 Oct;31(3):255-65.
135. Morera B. Aspectos bioéticos de la asistencia al drogodependiente. Adicciones. 2000;12(4):515-6.
136. Franco-Giraldo A, Álvarez-Dardet C. Derechos humanos, una oportunidad para las políticas públicas en salud. Gac Sanit. 2008;22(3):280-6.
137. Hidalgo JR. La calidad en la provisión de la sanidad. Derechos de los pacientes como parámetro de salud. Rev Adm Sanit. 2005;3(3):447-53.

138. Suñol Sala R, Vallejo P, Beltran JM, Hilarion P, Bañeres J, Orrego C. Derechos de los pacientes en los principales sistemas de acreditación hospitalaria. *Rev Calidad Asistencial*. 2005;20:343-52.
139. Trinidad A, Martín Lagos MD, Fernández M. La atención institucional a las toxicomanías en España: Evaluación diagnóstico de los planes autonómicos sobre drogas. *Adicciones*. 2004;16(2):19.
140. Sánchez E. La investigación en el tratamiento psicológico de las adicciones: en busca de la utilidad clínica. *Adicciones*. 2006;18(3):259-64.
141. López E. El tratamiento de las toxicomanías y la medicina basada en la evidencia: una alianza necesaria. *Rev Esp Drogodepend*. 2007;32(4):512-30.
142. Consejo Interterritorial de Salud. Guías de Práctica Clínica. Ministerio de Sanidad y Consumo; [cited]; Available from: www.guiasalud.es.
143. Hilarion P, Sunol R, Groene O, Vallejo P, Herrera E, Saura RM. Making performance indicators work: The experience of using consensus indicators for external assessment of health and social services at regional level in Spain. *Health Policy*. 2008 Sep 29.
144. Fundació Avedis Donabedian. Avaluació externa de la qualitat dels centres d'atenció i seguiment en drogodependències. Informe del sector (Març 2002). Barcelona; 2002.
145. Alastrué JI. ¿Cuántas historias hay que revisar en un centro de salud al realizar una auditoría? *Rev Calidad Asistencial*. 1996(11):54-9.
146. Giménez-Pérez D. La historia clínica: aspectos éticos y legales. *Rev Calidad Asistencial*. 2001;16:66-8.
147. Serrat Moré D. Manual de normativa médica y sanitaria. Madrid: COLEX; 1998.
148. España. Ley de protección de datos : Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal. Publicada en el Boletín Oficial del Estado nú., 298, de 14 de diciembre de 1999. 1999.
149. Hermann RC, Chan JA, Provost SE, Chiu WT. Statistical benchmarks for process measures of quality of care for mental and substance use disorders. *Psychiatr Serv*. 2006 Oct;57(10):1461-7.
150. Hermann RC, Leff H, Palmer RH. Quality measures for mental health care: results from a national inventory. *Medical Care Research and Review*. 2000;57(Supl. 2):135-53.
151. Ferlie EB, Shortell SM. Improving the quality of health care in the United Kingdom and the United States: a framework for change. *Milbank Q*. 2001;79(2):281-315.

152. Hearnshaw HM, Harker RM, Cheater FM, Baker RH, Grimshaw GM. Expert consensus on the desirable characteristics of review criteria for improvement of health care quality. *Qual Health Care*. 2001 Sep;10(3):173-8.
153. Morris CJ, Cantrill JA, Hepler CD, Noyce PR. Preventing drug-related morbidity-determining valid indicators. *Int J Qual Health Care*. 2002 Jun;14(3):183-98.
154. Lawrence M, Olesen F. Indicators of quality health care. *Eur J Gen Pract*. 1997;3:103-8.
155. Marshall MN, Shekelle PG, McGlynn EA, Campbell S, Brook RH, Roland MO. Can health care quality indicators be transferred between countries? *Qual Saf Health Care*. 2003 Feb;12(1):8-12.
156. Suñol Sala R, Delgado R. El Audit médico: un metodo para la evaluación de la asistencia. *Control de Calidad Asistencial*. 1986;1(1):27-30.
157. Balogh R, Bond S. Completing the audit cycle: the outcomes of audits in mental health services. *Int J Qual Health Care*. 2001 Apr;13(2):135-42.
158. Sunol R, Delgado R, Esteban A. Medical audit: the Spanish experience. *BMJ*. 1991 Nov 16;303(6812):1249-51.
159. Serrat D. Problemas médico-legales del consumo de drogas. *Adicciones*. 2003 Oct;15(1):77-89.
160. Altisent R, Costa Alcaraz A, Delgado Marroquín MT, Jarabo Crespo Y, Martín Espíldora N, Santos de Unamuno C, et al. Informatización y confidencialidad de la historia clínica. *Aten Primaria*. 2004;34.
161. Plan Nacional de SIDA. Guía para la puesta en marcha de programas de intercambio de jeringuillas. In: Ministerio de Sanidad y Consumo, editor. Madrid; 1996.
162. Romero M, Oviedo-Joekes E, C. MJ, I. M. Programas de jeringuillas. *Adicciones*. 2005;17(Supl. 1):257-76.
163. Aragón. DECRETO 6/2008, de 13 de febrero, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba la estructura orgánica del Departamento de Salud y Consumo. 2008.
164. LEY 41/2002, de 14 de noviembre, sobre las bases reguladoras de la autonomía del paciente y los derechos y obligaciones en materia de información documentación clínica. (2002).
165. Grasso BC, Rothschild JM, Genest R, Bates DW. What do we know about medication errors in inpatient psychiatry? *Jt Comm J Qual Saf*. 2003 Aug;29(8):391-400.

166. Grasso BC, Genest R, Jordan C, Bates D. Use of chart and record reviews to detect medication errors in a state psychiatric hospital. *Psychiatric Services*. 2003;54(5):677–81.
167. Bast RJ, Center for Substance Abuse Treatment (U.S.). Funding resource guide for substance abuse programs. [Rev. ed. Rockville, MD: The Center; 2004.
168. Hansen C. Forecasting the cost of chemical dependency treatment under managed care : the Washington State study. Rockville, MD: U.S. Dept. of Health and Human Services, Public Health Service, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Treatment; 1995.
169. Harrison PA, Center for Substance Abuse Treatment (U.S.). Developing state outcomes monitoring systems for alcohol and other drug abuse treatment. Rockville, MD: U.S. Dept. of Health and Human Services, Public Health Service, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Treatment; 2003.
170. Heil S, Center for Substance Abuse Treatment (U.S.). Integrating state administrative records to manage substance abuse treatment system performance. Rockville, MD (1 Choke Cherry Rd., Rockville 20857): U.S. Dept. of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Treatment; 2007.
171. Levin SM, Greene JA. Case management for substance abuse treatment : a guide for treatment providers. Rockville, Md.: U.S. Department of health and Human Services; 2004.
172. Siegal HA, Cook PS, Center for Substance Abuse Treatment (U.S.). Comprehensive case management for substance abuse treatment. Rockville, MD: U.S. Dept. of Health and Human Services, Public Health Service, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Treatment; 1998.
173. McArthur LC, Goldsberry Y, Center for Substance Abuse Treatment (U.S.). Approval and monitoring of narcotic treatment programs : a guide on the roles of federal and state agencies. Rockville, MD: U.S. Dept. of Health and Human Services, Public Health Service, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Treatment; 1994.
174. Moss S, Center for Substance Abuse Treatment (U.S.). Contracting for managed substance abuse and mental health services : a guide for public purchases / Stephen Moss. Rockville, Md.: Center for Substance Abuse Treatment; 1998.
175. Moss S, Kushner JN, Center for Substance Abuse Treatment (U.S.). Purchasing managed care services for alcohol and other drug treatment : essential elements and policy issues. Rockville, MD: U.S. Dept. of Health and Human Services, Public Health Service, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Treatment; 1995.

176. Berg M, Schelleken W, Bergen C. Bridging the quality chasm: integrating professional and organizational approaches to quality. *Int J Qual Health Care*. 2005;17(1):75-82.
177. Finney JW, Hahn AC, Moos RH. The effectiveness of inpatient and outpatient treatment for alcohol abuse: the need to focus on mediators and moderators of setting effects. *Addiction*. 1996 Dec;91(12):1773-96; discussion 803-20.
178. Gerstein DR, Harwood HJ, Institute of Medicine (U.S.). Committee for the Substance Abuse Coverage Study., National Institute on Drug Abuse. *Treating drug problems*. Washington, D.C.: National Academy Press; 1990.
179. Gossop M, Marsden J, Stewart D, Treacy S. Outcomes after methadone maintenance and methadone reduction treatments: two-year follow-up results from the National Treatment Outcome Research Study. *Drug Alcohol Depend*. 2001 May 1;62(3):255-64.
180. McLellan AT, Grissom GR, Brill P, Durell J, Metzger DS, O'Brien CP. Private substance abuse treatments: are some programs more effective than others? *J Subst Abuse Treat*. 1993 May-Jun;10(3):243-54.
181. Simpson DD, Joe GW, Broome KM. A national 5-year follow-up of treatment outcomes for cocaine dependence. *Arch Gen Psychiatry*. 2002 Jun;59(6):538-44.
182. Simpson DD, Joe GW, Fletcher BW, Hubbard RL, Anglin MD. A national evaluation of treatment outcomes for cocaine dependence. *Arch Gen Psychiatry*. 1999 Jun;56(6):507-14.
183. Simpson DD, Joe GW, Rowan-Szal GA. Drug abuse treatment retention and process effects on follow-up outcomes. *Drug Alcohol Depend*. 1997 Sep 25;47(3):227-35.
184. Simpson DD, Joe GW, Rowan-Szal GA, Greener JM. Drug abuse treatment process components that improve retention. *J Subst Abuse Treat*. 1997 Nov-Dec;14(6):565-72.
185. Mant J. Process versus outcome indicators in the assessment of quality of health care. *Int J Qual Health Care*. 2001 Dec;13(6):475-80.
186. Bañeres J, Orrego C, Suñol R, Ureña V. Los sistemas de registro y notificación de efectos adversos y de incidentes: una estrategia para aprender de los errores. *Rev Calidad Asistencial*. 2005;20:216-22.
187. Sims SA, Snow LA, Porucznik CA. Surveillance of methadone-related adverse drug events using multiple public health data sources. *J Biomed Inform*. 2007 Aug;40(4):382-9.
188. CNE. Vigilancia epidemiológica del Sida en España. Registro Nacional de Casos de Sida. Actualización a 30 de junio de 2007. Informe Semestral nº 1. Año

2007. Madrid; 2007 [updated 2007; cited]; Available from: http://www.isciii.es/htdocs/centros/epidemiologia/epi_sida.jsp.
189. Ford JH, 2nd, Green CA, Hoffman KA, Wisdom JP, Riley KJ, Bergmann L, et al. Process improvement needs in substance abuse treatment: admissions walk-through results. *J Subst Abuse Treat*. 2007 Dec;33(4):379-89.
190. McCarty D, Gustafson DH, Wisdom JP, Ford J, Choi D, Molfenter T, et al. The Network for the Improvement of Addiction Treatment (NIATx): enhancing access and retention. *Drug Alcohol Depend*. 2007 May 11;88(2-3):138-45.
191. Fitzgerald M. Operator assistance with process improvement. NIATx helps one agency reduce waiting times from 21 days to 24 hours. *Behav Healthc*. 2006 May;26(5):20, 2.
192. Rollman B, Hanusa B, Gilbert T, Lowe H, Kapoor W, Schulberg H. The electronic medical record. A randomized trial of its impact on primary care physicians initial management of major depression. *Archives of Internal Medicine*. 2001;161(2):189-97.
193. De Alba I, Samet JH, Saitz R. Burden of medical illness in drug- and alcohol-dependent persons without primary care. *Am J Addict*. 2004 Jan-Feb;13(1):33-45.
194. Sokol J ME, Dickerson FB, Kreyenbuhl J, Brown CH, Goldberg RW, Dixon LB. Comorbidity of medical illnesses among adults with serious mental illness who are receiving community psychiatric services. *Journal of Nervous and Mental Diseases*. 2004;192(6):421-7.
195. Upshur CC. Crossing the divide: primary care and mental health integration. *Adm Policy Ment Health*. 2005 Mar;32(4):341-55.
196. Corrao G, Rubbiati L, Bagnardi V, Zambon A, Poikolainen K. Alcohol and coronary heart disease: a meta-analysis. *Addiction*. 2000 Oct;95(10):1505-23.
197. Brunette MF, Drake RE, Marsh BJ, Torrey WC, Rosenberg SD. Responding to blood-borne infections among persons with severe mental illness. *Psychiatr Serv*. 2003 Jun;54(6):860-5.
198. Rosenberg SD, Goodman LA, Osher FC, Swartz MS, Essock SM, Butterfield MI, et al. Prevalence of HIV, hepatitis B, and hepatitis C in people with severe mental illness. *Am J Public Health*. 2001 Jan;91(1):31-7.
199. Sullivan G, Koegel P, Kanouse DE, Cournos F, McKinnon K, Young AS, et al. HIV and people with serious mental illness: the public sector's role in reducing HIV risk and improving care. *Psychiatr Serv*. 1999 May;50(5):648-52.
200. Garfein RS, Vlahov D, Galai N, Doherty MC, Nelson KE. Viral infections in short-term injection drug users: the prevalence of the hepatitis C, hepatitis B, human immunodeficiency, and human T-lymphotropic viruses. *Am J Public Health*. 1996 May;86(5):655-61.

201. Abraham HD, Degli-Esposti S, Marino L. Seroprevalence of hepatitis C in a sample of middle class substance abusers. *J Addict Dis.* 1999;18(4):77-87.
202. Alter MJ. Hepatitis C virus infection in the United States. *J Hepatol.* 1999;31 Suppl 1:88-91.
203. Alter MJ, Kruszon-Moran D, Nainan OV, McQuillan GM, Gao F, Moyer LA, et al. The prevalence of hepatitis C virus infection in the United States, 1988 through 1994. *N Engl J Med.* 1999 Aug 19;341(8):556-62.
204. Amon JJ, Garfein RS, Ahdieh-Grant L, Armstrong GL, Ouellet LJ, Latka MH, et al. Prevalence of hepatitis C virus infection among injection drug users in the United States, 1994-2004. *Clin Infect Dis.* 2008 Jun 15;46(12):1852-8.
205. CDC. HIV Prevention Strategic Plan through 2010. 2005 [updated 2005; cited]; Available from: <http://www.cdc.gov/hiv/resources/reports/psp/pdf/psp.pdf>.
206. Braithwaite RS, Conigliaro J, Roberts MS, Shechter S, Schaefer A, McGinnis K, et al. Estimating the impact of alcohol consumption on survival for HIV+ individuals. *AIDS Care.* 2007 Apr;19(4):459-66.
207. Conigliaro J, Gordon AJ, McGinnis KA, Rabeneck L, Justice AC. How harmful is hazardous alcohol use and abuse in HIV infection: do health care providers know who is at risk? *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2003 Aug 1;33(4):521-5.
208. Tyor WR, Middaugh LD. Do alcohol and cocaine abuse alter the course of HIV-associated dementia complex? *J Leukoc Biol.* 1999 Apr;65(4):475-81.
209. Pereiro Gómez C, Torrens Melich M. Monografía patología orgánica en adicciones. Palma de Mallorca: Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías; 2006.
210. Arnáez C, Marina A, Secadez R, Fernández JR. Calidad asistencial y satisfacción de las mujeres en tratamiento por drogodependencias en Asturias. *Adicciones.* 2004;16(2):81-90.
211. Campbell CI, Alexander JA. Health services for women in outpatient substance abuse treatment. *Health Serv Res.* 2005 Jun;40(3):781-810.
212. Forcada R, Santos FJ, González C. Expectativas previas y satisfacción del usuario en un programa de tratamiento de mantenimiento con metadona. *Rev Esp Drogodepend.* 2006;31(1):185-95.
213. Pérez de los Cobos J, Fidel G, Escuder G, Haro G, Sánchez N, Pascual C, et al. A satisfaction survey of opioid-dependent clients at methadone treatment centres in Spain. *Drug and Alcohol Dependence.* 2004;73:307-13.
214. Pérez de los Cobos J, Valero S, Haro G, Fidel G, Escuder G, Trujols J, et al. Development and psychometric properties of the Verona Service Satisfaction

Scale for methadone-treated opioid-dependent patients (VSSS-MT). *Drug and Alcohol Dependence*. 2002;68:209-14.

215. Pérez de los Cobos J, Trujols J, Valderrama JC, Valero S, Puig T. Patient perspectives on methadone maintenance treatment in the Valencia Region: Dose adjustment, participation in dosage regulation, and satisfaction with treatment. *Drug and Alcohol Dependence*. 2005;79:405-12.

216. Pérez de los Cobos J, Trujols J. La perspectiva de los usuarios sobre los tratamientos de mantenimiento con metadona: una revisión centrada en la satisfacción con el tratamiento. *Adicciones*. 2005;17(Supl. 2):181-204.

217. Lora FJ, García MA. La satisfacción y la accesibilidad de los pacientes atendidos en el Servicio Provincial de Drogodependencias de Cádiz. *Trastornos adictivos*. 2007;9(2):132-46.

218. National Committee for Quality Assurance (U.S.), NCQA Certification in Utilization Management (Program : U.S.). *Standards and Guidelines for the Accreditation of MBOs*. Washington, D.C.: NCQA; 2004. p. v.

219. Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities (U.S.). *Standards manual with survey preparation questions*. July 2005–June 2006. Washington,: CARF ... The Rehabilitation Accrediation Commission; 2005. p. v.

220. Wilkerson D, Migas N, Slaven T. Outcome-oriented standards and performance indicators for substance dependency rehabilitation programs. *Subst Use Misuse*. 2000 Oct-Dec;35(12-14):1679-703.

221. Council on Accreditation. *Standards and self-study manual*. 7th ed., version 1.1. New York: Council on Accreditation; 2003.

222. Magura S. Introduction: program quality in substance dependency treatment. *Subst Use Misuse*. 2000 Oct-Dec;35(12-14):1617-27.

223. Beattie M, McDaniel P, Bond J. Public sector managed care: a comparative evaluation of substance abuse treatment in three counties. *Addiction*. 2006 Jun;101(6):857-72.

224. Ducharme LJ, Luckey JW. Implementation of the methadone treatment quality assurance system. findings from the feasibility study. *Eval Health Prof*. 2000 Mar;23(1):72-90.

225. McCarty D, Dilonardo J, Argeriou M. State substance abuse and mental health managed care evaluation program. *J Behav Health Serv Res*. 2003 Jan-Feb;30(1):7-17.

226. Srebnik D, Hendryx M, Stevenson J, Caverly S, Dyck DG, Cauce AM. Development of outcome indicators for monitoring the quality of public mental health care. *Psychiatr Serv*. 1997 Jul;48(7):903-9.

227. Squires DD, Gumbley SJ, Storti SA. Training substance abuse treatment organizations to adopt evidence-based practices: The Addiction Technology Transfer Center of New England Science to Service Laboratory. *J Subst Abuse Treat.* 2007 Jun 27.
228. Field G, Center for Substance Abuse Treatment (U.S.). Continuity of offender treatment for substance use disorders from institution to community. Rockville, MD: U.S. Dept. of Health and Human Services, Public Health Service, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Treatment; 2004.
229. Aukerman RB, McGarry P, Center for Substance Abuse Treatment (U.S.). Combining substance abuse treatment with intermediate sanctions for adults in the criminal justice system. Rockville, MD: U.S. Dept. of Health and Human Services, Public Health Service, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Treatment; 1994.
230. Inciardi JA, Center for Substance Abuse Treatment (U.S.). Screening and assessment for alcohol and other drug abuse among adults in the criminal justice system. Rockville, MD (5600 Fishers Lane, Rockville 20857): U.S. Dept. of Health and Human Services, Public Health Service, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Treatment; 1994.
231. Substance abuse treatment and family therapy : a treatment improvement protocol TIP 39. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Treatment; 2008.
232. Welfare reform and substance abuse treatment confidentiality : general guidance for reconciling need to know and privacy. Rockville, MD: U.S. Dept. of Health and Human Services, Public Health Service, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Treatment; 1999.
233. United States. Substance Abuse and Mental Health Services Administration., Center for Substance Abuse Treatment (U.S.). Checklist for monitoring alcohol and other drug confidentiality compliance. Rockville, MD (Rockwall II, 5600 Fishers Lane, Rockville 20857): U.S. Dept. of Health and Human Services, Public Health Service, Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 2003.
234. Baker F, Center for Substance Abuse Treatment (U.S.). Coordination of alcohol, drug, abuse, and mental health services. Rockville, MD (Rockwall II, 5600 Fishers Lane, Rockville 20857): U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Substance Abuse and Mental Health Services Administration Center for Substance Abuse Treatment; 1995.
235. Crowe AH, Reeves R, Center for Substance Abuse Treatment (U.S.). Treatment for alcohol and other drug abuse : opportunities for coordination.

Rockville, Md. (5600 Fishers Lane, Rockville 20857): U.S. Dept. of Health and Human Services, Public Health Service, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Treatment; 1994.

236. Barthwell AG, Gibert CL, Center for Substance Abuse Treatment (U.S.). Screening for infectious diseases among substance abusers. Rockville, MD (5600 Fishers Lane, Rockville 20857): U.S. Dept. of Health and Human Services, Public Health Service, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Treatment; 1993.

237. Batki SL, Selwyn PA, Center for Substance Abuse Treatment (U.S.). Substance abuse treatment for persons with HIV/AIDS. Rockville, MD: U.S. Dept of Health and Human Services, Public Health Service, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Treatment; 2002.

238. Selwyn PA, Batki SL, Center for Substance Abuse Treatment (U.S.). Treatment for HIV-infected alcohol and other drug abusers. Rockville, MD (Rockwall II, 5600 Fishers Lane, Rockville 20857): U.S. Dept of Health and Human Services, Public Health Service, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Treatment; 1995.

239. Fazzone PA, Holton JK, Reed BG, Center for Substance Abuse Treatment (U.S.). Substance abuse treatment and domestic violence. Rockville, MD: U.S. Dept of Health and Human Services, Public Health Service, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Treatment; 1997.

240. Kassebaum P, Center for Substance Abuse Treatment (U.S.). Substance abuse treatment for women offenders : guide to promising practices. Rockville, MD (Rockwall II, 5600 Fishers Lane, Rockville 20857): U.S. Dept. of Health and Human Services, Public Health Service, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Treatment; 1999.

241. Marion IJ, Mitchell JL, Center for Substance Abuse Treatment (U.S.). Pregnant, substance-using women. Rockville, MD (Rockwall II, 5600 Fishers Lane, Rockville 20857): U.S. Dept. of Health and Human Services, Public Health Service, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Treatment; 1993.

242. Clift E, Center for Substance Abuse Treatment (U.S.). Guidelines for the treatment of alcohol- and other drug-abusing adolescents. Rockville, MD (5600 Fishers Lane, Rockville 20857): U.S. Dept. of Health and Human Services, Public Health Service, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Treatment; 1993.

243. Fleisch B, Center for Substance Abuse Treatment (U.S.). Approaches in the treatment of adolescents with emotional and substance abuse problems. Rockville, MD: U.S. Dept. of Health and Human Services, Public Health Service,

Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Treatment; 1991.

244. Howard J, Center for Substance Abuse Treatment (U.S.), CDM Group Inc. Substance abuse treatment for persons with child abuse and neglect issues. Rockville, MD (Rockwall II, 5600 Fishers Lane, Rockville 20857): U.S. Dept. of Health and Human Services, Public Health Service, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Treatment; 2000.

245. Kandall SR, Center for Substance Abuse Treatment (U.S.). Improving treatment for drug-exposed infants. Rockville, MD (Rockwall II, 5600 Fishers Lane, Rockville 20857): U.S. Dept. of Health and Human Services, Public Health Service, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Treatment; 1993.

246. Schonberg SK, Center for Substance Abuse Treatment (U.S.). Guidelines for the treatment of alcohol-- and other drug-abusing adolescents. Rockville, MD (Rockwall II, 5600 Fishers Lane, Rockville 20857): U.S. Dept. of Health and Human Services, Public Health Service, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Treatment; 1993.

247. Winters KC, Center for Substance Abuse Treatment (U.S.). Screening and assessing adolescents for substance use disorders. Rockville, MD: U.S. Dept. of Health and Human Services, Public Health Service, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Treatment; 2003.

248. Winters KC, Center for Substance Abuse Treatment (U.S.). Treatment of adolescents with substance use disorders. Rockville, MD (Rockwall II, 5600 Fishers Lane, Rockville, 20857): U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Treatment; 2003.

249. Winters KC, Center for Substance Abuse Treatment (U.S.). Screening and assessing adolescents for substance use disorders. Rockville, MD: U.S. Dept. of Health and Human Services, Public Health Service, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Treatment; 2007.

250. Blow FC, Center for Substance Abuse Treatment (U.S.). Substance abuse among older adults. Rockville, MD (Rockwall II, 5600 Fishers Lane, Rockville 20857): U.S. Dept. of Health and Human Services, Public Health Service, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Treatment; 1998.

251. Blow FC, Center for Substance Abuse Treatment (U.S.). Substance abuse among older adults : physicians guide. Rockville, MD (Rockwall II, 5600 Fishers Lane, Rockville 20857): U.S. Dept. of Health and Human Services, Public Health

Service, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Treatment; 2004.

252. Gartner L, Mee-Lee D. The role and current status of patient placement criteria in the treatment of substance use disorders. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Treatment; 2004.

253. Kauffman JF, Woody GE, Center for Substance Abuse Treatment (U.S.). Matching treatment to patient needs in opioid substitution therapy. Rockville, MD (Rockwall II, 5600 Fishers Lane, Rockville 20857): U.S. Dept. of Health and Human Services, Public Health Service, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Treatment; 1995.

254. Kleber HD, Center for Substance Abuse Treatment (U.S.). Assessment and treatment of cocaine-abusing methadone-maintained patients. Rockville, MD (5600 Fishers Lane, Rockville 20857): U.S. Dept. of Health and Human Services, Public Health Service, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Treatment; 1994.

255. Sacks S, Ries R, Center for Substance Abuse Treatment (U.S.). Substance abuse treatment for persons with co-occurring disorders. Rockville, MD: U.S. Dept. of Health and Human Services, Public Health Service, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Treatment; 2005.

256. Ries R, Center for Substance Abuse Treatment (U.S.). Assessment and treatment of patients with coexisting mental illness and alcohol and other drug abuse. Rockville, MD (5600 Fishers Lane, Rockville 20857): U.S. Dept. of Health and Human Services, Public Health Service, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Treatment; 1994.

257. Fernández JJ. Calidad asistencial y cronicidad en los programas de mantenimiento con agonistas opiáceos. *Adicciones*. 2004;16(2):1-8.

258. Ayuntamiento de Madrid. Carta de Servicios del Instituto de Adicciones de Madrid Salud. Madrid: Dirección General de Calidad y Atención al Ciudadano; 2007.

259. Fernández Hermida JR, Secades Villa R, Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Evaluación de la eficacia del programa: Proyecto Hombre. Aravaca (Madrid): Asociación Proyecto Hombre; 2001.

260. Martín Pozas JE. Criterios de Calidad en Comunidad Terapéutica. Fundación Girasol; [cited 2008]; Available from: <http://girasolfundacion.es/>.

261. Federación Europea de Asociaciones Intervinientes en Toxicomanías, editor. Indicadores de calidad en comunidades terapéuticas. Portugal; 2001.

262. Hermann RC, Palmer RH. Common Ground: A Framework for Selecting Core Quality Measures for Mental Health and Substance Abuse Care. *Psychiatr Serv.* 2002;53:281-7.
263. National Treatment Agency for Substance Misuse. Models of Care for Treatment of Adult Drug Misusers: Update 2006. In: Department of Health UK, editor. London; 2006.
264. Wilkinson EK, McColl A, Exworthy M, Roderick P, Smith H, Moore M, et al. Reactions to the use of evidence-based performance indicators in primary care: a qualitative study. *Qual Health Care.* 2000 Sep;9(3):166-74.
265. Bañón I Martínez R, e-libro Corp. La evaluación de la acción y de las políticas públicas[Recurso electrónico]. Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 2003.
266. ONU-ONUDD. Por qué invertir en el tratamiento de abuso de drogas: documento de debate para la formulación de políticas. Nueva York: Oficina contra la Droga y el Delito. Naciones Unidas.; 2003.
267. Greenhalgh T, Robert G, MacFarlane F, Bate P, O. K. Diffusion of innovations in service organizations: Systematic review and recommendations. *The Milbank Quarterly.* 2004;82(4):581–629.
268. Brook RH, McGlynn EA, Shekelle PG. Defining and measuring quality of care: a perspective from US researchers. *Int J Qual Health Care.* 2000 Aug;12(4):281-95.
269. Mendieta S. Nueva Estrategia Regional sobre Drogas. Trastornos adictivos. 2001;3(3):199-204.
270. Exworthy M, Wilkinson EK, McColl A, Moore M, Roderick P, Smith H, et al. The role of performance indicators in changing the autonomy of the general practice profession in the UK. *Soc Sci Med.* 2003 Apr;56(7):1493-504.

ANEXOS

1.- Marco de referencia del Plan Autonómico de Drogodependencias.

- Constitución española
- Ley orgánica 14/1986, de 25 de abril, general de sanidad
- Ley orgánica 10/1995 de 23 de noviembre, del código penal.
- Ley orgánica 15/2003 de 1 de octubre de 2004 por la que se reforma el Código Penal.
- Ley 17/2003 de 29 de mayo, por la que se regula el Fondo de Bienes Decomisados por tráfico ilícito de drogas y otros delitos relacionados.
- Ley orgánica 1/1996, de 15 de enero, de protección jurídica del menor.
- Ley orgánica 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la responsabilidad penal de los menores.
- Real decreto 1079/1993, de 2 de julio, por el que se regula la remisión de las sanciones administrativas en materia de drogas (desarrollo del art. 25 de la Ley Orgánica 1/1992 sobre seguridad ciudadana).
- Real decreto 1911/1999 de 17 de diciembre por el que se aprueba la estrategia nacional sobre drogas para el periodo 2000-2008.
- Real decreto 190/1996, de 9 de febrero, por el que se aprueba el reglamento penitenciario.
- Real decreto legislativo 339/1990 de 2 de marzo por el que se regula el texto articulado de la ley sobre tráfico, circulación a motor y seguridad vial.
- Convención única de 1961 sobre estupefacientes.

Legislación autonómica

- Estatuto de Autonomía de Aragón (Ley Orgánica 5/1996 de 30 de diciembre).
- Ley 3/2001, de 4 de abril, de prevención, asistencia y reinserción social en materia de drogodependencias.

- Ley 2/2000, de 28 de junio, del juego de la Comunidad Autónoma de Aragón.
- Ley 4/1987, de ordenación de la acción social
- Ley 12/2001, de 2 de julio, de la infancia y la adolescencia en Aragón.
- Ley 4/1996 de creación del Instituto Aragonés de Servicios Sociales que establece las funciones del mismo.
- Ley 9/92, de 7 de octubre, del voluntariado social.
- Ley 1/93, de 19 de febrero, de medidas de inserción y normalización social.
- Decreto Legislativo 2/2004 de 30 de diciembre del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley del Servicio Aragonés de Salud.
- Decreto 45/2000, de 29 de febrero sobre Reglamento del Servicio Aragonés de Salud.
- Decreto 59/1997, de 29 de abril sobre el Reglamento de funcionamiento de los equipos de atención primaria.
- Decreto 151/2001, de 24 de julio, del Gobierno de Aragón por el que se modifica el mapa sanitario de la Comunidad Autónoma de Aragón.
- Decreto 152/2001, de 24 de julio, del Gobierno de Aragón, por el que se regulan las características de la señalización donde figuran las prohibiciones y limitaciones a la venta de bebidas alcohólicas y de tabaco o sus labores.
- Decreto 343/2001, de 18 de diciembre, del Gobierno de Aragón, por el que se constituye la Comisión Interdepartamental de Drogodependencias y el Consejo Asesor en Drogodependencias.
- Decreto 96/91, de 20 de mayo, de regulación de las prestaciones económicas en el ámbito de la acción social.
- Decreto 57/94, de 23 de marzo, del ingreso aragonés de inserción.
- Decreto 111/1992 de 26 de mayo del Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo, por el que se regulan las condiciones mínimas que han de reunir los servicios y establecimientos sociales especializados.

- Orden de 7 de abril de 1995 del Departamento de Presidencia y Relaciones Institucionales por la que se regulan las discotecas juveniles.
- Orden de 7 de abril de 1987 del Departamento de Sanidad, Bienestar social y Trabajo por la que se aprueban las normas de funcionamiento interno de la comunidad terapéutica El Frago (modificación orden 12 de noviembre de 1988)
- Orden de 3 de agosto de 1990, del Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo, por la que se modifica la composición y funciones de la comisión de acreditación, evaluación y control de centros y servicios de tratamiento con opiáceos a personas dependientes de los mismos.
- Orden de 20 de julio de 2001, del Departamento de Presidencia y Relaciones Institucionales, por la que se establece la adecuación de los edificios administrativos del gobierno de Aragón a las prescripciones de la ley 3/2001, de 4 de abril, de prevención, asistencia y reinserción social en materia de drogodependencias.

2.- Indicadores del Plan de Calidad en la Atención a las Drogodependencias en Cataluña elaborados con el soporte metodológico de la FAD.

DIMENSIÓN 1: ATENCIÓN A LA PERSONA

Aspecto relevante	Nº	Criterio	Estándar
Proceso de ingreso	1	El Centro de Adicciones ha de posibilitar que las demandas de tratamiento, a través de las visitas de acogida, resulten motivadoras y el usuario acuda a una primera visita personal programada	75%
Proceso de atención	2	Los pacientes han de disponer de un programa terapéutico individualizado en un plazo adecuado	90%
Proceso de atención	3	El centro ha de ejecutar el programa de vacunación contra la hepatitis B a toda la población de riesgo.	90%
Proceso de atención	4	Los pacientes que se someten a la analítica de VIH, han de poder acceder a un programa de asesoramiento.	85%
Proceso de atención	5	El centro pondrá a disposición de los usuarios la cartera de programas asistenciales ofertados (de acuerdo con el documento previo sobre Cartera de Servicios del Departamento de Sanidad) y con las características más importantes de cada uno.	100%
Tratamiento farmacológico	6	Los pacientes atendidos han de tener la prescripción farmacológica correctamente registrada.	100%
Seguimiento del proceso de atención	7	Los pacientes en PMM han de ser atendidos en una visita de seguimiento clínico (como mínimo cada 6 meses).	90%
Seguimiento del proceso atención	8	El centro procurará mantener la adhesión al tratamiento de los pacientes durante todo el proceso de atención.	15%
Seguimiento del proceso atención	9	El centro dispondrá de un programa de seguimiento activo de los pacientes que no acuden a la dispensación de metadona.	90%
Prevención	10	El centro promoverá y participará en actividades de prevención propias o en coordinación con el ayuntamiento o de otras entidades comunitarias de referencia o por indicación de la Dirección General de Salud Pública.	100%
Programas de reducción de daños	11	Los centros dispondrán de pautas normalizadas para la prevención de riesgos asociados a las conductas de uso de sustancias y a las conductas sexuales.	100%
Programas de reducción de daños	12	El centro pone material de inyección (jeringas) a disposición de los usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP).	100%
Programas de reducción de daños	13	El centro dispone de programas que cuentan con actividades dirigidas a los usuarios que no están en contacto con el Centro de Adicciones.	100%

DIMENSIÓN 2: RELACIONES Y DERECHOS DE LOS USUARIOS

Aspecto relevante	N°	Criterio	Estándar
Confidencialidad	14	El centro asegurará la confidencialidad de los datos del paciente.	100%
Información	15	El centro garantizará que el usuario dispone de la información necesaria para la toma de decisiones sobre su propia salud.	100%
Satisfacción	16	Existirá un sistema normalizado de reclamaciones (método y profesionales) para dar respuesta a las quejas de los usuarios y sus familias en un plazo máximo de dos semanas.	80%
Satisfacción	17	El centro conocerá el grado de satisfacción de los usuarios.	100%
Relación y atención a la familia	18	El centro dispondrá de un plan de acción con las familias, que contemple contactos y seguimientos periódicos (con plazo máximo de seis meses entre cada actuación).	80%
Relaciones con la comunidad	19	El centro promoverá la reinserción sociolaboral del usuario a la comunidad.	80%
Relaciones con la comunidad	20	El centro realizará actividades destinadas a mejorar la aceptación de la comunidad.	100%
Relaciones con la comunidad	21	El centro llevará a cabo actividades de relación y coordinación institucional para mejorar la aceptación social con asociaciones, ayuntamientos, comarcas y otros entes regionales que estén constituidos de forma estable.	90%

DIMENSIÓN 3: ENTORNO DE LA ATENCIÓN

Aspecto relevante	N°	Criterio	Estándar
Adecuación del espacio	22	El centro estará dotado de un espacio que garantice la privacidad de la dispensación y administración de metadona.	100%

DIMENSIÓN 4: ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DEL CENTRO

Aspecto relevante	N°	Criterio	Estándar
Organización y demora	23	La población de riesgo en el área de influencia del Centro de Adicciones tiene que poder acceder a información escrita sobre la cartera de servicios, horarios y lugares de atención, estén o no en tratamiento.	100%
Organización y demora	24	El centro preverá la atención de los pacientes con demandas asistenciales fuera de la programación.	100%
Organización y demora	25	El centro iniciará el proceso diagnóstico-terapéutico en un periodo no superior a las 2 semanas desde la primera visita.	80%
Sistema de documentación y registro	26	Todos los pacientes atendidos en el centro dispondrán de una Historia Clínica abierta.	100%
Sistema de documentación y registro	27	La documentación clínica generada durante el proceso por los diferentes profesionales, tiene que estar reunida y accesible a todos los miembros del equipo.	95%
Atención interdisciplinar	28	Todos los pacientes en tratamiento serán valorados, como mínimo una vez por los profesionales que integran el equipo interdisciplinar.	75%
Protocolos	29	El centro dispondrá de un número mínimo de protocolos para la atención a los pacientes, con el fin de disminuir la variabilidad en la práctica clínica y conseguir un mejor aprovechamiento de los	100%

		recursos existentes.	
Protocolos	30	Dado el elevado índice de trastornos y alteraciones psiquiátricas en pacientes drogodependientes, el centro dispondrá de un protocolo de detección de psicopatologías concomitantes a la dependencia	100%
Protocolos	31	El embarazo en mujeres con trastornos por abuso de sustancias se considera de alto riesgo, por este motivo los centros han de disponer de un protocolo adecuado que incluya test de embarazo, asesoramiento y derivación a un especialista.	100%
Formación continuada	32	Los profesionales del equipo participarán en actividades de formación continuada.	80%
Opinión de los profesionales	33	El centro conocerá la opinión de los profesionales.	100%
Coordinación con otros niveles de atención.	34	El centro dispondrá de mecanismos de relación y coordinación con Servicios Sociales y los organismos competentes en materia jurídica.	100%
Coordinación con otros niveles de atención.	35	El centro elaborará conjuntamente con los EAP, CSM y hospitales de referencia, un plan de trabajo que incida en los aspectos conjuntos de la atención de los pacientes toxicómanos.	100%

3.- Estudio de la presencia de los criterios en las normas vigentes. Documentos estudiados.

- ORDEN de 4 de mayo de 2005, del Departamento de Salud y Consumo, por la que se incorporan al Anexo I de la Orden de 29 de octubre de 2004, que regula la acción concertada en materia de prestación de sanitarios, la relación de servicios de salud mental, atención a las drogodependencias y atención bucodental infantil, susceptibles de ser concertados con proveedores ajenos al Sistema de Salud de Aragón.
- DECRETO 343/2001, de 18 de diciembre, del Gobierno de Aragón, por el que se constituye la Comisión Interdepartamental de Drogodependencias y el Consejo Asesor en Drogodependencias.
- Orden de 29 de octubre de 2004, que regula la acción concertada en materia de prestación de sanitarios, la relación de servicios de salud mental, atención a las drogodependencias y atención bucodental infantil, susceptibles de ser concertados con proveedores ajenos al Sistema de Salud de Aragón.
- ORDEN de 1 de septiembre de 2005 del Departamento de Salud y Consumo por la que se crea el Consejo Asesor de Salud Mental en la Comunidad Autónoma de Aragón.
- ORDEN de 20 de julio de 2001, del Departamento de Presidencia y Relaciones Institucionales, por la que se establece la adecuación de los Edificios Administrativos del Gobierno de Aragón a las prescripciones de la Ley 3/2001, de 4 de abril, de Prevención, Asistencia y Reinserción Social en materia de drogodependencias
- ORDEN de 24 de mayo de 2001, del Departamento de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, por la que se somete a información pública el proyecto de Decreto del Gobierno de Aragón, por el que se constituye la Comisión Interdepartamental de Drogodependencias y el Consejo Asesor en Drogodependencias

- LEY 3/2001, de 4 de abril, de prevención, asistencia y reinserción social en materia de drogodependencias.
- ORDEN de 9 de mayo de 2007, del Departamento de Educación, Cultura y Deporte, por la que se aprueba el currículo de la Educación secundaria obligatoria y se autoriza su aplicación en los centros docentes de la Comunidad Autónoma de Aragón.
- ORDEN de 27 de abril de 2007, del Departamento de Salud y Consumo, por la que se regula la acción concertada en materia de prestación de servicios sanitarios.
- LEY 3/2007, de 21 de marzo, de Juventud de Aragón.
- DECRETO 209/2006, de 24 de octubre, del Gobierno de Aragón, por el que se establecen las bases reguladoras para la concesión de subvenciones en materia de salud y consumo.
- ORDEN de 27 de junio de 2008, de la Consejera de Salud y Consumo por la que se regula, en el Sistema de Salud de Aragón, el funcionamiento de la Comisión para Ingresos y Seguimiento de Pacientes en Centros Sanitarios de Rehabilitación de Salud Mental y Comunidades Terapéuticas de Deshabitación.
- ORDEN de 3 de agosto de 1990, del Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo, por el que se establece la normativa para obtener la autorización administrativa para la apertura, ampliación, modificación, traslado o cierre, así como la acreditación de Centros Residenciales para Rehabilitación y Reinserción Social de Toxicómanos.
- ORDEN de 3 de agosto de 1990, del Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo, por la que se modifica la composición y funciones de la Comisión de Acreditación, Evaluación y Control de Centros y Servicios de tratamiento con opiáceos a personas dependientes de los mismos.
- ORDEN de 28 de noviembre de 2006, del Departamento de Presidencia y Relaciones Institucionales, por la que se dispone la publicación del Convenio de colaboración suscrito con el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Comunidad Autónoma de Aragón, para el Plan Nacional sobre drogas de fecha 15 de noviembre de 2006.

- ORDEN de 2 de marzo de 2006, del Departamento de Salud y Consumo, por la que se convoca una beca de prácticas y colaboración en la Dirección General de Salud Pública, para la recogida y codificación de datos incluidos en el Observatorio Español sobre drogas y gestión de archivos clínicos.
- ORDEN de 26 de octubre de 2005, del Departamento de Servicios Sociales y Familia, por la que se da publicidad del Acuerdo de 26 de septiembre de 2005, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el I Plan de Inclusión Social de Aragón 2005-2006.
- Ley 4/1987, de ordenación de la acción social.
- Ley 1/93, de 19 de febrero, de medidas de inserción y normalización social.
- Decreto Legislativo 2/2004 de 30 de diciembre del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley del Servicio Aragonés de Salud.
- Decreto 59/1997, de 29 de abril sobre el Reglamento de funcionamiento de los equipos de atención primaria.
- DECRETO 6/2008, de 21 de octubre, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba la estructura orgánica del Departamento de Salud y Consumo.
- Decreto 111/1992 de 26 de mayo del Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo, por el que se regulan las condiciones mínimas que han de reunir los servicios y establecimientos sociales especializados.
- Plan de Salud de Aragón (1999),
- Ley 6 /2002 de Salud de Aragón,
- Plan autonómico sobre drogodependencias y otras conductas adictivas. 2005 – 2008. Gobierno de Aragón. Departamento de Salud y Consumo. Dirección General de Salud Pública.

4.- Panel de indicadores.

Profesionales asistenciales de centros con/sin PMM

Universidad de Zaragoza
Facultad de Medicina
Departamento de Anatomía, Medicina Legal y
Forense y Toxicología

LEER ATENTAMENTE LAS INSTRUCCIONES

Esta encuesta forma parte de un estudio que tiene como objetivo aproximar la Calidad asistencial en Salud a los Centros de Tratamiento de Adicciones (CA). Los *indicadores* son instrumentos de medida que expresan cuantitativamente aspectos de la asistencia, organización o gestión y ayudan a evaluar la calidad y la adecuación del Centro. Cuando se miden periódicamente se obtiene información y tendencias, se identifican problemas y ayudan a establecer medidas necesarias para la mejora continua del trabajo asistencial.

A continuación se presentan 35 indicadores de Calidad:

- Indicadores de evaluación de la atención al usuario (13), Indicadores de evaluación de los derechos del usuario (8), Indicadores de evaluación del entorno de la atención (1), Indicadores de evaluación de gestión y organización (13).
- Estos indicadores fueron diseñados para el Plan de Calidad en la Atención a las Drogodependencias en Cataluña del Departamento de Salud de Cataluña con el soporte metodológico del Instituto Universitario Avedis Donabedian - Universidad Autónoma de Barcelona.

Nº	Criterio y estándar.	Idoneidad	Cumplimiento
1	Los centros han de hacer lo posible para que las demandas de información y las visitas de acogida sean motivadoras y que el usuario acuda a una primera visita personal. ESTÁNDAR: 75%	No aplicable	No aplicable
		1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

Escalas de valoración

Idoneidad

- 1= Nada adecuado.
- 2= Poco adecuado.
- 3= Indeciso.
- 4= Adecuado.
- 5= Esencial.

Cumplimiento

- 1= Nunca.
- 2= Casi nunca.
- 3= A veces.
- 4= Casi siempre.
- 5= Siempre.

Muchas gracias por su colaboración

INDICADORES DE CALIDAD ASISTENCIAL EN CENTROS DE ATENCIÓN A DROGODEPENDIENTES

INDICADORES DE EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN AL USUARIO (1-13)			
Nº	Criterio y estándar.	Idoneidad	Cumplimiento
1	Los centros han de hacer lo posible para que las demandas de información y las visitas de acogida sean motivadoras y que el usuario acuda a una primera visita personal. ESTÁNDAR: 75%	No aplicable	No aplicable
		1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
2	Los pacientes dispondrán de un programa terapéutico (y de atención) individualizado en un plazo adecuado (antes de la 4ª visita). ESTÁNDAR: 90%	No aplicable	No aplicable
		1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
3	El centro aplicará el programa de vacunación contra la hepatitis B a toda la población de riesgo. ESTÁNDAR: 90%	No aplicable	No aplicable
		1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
4	Los pacientes con analítica de VIH, tienen que poder acceder a un servicio de asesoría. ESTÁNDAR: 85%	No aplicable	No aplicable
		1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
5	El centro pondrá a disposición de los usuarios el listado de programas asistenciales ofertados y con las características más relevantes de cada uno de ellos. ESTÁNDAR: 100%	No aplicable	No aplicable
		1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
6	Los pacientes atendidos han de tener correctamente registrada la prescripción farmacológica. ESTÁNDAR: 100%	No aplicable	No aplicable
		1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
7	Los pacientes en Plan de Metadona realizan una visita de seguimiento (cada 6 meses como mínimo). ESTÁNDAR: 90%	No aplicable	No aplicable
		1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
8	El centro tiene que procurar disminuir el número de abandonos durante el proceso de atención. Abandono: 6 meses desde la última visita. ESTÁNDAR: 15%	No aplicable	No aplicable
		1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
9	El centro hará un seguimiento activo (telefónico o presencial) de los pacientes que no acuden a la dispensación de metadona. ESTÁNDAR: 90%	No aplicable	No aplicable
		1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
10	El centro promoverá y participará en actividades de prevención, ya sean propias o en coordinación con entidades comunitarias de referencia. ESTÁNDAR: 100%	No aplicable	No aplicable
		1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
11	Los centros tienen que disponer de pautas de actuación normalizadas para la prevención de riesgos asociados a las conductas de abuso de sustancias y a las conductas sexuales de riesgo. ESTÁNDAR: 100%	No aplicable	No aplicable
		1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
12	El centro pone material de inyección (jeringas) a disposición de los usuarios de drogas por vía parenteral (UDPV). ESTÁNDAR: 100%	No aplicable	No aplicable
		1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
13	El centro dispone de programa de actividades de contacto con drogodependientes no atendidos en la Red Asistencial. ESTÁNDAR: 100%	No aplicable	No aplicable
		1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

INDICADORES DE EVALUACIÓN DE LOS DERECHOS DEL USUARIO (14-21)			
Nº	Criterio y estándar.	Idoneidad	Cumplimiento
14	El centro garantiza al paciente la confidencialidad de sus datos. Se cuenta con el CI del paciente para la comunicación de datos a terceros. ESTÁNDAR: 100%	No aplicable	No aplicable
		1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
15	Todo paciente debe recibir una descripción del tratamiento, motivos y consecuencias (deseables y posibles). ESTÁNDAR: 100%	No aplicable	No aplicable
		1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
16	Existe un sistema normalizado para dar respuesta, antes de dos semanas, a las quejas de los usuarios y sus familias. ESTÁNDAR: 80%	No aplicable	No aplicable
		1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
17	El centro conoce el grado de satisfacción de los usuarios. El instrumento y metodología del estudio es decidido por cada centro. ESTÁNDAR: 100%	No aplicable	No aplicable
		1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
18	El centro dispone de un plan de acción con las familias que contempla contactos y seguimientos periódicos (periodicidad semestral). ESTÁNDAR: 80%	No aplicable	No aplicable
		1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
19	El centro tiene un plan de reinserción sociolaboral que promueve la normalización del usuario. ESTÁNDAR: 80%	No aplicable	No aplicable
		1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
20	El centro realiza algunas actividades destinadas a mejorar la aceptación	No aplicable	No aplicable
		1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

	social. ESTÁNDAR: 100%	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
21	El centro llevará a cabo actividades de relación institucional con asociaciones, ayuntamientos, consejerías,..., que le permitan la resolución de problemas y el intercambio de opiniones. ESTÁNDAR: 90%	No aplicable	No aplicable
		1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

INDICADORES DE EVALUACIÓN DEL ENTORNO DE LA ATENCIÓN (22)

Nº	Criterio y estándar.	Idoneidad	Cumplimiento
22	El centro tiene que disponer de un espacio privado para la dispensación y administración de metadona. ESTÁNDAR: 100%	No aplicable	No aplicable
		1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

INDICADORES DE EVALUACIÓN DE GESTIÓN Y ORGANIZACIÓN (23-35)

Nº	Criterio y estándar.	Idoneidad	Cumplimiento
23	Existe un folleto que contiene dirección y teléfono, horarios de atención, público al que se dirige, profesionales que forman el equipo, cartera de servicios... Al menos en tres lugares. ESTÁNDAR: 100%	No aplicable	No aplicable
		1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
24	El centro dispone de un horario de atención a los pacientes con demandas asistenciales fuera de la programación. ESTÁNDAR: 100%	No aplicable	No aplicable
		1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
25	El centro no retrasará el inicio del proceso diagnóstico y terapéutico más allá de 2 semanas desde la visita de acogida. ESTÁNDAR: 80%	No aplicable	No aplicable
		1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
26	Todos los pacientes atendidos en el centro tienen una Historia Clínica (HC) abierta. ESTÁNDAR: 100%	No aplicable	No aplicable
		1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
27	La documentación clínica generada por los profesionales durante el proceso está reunida y accesible a todos los miembros del equipo. ESTÁNDAR: 95%	No aplicable	No aplicable
		1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
28	Todos los pacientes serán valorados, como mínimo una vez durante el proceso de atención, por los profesionales que integran el equipo interdisciplinar. ESTÁNDAR: 75%	No aplicable	No aplicable
		1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
29	El centro dispondrá de un número mínimo de protocolos asistenciales. Servirá para disminuir la variabilidad de la práctica clínica y un mejor aprovechamiento de los recursos. ESTÁNDAR: 100%	No aplicable	No aplicable
		1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
30	Dado el elevado índice de trastornos y alteraciones psiquiátricas en pacientes drogodependientes, el centro dispondrá de un protocolo de detección de psicopatologías concomitantes a la dependencia. ESTÁNDAR: 100%	No aplicable	No aplicable
		1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
31	El embarazo en mujeres con trastornos por abuso de sustancias se considera de alto riesgo, por este motivo los centros han de disponer de un protocolo adecuado que incluya test de embarazo, asesoramiento y derivación a un especialista. ESTÁNDAR: 100%	No aplicable	No aplicable
		1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
32	Los profesionales del equipo participan de formación continuada, 20 horas en profesionales asistenciales y 10 horas en profesionales no asistenciales como mínimo anual. ESTÁNDAR: 80%	No aplicable	No aplicable
		1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
33	El centro dispone de encuesta de opinión de los profesionales. ESTÁNDAR: 100%	No aplicable	No aplicable
		1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
34	El centro mantendrá relación y coordinación con Servicios Sociales y los organismos judiciales. ESTÁNDAR: 100%	No aplicable	No aplicable
		1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
35	El centro elaborará, con Atención Primaria, Salud Mental y Especializada, un plan de trabajo conjunto de atención de los pacientes toxicómanos. ESTÁNDAR: 100%	No aplicable	No aplicable
		1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

Profesionales gestores del Servicio Aragonés de Salud.

Universidad de Zaragoza
Facultad de Medicina
Departamento de Anatomía, Medicina Legal y
Forense y Toxicología

LEER ATENTAMENTE LAS INSTRUCCIONES

Esta encuesta forma parte de un estudio que tiene como objetivo aproximar la Calidad asistencial en Salud a los Centros de Tratamiento de Adicciones (CA). Los **indicadores** son instrumentos de medida que expresan cuantitativamente aspectos de la asistencia, organización o gestión y ayudan a evaluar la calidad y la adecuación del Centro. Cuando se miden periódicamente se obtiene información y tendencias, se identifican problemas y ayudan a establecer medidas necesarias para la mejora continua del trabajo asistencial.

A continuación se presentan 35 indicadores de Calidad:

- Indicadores de evaluación de la atención al usuario (13), Indicadores de evaluación de los derechos del usuario (8), Indicadores de evaluación del entorno de la atención (1), Indicadores de evaluación de gestión y organización (13).
- Estos indicadores fueron diseñados para el Plan de Calidad en la Atención a las Drogodependencias en Cataluña del Departamento de Salud de Cataluña con el soporte metodológico del Instituto Universitario Avedis Donabedian – Universidad Autónoma de Barcelona.

Nº	Criterio y estándar.	Idoneidad
1	Los centros han de hacer lo posible para que las demandas de información y las visitas de acogida sean motivadoras y que el usuario acuda a una primera visita personal. ESTÁNDAR: 75%	No aplicable
		1 2 3 4 5

Escala de valoración

Idoneidad

- 1= Nada adecuado.
- 2= Poco adecuado.
- 3= Indeciso.
- 4= Adecuado.
- 5= Esencial.

Muchas gracias por su colaboración

INDICADORES DE CALIDAD ASISTENCIAL EN CENTROS DE ATENCIÓN A DROGODEPENDIENTES

INDICADORES DE EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN AL USUARIO (1-13)		
Nº	Criterio y estándar.	Idoneidad
1	Los centros han de hacer lo posible para que las demandas de información y las visitas de acogida sean motivadoras y que el usuario acuda a una primera visita personal. ESTÁNDAR: 75%	No aplicable
		1 2 3 4 5
2	Los pacientes dispondrán de un programa terapéutico (y de atención) individualizado en un plazo adecuado (antes de la 4ª visita). ESTÁNDAR: 90%	No aplicable
		1 2 3 4 5
3	El centro aplicará el programa de vacunación contra la hepatitis B a toda la población de riesgo. ESTÁNDAR: 90%	No aplicable
		1 2 3 4 5
4	Los pacientes con analítica de VIH, tienen que poder acceder a un servicio de asesoría. ESTÁNDAR: 85%	No aplicable
		1 2 3 4 5
5	El centro pondrá a disposición de los usuarios el listado de programas asistenciales ofertados y con las características más relevantes de cada uno de ellos. ESTÁNDAR: 100%	No aplicable
		1 2 3 4 5
6	Los pacientes atendidos han de tener correctamente registrada la prescripción farmacológica. ESTÁNDAR: 100%	No aplicable
		1 2 3 4 5
7	Los pacientes en Plan de Metadona realizan una visita de seguimiento (cada 6 meses como mínimo). ESTÁNDAR: 90%	No aplicable
		1 2 3 4 5
8	El centro tiene que procurar disminuir el número de abandonos durante el proceso de atención. Abandono: 6 meses desde la última visita. ESTÁNDAR: 15%	No aplicable
		1 2 3 4 5
9	El centro hará un seguimiento activo (telefónico o presencial) de los pacientes que no acuden a la dispensación de metadona. ESTÁNDAR: 90%	No aplicable
		1 2 3 4 5
10	El centro promoverá y participará en actividades de prevención, ya sean propias o en coordinación con entidades comunitarias de referencia. ESTÁNDAR: 100%	No aplicable
		1 2 3 4 5
11	Los centros tienen que disponer de pautas de actuación normalizadas para la prevención de riesgos asociados a las conductas de abuso de sustancias y a las conductas sexuales de riesgo. ESTÁNDAR: 100%	No aplicable
		1 2 3 4 5
12	El centro pone material de inyección (jeringas) a disposición de los usuarios de drogas por vía parenteral (UDPV). ESTÁNDAR: 100%	No aplicable
		1 2 3 4 5
13	El centro dispone de programa de actividades de contacto con drogodependientes no atendidos en la Red Asistencial. ESTÁNDAR: 100%	No aplicable
		1 2 3 4 5

INDICADORES DE EVALUACIÓN DE LOS DERECHOS DEL USUARIO (14-21)		
Nº	Criterio y estándar.	Idoneidad
14	El centro garantiza al paciente la confidencialidad de sus datos. Se cuenta con el CI del paciente para la comunicación de datos a terceros. ESTÁNDAR: 100%	No aplicable
		1 2 3 4 5
15	Todo paciente debe recibir una descripción del tratamiento, motivos y consecuencias (deseables y posibles). ESTÁNDAR: 100%	No aplicable
		1 2 3 4 5
16	Existe un sistema normalizado para dar respuesta, antes de dos semanas, a las quejas de los usuarios y sus familias. ESTÁNDAR: 80%	No aplicable
		1 2 3 4 5
17	El centro conoce el grado de satisfacción de los usuarios. El instrumento y metodología del estudio es decidido por cada centro. ESTÁNDAR: 100%	No aplicable
		1 2 3 4 5
18	El centro dispone de un plan de acción con las familias que contempla contactos y seguimientos periódicos (periodicidad semestral). ESTÁNDAR: 80%	No aplicable
		1 2 3 4 5
19	El centro tiene un plan de reinserción sociolaboral que promueve la normalización del usuario. ESTÁNDAR: 80%	No aplicable
		1 2 3 4 5
20	El centro realiza algunas actividades destinadas a mejorar la aceptación social. ESTÁNDAR: 100%	No aplicable
		1 2 3 4 5

21	El centro llevará a cabo actividades de relación institucional con asociaciones, ayuntamientos, consejerías,..., que le permitan la resolución de problemas y el intercambio de opiniones. ESTÁNDAR: 90%	No aplicable
		1 2 3 4 5

INDICADORES DE EVALUACIÓN DEL ENTORNO DE LA ATENCIÓN (22)		
Nº	Criterio y estándar.	Idoneidad
22	El centro tiene que disponer de un espacio privado para la dispensación y administración de metadona. ESTÁNDAR: 100%	No aplicable
		1 2 3 4 5

INDICADORES DE EVALUACIÓN DE GESTIÓN Y ORGANIZACIÓN (23-35)		
Nº	Criterio y estándar.	Idoneidad
23	Existe un folleto que contiene dirección y teléfono, horarios de atención, público al que se dirige, profesionales que forman el equipo, cartera de servicios... Al menos en tres lugares. ESTÁNDAR: 100%	No aplicable
		1 2 3 4 5
24	El centro dispone de un horario de atención a los pacientes con demandas asistenciales fuera de la programación. ESTÁNDAR: 100%	No aplicable
		1 2 3 4 5
25	El centro no retrasará el inicio del proceso diagnóstico y terapéutico más allá de 2 semanas desde la visita de acogida. ESTÁNDAR: 80%	No aplicable
		1 2 3 4 5
26	Todos los pacientes atendidos en el centro tienen una Historia Clínica (HC) abierta. ESTÁNDAR: 100%	No aplicable
		1 2 3 4 5
27	La documentación clínica generada por los profesionales durante el proceso está reunida y accesible a todos los miembros del equipo. ESTÁNDAR: 95%	No aplicable
		1 2 3 4 5
28	Todos los pacientes serán valorados, como mínimo una vez durante el proceso de atención, por los profesionales que integran el equipo interdisciplinar. ESTÁNDAR: 75%	No aplicable
		1 2 3 4 5
29	El centro dispondrá de un número mínimo de protocolos asistenciales. Servirá para disminuir la variabilidad de la práctica clínica y un mejor aprovechamiento de los recursos. ESTÁNDAR: 100%	No aplicable
		1 2 3 4 5
30	Dado el elevado índice de trastornos y alteraciones psiquiátricas en pacientes drogodependientes, el centro dispondrá de un protocolo de detección de psicopatologías concomitantes a la dependencia. ESTÁNDAR:100%	No aplicable
		1 2 3 4 5
31	El embarazo en mujeres con trastornos por abuso de sustancias se considera de alto riesgo, por este motivo los centros han de disponer de un protocolo adecuado que incluya test de embarazo, asesoramiento y derivación a un especialista. ESTÁNDAR: 100%	No aplicable
		1 2 3 4 5
32	Los profesionales del equipo participan de formación continuada, 20 horas en profesionales asistenciales y 10 horas en profesionales no asistenciales como mínimo anual. ESTÁNDAR: 80%	No aplicable
		1 2 3 4 5
33	El centro dispone de encuesta de opinión de los profesionales. ESTÁNDAR:100%	No aplicable
		1 2 3 4 5
34	El centro mantendrá relación y coordinación con Servicios Sociales y los organismos judiciales. ESTÁNDAR: 100%	No aplicable
		1 2 3 4 5
35	El centro elaborará, con Atención Primaria, Salud Mental y Especializada, un plan de trabajo conjunto de atención de los pacientes toxicómanos. ESTÁNDAR: 100%	No aplicable
		1 2 3 4 5

5.- Ficha técnica de los indicadores seleccionados.

1.- Primeras visitas después de la acogida.

Dimensión	Atención de la persona		
Aspecto relevante	Proceso de ingreso.		
Criterio	El Centro de Adicciones tiene que hacer lo posible para que las demandas de tratamiento o información a través de las visitas de acogida resulten motivadoras y el usuario acuda a una primera visita terapéutica programada.		
Nombre y número del indicador	1.- Primeras visitas después de la acogida.		
Fórmula	$\frac{\text{Nº usuarios acogidos que terminan en primera visita programada}}{\text{Número total de usuarios acogidos}}$		x100
Tipo	Resultados	Estándar:	75%
Fuente de Datos	<ul style="list-style-type: none"> • Registro de solicitud de asistencia. • Historias abiertas. 		
Comentarios			

2.- Formulación del Plan Terapéutico Individualizado

Dimensión	Atención de la persona		
Aspecto relevante	Proceso de Atención.		
Criterio	Los pacientes tienen que tener un programa terapéutico individualizado en un plazo adecuado.		
Nombre y número del indicador	2.- Formulación del Plan Terapéutico Individualizado		
Fórmula	$\frac{\text{Pacientes que tienen un Plan Terapéutico a partir de la 3ª visita}}{\text{Pacientes programa de tratamiento}}$		x100
Tipo	Proceso	Estándar:	90%
Fuente de Datos	<ul style="list-style-type: none"> • Documentación clínica 		
Comentarios			

3.- Programa de vacunación contra la hepatitis B.

Dimensión	Atención de la persona		
Aspecto relevante	Atención de la persona		
Criterio	El centro aplicará un programa de vacunación contra la hepatitis B a toda la población de riesgo.		
Nombre y número del indicador	3.- Programa de vacunación contra la hepatitis B.		
Fórmula	$\frac{\text{Usuarios de drogas ilegales que completan la vacunación de la hepatitis B}}{\text{Usuarios de drogas ilegales susceptibles de vacunación de la hepatitis B}}$		x100
Tipo	Proceso	Estándar:	90%
Fuente de Datos	<ul style="list-style-type: none"> • Historias clínicas • Registro específico de vacunaciones del centro. 		
Comentarios			

6.- Registro de la prescripción farmacológica.

Dimensión	Atención de la persona		
Aspecto relevante	Tratamiento farmacológico		
Criterio	Los pacientes atendidos han de tener la prescripción farmacológica correctamente registrada.		
Nombre y número del indicador	6.- Registro de la prescripción farmacológica.		
Fórmula	$\frac{\text{Usuarios con tratamiento farmacológico correctamente registrado}}{\text{Usuarios en tratamiento farmacológico}}$		x100
Tipo	Proceso	Estándar:	100%
Fuente de Datos	<ul style="list-style-type: none"> • Historia Clínica 		
Comentarios	Para considerar cumplido este indicador hace falta que todas las prescripciones del periodo revisado cumplan el apartado de explicación de términos.		

8.- Abandonos de programa.

Dimensión	Atención de la persona		
Aspecto relevante	Seguimiento de la Atención		
Criterio	El centro procurará mantener la adhesión al tratamiento de los pacientes durante todo el proceso de atención.		
Nombre y número del indicador	8.- Abandonos de programa.		
Fórmula	$\frac{\text{Número de pacientes que no continúan en el programa}}{\text{Número de pacientes en tratamiento}}$		x100
Tipo	Resultado	Estándar:	15%
Fuente de Datos	<ul style="list-style-type: none"> Registro del centro. 		
Comentarios	<p>El centro dispondrá de un sistema de seguimiento que permita determinar cuándo un paciente ha abandonado el programa.</p> <p>Los expertos que han elaborado el indicador quieren hacer constar que es diferente el tipo de abandono si la droga de consumo es legal o ilegal.</p>		

12.- Disponibilidad de material de inyección.

Dimensión	Atención de la persona		
Aspecto relevante	Programa de reducción de daños		
Criterio	El centro pone material de inyección (jeringas) a disposición de los usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP).		
Nombre y número del indicador	12.- Disponibilidad de material de inyección.		
Fórmula	Disponibilidad de kits de inyección al alcance de los usuarios.		
Tipo	Estructura	Estándar:	100% (si)
Fuente de Datos	<ul style="list-style-type: none"> Observación directa 		
Comentarios	<p>Investigaciones demuestran que no existe correlación entre la dispensación de material de inyección y abandonos de tratamiento, o de un aumento en el consumo de aquéllos que ya consumían, más bien al contrario, las personas que entran en contacto con Programas de Intercambio de Jeringas pasan mas fácilmente a los servicios de tratamiento de la adicción.</p>		

14.- Comunicación de datos médicos y personales a terceros.

Dimensión	Relaciones y derechos de los usuarios		
Aspecto relevante	Confidencialidad		
Criterio	El centro asegurará la confidencialidad de los datos del paciente.		
Nombre y número del indicador	14.- Comunicación de datos médicos y personales a terceros.		
Fórmula	Existencia de un protocolo de comunicación de datos médicos y personales.		
Tipo	Estructura	Estándar:	100% (si)
Fuente de Datos	<ul style="list-style-type: none"> • Protocolos del Centro de Adicciones. 		
Comentarios	El grupo de trabajo recomienda que siempre que sea posible el protocolo este consensado con el Comité de Ética del hospital de referencia.		

17.- Estudio de opinión.

Dimensión	Relaciones y derechos de los usuarios		
Aspecto relevante	Satisfacción.		
Criterio	El centro conocerá el grado de satisfacción de los usuarios.		
Nombre y número del indicador	17.- Estudio de opinión.		
Fórmula	Realización de un estudio de opinión a los usuarios		
Población	<ul style="list-style-type: none"> • Usuarios del Centro de Adicciones 		
Tipo	Proceso	Estándar:	100% (si)
Comentarios	<p>El instrumento y la metodología de los estudios de opinión han de ser trabajada y decidida en cada Centro de Adicciones.</p> <p>En Centros que comienzan la implantación del indicador, en la primera revisión se aceptaría como cumplimiento válido la existencia de la planificación del estudio de la opinión y el instrumento que se ha previsto, aunque no se disponga de los resultados.</p>		

18.- Plan de actividades con las familias.

Dimensión	Relaciones y derechos de los usuarios		
Aspecto relevante	Relaciones con la familia		
Criterio	El centro dispondrá de un plan de acción con las familias, que contemple contactos y seguimientos periódicos (con plazo máximo de seis meses entre cada actuación).		
Nombre y número del indicador	18.- Plan de actividades con las familias.		
Fórmula	$\frac{\text{Número de usuarios con intervención familiar semestral}}{\text{Número de usuarios}}$		x100
Tipo	Proceso	Estándar:	80%
Fuente de Datos	<ul style="list-style-type: none"> Historias clínicas. 		
Comentarios			

22- Privacidad del Plan de Metadona.

Dimensión	Entorno de la Atención		
Aspecto relevante	Adecuación de espacios.		
Criterio	El centro estará dotado de un espacio que garantice la privacidad de la dispensación y administración de metadona		
Nombre y número del indicador	22- Privacidad del Plan de Metadona.		
Fórmula	Existencia de una estructura física adecuada destinada a la dispensación de metadona.		
Tipo	Estructura.	Estándar:	100%
Fuente de Datos	<ul style="list-style-type: none"> Observación directa. 		
Comentarios			

25- Demora de la primera visita

Dimensión	Organización y Gestión del Centro		
Aspecto relevante	Organización / demora.		
Criterio	El centro ha de poder iniciar el proceso diagnóstico y terapéutico en un periodo no superior a dos semanas.		
Nombre y número del indicador	25- Demora de la primera visita		
Fórmula	$\frac{\text{Usuarios con una demora superior a 15 días en la 1ª visita programada}}{\text{Número total de 1ª visitas}}$		x 100
Tipo	Estructura	Estándar:	80%
Fuente de Datos	<ul style="list-style-type: none"> • Registro de visitas de acogida y primeras visitas. • Historias abiertas. 		
Comentarios	Cada Centro ha de llevar un registro con las primeras visitas y las acogidas.		

26- Historia clínica.

Dimensión	Organización y Gestión del Centro		
Aspecto relevante	Sistemas de documentación y registro.		
Criterio	Todos los pacientes atendidos tienen abierta una HC.		
Nombre y número del indicador	26- Historia clínica.		
Fórmula	$\frac{\text{Número de pacientes con HC abierta}}{\text{Número total de pacientes}}$		x 100
Tipo	Proceso	Estándar:	100%
Fuente de Datos	<ul style="list-style-type: none"> • Documentación clínica. 		
Comentarios	En estos momentos se está trabajando en la elaboración de un Modelo de Historia Clínica única e informatizada por todo el sector que facilitará la recogida de datos. Entre tanto se medirá el contenido de la HC con los términos de éste indicador.		

27- Historia clínica única y compartida.

Dimensión	Organización y Gestión del Centro		
Aspecto relevante	Sistemas de documentación y registro.		
Criterio	La documentación clínica generada, durante el proceso por los diferentes profesionales, tiene que estar reunida y accesible a todos los miembros del equipo.		
Nombre y número del indicador	27- Historia clínica única y compartida.		
Fórmula	$\frac{\text{Número de pacientes con Historia clínica única y compartida}}{\text{Número de pacientes en tratamiento al centro.}} \times 100$		
Tipo	Proceso	Estándar:	95%
Fuente de Datos	<ul style="list-style-type: none"> Documentación clínica. 		
Comentarios	El equipo de trabajo consideró que es necesario disponer de una definición, escrita y conocida por todos los miembros del equipo, del tipo de datos que se han de registrar en la HC.		

29- Protocolo de diagnóstico de patologías orgánicas.

Dimensión	Organización y Gestión del Centro		
Aspecto relevante	Protocolos.		
Criterio	El centro dispondrá de un número mínimo de protocolos para la atención a los pacientes, con el fin de disminuir la variabilidad en la práctica clínica y conseguir un mejor aprovechamiento de los recursos existentes.		
Nombre y número del indicador	29- Protocolo de diagnóstico de patologías orgánicas.		
Fórmula	Existencia del protocolo.		
Tipo	Estructura	Estándar:	100% (si)
Fuente de Datos	<ul style="list-style-type: none"> Censo de protocolos del centro. 		
Comentarios			

