

DOCUMENTO
GESTIÓN DE LA CALIDAD

ÍNDICE

Introducción.....	3
Antecedentes.....	4
Sistema Asesoría.....	9
Sistema Evaluación.....	22
Anexos Asesoría.....	28

“Concentrarnos sobre la Calidad ayuda a asegurar que los escasos recursos disponibles se emplean de forma eficiente y eficaz. Sin calidad no habrá confianza en la efectividad del sistema”

**Mejora de Calidad en Salud Mental
OMS 2007**

Introducción

Pensar en calidad y en desarrollar procesos que nos permitan la mejora de ésta nos impone el importante desafío de ir más allá de entregar un servicio, centrándonos en los procesos de atención y sus resultados, en la satisfacción usuaria y en la eficiencia del uso de recursos, considerando además la responsabilidad que cabe respecto del adecuado uso de los recursos públicos, entre otros aspectos. Nos insta a una actitud proactiva para prevenir y resolver oportunamente dificultades, poniendo el énfasis en otorgar el mayor beneficio posible en la atención de los usuarios y prevenir que se incrementen los riesgos. Es decir, no solamente focalizarse en las problemáticas pasadas, sino también asegurar los cuidados efectivos en el futuro. La calidad debe comprenderse, por lo tanto, desde una perspectiva multidimensional.

Relevar la importancia de la calidad y la gestión de la calidad en los procesos de intervención en el ámbito de la salud, implica acoger un mandato de carácter ético. La intervención sanitaria demanda reconocer al sujeto tanto en su vulnerabilidad como respecto de sus recursos y potencialidades y exige la búsqueda de una atención de excelencia: *“la salud es una de las condiciones más importantes de la vida humana y un componente fundamental de las posibilidades humanas que tenemos motivos para valorar”*¹. La intervención centrada en las personas no puede hacerse sin mediar la reflexión crítica de la organización respecto de qué es lo bueno, lo justo y cuáles son las estrategias, metodologías y acciones específicas para su consecución.

¹ Sen, Amartya, ¿Por qué Equidad en Salud?, Revista Panamericana de Salud Pública, Vol 11 N° 5-6, Washington, Junio 2006.

De este modo, el objetivo central de la Gestión de Calidad es desarrollar progresivamente una cultura de la calidad en los equipos de atención, a través de la entrega de herramientas específicas que permitan revisar la propia práctica, identificando los nudos críticos y las fortalezas en el funcionamiento y gestión de los programas de tratamiento.

SENDA y MINSAL preocupados por una atención de calidad en el contexto de la red de centros y programas de tratamiento y rehabilitación del consumo problemático en el marco de este convenio, incorpora a través de este documento, **la gestión de la calidad de la atención** en el desarrollo de programas de tratamiento en convenio e incluye como mecanismos esenciales en este proceso: **la asesoría y la evaluación**.

Antecedentes

Calidad en salud se entiende como “condición de la organización sanitaria, que de acuerdo a una caracterización y normativa claramente definidas dentro de un sistema, permite cumplir funciones bien realizadas y seguras, que cubren satisfactoriamente las expectativas, requerimientos y necesidades de los usuarios, con recursos optimizados y equitativamente distribuidos”².

La calidad se configura a partir de un conjunto de dimensiones³, a saber:

DIMENSIONES	DEFINICIÓN
Accesibilidad	Es la facilidad con que la persona usuaria obtiene la atención sanitaria en relación con los aspectos (barreras) organizacionales, económicos y culturales. Es importante saber si la atención llega a quién la necesita y cuando la necesita. En esta dimensión es relevante reconocer que las barreras existen, identificarlas y medirlas, implementar soluciones creativas e innovadoras para resolverlas y mantener (institucionalizar) las soluciones, si ellas resultan útiles.
Oportunidad	Es la prestación de servicios, en condiciones adecuadas, cuando la persona lo necesite, sin tiempos de espera, que excedan lo técnicamente indicado. Considera definir estrategias para el manejo de las listas de espera.

² Manual para el proceso de evaluación de la calidad de atención en salud mental. MINSAL (2007).

³ Manual de orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario. Ministerio de Salud (2012).

	También la oportunidad se refiere a recibir atención de salud en estadios precoces de la manifestación del problema.
Derechos de las personas usuarias	<p>Se refiere a todos aquellos aspectos relativos al respeto a la dignidad de las personas y al respeto a las normativas legales que surgen de los procesos de atención y de la condición de persona.</p> <p>Entre otros aspectos considera el control de la distribución y difusión de la información y datos personales a los que se accede en el marco del proceso de atención, a través del cuidado en el manejo de los “datos sensibles” registrados en documentos escritos y en la divulgación oral de la información. Considera también el correcto desarrollo del proceso de consentimiento informado que reconoce la autonomía de las personas usuarias respecto de su tratamiento, el acceso a la información suficiente y adecuada para la toma de decisiones y el resguardo de la privacidad y confidencialidad de la información generada en el marco del proceso de atención. Todo lo anterior en el marco del trato respetuoso y considerado.</p>
Calidad técnica o competencia profesional	<p>Hace referencia a la capacidad de los integrantes del Equipo de Salud de utilizar el más avanzado nivel de conocimientos, habilidades, destrezas y juicio profesional para abordar los problemas de salud y brindar satisfacción a la persona usuaria, entre otros considera la calidad del diagnóstico, tratamiento y seguimiento.</p> <p>Contempla el ejercicio ético de la profesión, la calidad de las relaciones interpersonales al interior del equipo, como con las personas usuarias, sus familias y otros actores vinculados al proceso de atención</p>
Continuidad	<p>La continuidad es la atención integral de las personas en un sistema integrado, es decir, que la atención se provea de forma ininterrumpida y coordinada entre los diferentes programas e instituciones, considerando el episodio de la trayectoria en que se encuentre cada persona. Implica comprender que el logro de los resultados terapéuticos trasciende a los límites de un programa o dispositivo específico, que requiere del tránsito de la persona por una RED de atención articulada, considerando:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención permanente y sin interrupciones dentro de un mismo programa. • Atención sin interrupciones, entre diferentes niveles de atención del sistema • Atención sin interrupciones dentro del sistema, a lo largo del curso de vida de la persona • Atención paralela en distintos dispositivos sanitarios en respuesta a la multiplicidad de necesidades de salud que pueda presentar una persona. • Continuidad dada por la calidad de la información que se transfiere en los procesos de derivación • Coordinación intersectorial
Efectividad	Es la medida en que una determinada atención, mejora el estado de salud del que la recibe, logrando los mejores resultados posibles con los recursos disponibles.
Eficiencia	Se refiere a otorgar el mayor beneficio posible, al menor costo razonable. Vincula calidad y costo y plantea saber calcular costos reales y estar conscientes de que si los costos se disminuyen bajo cierto límite, ello puede terminar alterando la calidad del servicio.

Satisfacción Usuaría	<p>Se define como la medida en que la atención sanitaria y el estado de salud resultantes cumplen con las expectativas de las personas. Se trata de tener en cuenta la manera en que la atención es percibida por el usuario y sus reacciones como consecuencia de ello. Considera la adaptación de la atención a las expectativas, deseos y a los valores de las personas usuarias.</p> <p>Algunos factores que inciden en el grado de satisfacción son la edad de la persona usuaria, el estado físico y mental previo a la atención, experiencias previas en el sistema, la accesibilidad a la atención, la información recibida, la organización de la atención, la competencia profesional percibida, la mejoría de la salud percibida, etc.</p>
Seguridad	<p>Eliminación y/o reducción de riesgos, accidentes, infecciones, efectos perjudiciales vinculados a la prestación del servicio, tanto para la persona usuaria como para el prestador.</p>
Comodidades, Amenidades o Confort	<p>Esta dimensión incluye todas las condiciones ambientales en que un servicio se otorga. Considera salas de espera confortables, amplias, ventiladas, iluminadas, con asientos adecuados, boxes bien habilitados, que respeten la privacidad de la atención, condiciones de calefacción apropiadas, manejo de la contaminación acústica, mantenimiento y aseo.</p>

En relación con lo anterior y considerando lo planteado por las OMS⁴, la valoración y comprensión de la calidad de atención en salud involucra una variedad de perspectivas, de acuerdo a los distintos actores que participan en el proceso y sus diferentes percepciones. A saber:

- Desde la perspectiva de la persona usuaria y su familia, por ejemplo, aspectos tales como la amabilidad y disponibilidad de tiempo de la persona tratante, las características físicas del sitio en donde recibe la atención, el tiempo que transcurre entre el momento en que solicita el servicio y efectivamente lo recibe, y los resultados y las complicaciones del proceso, son características que puede evaluar fácilmente y que, por lo tanto, determinan su valoración de la calidad.
- Desde la perspectiva del prestador, la valoración de la calidad puede centrarse en los aspectos científicos, técnicos y tecnológicos involucrados en el proceso, tales como certificaciones y experiencia de los profesionales y la tecnología disponible.

⁴ Mejora de la Calidad de la Salud Mental. OMS (2007).

- Desde la perspectiva del pagador del servicio, la característica que más valora es la eficiencia, es decir, lograr el mayor beneficio al menor costo.

En este marco es fundamental evaluar la calidad y se han establecido cuatro principales razones de por qué es importante medirla⁵:

- a) Para ayudar a los/las usuarios/as a realizar elecciones informadas sobre su salud;
- b) Para ayudar a los/as usuarios/as y equipos a tomar decisiones informadas sobre los planes terapéuticos;
- c) Para ayudar a los equipos a mejorar la atención que prestan;
- d) Para proporcionar información a los procesos de decisión económica.

Por otro lado, la **gestión en calidad** en salud ha sido definida como un conjunto de acciones sistematizadas y continuas destinadas a prevenir y/o resolver oportunamente, problemas o situaciones que impidan otorgar el mayor beneficio posible o que incrementen riesgos de los usuarios.⁶ Dentro de estas acciones, se enfatiza en la evaluación, monitoreo, diseño, desarrollo y cambio organizacional, como herramientas puestas a disposición de los equipos de salud para el mejor cumplimiento de su misión y objetivos.

La gestión entonces, permite incrementar la eficiencia y la calidad de las prestaciones sanitarias otorgadas en los centros y programas de tratamiento; disminuir la variabilidad de la práctica clínica; mejorar la efectividad y la eficiencia en la toma de decisiones; usar los recursos de salud en servicios con valor demostrado para la mejora de salud de las personas e incorporar a los profesionales en la gestión de los recursos utilizados en su propia práctica y, a fin de mejorar la efectividad de las decisiones; entre otros.

⁵ Manual de orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud familiar y Comunitario. Ministerio de Salud (2012).

⁶ *Manual para el proceso de evaluación de la calidad de atención en salud mental. Minsal (2007).*

Un sistema de gestión de calidad se concibe en el marco del desarrollo de procesos de mejora continua⁷, que se refiere al hecho de que nada puede considerarse como algo terminado o mejorado en forma definitiva. Estamos siempre en un proceso de cambio, de desarrollo y con posibilidades de mejorar; en busca permanente de la excelencia del servicio y los procesos que lo sustentan. Estos procesos no son estáticos, sino más bien son dinámicos en constante evolución. Y este criterio se aplica tanto a las personas, como a las organizaciones y sus actividades.

El esfuerzo de mejora continua es un ciclo, a través del cual identificamos un área de mejora, planeamos cómo realizarla, la implementamos, verificamos los resultados y actuamos de acuerdo con ellos, ya sea para corregir desviaciones o para proponer otra meta más retadora.

Este ciclo permite la renovación, el desarrollo, el progreso y la posibilidad de responder a las necesidades cambiantes de nuestro entorno, para dar un mejor servicio o producto a nuestros usuarios.

Los siguientes capítulos describen los dos mecanismos esenciales que MINSAL y SENDA han definido para la gestión de la calidad de los programas de tratamiento de drogas y alcohol: **la asesoría y la evaluación.**

⁷ http://www.conductitlan.net/psicologia_organizacional/la_mejora_continua.pdf

I.- SISTEMA DE ASESORÍA A LOS EQUIPOS DE CENTROS Y PROGRAMAS DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN

Se entenderá la Asesoría como un proceso de acompañamiento al equipo tratante, que consiste en brindar orientación y apoyo mediante la sugerencia y/o la entrega de información relevante y atinente al tratamiento y los procesos asociados a éste. Es un proceso que fomenta la capacidad reflexiva de los equipos respecto a su práctica de manera participativa, facilitando la detección de problemas, así como el acompañamiento en la resolución de éstos, el reconocimiento y reforzamiento de actividades bien ejecutadas y la propuesta de soluciones correctoras atinentes, cuando corresponda.

En el marco del presente Convenio, esta asesoría es un proceso continuo dirigido específicamente a proveer apoyo técnico a los equipos ejecutores de los programas de tratamiento y rehabilitación del consumo problemático de alcohol y otras drogas, con el objetivo de promover el desarrollo de competencias técnico-clínicas, favorecer la coordinación y trabajo en red y fortalecer la organización de los programas y equipos de tratamiento, a fin de contribuir al mejoramiento continuo de la calidad de la atención brindada a las personas usuarias, de acuerdo a sus necesidades y recursos.

OBJETIVOS GENERALES

- Contribuir a la mejora continua y progresiva de los programas de tratamiento, favoreciendo el desarrollo de una cultura de la calidad en los equipos.
- Orientar y apoyar a los equipos en el diseño, implementación y desarrollo de un programa de tratamiento y rehabilitación del consumo problemático de alcohol y otras drogas, resolutivo y de calidad.

Objetivos específicos

- Contribuir al desarrollo de destrezas, habilidades y competencias de los equipos, que permitan mejorar las distintas dimensiones de un servicio de calidad.

- Promover y fortalecer el desarrollo de estrategias terapéuticas eficaces para el proceso de recuperación de las personas usuarias.
- Favorecer la formación continua, la transferencia e intercambio de tecnologías y herramientas de acuerdo a las necesidades de los equipos.
- Favorecer en los equipos la reflexión crítica de sus prácticas, a fin de reforzar aspectos positivos y superar aquellos deficitarios.
- Promover la perspectiva de autocuidado y cuidado de los equipos
- Facilitar la continuidad de los cuidados de los/las usuarios/as a través del fortalecimiento y la gestión efectiva de la red de tratamiento y de salud general

RESPONSABLES

La responsabilidad de la implementación del Sistema de Asesoría recae en el equipo conformado por el Gestor de Calidad de SENDA Regional y un Profesional de la Unidad de Salud Mental del Servicio de Salud correspondiente, quienes en conjunto con el equipo de cada centro deben acordar un plan y un cronograma de trabajo anual, pudiendo contar con apoyo de SEREMI cuando corresponda.

Para resguardar el desarrollo continuo de lo planificado, este equipo establecerá la metodología que permita que la ausencia de alguna de las partes asesoras no dificulte el normal desarrollo del proceso de Asesoría y la obtención de resultados y productos. Para lo anterior, se requiere que la dupla asesora durante el primer trimestre del año elabore una planificación escrita de visitas de asesoría que contenga el centro o programa a visitar, número de visitas planificadas y de éstas, aquellas que se realizarán en conjunto, de acuerdo a la priorización que realice la dupla.

La conformación del equipo asesor permite complementar aproximaciones desde la atención, la intervención y la red como apoyo al desarrollo de cada programa, en las cuales también se incorpora y se integra la diversidad regional.

ORGANIZACIÓN DE LA ASESORÍA

Para el desarrollo de este proceso se requiere inicialmente la **planificación conjunta** entre el equipo del programa y el equipo asesor de los siguientes aspectos:

1. Co construcción de un plan de trabajo para el año (ver anexo N°1), que incluye contenidos, metas, resultados y productos a lograr, con sus respectivos plazos. Éste debe ser formulado en los tres primeros meses del año (o tres meses desde el inicio de la ejecución del convenio) y firmado por el equipo asesor y el Encargado del Programa de Tratamiento. Servirá como insumo para el punto de partida de este plan entre otros elementos, la pauta de Evaluación aplicada el año anterior, si corresponde.
2. Definición de estrategias de coordinación para el desarrollo de la asesoría, estructurando un cronograma de reuniones y actividades
3. La evaluación de cumplimiento del plan de trabajo, realizada en función del cronograma con una periodicidad definida por el equipo asesor y el centro o programa de tratamiento, debiendo al menos realizarse una evaluación semestral, con corte al 30 de junio y al 31 de diciembre.
4. El monitoreo de los resultados de tratamiento, que contemple entre otras variables: retención de usuarios, tiempos de espera, logro terapéutico, etc. debiendo al menos realizarse una primera evaluación en julio de cada año y una segunda evaluación en enero de cada año, considerando el periodo Enero – Junio y Enero – Diciembre, respectivamente.

Cabe destacar que esta planificación inicial puede ser modificada, según acuerdo entre las partes y/o situaciones emergentes, tales como observaciones realizadas a partir de la supervisión de centros o programas de tratamiento, sean estas conducentes a multas o sanciones, o no.

METODOLOGÍA

La implementación de la asesoría requiere de la construcción de una alianza de trabajo con los equipos de los centros o programas prestadores que facilite el cumplimiento de los objetivos de la gestión de calidad.

Esta Asesoría se desarrolla, por un lado, a través de contactos y visitas programadas y acordadas previamente con los equipos de los centros o programas, además de otros contactos según los objetivos del plan, el diagnóstico de necesidades, los insumos entregados por la evaluación y otros elementos emergentes, abordándose aspectos y/o necesidades de desarrollo particulares de dicho centro o programa. La frecuencia de la Asesoría deberá ser definida considerando las fortalezas y debilidades que presenta cada centro en particular. Se espera que la frecuencia mínima de estas actividades no sea inferior a un periodo de dos meses, debiendo intensificarse en aquellos casos en que se presentan mayores necesidades de desarrollo y/o deficiencias

Así mismo, dicha asesoría se desarrolla además mediante reuniones, ampliadas con un grupo de centros, o bien reuniones de red; con una frecuencia definida de acuerdo a las necesidades particulares detectadas.

Es importante señalar que existen aspectos que pueden ser pesquisados en los procesos de asesoría que requerirán el involucramiento de actores distintos a la dupla asesora y el equipo técnico del Programa para su abordaje, por ejemplo, el Encargado de Tratamiento de SENDA, el Encargado de Salud Mental del Servicio de Salud, el Director Regional de SENDA, el Director del Servicio de Salud, el representante legal de una entidad privada, el Director de Salud de la respectiva Municipalidad, entre otros. Para lo anterior, se requiere que la dupla asesora ponga en conocimiento de sus respectivas jefaturas la necesidad, quienes serán los responsables de organizar las acciones correspondientes y el seguimiento de éstas. Sumado a lo anterior, la dupla asesora debe mantener el proceso de asesoría de acuerdo a lo planificado en los ámbitos que le competen.

Cada una de las actividades de asesoría tiene que ser registrada en el documento denominado Registro de Asesoría (ver anexo N°2), con el propósito de disponer de información de este proceso y retroalimentar al equipo tratante.

La asesoría considera, entre otras actividades:

- Acompañamiento en la instalación y desarrollo del programa terapéutico, que permita:
 - Anticipar dificultades potenciales en el desarrollo del programa de tratamiento.
 - Identificar necesidades de formación y capacitación de los equipos, relevando su importancia y canalizándolas en los niveles pertinentes.
 - Identificar y reforzar los aciertos en la intervención y en la implementación de los programas
- Discusión, análisis y reflexión de elementos teóricos que sustentan los modelos de intervención que guían la acción de los equipos y cómo éstos se operacionalizan en metodologías específicas de intervención.
- Discusión y análisis de casos clínicos (ver anexo N°3), con el propósito de facilitar la reflexión interdisciplinaria y la construcción conjunta de alternativas de resolución de dificultades en un proceso de tratamiento.
- Promoción de prácticas de autocuidado y cuidado de equipo de manera continua, que promuevan el bienestar del equipo, así como la detección y abordaje temprano de situaciones de agotamiento y sobrecarga.
- Apoyo en gestiones de redes, flujos de derivación y coordinación intersectorial, tanto para acciones que se abordan en redes sanitarias como aquellas de carácter psicosocial.
- Lectura y análisis de documentos, investigaciones, papers o artículos relacionados con las inquietudes y necesidades de formación del equipo u otro tipo de gestiones que permitan acceder a conocimientos, experiencias u otros profesionales expertos en materias específicas.

- Apoyo en el uso sistemas de registro y análisis de información; relevando la importancia del mismo para la gestión del programa.
- Asesoría y apoyo al centro de tratamiento en el monitoreo permanente de los resultados de tratamiento y las acciones de corrección necesarias.

Entre las temáticas que se sugiere abordar en este proceso de asesoría están:

- Gestión general del programa (actualización del programa terapéutico, sistemas de registro clínicos, flujograma de atención, procedimientos de referencia y contrareferencia, entre otros).
- Diagnóstico integral.
- Plan de tratamiento individual.
- Integración de enfoque de género e intercultural en el programa.
- Integración de enfoque evolutivo y ciclo vital.
- Desintoxicación, gestión de riesgos, prevención de recaídas.
- Comorbilidad
- Instrumentos de diagnóstico.
- Estrategias motivacionales
- Técnicas de intervención individual y grupal
- Intervención con familias
- Estrategias de apoyo a la integración social.
- Trabajo en equipo interdisciplinario.
- Estrategias de autocuidado y cuidado de equipos a nivel individual, de equipo e institucional
- Estrategias de Trabajo en Red, complementariedad e integración de la intervención.
- Integración de Enfoque comunitario territorial.
- Conceptos y Estrategias de intervenciones especializadas para población en conflicto con la ley (enfoque criminológico, comprensión del circuito judicial, etc.).

- Integración de la perspectiva de derechos de los/las usuarios/as y orientaciones para su ejercicio.
- Estrategias de reducción de estigma.
- Marco Normativo MINSAL y Aspectos legales relativos al tratamiento.
- Manejo de contingencias y casos críticos, incluyendo situaciones de riesgo suicida
- Aquellos elementos de gestión del programa que inciden en la intervención: infraestructura, conformación del equipo y RRHH, protocolos y procedimientos, registro y análisis de datos, entre otros.

DETECCIÓN DE SITUACIONES CRÍTICAS

Durante el desarrollo de los programas de tratamiento y rehabilitación en los diferentes centros, se pueden presentar distintas situaciones problema que por su persistencia en el tiempo o la gravedad que revisten, se constituyen en críticas y requieren una estrategia de resolución de mayor complejidad.

Estas situaciones pueden ser detectadas en el contexto del desarrollo de la asesoría, como también pueden ser señaladas o evidenciadas en otras instancias y/o por otra/s persona/s relacionada/s con el programa de tratamiento (usuarios, familiares u otros organismos vinculados, etc.), procesos de supervisión (conducentes a multas o sanciones, o no) u otras.

A su vez, pueden categorizarse en los siguientes ámbitos, entre otros:

Ámbito Técnico – Clínico: corresponde a todo lo concerniente a los componentes específicos, directa e indirectamente relacionados con la entrega de la atención. Se distinguen:

- Prácticas del equipo que conlleven detrimento en el clima organizacional.

- Falencias en el desempeño del equipo (ausencia o registros incompletos. omisión de algún procedimiento diagnóstico o de intervenciones para el apoyo al proceso de cambio terapéutico, alta tasa de abandono, entre otras).
- Negligencias que afecten la recuperación o pongan en riesgo la vida de la persona en tratamiento
- Falencias en la coordinación intersectorial, que afecte los procesos de intervención y/o de continuidad de los cuidados.
- Condiciones deficientes de infraestructura y/o falta de equipamiento para realizar una adecuada atención.
- Falta de horas profesionales y/o técnicas que afecte el desarrollo y calidad de la ejecución del programa.
- Otros.

Ámbito Ético y de Derechos de las Personas Usuarias: incluye aspectos relacionados con el conjunto de normas éticas o morales que rigen la conducta profesional y humana, en el marco del respeto a los derechos de todas las personas y la especial protección de las poblaciones más vulnerables.

La normativa vigente incorpora algunos elementos que buscan regular la relación entre las personas usuarias y los equipos de salud. En esta línea se incluyen, entre otras, las siguientes leyes y sus reglamentos: Ley 20.584 (Ley de Deberes y Derechos de las Personas en Relación con Acciones Vinculadas a su Atención en Salud), Ley 19.628 (sobre la Protección de la Vida Privada), Ley 20.422 (sobre Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social de Personas con Discapacidad), Ley 20.609 (sobre Medidas Contra la Discriminación), y otros; todo esto sumado a los códigos deontológicos particulares definidos desde disciplinas biopsicosociales, que definen un marco general de acción para los diversos actores que se vinculan en el espacio de la intervención en salud.

Especial atención debe prestarse a las siguientes situaciones, las que, a la luz del desarrollo de la dimensión ética y las normativas legales, constituyen conductas o

acciones éticamente cuestionables, en tanto riesgo o abierta vulneración de los principios que sustentan los Derechos Humanos, tales como:

- Discriminación de personas por condición de género, jurídica, etnia, problemas de salud, económicos u otros.
- Establecimiento de transacciones comerciales entre integrantes del equipo y personas usuarias del programa de tratamiento y rehabilitación.
- Establecimiento de relaciones que impliquen abuso de poder y que desvirtúe la relación terapéutica entre integrantes del equipo y usuarios.
- Prácticas que vulneren la dignidad de las personas.
- Uso de información confidencial levantada en el marco del proceso terapéutico, para fines distintos, sin el consentimiento libre, voluntario e informado⁸ de la persona usuaria.

Utilización de estrategias éticamente cuestionables tales como chantaje, amedrentamiento, manipulación o coacción con la finalidad de obtener el consentimiento de la persona usuaria.

PROCEDIMIENTO PARA EL ABORDAJE DE LA SITUACIÓN CRÍTICA (ver Anexo N°4)

Una vez detectada la situación crítica, se deberá analizar si ésta puede constituir un posible incumplimiento de contrato, conducente a multas y sanciones o al término parcial o total del contrato. Para ello, se deben revisar cada periodo los respectivos contratos, tanto con entidades públicas como privadas, así como las correspondientes Bases de Licitación en el caso de estas últimas.

⁸ El Consentimiento Informado (CI), se comprende como el proceso dialógico entre la persona usuaria y el terapeuta, diálogo que se desarrolla de forma permanente durante todo el proceso de tratamiento. Implica, por lo tanto, mucho más que la firma de un documento de autorización respecto de la intervención u otro, el CI debe cumplir con los siguientes criterios: información adecuada y pertinente a la decisión en cuestión, comprensión de la información; lo que implica tanto la capacidad del sujeto para comprender como la competencia del terapeuta para facilitar dicha comprensión, voluntariedad y capacidad para consentir.

Si corresponde a incumplimiento conducente a multas o sanciones, se debe proceder a elaborar un **Plan de Situaciones Críticas**.

Si se define que sí puede implicar un incumplimiento contractual, el Director Regional de SENDA deberá remitir inmediatamente conocida la situación, un Informe al Jefe de la Unidad de Cumplimiento de Contratos de SENDA Nacional, con copia al Jefe del Área de Tratamiento, que de cuenta de la situación pesquisada y de todos los antecedentes con que se cuente a ese momento. El Jefe del Área de Tratamiento informará a la Mesa Nacional de Gestión del Convenio.

Junto a lo anterior, se debe considerar si la situación crítica amerita un cese inmediato de la atención (por ejemplo, en caso de no contar con la respectiva autorización sanitaria), ante lo cual la Mesa Regional deberá definir todas las acciones a realizar a fin de garantizar la continuidad de los cuidados de los usuarios que se encontraban en atención hasta ese momento. Si la situación no implica un cese inmediato de la atención, se procederá a elaborar un Plan de Situaciones Críticas.

Plan de Situaciones Críticas

- a. La dupla asesora en conjunto con el equipo del programa serán responsables de desarrollar un **Plan de Situación Crítica** (ver Anexo N°5), que debe especificar los objetivos, las estrategias y acciones de solución, los plazos y responsables. Se considera que los plazos del plan no deben exceder los dos meses.

El Plan debe ser firmado por la dupla asesora y el director del programa (en el caso de los programas privados debe ser el director técnico consignado en la resolución sanitaria) e informado al representante legal y a la Mesa Técnica Regional.

- b. Una vez finalizado el Plan se debe elaborar un **Informe de Evaluación de Resultados** (ver anexo N°6), el que debe explicitar de manera concluyente si se cumplieron o no los objetivos. Este Informe se enviará con copia al director

técnico del programa, al representante legal de la entidad prestadora y a la Mesa Técnica Regional.

- b.1. Si se resuelve el o los problemas, este Informe de Evaluación de Resultados debe contener las soluciones implementadas y definir las estrategias de seguimiento para el mantenimiento de los logros y resultados en el contexto de continuidad del trabajo de asesoría, procediéndose al cierre del Plan de Situaciones Críticas.
- b.2. En caso de incumplimiento de los objetivos, el informe deberá señalar los motivos, las consecuencias y recomendaciones en relación a la situación crítica no resuelta y se deberá solicitar apoyo a la **Mesa Técnica Regional**.
- c. La **Mesa Técnica Regional** definirá si la situación es posible de resolver a nivel regional o si corresponde derivar al nivel nacional.
 - c.1. Si es posible de solucionar a nivel regional, la Mesa Regional definirá nuevas estrategias y plazos para apoyar el cumplimiento del Plan y resolver la situación crítica inicial. El plazo para cumplir estas nuevas medidas no puede ser superior a un mes. Si con estas acciones la situación crítica se resuelve, se elaborará el Informe de Evaluación de Resultados (descrito en punto b.) y se procederá al cierre del Plan. Si con estas acciones la situación no se resuelve, se elaborará **Informe de Situaciones Críticas** (ver anexo N°7), dirigido al nivel nacional.
 - c.2. Si la Mesa regional define que no es posible resolver a nivel regional, derivará al nivel nacional, a través del **Informe de Situaciones Críticas** (ver anexo N°7).

El Informe de Situaciones Críticas (planteado en punto c.1 y c.2) será remitido por el Director Regional SENDA al Jefe del Área de Tratamiento del SENDA nacional,

quien derivará a la **Mesa Nacional de Gestión del Convenio**, para que evalúe y tome las medidas pertinentes de apoyo a la región.

- d. La **Mesa Nacional de Gestión del Convenio** analizará los antecedentes recibidos, solicitará acciones e información complementaria a la región cuando corresponda y considerando tanto aspectos técnicos como aspectos definidos en el contrato con el oferente, emitirá un pronunciamiento y de ser pertinente desarrollará estrategias con las entidades prestadoras, implementará una asesoría específica con la región y/o remitirá el caso a la Unidad de Cumplimiento de Contratos de SENDA.

II.- SISTEMA DE EVALUACIÓN TÉCNICA DE PROGRAMAS DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN

La Evaluación Técnica es un proceso orientado al seguimiento y monitoreo de criterios de calidad específicos de los programas de tratamiento y rehabilitación para personas que presentan consumo problemático de sustancias y alcohol

La Evaluación estará basada en la recolección de información, por parte de una dupla profesional. Se realizará una vez al año, de forma presencial y los datos levantados serán registrados en una Pauta de Evaluación.

OBJETIVO GENERAL

- Evaluar el grado de desarrollo que presentan los programas en diferentes ámbitos, a fin de contribuir en el mejoramiento de la calidad de la atención de las personas que acceden a tratamiento.
- Medir el nivel de desarrollo alcanzado por los programas de tratamiento, según diferentes variables establecidas en las orientaciones y normas técnicas, referidas al mejoramiento de la calidad.

Objetivos Específicos

- Identificar fortalezas y debilidades técnico - clínicas de los programas ejecutados en el marco del Convenio SENDA – MINSAL.
- Evaluar el nivel de formación, experiencia y organización de los equipos responsables de implementar los programas.
- Evaluar la existencia de espacios físicos apropiados para el buen desarrollo de los programas en los centros en Convenio.
- Evaluar la coordinación y participación del programa en la red de tratamiento y a nivel intersectorial.
- Evaluar el uso y manejo de sistemas de registro e información establecidos en el marco del Convenio.

- Evaluar la existencia de procedimientos que garanticen el respeto de los derechos de las personas en tratamiento.
- Recomendar modificaciones a la implementación de los planes y programas de tratamiento y rehabilitación.

RESPONSABLES

La Evaluación Técnica será desarrollada por una dupla profesional compuesta por un representante del Área de Tratamiento de Senda Regional y un representante de la Secretaría Regional Ministerial de Salud.

ORGANIZACIÓN DE LA EVALUACIÓN

La evaluación se realizará a través de la aplicación de un instrumento de recolección de información, denominada “Pauta de Evaluación de Programas de Tratamiento”, la cual se aplicará una vez al año, en el último cuatrimestre del año (septiembre – diciembre).

En este marco, el proceso de evaluación considerará:

1. Capacitación o entrenamiento de evaluadores,
2. Aplicación de la Pauta de Evaluación al 100% de los programas en Convenio definidos como sujetos de evaluación,
3. Ingreso al SISTRAT de la información recogida a través de la pauta y determinación de resultados,
4. Devolución de los resultados de la evaluación a los centros,
5. Incorporación en el Plan de Trabajo Anual, de elementos susceptibles de ser abordados en el proceso de Asesoría,
6. Presentación de los resultados regionales en instancias de red de drogas e intersectoriales.

METODOLOGÍA

La realización del levantamiento de los datos se realizará de manera presencial por parte de los evaluadores en cada uno de los centros en que se implementen los programas a evaluar.

Se aplicarán tantos instrumentos como programas de tratamiento se implementen en cada centro o establecimiento.

La definición de Programa de Tratamiento responde a la organización que en cada establecimiento se da para su implementación, el criterio de distinción está dado por la atención totalmente diferenciada que se realiza con una población específica. Los Programas a evaluar son los siguientes:

- a) Programas de Población General y Programas Población Especifica de Mujeres
- Ambulatorio Básico -Población General
 - Ambulatorio Intensivo - Población General y/o Población Específica de Mujeres.
 - Residencial Población General y/o Población Específica de Mujeres.

La Pauta consta de una primera parte que considera el registro de datos de identificación general y de una segunda parte que se estructura a partir de 6 secciones:

1. **Aspectos Técnicos:** Proporciona información sobre los aspectos técnicos asociados al tratamiento y la atención de los usuarios y las usuarias.
2. **Recursos Humanos:** Otorga información relativa a la conformación de los equipos de tratamiento, disponibilidad de horas semanales destinadas por cada integrante del equipo, los años de permanencia de los profesionales y técnicos en el programa y los años de experiencia en la atención directa de personas en programas de tratamiento y rehabilitación.

3. **Trabajo en Red:** Recoge información referente a la participación del Centro en encuentros periódicos y su grado de coordinación con instancias u organismos que favorezcan la integralidad y oportunidad de la atención de las personas en tratamiento. Entre ellas están: los Servicios de Salud, SERNAM, SENADIS u otros Centros de Tratamiento, APS, entre otras instancias. Incluye la coordinación y articulación de equipos de tratamiento y equipos encargados de la ejecución de la sanción; de modo tal que las intervenciones de orden clínico y psicosocial se potencien, aportando a objetivos compartidos de salud, bienestar e integración social
4. **Sistema de Registros y análisis de datos:** Recoge información sobre el conocimiento que los equipos tienen del sistema de registro SISTRAT y la utilización de la información que éste entrega. Se consideran además otros registros que debe disponerse en los centros, como Lista de Espera y Fichas Clínicas.
5. **Derechos y Satisfacción Usuaría:** Recoge información respecto al conjunto de procedimientos utilizados que garanticen el respeto y no vulneración de derechos de las personas en tratamiento, como de su familia.
6. **Infraestructura:** Recoge información sobre los espacios físicos destinados a la atención. Busca determinar si permiten la adecuada realización de actividades terapéuticas, y/o condiciones de hotelería, cuando corresponda en los centros de tratamiento residencial. En la evaluación de los ítems establecidos para esta Sección se considerarán algunos aspectos establecidos en el *Reglamento de Centros de Tratamiento y Rehabilitación de Personas con Consumo Perjudicial o Dependencia a Alcohol y/o Drogas, Decreto N°4 del año 2009 del Ministerio de Salud*, específicamente en lo descrito en el Párrafo II “Del local y sus instalaciones” artículos 4, 5, 6 y 7.

Para la aplicación de la pauta, se han definido los siguientes métodos específicos de recolección de información:

- i. Observación: Consiste en recorrer todas las instalaciones del centro y registrar los elementos claves que den cuenta de los estándares de calidad de la infraestructura y espacios destinados al tratamiento.
- ii. Entrevistas indagatorias: El evaluador se entrevistará con el encargado del Programa e integrantes del equipo e indagará sobre aspectos cruciales que dicen relación con la organización, planificación y aspectos técnicos del programa de tratamiento.
- iii. Revisión de documentos que permitan observar aspectos relativos al programa de atención y al registro de la información clínica.

Una copia de esta pauta podrá ser observada por el prestador público o privado a través del Sistema de Tratamiento SISTRAT, con posterioridad a dos o tres meses tras finalizado el proceso.

ANEXO Nº1
PLAN DE TRABAJO ANUAL

Fecha			
--------------	--	--	--

CONVENIO POBLACIÓN GENERAL Y ESPECIFICO MUJERES		CONVENIO ADOLESCENTES CON INFRACCIÓN DE LEY	
--	--	--	--

NOMBRE DEL PROGRAMA	
INSTITUCIÓN EJECUTORA	
REGION	
SERVICIO DE SALUD	
TIPO DE PLAN/PLANES	
EQUIPO ASESOR (nombres de integrantes)	

Diagnóstico		Plan de Trabajo			Cronograma														
Ámbito	Descripción de la situación actual (al inicio del año)	Objetivos Específicos	Estrategia Metodológica	Indicador de Resultado	Actividades	Responsables	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	

Diagnóstico: aquellos aspectos que, a partir de a la evaluación de las necesidades del equipo, los resultados de la pauta de evaluación si corresponde u otros, se requiere apoyar para la mejora en la eficacia del programa de intervención.

Plan De Trabajo: señalar los objetivos a desarrollar durante el año en las distintas variables a intervenir según el diagnóstico, como se abordará el trabajo (estrategias metodológicas para lograrlo) y, cuál será el indicador o verificador de evaluación de resultado.

CRONOGRAMA: señalar las actividades a realizar, quienes serán las personas responsables de la gestión, la frecuencia y plazos estimados, necesarios para lograr los objetivos del plan de asesoría anual.

EVALUACIÓN CUMPLIMIENTO PLAN DE TRABAJO

Fecha

OBJETIVOS	DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS	LOGRO L, ML, NL, P

L: Logrado; ML: Medianamente Logrado; NL: No Logrado; P: Pendiente

Conclusión:

Considerando el grado de cumplimiento de los objetivos señalados en el Plan de Trabajo, emitir una recomendación respecto del desarrollo del programa y de la continuidad y/o modificación del Plan de Asesoría al programa.

Firma
Representante SENDA

Firma
Representante Servicio de Salud

Firma
Representante del Centro

ANEXO N°2
REGISTRO ASESORÍA

Fecha			
--------------	--	--	--

CONVENIO POBLACIÓN GENERAL Y ESPECIFICO MUJERES		CONVENIO ADOLESCENTES/JÓVENES QUE INGRESAN AL SISTEMA PENAL POR LEY 20084	
--	--	--	--

NOMBRE DEL PROGRAMA	
REGION	
SERVICIO DE SALUD	
TIPO DE PLAN/PLANES	
EQUIPO ASESOR (nombres de integrantes)	

Integrantes del equipo presentes en la asesoría:

Temas abordados en la asesoría:

Metodología y descripción de las actividades

Observaciones y sugerencias

Compromisos y acuerdos con el equipo

Firma Asesor/a SENDA

Firma Representante del
CENTRO

Firma Asesor/a SERVICIO DE
SALUD

ANEXO N° 3
PROPUESTA PARA LA PRESENTACIÓN, DISCUSIÓN Y ANÁLISIS
DE CASOS CLÍNICOS⁹

IDENTIFICACIÓN
Nombre de pila:
Edad:
Fecha de ingreso a tratamiento:
MOTIVOS POR LOS CUALES SE PRESENTA EL CASO
PROCESO DEL TRATAMIENTO (etapas, recaídas, descompensaciones, trayectoria delictual, avances del proceso, egreso.)
ANTECEDENTES CLINICOS INDIVIDUALES RELEVANTES Describa antecedentes individuales (factores de riesgo y protectores, dificultades actuales, historia de las dificultades, antecedentes de historia vital, antecedentes de salud mental)
ANTECEDENTES CLINICOS FAMILIARES RELEVANTES (Antecedentes mórbidos, de salud mental, trayectoria drogas y delictual)

⁹ (Se sugiere a los equipos presentar casos clínicos de las distintas modalidades de intervención, considerando idealmente las distintas intervenciones en red, a modo de evaluar la integralidad de la respuesta y la fluidez de la red).

GENOGRAMA

ECOMAPA

TRAYECTORIA DEL CONSUMO

(Historia de relaciones con el consumo, significación, tipo de consumo, tipo de drogas, consecuencias, etc)

TRAYECTORIA DELICTIVA

(Historia del o los delitos, significación, tipo de delitos, sanciones, etc)

DIAGNÓSTICOS

Diagnóstico principal (descriptivo y CIE-10):

Comorbilidad psiquiátrica:

Diagnóstico biomédico:

Diagnóstico de estadio motivacional:

Diagnóstico de compromiso biopsicosocial y dimensión ligada al consumo:

INDICACIONES DEL TRATAMIENTO

Describa indicaciones individuales (incluir especificación de fármacos) y grupales:

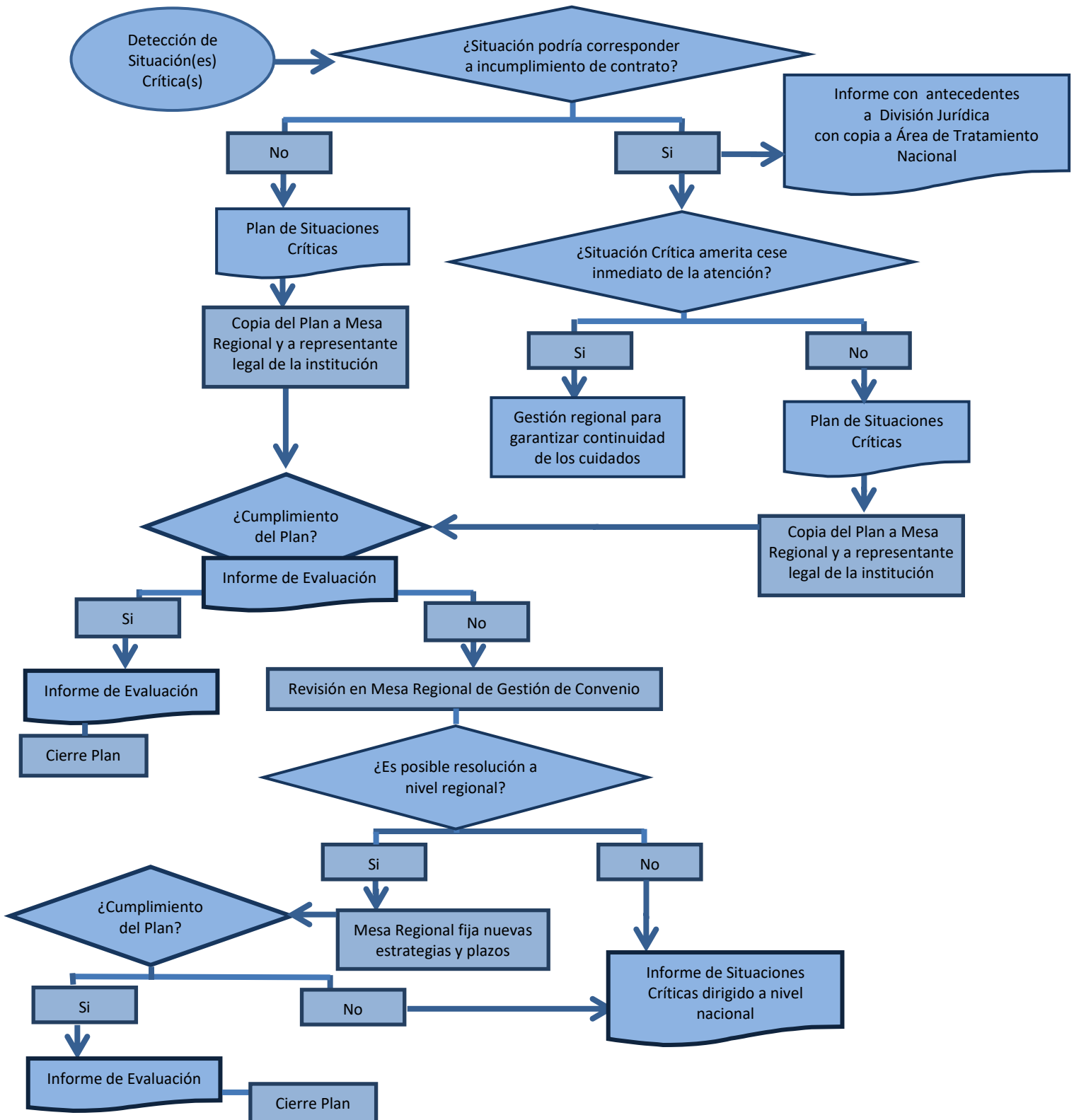
ACUERDOS Y CONCLUSIONES

(Para el Usuario/ familia, Interventores directos, Red)

FECHA:

ANEXO N°4

FLUJOGRAMA MANEJO DE SITUACIONES CRÍTICAS



ANEXO N°5
PLAN DE SITUACIONES CRÍTICAS

Fecha			
--------------	--	--	--

CONVENIO POBLACIÓN GENERAL Y ESPECIFICO MUJERES		CONVENIO ADOLESCENTES/JÓVENES QUE INGRESAN AL SISTEMA PENAL POR LEY 20084	
--	--	--	--

NOMBRE DEL PROGRAMA	
REGION	
SERVICIO DE SALUD	
TIPO DE PLAN/PLANES	
EQUIPO ASESOR (nombres de integrantes)	

- Identificación de la Situación:** Describir la situación, señalar a través de que instancia se detecta la situación crítica y las implicancias para el Programa.

2. **Plan de Trabajo:** descripción de estrategias y acciones de resolución del/los problema/s (acordadas entre las partes e identificando responsables y plazos para su cumplimiento)

Problema Detectado	Acciones para resolver problema	Plazos	Responsables	Resultado esperado	Verificadores

Firma
Representante SENDA

Firma
Representante Servicio de Salud

Firma
Representante del Centro

ANEXO N°6
INFORME DE EVALUACIÓN DE RESULTADOS
DEL PLAN DE SITUACIONES CRÍTICAS

Fecha			
--------------	--	--	--

CONVENIO POBLACIÓN GENERAL Y ESPECIFICO MUJERES		CONVENIO ADOLESCENTES/JÓVENES QUE INGRESAN AL SISTEMA PENAL POR LEY 20084	
--	--	--	--

NOMBRE DEL PROGRAMA	
REGION	
SERVICIO DE SALUD	
TIPO DE PLAN/PLANES	
EQUIPO ASESOR (nombres de integrantes)	

Problema Detectado	Resultados esperados	Evaluación de resultado alcanzado

Resultado Global:

--

Recomendaciones y Sugerencias:

Firma
Representante SENDA

Firma
Representante Servicio de Salud

Firma
Representante del Centro

SÍNTESIS DE LAS MEDIDAS IMPLEMENTADAS Y GESTIONES REALIZADAS

OPINIÓN REGIONAL Y PROPUESTA DE SOLUCIÓN

FIRMA REPRESENTANTES DE LA MESA DE TRATAMIENTO REGIONAL

Nombre	Cargo	Firma