



ESTUDIO PARA LA DEFINICIÓN DE CRITERIOS DE ACREDITACIÓN DE PROGRAMAS EN REDUCCIÓN DE LA DEMANDA

Tomo II

**Programa de Cooperación entre América Latina y la Unión Europea en Políticas sobre Drogas
-COPOLAD-**

Instituto de Trabajo Social y de Servicios Sociales



Estudio para la definición de criterios de acreditación de programas en reducción de la demanda

DIRECCIÓN Y SUPERVISIÓN DEL PROYECTO:

- Teresa SALVADOR-LLIVINA, Directora. Entidad de Coordinación y Ejecución, COPOLAD.
- Francisco de Asís BABÍN VICH, Delegado del Gobierno. Plan Nacional sobre Drogas (España), entidad líder del Programa COPOLAD.

SEGUIMIENTO DEL PROYECTO:

- Jesús MORÁN IGLESIAS, Técnico de Proyecto. Entidad de Coordinación y Ejecución, COPOLAD (hasta mayo de 2013).
- Mario G. SÁNCHEZ GONZÁLEZ. Técnico de Proyecto. Entidad de Coordinación y Ejecución, COPOLAD.

DIRECCIÓN DEL ESTUDIO

- Lorenzo SÁNCHEZ PARDO. Instituto de Trabajo Social y de Servicios Sociales, INTRESS.

GRUPO DE TRABAJO

- Lorenzo SÁNCHEZ PARDO (autor principal)
- Carlos ALONSO SANZ
- Fernando MARTÍNEZ GONZÁLEZ
- César PEREIRO GÓMEZ

CONSEJO ASESOR

- Luis ALFONZO BELLO
- Brenda BARRIGUETE MÁZMELA
- Cejana BRASIL CIRILO PASSOS
- Gregor BURKHART
- Karina C. CASAL
- José L. CASTAÑO RODRÍGUEZ
- Patricia CONTRERAS
- Felipe LEYTON
- Paula MARQUES
- Elena MARTÍN MAGANTO
- Javier MARTIN NIETO
- Eugenia MATA CHAVARRÍA
- Sonia MONCADA BUENO
- Marta OLIVA
- María E. RIVEROS
- Carmen L. SEVILLA CARNERO
- Graciela SILVOSA RODRÍGUEZ
- Marta SUANES BERON
- José L. VÁZQUEZ MARTÍNEZ
- Lorena VILLACÍS RENGIFO

PARTICIPANTES GRUPOS DELPHI

- Alicia ACERO ACHIRICA
- César ACOSTA
- Susana ALMENDARES
- Jordi ALOS
- Francisco ALVIRA
- Paula ANDRADE
- Gabriel ANDREUCETTI
- Victoria ÁNGELES
- Mercedes ARANGUREN
- Martín ARCILA MARTÍNEZ
- Carles ARIZA CARDENAL
- Sara ARROSPIDE
- Gustavo ASCACIBAR NOBLECILLA
- Gabriel AVENA
- Marco BARRIENTOS SEGURA
- Elisardo BECOÑA
- Pilar BERMEJO GONZÁLEZ
- Gustavo BIORIZA
- Francisco BRAVO
- William CABANILLAS ROJAS
- Alberto CALABRESE
- Amador CALAFAT FAR
- Ana C. CAMAROTTI
- Ana M. CANO RENTERÍA
- Maria A. CAPRILE
- Susana CARDOSO
- Selva CAREAGA
- Luis CARIS
- Carlos A. CARVAJAL
- Karina C. CASAL
- Guillermo CASTAÑO PÉREZ
- Liliana CASTRO DEZA
- Pedro CATITA
- Fabián CHIOSSO
- Patricia CONTRERAS
- Madalena CRUCHINHO
- Gloria CUEVA VERGARA
- Mauricio CUEVAS
- Aldo DOMANICO
- Mariana DRAGO
- Arturo DUEÑAS YACTAYO
- Domingos DURAN
- Mario ELIZALDE
- Alejandro ESCOBAR LOBOS
- Susana FERGUSSON
- Juan FERNÁNDEZ
- José R. FERNÁNDEZ HERMIDA
- Ricardo FLEITAS
- Paula FRANGO
- Maria I. GANDOLFO CONCEIÇÃO
- Nadia GARCÍA ALAS
- Martha B. GARCÍA GARCÍA
- Enrique GIL CARMENA
- Luis F. GIRALDO FERRER
- Alcinda GOMES
- Eduardo GÓMEZ
- José A. GÓMEZ FRAGUELA
- Andrés GÓNGORA
- Aida GONZÁLEZ
- Luis GONZÁLEZ
- Juan C. GORLERO
- Susana GRUNBAUM
- Heliodoro GUTIÉRREZ
- Esperanza HERNANDEZ
- María HERRERA VIDIELLA
- Carlos IBÁÑEZ

- Silvia INCHAURRAGA
- Federico INFANTE LEMBCKE
- Patricia INSÚA
- Manuel ISORNA FOLGAR
- Mario KAMENIECKI
- Hugo KERN
- Félix KESSLER
- Agustín LAPETINA
- Laura LATORRE
- Felipe LEYTON FRAUENBERG
- Daniel LLORET IRLES
- Alcina LÓ
- Danilo LOCATELLI
- Manuela LOPES
- Asensio LÓPEZ
- César LUCCHETTI
- Juan C. MANSILLA
- Paula MARQUES
- Elena MARTÍN MAGANTO
- Efrén MARTÍNEZ
- Mário MARTINS
- Jorge MC DOUALL
- Juan C. MELERO
- Carmen MENESES FALCÓN
- Decio METTIFOGO
- Cecilia MILLER
- Alberto MINOLETTI
- Antonio J. MOLINA
- Mariano MONTENEGRO
- Gabriela MONTOYA
- Verónica MORA DUBUC
- Gorka MORENO
- Juan A. MOSCA
- Telmo MOTA RONZANI
- Alicia MUÑOZ
- Iván MUÑOZ
- Katya MUÑOZ
- Mónica NÁPOLI
- Patricia NARVÁEZ
- Margarida NETO
- Francisca OBLITAS
- Marta OLIVA
- Gabriela OLIVERA
- Carlos OLIVERO
- Carlos ORDOÑEZ HUAMÁN
- Luis OSSA
- Antonio PADRINO
- Camila PATIÑO
- Alfredo PEMJEAN
- Cesar PEREA CHUMBE
- Sergio PEREIRA
- Augusto PÉREZ
- Jesús PÉREZ ARRÓSPIDE
- Claudia PETRACCA
- Silvia PISANO
- José QUEREJETA
- Susana REDONDO MARTÍN
- Carla RIBEIRO
- Sara RIVERA
- María E. RIVEROS
- Favio ROCA PAUCARPOMA
- Elena RODRÍGUEZ
- Rafael RODRÍGUEZ FALLA
- José L. RODRÍGUEZ VALDÉS
- Carlos SAAVEDRA
- Mónica SALAZAR PIAGGIO
- Margarita M. SÁNCHEZ
- Rodrigo SANTIS
- José SANTOS SILVA
- Hermann SCHRECK
- Carmen L. SEVILLA CARNERO
- Almudena SILVA
- Camila SILVEIRA
- Graciela SILVOSA RODRÍGUEZ
- Carola SIRVAS
- Paula SOBRINHO
- Marta SUANES BERON
- Rosa SUAREZ
- José M. SUELVES
- Martha SUESCUN
- José TASAYCO
- Marta TORRENS
- Marco A. TORRES RUIZ
- Graciela TOUZÉ
- Juan TRIACA SALDAÑA
- Rosina TRICANICO
- Rosa M. UGARTE
- Rita URIBE OBANDO
- Lilian URRUTIA
- Gustavo VALENTINI
- Marcelo VASQUEZ
- Rubén VERDE CESPEDES
- Joan R.VILLALBÍ
- Víctor VILLANUEVA BLASCO
- Augusto VITALE

PARTICIPANTES GRUPOS FOCALES:

- Brenda BARRIGUETE MÁZMELA
- Cejana BRASIL CIRILO PASSOS
- Roberto CANAY
- Manuel CARDOSO
- Hannia CARVAJAL
- Jenny C. FAGUA DUARTE
- Agustín LAPETINA
- Marcela LARA
- Felipe LEYTON FRAUENBERG
- Gerardo MARÍN
- Elena MARTÍN MAGANTO
- María J. MARTÍNEZ RUIZ
- Eugenia MATA CHAVARRÍA
- Inés E. MEJÍA MOTTA
- Telmo MOTA RONZANI
- Francisca OBLITAS
- Aldemar PARRA ESPITIA
- María RICCIARDI
- María E. RIVEROS
- José ROCHA ALMEIDA
- Vicente A. RODRÍGUEZ SALCEDO
- Milton ROJAS VALERO
- Julio ROQUE
- Graciela SILVOSA RODRÍGUEZ
- Juan TRIACA SALDAÑA
- Julio C. VARGAS
- Sofía VASCO
- Lorena VILLACIS RENGIFO
- Augusto VITALE
- Gabriela WALD

AGRADECIMIENTOS

El equipo responsable de este proyecto desea agradecer su participación y excelentes aportaciones, a lo largo de los dos años que ha durado el proyecto al grupo de trabajo que ha participado en las distintas fases del mismo, por contribuir a la obtención de unos resultados ampliamente consensuados. Y dado que no participaron en los grupos de trabajo citados en los créditos, queremos expresar nuestro especial agradecimiento a la Dra. Marica Ferri (*Project Manager Best Practices*, Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías - OEDT) y a la Dra. María Estela Monteiro de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) por las estimables sugerencias aportadas al capítulo de revisión de la evidencia (Bloque 2 del Tomo I de esta publicación). Asimismo, queremos brindar nuestro agradecimiento a Dña. Cynthia Argüello Guerra (Chile), Dña. Inés Bustamante Chávez (Perú), Dña. Florencia Failache Artigas (Uruguay), Dña. Graça Vilar (Portugal) y D. Miguel Ángel Pedrola Kempt (Argentina), quienes colaboraron en la coordinación de la actividad en sus respectivos países.

Edición:

Programa de Cooperación entre América Latina y la Unión Europea en Políticas sobre Drogas (COPOLAD)

Entidad de Coordinación y Ejecución (ECE)

Plaza de España, 17 – Planta Baja

28008 Madrid, España

T +34 91 436 30 59

Calidad-Evidencia@copolad.eu

www.copolad.eu

CITA RECOMENDADA

SÁNCHEZ PARDO, L.; ALONSO SANZ, C.; MARTÍNEZ GONZÁLEZ, F.; PEREIRO GÓMEZ, C. y grupo de trabajo COPOLAD para la identificación de criterios de acreditación. **Estudio para la definición de criterios de acreditación de programas en reducción de la demanda. Actividad 3.4.4. de COPOLAD.** Programa de Cooperación entre América Latina y la Unión Europea en Políticas sobre Drogas, Entidad de Coordinación y Ejecución (ECE): Madrid, 2014.

Clausulas ad cautelam, aclaración y exoneración

Este documento presenta el trabajo desarrollado en el marco de la Actividad 3.4.4. del Programa de Cooperación entre América Latina y la Unión Europea en Políticas sobre Drogas (COPOLAD): **Definición de criterios de acreditación en Reducción de la Demanda de drogas.**

COPOLAD es un programa financiado por la Unión Europea a través de la Dirección General de Cooperación y Desarrollo Europe-Aid.

Las opiniones o posiciones expresadas en este documento son exclusiva responsabilidad de los autores, y en caso alguno debe considerarse que reflejen necesariamente los puntos de vista o posicionamientos de la Comisión Europea.

Considerando que el respeto y la promoción de la igualdad de género forman parte de los valores de COPOLAD, en este documento y en todos los que se desarrollan en el marco del Programa, el uso indistinto de sustantivos –en género masculino o femenino– carece de intención discriminatoria alguna, es decir, tiene en todos los casos una intención inclusiva.

ÍNDICE

BLOQUE 1. INTRODUCCIÓN	7
1. VISIÓN GLOBAL DE LOS PROCESOS DESARROLLADOS EN EL MARCO DEL PROYECTO	8
BLOQUE 2. PERSPECTIVA DE LOS EXPERTOS RESPECTO A LOS CRITERIOS PARA LA ACREDITACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE REDUCCIÓN DE LA DEMANDA	11
2. RESULTADOS OBTENIDOS EN LOS GRUPOS DELPHI	12
2.1. Relación de participantes en los Grupos Delphi	12
2.2. Resultados obtenidos en los grupos Delphi	13
2.3. Criterios de acreditación que suscitan mayores niveles de consenso entre los integrantes de los grupos Delphi	39
2.4. Criterios que no logran un consenso amplio entre los expertos de los grupos Delphi	59
BLOQUE 3. POSICIÓN DE LOS REPRESENTANTES DESIGNADOS POR LOS SOCIOS Y ENTIDADES COLABORADORAS RESPECTO A LOS CRITERIOS DE ACREDITACIÓN CONSENSUADOS	68
3. RESULTADOS OBTENIDOS EN LOS GRUPOS FOCALES	69
3.1. Cometidos asignados a los grupos focales	69
3.2. Contenidos y conclusiones del Grupo Focal 1 (expertos técnicos)	72
3.3. Contenidos y conclusiones del Grupo Focal 2 (representantes institucionales)	75
BLOQUE 4. LOS SISTEMAS DE ACREDITACIÓN DE PROGRAMAS DE REDUCCIÓN DE LA DEMANDA EN LOS PAÍSES SOCIOS Y ENTIDADES COLABORADORAS DEL PROYECTO	77
4. ESTUDIO DE LA SITUACIÓN DE LOS SISTEMAS NACIONALES DE ACREDITACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE REDUCCIÓN DE LA DEMANDA	78
4.1. Objetivo del estudio	78
4.2. Participantes en el estudio	78
4.3. Metodología utilizada	79
4.4. Resultados del estudio	80
4.5. Conclusiones	130

BLOQUE 5. ESTRATEGIAS A IMPULSAR PARA FAVORECER LA PUESTA EN MARCHA DE SISTEMAS NACIONALES Y SUPRANACIONALES DE ACREDITACIÓN DE PROGRAMAS DE REDUCCIÓN DE LA DEMANDA	146
5. INFORME EJECUTIVO PARA EL CONSEJO ASESOR DEL PROYECTO	147
5.1. Resultados de las distintas fases del Proyecto	147
5.2. Propuestas de actuación a la luz de las aportaciones realizadas por los distintos actores participantes en el Proyecto	159
5.3. Repertorio de posibles medidas para apoyar la puesta en marcha de sistemas supranacionales de acreditación de programas de reducción de la demanda	166
BLOQUE 6. ACUERDOS Y RECOMENDACIONES DEL CONSEJO ASESOR DEL PROYECTO	192
6. ACUERDOS ADOPTADOS Y RECOMENDACIONES	193

1

INTRODUCCIÓN

Visión global de los procesos desarrollados en el marco del Proyecto para la definición de criterios para la acreditación de programas de reducción de la demanda de drogas

1. VISIÓN GLOBAL DE LOS PROCESOS DESARROLLADOS EN EL MARCO DEL PROYECTO

El Proyecto para la definición de criterios para la acreditación de programas de reducción de la demanda se encuadra dentro del Programa de Cooperación entre América Latina y la Unión Europea en el ámbito de las políticas sobre drogas (COPOLAD), que trata de potenciar la cooperación entre la Unión Europea y América Latina para mejorar la coherencia, el equilibrio y el impacto de las políticas sobre drogas, mediante el intercambio de experiencias, la coordinación bi-regional y el impulso de respuestas multisectoriales, integrales y coordinadas. Dicho Programa, financiado por la Unión Europea, está liderado por un consorcio integrado por países de ambas regiones.

El Proyecto para la definición de estándares de calidad para la acreditación de programas de reducción de la demanda de drogas ha contado con la participación activa de los siguientes socios y entidades colaboradoras:

a) Socios de Latinoamérica

- ARGENTINA. Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico, SEDRONAR.
- BRASIL. Secretaría Nacional de Políticas de Drogas. Presidencia de la República, SENAD.
- CHILE. Servicio Nacional de Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA.
- COLOMBIA. Dirección de Política contra las Drogas y Actividades Relacionadas. Ministerio de Justicia y del Derecho.
- PERÚ. Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas, DEVIDA.
- URUGUAY. Junta Nacional de Drogas, JND.

b) Socios Europeos

- ESPAÑA. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, DGPNSD.
- PORTUGAL. Servicio de Intervención en los Comportamientos Aditivos y en las Dependencias, SICAD.

c) Entidades colaboradoras nacionales

- COSTA RICA. Instituto Costarricense de Drogas, ICD.
- ECUADOR. Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas, CONSEP.
- MÉXICO. Consejo Nacional contra las Adicciones, CONADIC.

d) Entidades colaboradoras supranacionales

- CICAD. Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas.
- OEDT. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías.
- OPS. Organización Panamericana de la Salud.
- RIOD. Red Iberoamericana de ONG's que trabajan en Drogodependencias.

El Proyecto tiene como objetivo central identificar y consensuar un conjunto mínimo básico de criterios de calidad y base en la evidencia, que puedan contribuir a la mejora de la calidad y la efectividad de los Programas de reducción de la demanda de drogas (RDD) implementados en Iberoamérica (países de habla española y portuguesa). Todo ello teniendo en cuenta la realidad existente en los distintos países iberoamericanos, así como los avances que paralelamente se están produciendo en la Unión Europea y en el ámbito internacional.

La finalidad última de esta actividad es explorar e impulsar opciones realistas de implementación de procesos y/o instrumentos de acreditación de programas de RDD, basados en los criterios previamente consensuados en el marco del Programa COPOLAD.

Para alcanzar estos objetivos se han llevado a cabo las siguientes actuaciones a lo largo de los años 2012 y 2013:

- 1) **Creación de un Grupo de Trabajo** encargado de realizar una exhaustiva revisión de la evidencia científica disponible en cada una de las áreas de intervención en reducción de la demanda (prevención, reducción de riesgos asociados al consumo, tratamiento, reducción de daños e incorporación social) para la identificación de criterios y estándares de calidad que, potencialmente, podrían ser exigidos para la acreditación de los programas de reducción de la demanda. La relación de estándares inicialmente propuestos por su incorporación a los sistemas nacionales y supranacionales de acreditación elaborada por el Grupo de Trabajo, así como la base en la evidencia en que se apoya la misma se incluyen dentro de la publicación “**Estudio para la definición de criterios de acreditación en reducción de la demanda de drogas**”.
- 2) **Desarrollo de tres grupos Delphi** encargados de valorar y consensuar los 336 criterios y estándares inicialmente propuestos por el Grupo de Trabajo. En estos grupos participaron un total de 172 expertos designados¹ por los países socios de COPOLAD, distribuidos en función de las siguientes áreas de intervención:
 - DELPHI Nº 1: Prevención/Reducción de riesgos asociados al consumo.
 - DELPHI Nº 2: Tratamiento/Reducción de daños.
 - DELPHI Nº 3: Incorporación social.

Para lograr el máximo nivel de consenso, se realizaron dos rondas en cada uno de los grupos Delphi. Tras la celebración de ambas rondas, 171 criterios, de los 336 inicialmente propuestos, obtuvieron el respaldo de una mayoría cualificada de expertos (el 60% o más de los expertos consideraron “imprescindible” incorporar estos criterios a un sistema de acreditación de programas).

- 3) **Desarrollo de dos grupos focales on-line** con expertos y representantes institucionales de las Comisiones o Agencias Nacionales de Drogas de los países socios de COPOLAD, a fin de obtener una doble perspectiva acerca de las posibilidades de implementar un sistema de acreditación supranacional, compatible entre países interesados en esta iniciativa. Las personas participantes en los grupos focales analizaron la aplicabilidad de los criterios consensuados en los grupos Delphi, la viabilidad de implementar sistemas nacionales y/o supranacionales de acreditación de programas de reducción de la demanda sobre la base de estos criterios y formularon diversas propuestas y sugerencias para facilitar la implementación de sistemas de acreditación.

¹ El número global de expertos participantes fue de 162. Dado que diez de ellos participaron simultáneamente en dos grupos Delphi, para efectos metodológicos del presente estudio, se tiene como índice final de intervención 172 expertos.

Posteriormente se desarrolló un tercer grupo focal con representantes institucionales de las entidades colaboradoras de América Latina que han decidido sumarse al Proyecto (ICD, CONADIC y CONSEP), en el que se abordaron estos mismos contenidos.

- 4) **Realización de un Estudio de la situación del marco legal que regula la acreditación de los programas de reducción de la demanda (RDD)**, que ha permitido disponer de un diagnóstico actualizado del estado de los sistemas de acreditación de los programas de RDD en los distintos países que participan en el Proyecto y conocer la perspectiva de las agencias nacionales del Consorcio COPOLAD acerca de la viabilidad de implementar sistemas de acreditación de ámbito nacional o supranacional sobre la base de los criterios consensuados en los Grupos Delphi. Los resultados del estudio reflejan que un número relevante de los representantes institucionales de las Comisiones o Agencias Nacionales de Drogas de los países socios y las entidades colaboradoras del Proyecto consideran viable incorporar buena parte de los criterios consensuados en los grupos Delphi a sistemas nacionales y/o supranacionales de acreditación de programas de RDD.
- 5) **Elaboración de un informe ejecutivo para el Consejo Asesor del Proyecto**, que incluía diferentes propuestas de actuación para facilitar la puesta en marcha de sistemas nacionales y supranacionales de acreditación de programas de RDD.
- 6) **Celebración de una reunión del Consejo Asesor del Proyecto**, donde se tomaron diversos acuerdos orientados a la adopción de medidas y estrategias que contribuyan a la implementación de sistemas de acreditación sobre la base de los criterios consensuados en el marco del Proyecto.

2

PERSPECTIVA DE LOS EXPERTOS RESPECTO A LOS CRITERIOS PARA LA ACREDITACIÓN DE LOS PRD

**Criterios exigibles para la
acreditación de PRD,
consensuados en el marco de
los grupos Delphi**

2. RESULTADOS OBTENIDOS EN LOS GRUPOS DELPHI

2.1. Relación de participantes en los grupos Delphi

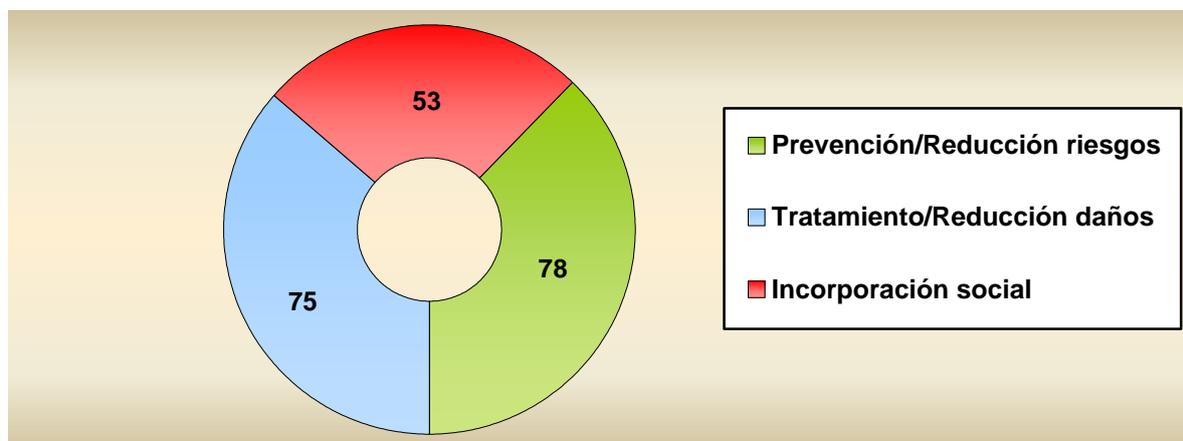
Como se ha señalado anteriormente, el Proyecto para la definición de criterios de acreditación en reducción de la demanda de drogas contemplaba el desarrollo de tres grupos Delphi, con el objetivo de consensuar un conjunto mínimo de criterios de calidad y base en la evidencia, que sirvan de fundamento para el establecimiento de un Sistema de acreditación de programas de reducción de la demanda, compatible entre los socios del Programa COPOLAD de América Latina y la Unión Europea

Para ello, se solicitó a los socios que participan en el proyecto, además de a las entidades que colaboran en el mismo, que propusieran un panel de expertos nacionales para cada uno de los siguientes grupos:

- a) Grupo Delphi Nº 1: Prevención – Reducción de riesgos asociados al consumo.
- b) Grupo Delphi Nº 2: Tratamiento – Reducción de daños asociados al consumo.
- c) Grupo Delphi Nº 3: Incorporación social.

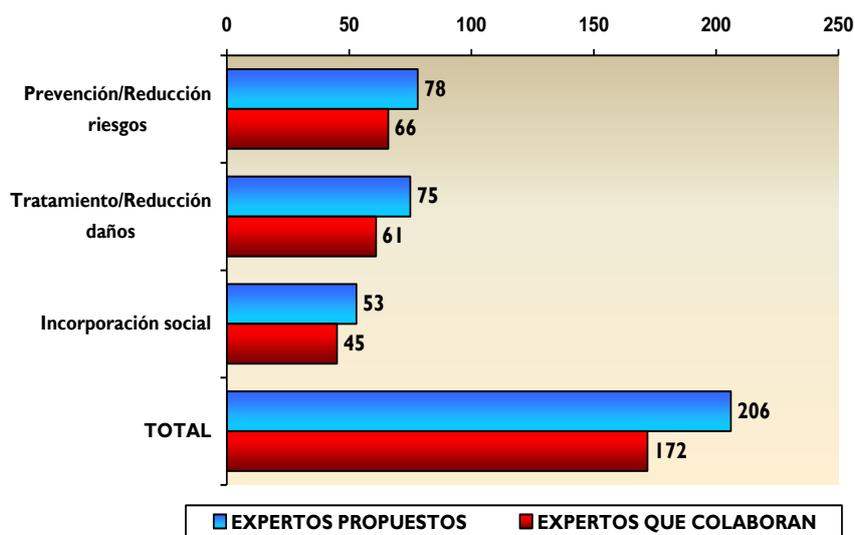
El número de expertos propuestos para participar en estos grupos fue de 206, distribuidos del siguiente modo (Figura 2.1):

Figura 2.1. Número de expertos propuestos para participar en los diferentes grupos Delphi.



Del total de 206 expertos propuestos, 172 participaron finalmente en el estudio (Figura 2.2) cumplimentando el cuestionario correspondiente a cada uno de los tres grupos Delphi. Este dato supone que la tasa de respuesta efectiva de los expertos (la relación entre el número de expertos propuestos y de aquellos que colaboran finalmente en el estudio) se situó globalmente en el 84% (el 85% en el Grupo de Prevención/Reducción riesgos, 81% en el Grupo de Tratamiento/Reducción del daño y 85% en el Grupo de Incorporación social).

Figura 2.2. Número de expertos propuestos y que participan en los grupos Delphi.



2.2. Resultados obtenidos en los grupos Delphi

Los expertos participantes en los grupos Delphi cumplieron, mediante una aplicación informática accesible en Internet, un cuestionario general con los criterios de acreditación comunes a los programas de RDD y otro específico con los criterios de acreditación relativos a los programas del grupo al que fueron asignados, en los que se les pedía que se pronunciaran sobre la relevancia que a su juicio tienen cada uno de los criterios de calidad propuestos en la acreditación de las distintas categorías de programas de reducción de la demanda de drogas. Junto a cada uno de los criterios incluidos en los cuestionarios aparecía una escala con tres opciones de respuesta, en la que debían registrar su opinión respecto a si el criterio propuesto es, a su juicio, imprescindible o básico para poder acreditar el programa de referencia (prevención, tratamiento, incorporación social, etc.), recomendable o prescindible.

Este proceso se reiteró en dos rondas, la primera de ellas desarrollada entre el 31 de julio y el 12 de septiembre de 2012. El nivel de respaldo de los expertos participantes en la primera ronda de los Delphi a los criterios propuestos se resume en la Tabla 2.1. Los mayores niveles de afinidad entre los criterios propuestos y el posicionamiento de los expertos se produce en el caso de los programas de prevención, incorporación social, tratamiento y comunes a los programas de reducción de la demanda.

Tabla 2.1. Expertos participantes en la 1ª Ronda de los Delphi que consideran imprescindibles los criterios propuestos, para su inclusión en un sistema de acreditación de PRD.

CATEGORÍA DE PROGRAMAS	CRITERIOS PROPUESTOS	CONSIDERADOS IMPRESCINDIBLES		
		≥ 60% expertos	≥ 70% expertos	≥ 75% expertos
Reducción de la demanda (comunes)	39	25	17	14
Prevención	80	58	43	31
Reducción de riesgos	14	5	2	1
Tratamiento	88	57	36	31
Reducción de daños	52	28	16	9
Incorporación Social	63	43	24	12
TOTAL	336	216	138	98

La segunda ronda de los Delphi se desarrolló entre el 8 y el 25 de octubre de 2012, y en ella se sometió a la valoración de los expertos únicamente aquellos criterios que en la primera ronda fueron señalados como “Imprescindibles”, para su inclusión en un hipotético sistema de acreditación, por al menos el 60% de los expertos. Asimismo, y atendiendo a las propuestas formuladas por los participantes en la primera ronda, se incluyeron 4 criterios que inicialmente no fueron sometidos a la consideración de los expertos que colaboraron en la primera ronda y otros dos fueron reformulados.

A continuación se detallan las valoraciones emitidas por los expertos en la segunda y definitiva ronda de los grupos Delphi.

2.2.1. Criterios de acreditación comunes a los programas de reducción de la demanda

Escala de valoración: 1 = Imprescindible 2 = Recomendable 3 = Prescindible

CRITERIOS	1	2	3
PRD.1. Compromiso de la organización en la protección y promoción de los derechos de todas las personas en situación de vulnerabilidad.	84,4%	13,6%	2,0%
PRD.2. Las condiciones de acceso y permanencia en el programa o servicio están disponibles para los potenciales participantes, asegurando que no se producen discriminaciones en función del sexo, edad, raza, opiniones políticas, estatus legal o social, religión, condiciones físicas o psicológicas u oportunidades socioeconómicas.	87,8%	9,5%	2,7%
PRD.3. El programa o servicio reconoce a las personas usuarias/beneficiarias del mismo su derecho a: <ul style="list-style-type: none"> ○ La autonomía, incluyendo la capacidad para decidir participar o no en el mismo. ○ La seguridad y respeto a la dignidad humana. ○ La salud, la integridad física, psicológica y moral. ○ La no discriminación. ○ La igualdad de oportunidades, derechos y obligaciones. ○ La protección contra tratos degradantes e inhumanos. ○ La confidencialidad y privacidad. 	93,2%	6,8%	0,0%
PRD.4. Se oferta a los potenciales destinatarios del programa o servicio la intervención más adaptada, adecuada y científicamente comprobada de acuerdo a su situación personal y otras circunstancias asociadas.	61,9%	38,1%	0,0%
PRD.5. Se informa a las partes interesadas de las posibles desventajas y riesgos para los participantes y se obtiene su consentimiento antes de la intervención.	74,2%	25,8%	0,0%
PRD.6. La participación de menores de edad en programas y servicios cuenta con la autorización previa de los padres o tutores.	60,5%	32,7%	6,8%
PRD.7. Los datos de los participantes son tratados confidencialmente.	94,6%	5,4%	0,0%
PRD.8. Los programas y servicios desarrollados en el campo de la reducción de la demanda de drogas incorporan la perspectiva de género, tanto en la evaluación de necesidades, como en el diseño de las intervenciones y la evaluación de resultados.	56,5%	42,2%	1,3%
PRD.9. El programa o servicio explicita el modelo teórico de referencia, capaz de establecer una relación lógica acerca de cómo las intervenciones a desarrollar permitirán incidir de forma positiva en las variables o problemas sobre las que pretende intervenir.	49,0%	49,0%	2,0%
PRD.10. El programa presenta un enfoque integral, prestando atención a los determinantes sociales, económicos, psicológicos y sanitarios que convergen en torno a los consumos de drogas y las drogodependencias.	61,2%	38,1%	0,7%
PRD.11. El programa se basa en la mejor evidencia disponible, procedente de revisiones sistemáticas de investigaciones, ensayos clínicos, meta análisis, recomendaciones formuladas por organizaciones nacionales o internacionales o el consenso establecido por expertos.	55,8%	44,2%	0,0%
PRD.12. Los programas de reducción de la demanda incluyen un análisis de la situación actual de los consumos de drogas y las drogodependencias en el ámbito territorial y/o poblacional sobre el que se pretende intervenir, así como de sus tendencias.	56,5%	40,8%	2,7%
PRD.13. El programa/servicio cumple o respeta la legislación y la normativa aplicable en materia fiscal, laboral, de protección de datos y de igualdad de oportunidades laborales.	83,7%	16,3%	0,0%

CRITERIOS	1	2	3
PRD.14. El programa dispone de las autorizaciones exigidas por la legislación para su puesta en marcha.	81,6%	17,7%	0,7%
PRD.15. La entidad promotora del programa o servicio dispone de recursos financieros y personales capaces de asegurar su sostenibilidad y continuidad a corto plazo, siempre que los resultados de la evaluación así lo aconsejen.	63,3%	34,7%	2,0%
PRD.16. La contabilidad es clara, transparente y accesible a las partes interesadas y entidades que contribuyan a su financiación.	85,0%	13,6%	1,4%
PRD.17. Periódicamente se rinden cuentas a las instituciones y organizaciones que financian el programa y a todas las partes interesadas en su desarrollo.	74,1%	24,5%	1,4%
PRD.18. Se dispone de un número suficiente de personal técnico y/o de apoyo para asegurar la realización de las actividades previstas en el programa o servicio.	78,9%	21,1%	0,0%
PRD.19. El personal que integra el equipo responsable del desarrollo del programa/servicio dispone de las competencias profesionales necesarias para ello (poseer los títulos y diplomas requeridos y contar con la experiencia profesional necesaria para poder desarrollar el programa).	77,5%	218%	0,7%
PRD.20. Se dispone de las instalaciones y el equipamiento adecuados para alcanzar las metas del programa, de acuerdo con las condiciones generales de desarrollo de la comunidad en la que se llevan a cabo.	57,8%	42,2%	0,0%
PRD.21. El programa o servicio contempla procedimientos de derivación para la atención de las necesidades (educativas, sociales de salud, etc.) de sus beneficiarios a otros recursos o servicios comunitarios.	52,4%	46,9%	0,7%
PRD.22. La organización promotora del programa define su misión y visión.	48,3%	49,7%	2,0%
PRD.23. La organización dispone de una estructura definida y conocida por el conjunto de partes interesadas en el diseño, ejecución y evaluación del programa.	59,2%	38,8%	2,0%
PRD.24. Se mantiene un registro de las personas beneficiarias del programa.	78,2%	19,7%	2,1%
PRD.25. Se disponen de mecanismos que garanticen el derecho a la privacidad y la custodia efectiva de los datos de carácter personal de los beneficiarios del programa.	92,5%	7,5%	0,0%
PRD.26. Los sistemas de información y registro del programa incorporan datos sobre variables que resultan claves para realizar una evaluación permanente de las necesidades de las personas que acceden al programa, así como de los cambios o efectos derivados de la participación en el programa.	55,8%	44,2%	0,0%
PRD.27. Se dispone de guías de procesos y procedimientos que permiten una implementación armonizada de las intervenciones que integran el programa.	59,9%	39,4%	0,7%
PRD.28. Se utilizan los materiales necesarios para la ejecución del programa (materiales didácticos, manuales de formación del personal, etc.).	51,0%	47,6%	1,4%

CRITERIOS	1	2	3
PRD.29. La organización ha diseñado un plan para evaluar el programa, en el que se establecen los siguientes elementos:			
<ul style="list-style-type: none"> ○ El contenido de la evaluación (evaluación de procesos, cobertura, resultados, etc.) ○ Procedimientos e instrumentos a utilizar en la evaluación. ○ Indicadores de evaluación. ○ El tipo de evaluación a realizar (interna, externa o mixta) ○ Usos previstos a dar a los resultados de la evaluación (continuidad del programa, reorientación o modificación del programa, etc.). ○ Vías y mecanismos para la difusión de los resultados y destinatarios de sus resultados. 	70,8%	29,2%	0,0%
PRD.30. Se realizan mediciones o registros de la situación que la población beneficiaria del programa presenta de forma previa y posterior a su participación en el mismo, a fin de permitir la evaluación de sus resultados.	63,3%	36,0%	0,7%
PRD.31. La entidad responsable del desarrollo del programa o servicio contempla la evaluación de la satisfacción de las personas usuarias del mismo, así como de los profesionales y otras partes interesadas (familiares, etc.).	51,0%	47,6%	1,4%

2.2.2. Criterios para la acreditación de los programas de prevención

Escala de valoración: 1 = Imprescindible 2 = Recomendable 3 = Prescindible

CRITERIOS	1	2	3
P.1. Se ha reunido y revisado información relevante, actualizada y fiable (“indicadores basales”) sobre el consumo de drogas entre la población a la que se dirige el programa, incluyendo:			
<ul style="list-style-type: none"> ○ Tipos de drogas consumidas ○ Tasas y tendencias del consumo ○ Edades de inicio ○ Percepción del riesgo ○ Factores culturales relacionados con el consumo de drogas ○ Problemas relacionados con el consumo 	80,3%	19,7%	0,0%
P.2. La organización es consciente/conocedora de los programas existentes y recientes que contribuyen a la prevención de drogas.	57,4%	41,0%	1,6%
P.3. Se ha realizado un análisis de los recursos disponibles en la comunidad.	60,7%	39,3%	0,0%
P.4. La/s población/es objetivo potencial/es es/son elegida/s de acuerdo con la evaluación de las necesidades.	60,7%	39,3%	0,0%
P.5. La/s población/es objetivo está/n descrita/s, incluyendo su tamaño, características, cultura y perspectivas en relación con las drogas.	70,5%	26,2%	3,3%
P.6. Si el programa es de prevención selectiva o indicada, se proporcionan unos criterios explícitos de inclusión y de exclusión (socio-demográficos, socioeconómicos, psico-biológicos, geográficos, etc.) que:	80,3%	19,7%	0,0%
<ul style="list-style-type: none"> ○ Definan la/s población/es objetivo de manera apropiada. ○ Permitan una diferenciación clara entre poblaciones. ○ Estén justificados de acuerdo a la evaluación de necesidades. 			
P.7. Se describen los factores de riesgo y de protección asociados al uso de drogas que inciden sobre la población objetivo del programa.	70,5%	27,9%	1,6%
P.8. Se especifican los factores de riesgo y de protección que se consideran modificables en la población objetivo.	70,5%	27,9%	1,6%
P.9. Se han identificado las partes interesadas, que incluyen:			
<ul style="list-style-type: none"> ○ La población objetivo. ○ Representantes de los organismos financiadores. ○ Responsables de recursos comunitarios (centros escolares, centros sociales, centros de salud, instituciones deportivas, etc.). ○ Representantes del movimiento asociativo y líderes comunitarios. ○ Representantes institucionales (Gobierno Local, Regional o Nacional, servicios sociales, sanitarios, culturales, fuerzas de seguridad, etc.). ○ Medios de comunicación. ○ Empresarios, comerciantes, vecinos, etc. ○ Familias. 	63,9%	34,4%	1,7%
P.10. Si se prevé realizar el programa en una organización receptora (por ejemplo, un centro educativo para un programa escolar):			
<ul style="list-style-type: none"> ○ La organización receptora se considera como una parte interesada en el programa. ○ Las necesidades de la organización receptora se evalúan para determinar si el programa es el adecuado. ○ La información proporcionada sobre el programa es comprensible y permite a la organización receptora de tomar una decisión informada. 	75,4%	23,0%	1,6%

CRITERIOS	1	2	3
P.11. Se evalúa la capacidad de la población objetivo y otras partes interesadas para participar en el programa o apoyar su desarrollo (por ejemplo, si tienen que participar profesores, debe evaluarse si disponen de las competencias necesarias).	62,3%	32,8%	4,9%
P.12. Se valoran los recursos y las capacidades internas: <ul style="list-style-type: none"> ○ Recursos humanos y competencias del personal, ○ Experiencia previa, ○ Recursos de la organización, ○ Los recursos tecnológicos, ○ Recursos financieros, ○ Conexiones con la población objetivo, ○ Red de contactos profesionales, ○ Otros recursos utilizables en el potencial programa de prevención. 	55,8%	42,6%	1,6%
P.13. Se especifica qué competencias son necesarias para una implementación exitosa del programa.	68,9%	29,5%	1,6%
P.14. Si el personal disponible no tiene las capacidades necesarias, se define un plan de formación para el mismo.	77,0%	23,0%	0,0%
P.15. Existe un plan escrito del proyecto que: <ul style="list-style-type: none"> ○ Es claro, realista, comprensible y accesible para todos los agentes implicados. ○ Describe y conecta de forma lógica los principales componentes del programa (situación que se pretende modificar, finalidad, objetivos, recursos, indicadores de evaluación, actividades, resultados, etc.). ○ Informa sobre el modelo teórico adoptado. ○ Detalla: <ul style="list-style-type: none"> – Las estrategias de intervención seleccionadas. – La definición de los escenarios. – Los recursos materiales y personales necesarios. – Los procedimientos para recabar y mantener los apoyos. – Los procedimientos para la selección de los participantes. – Las actividades previstas. – Los procedimientos para efectuar el seguimiento. – El diseño de la evaluación de procesos y de resultados. ○ Permite un seguimiento del progreso real del programa durante su ejecución. 	80,3%	19,7%	0,0%
P.16. El proyecto define el criterio para la terminación de la intervención (logro de los objetivos, terminación de las actividades previstas, número de participantes previstos, duración de la intervención).	67,2%	31,2%	1,6%
P.17. Se especifica qué se pretende prevenir o modificar.	88,5%	11,5%	0,0%
P.18. Los objetivos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Están determinados en función de la evaluación de necesidades (indicadores basales que se pretende modificar). ○ Son claros, comprensibles, realistas, están temporalmente definidos y son cuantificables. ○ Mantienen una relación lógica con las variables mediadoras que se pretenden modificar y están relacionados con los factores de riesgo y protección especificados. ○ Tienen una relación basada en el modelo teórico utilizado. ○ Están formulados en términos de cambio esperado en los participantes (de "resultados"). 	86,9%	13,1%	0,0%

CRITERIOS	1	2	3
P.19. Los objetivos son compatibles con las prioridades establecidas por las estrategias y políticas locales, regionales, nacionales y/o internacionales en materia de prevención de las drogodependencias.	52,5%	45,9%	1,6%
P.20 En la selección de las intervenciones existentes se considera:			
<ul style="list-style-type: none"> ○ Si la intervención elegida es adecuada para el escenario del programa previsto. ○ Si las condiciones subyacentes encontradas en la evaluación de las necesidades son similares a las existentes en el programa modelo/prototipo. ○ Si los resultados obtenidos por el prototipo encajan con las metas y objetivos del programa previsto. ○ Si los recursos necesarios coinciden con los recursos disponibles. ○ Los beneficios y las desventajas de la intervención, incluyendo sus posibles efectos negativos. ○ El equilibrio entre la posible adaptación y la fidelidad al prototipo elegido. ○ La viabilidad de la intervención (si las actividades se pueden aplicar, si se dispone de cualificación suficientes, si la complejidad del programa es excesiva, etc.). 	60,7%	39,3%	0,0%
P.21. El programa elegido es adecuado y adaptado a las circunstancias relacionadas con:			
<ul style="list-style-type: none"> ○ Las necesidades de los participantes, ○ El escenario elegido, ○ El entorno operativo, ○ La edad de los participantes y su grado de desarrollo, ○ El género de los participantes, ○ La cultura de los participantes. 	86,9%	13,1%	0,0%
P.22. El diseño de la intervención se ajusta a las características de la población objetivo, mediante la adaptación de:			
<ul style="list-style-type: none"> ○ El lenguaje, ○ Las actividades y métodos de aplicación, ○ Los mensajes de la intervención, ○ La duración, frecuencia y ritmo de la intervención, ○ El número de participantes por actividad. 	83,6%	16,4%	0,0%
P.23. El modelo teórico del prototipo elegido es compatible con:			
<ul style="list-style-type: none"> ○ El modelo teórico explicativo utilizado para la intervención. ○ Los factores de riesgo y de protección identificados en la población objetivo. 	63,9%	34,4%	1,7%
P.24. El programa original está claramente referenciado y sus autores identificados.	60,7%	32,8%	6,5%
P.25. Se han consultado las revisiones de la literatura y/o las publicaciones más relevantes.	50,8%	44,3%	4,9%
P.26. La información revisada es científica, actualizada, relevante para el programa y aceptada por la comunidad científica y/o de la prevención.	57,4%	39,3%	3,3%
P.27. El contenido de la intervención está basado en la evidencia disponible y en las recomendaciones de buenas prácticas e incorpora los mayores elementos posibles de dichas evidencias y recomendaciones.	60,7%	39,3%	0,0%
P.28. El programa tiene la intensidad y duración adecuadas para el grupo al que va dirigido: a mayor riesgo de consumo, más intensa y duradera debe ser la intervención, y viceversa.	59,0%	37,7%	3,3%

CRITERIOS	1	2	3
P.29. La estrategia a seleccionar tiene en consideración las necesidades presentes y futuras y las expectativas de las partes interesadas.	50,8%	47,5%	1,7%
P.30. El programa ayuda a los participantes a descubrir y darse cuenta de sus propios recursos, de manera que:			
<ul style="list-style-type: none"> ○ Está positivamente orientado hacia los puntos fuertes de los participantes, y pone de relieve las alternativas a las opciones no saludables, ○ Apoya a los participantes en el cuidado de su propia salud, ○ Se encuadra en un clima positivo de promoción de la salud. 	59,0%	41,0%	0,0%
P.31. Se detallan los recursos financieros, personales, materiales y comunitarios disponibles para asegurar las intervenciones previstas.	67,2%	31,2%	1,6%
P.32. Están definidos los mecanismos utilizados para reclutar a los participantes.	67,2%	29,5%	3,3%
P.33. Se toman medidas concretas para maximizar el reclutamiento y la retención de los participantes, de modo que el programa:			
<ul style="list-style-type: none"> ○ Es asequible para la población objetivo, ○ Ofrece horarios y lugares adecuados para la población objetivo, ○ Garantiza la confidencialidad, ○ Evita que se estigmatice a los participantes o la población objetivo más amplia. ○ Facilita incentivos materiales para captar a poblaciones en situación de riesgo. 	68,9%	29,5%	1,6%
P.34. Las actividades están adaptadas a las características de la población objetivo y de los participantes.	86,9%	13,1%	0,0%
P.35. Los materiales de apoyo utilizados en el marco de los programas de prevención han sido previamente validados, asegurando la adecuación de sus contenidos a las características de la población destinataria de los mismos.	49,2%	49,2%	1,6%
P.36. Las actividades son coherentes con los objetivos señalados (tienen capacidad para modificar los factores de riesgo y protección previstos en los objetivos).	88,5%	11,5%	0,0%
P.37. El consumo y la venta de alcohol, tabaco y drogas ilegales están prohibidos en las instalaciones del programa.	68,8%	24,6%	6,6%
P.38. La intervención es implementada de acuerdo con el plan del proyecto.	60,7%	39,3%	0,0%
P.39. Si se ha realizado una aplicación piloto, la misma está debidamente documentada incluyendo:			
<ul style="list-style-type: none"> ○ Seguimiento de la aplicación piloto. ○ Dificultades encontradas y soluciones propuestas. ○ Modificaciones realizadas en el diseño de la intervención. 	65,6%	31,1%	3,3%
P.40. La implementación está documentada, incluyendo la misma:			
<ul style="list-style-type: none"> ○ Datos periódicos de seguimiento de la implementación en línea con el plan del proyecto desarrollado en la etapa de planificación, ○ Identificación de obstáculos y/o fracasos, y la forma en que fueron corregidos, ○ Ajustes y cambios realizados en el plan original del proyecto, ○ Incidentes extraordinarios, y las respuestas adoptadas para afrontarlos. 	60,7%	37,7%	1,6%
P.41. Se especifica cómo se realizará el proceso de seguimiento del programa.	68,9%	29,5%	1,6%
P.42. La implementación de la intervención se modifica en función de los hallazgos del seguimiento.	67,2%	32,8%	0,0%

CRITERIOS	1	2	3
P.43. Desde la fase de planificación, se ha redactado un plan de evaluación de resultados que incluye:			
<ul style="list-style-type: none"> ○ Los indicadores que se van a utilizar para medir los resultados ○ Los momentos en que se realizarán las mediciones. ○ Los instrumentos de medida y de recogida de datos que se van a utilizar. 	78,7%	21,3%	0,0%
P.44. Los indicadores de evaluación de resultados seleccionados están relacionados con los objetivos del programa.	93,4%	656%	0,0%
P.45. Los indicadores de evaluación de resultados están claramente descritos y son medibles en términos cuantitativos y/o cualitativos.	88,5%	11,5%	0,0%
P.46. Los métodos y las herramientas utilizadas para la recogida de los datos de resultados:			
<ul style="list-style-type: none"> ○ Están claramente descritos. ○ Aportan información relevante para los indicadores de evaluación. ○ Son herramientas existentes probadas anteriormente o nuevas herramientas bien desarrolladas y validadas. ○ Son consistentemente utilizadas (se utilizan las mismas herramientas en los distintos momentos en que se realizan las mediciones). 	77,1%	22,9%	0,0%
P.47. La evaluación de resultados sigue un diseño de investigación, permitiendo un análisis claro de la relación entre la intervención y los resultados.	57,4%	42,6%	0,0%
P.48. Los datos de resultados son medidos antes de la intervención y después de la intervención.	63,9%	34,4%	1,7%
P.49. Existe por escrito un plan de evaluación de proceso que incluye:			
<ul style="list-style-type: none"> ○ Los indicadores que se van a utilizar. ○ Los momentos en que se van a medir los indicadores. ○ Los instrumentos de medida y de recogida de datos, cuando sean necesarios. 	75,4%	24,6%	0,0%
P.50. Los indicadores de evaluación de proceso:			
<ul style="list-style-type: none"> ○ Están relacionados con las actividades realizadas. ○ Están claramente descritos. ○ Son medibles en términos cuantitativos y/o cualitativos. 	77,1%	22,9%	0,0%
P.51. El programa incluye un cronograma de las intervenciones/actividades a realizar	82,0%	18,0%	0,0%
P.52. El cronograma es:			
<ul style="list-style-type: none"> ○ Claro y comprensible ○ Coherente y realista. ○ Ilustra la secuencia de eventos y acciones. ○ Distingue entre las actividades de: planificación, reclutamiento de los participantes, intervención, acciones relacionadas con el seguimiento y la evaluación, y las tareas administrativas. ○ Ilustra los hitos en el progreso del programa. ○ Ilustra los plazos aplicables. 	68,9%	31,1%	0,0%
P.53. La temporalización, duración y frecuencia de las actividades son las adecuadas para alcanzar los objetivos.	72,1%	27,9%	0,0%
P.54. El formato y los medios de difusión adoptados son adecuados para los destinatarios.	70,5%	29,5%	0,0%
P.55. Se contempla la realización de un informe final con los principales datos y conclusiones de la evaluación de procesos y de resultados.	78,7%	19,7%	1,6%

CRITERIOS	1	2	3
P.56. Los mecanismos, procedimientos y herramientas seleccionados para evaluar los resultados del programa permiten comprobar si se han logrado los objetivos "preventivos" del programa:			
○ Si se ha mantenido o incrementado la abstinencia al consumo de diferentes drogas.			
○ Si se ha retrasado la edad de inicio al consumo de diferentes sustancias.	72,1%	27,9%	0,0%
○ Si se ha reducido la frecuencia de uso y las cantidades consumidas de ciertas drogas.			
○ Si se ha reducido el consumo abusivo o perjudicial de ciertas drogas.			
○ Si se han reducido problemas relacionados con el uso de determinadas drogas.			
○ Si se han modificado determinadas variables mediadoras.			

2.2.3. Criterios para la acreditación de los programas de reducción de riesgos asociados al consumo

Escala de valoración: 1 = Imprescindible 2 = Recomendable 3 = Prescindible

CRITERIOS	1	2	3
RR.1. Los programas de reducción de riesgos desarrollados en el ámbito sanitario proporcionan de forma sistemática consejo sanitario de distinta intensidad a los consumidores de riesgo y perjudiciales de alcohol que acuden a los servicios de atención primaria de salud.	72,1%	26,2%	1,7%
RR.2. Los programas que incorporan intervenciones breves dirigidas a consumidores de alcohol disponen de una guía protocolizada para el consejo sanitario breve, la realización de las intervenciones breves y la formación y apoyo a médicos generales, que incluya respuestas a los principales obstáculos percibidos por los profesionales sanitarios para llevar a cabo estas actuaciones.	63,9%	36,1%	0,0%
RR.3. Se derivan a tratamiento especializado o a programas de asesoramiento a conductores suspendidos del permiso de conducir y en los que se constatan problemas de dependencia o de consumo problemático de alcohol.	57,4%	37,7%	4,9%
RR.4. Los programas de reducción de riesgos asociados al consumo de alcohol en el ámbito laboral incorporan mecanismos que permiten la detección temprana de los consumos de riesgo, la oferta de consejo breve a los trabajadores que mantienen este patrón de consumo y la derivación a servicios especializados de tratamiento de los problemas de abuso y/o dependencia al alcohol.	63,9%	36,1%	0,0%
RR.5. Las intervenciones para reducir los riesgos relacionados con el consumo de alcohol y tabaco cuentan con un sistema de evaluación periódica interna de procesos y de resultados, dirigido a lograr los siguientes objetivos:			
<ul style="list-style-type: none"> ○ Reducir la proporción de no fumadores expuestos a ambientes cerrados por humo de tabaco. ○ Disminuir el número de personas fallecidas y heridas en accidentes de tráfico relacionados con el consumo de alcohol. ○ Reducir la tasa de problemas relacionados con el abuso de alcohol: urgencias hospitalarias, homicidios, lesiones por agresión, negligencia y maltrato infantil y personas intoxicadas atendidas en la vía pública. ○ Reducir la morbilidad y mortalidad más directamente relacionada con el hábito de fumar y con consumos de riesgo y perjudiciales de alcohol. 	70,5%	29,5%	0,0%

2.2.4. Criterios para la acreditación de los programas de tratamiento

Escala de valoración: 1 = Imprescindible 2 = Recomendable 3 = Prescindible

CRITERIOS	1	2	3
T.1. El centro o servicio cumple las exigencias que la legislación del país establece en materia de licencia de apertura y funcionamiento y de autorización como centro especializado, tanto derivadas de la aplicación de las normas generales que regulan los centros sanitarios y sociales, como de aquellas específicas referidas a los centros de tratamiento de las drogodependencias (existencia de un equipo técnico básico, condiciones de seguridad y salubridad, ausencia de barreras físicas, etc.).	91,8%	8,2%	0,0%
T.2. El programa o centro de tratamiento ha sido acreditado como tal por parte de la Administración competente para ello.	85,7%	12,3%	2,0%
T.3. El servicio o centro de tratamiento garantiza un tratamiento adecuado y reconoce a los pacientes que acceden al mismo los siguientes derechos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Al acceso a las prestaciones y servicios de tipo sanitario, psicológico y social que integran el proceso asistencial en unos plazos definidos y conocidos y sin limitaciones por razones de insuficiencia económica. ○ A la libre elección entre diferentes ofertas terapéuticas. ○ A la voluntariedad para iniciar, mantener y cesar un proceso terapéutico, excepto en los casos señalados por la legislación vigente (como en el caso de los servicios o centros de tratamiento directamente dependientes de los sistemas de justicia y/o penitenciarios). ○ A conocer la normativa del centro (Reglamento de Régimen Interior) en todos aquellos aspectos que puedan afectarle, así como el nombre y cualificación profesional de las personas encargadas de su asistencia. ○ A la información por parte del equipo terapéutico respecto de los distintos servicios disponibles, el tratamiento propuesto según sus aspectos clínicos y el proceso que está siguiendo, las razones que aconsejan el mismo y los beneficios y riesgos que cabe esperar. ○ A que quede constancia por escrito o en otro soporte técnico de: <ul style="list-style-type: none"> • Todo su proceso asistencial, información que deberá ser integrada en la historia clínica. • El consentimiento otorgado antes de practicar cualquier procedimiento diagnóstico o terapéutico que suponga riesgos o inconvenientes para su salud. • Los procedimientos diagnósticos o terapéuticos que se le apliquen de carácter experimental o que formen parte de proyectos docentes o de investigación ○ A la firma de un contrato terapéutico que explicita el contenido y la justificación del tratamiento a desarrollar, los derechos que asisten a los pacientes y las obligaciones asumidas por los mismos. ○ A recibir un informe de alta, una vez finalizado el proceso asistencial. 	89,8%	10,2%	0,0%
T.4. Los pacientes que siguen tratamientos de carácter residencial tienen derecho al contacto con familiares o allegados y a recibir visitas de ellos.	71,4%	26,5%	2,1%
T.5. El centro o servicio contempla distintas vías de acceso al tratamiento (acceso directo, derivación desde otros centros de tratamiento de las drogodependencias, desde centros de salud, de servicios sociales, instancias judiciales, etc.), y dispone de criterios de indicación terapéutica definidos y escritos, basados en un diagnóstico biopsicosocial de los pacientes.	71,4%	28,6%	0,0%

CRITERIOS	1	2	3
T.6. El centro o servicio resulta accesible a todas las personas con problemas de abuso o dependencia a las drogas, al margen de su estado de salud física o mental, siempre y cuando la demanda de tratamiento se ajuste a los criterios de admisión y exclusión previstos en el centro.	67,4%	30,6%	2,0%
T.7. La presencia de enfermedades infectocontagiosas no podrá constituir por sí misma un motivo de exclusión del tratamiento, debiendo establecerse planes de contingencia para el tratamiento de estos pacientes, en particular en los servicios de carácter residencial.	65,3%	34,7%	0,0%
T.8. En el centro o servicio existen unos criterios de inclusión y de exclusión que delimitan adecuadamente el acceso o no de los pacientes a las diferentes modalidades de tratamiento.	81,6%	18,4%	0,0%
T.9. El centro o servicio dispone de estrategias específicas para reducir las barreras al tratamiento en función del género y para la participación de los menores de edad en los tratamientos.	51,0%	47,0%	2,0%
T.10. Existen criterios definidos de derivación, inclusión, indicación terapéutica y exclusión para la desintoxicación en entornos hospitalarios.	73,5%	26,5%	0,0%
T.11. Existen criterios definidos de derivación, inclusión, indicación terapéutica y exclusión para el ingreso en comunidad terapéutica.	69,4%	30,6%	0,0%
T.12. El centro de tratamiento cumple los requisitos mínimos fijados por la normativa local, regional y nacional en cuanto a la suficiencia del personal en número y perfiles, formación, cobertura horaria, vinculación jurídica/laboral y ratio profesionales/pacientes.	91,8%	8,2%	0,0%
T.13. El centro cuenta con un director que dispone de titulación universitaria de grado superior o de grado medio en las ramas de Salud, Psicología, Trabajo Social, Educación u otras disciplinas afines y equipo multidisciplinar con formación reconocida en este ámbito.	73,5%	24,5%	2,0%
T.14. Todos los profesionales que formen parte del equipo multidisciplinar poseen experiencia y formación específica reconocida en materia de drogodependencias.	42,9%	55,1%	2,0%
T.15. Se proporciona a la totalidad del personal de nueva incorporación al centro o servicio adiestramiento y actualización periódica en materia de procedimientos terapéuticos, gestión y evaluación de los problemas asociados al abuso de droga.	53,0%	42,9%	4,1%
T.16. Las instalaciones del centro o servicio cumplen con la normativa existente (o requisitos mínimos si no la hay) en cuanto a seguridad, higiene y funcionalidad.	93,9%	6,1%	0,0%
T.17. El tamaño de las instalaciones se adecúa al volumen de pacientes atendidos.	71,4%	28,6%	0,0%
T.18. Los centros de tratamiento disponen de un depósito de medicamentos debidamente autorizado, una zona segura para el archivo de las historias clínicas y sistemas de protección informáticos para evitar el acceso a los datos de los pacientes por parte de personas no autorizadas.	87,8%	12,2%	0,0%
T.19. Los centros cuentan con despachos adecuados para las actividades asistenciales del equipo terapéutico, y otros diferenciados para actividades específicas (administración de fármacos, toma de muestras de orina, etc.).	69,4%	28,6%	2,0%
T.20. Los centros de tratamiento residenciales disponen, además de las áreas funcionales comunes a todos los servicios asistenciales, de espacios y equipamientos adecuados a las actividades y tareas propias (cocina, comedor, lavandería, dormitorios, zonas deportivas, etc.).	65,3%	32,7%	2,0%
T.21. El centro o servicio dispone de procedimientos de coordinación y cooperación con otros centros de asistencia a drogodependientes, así como de interconsulta y derivación a servicios de carácter generalista (servicios sanitarios, sociales, judiciales, red de salud mental, etc.).	65,3%	32,7%	2,0%

CRITERIOS	1	2	3
T.22. El centro/servicio se sustenta en un abordaje multidisciplinario e interdisciplinario de las drogodependencias.	81,6%	16,3%	2,1%
T.23. El diseño del centro/servicio ha estado precedido de una evaluación de necesidades y un diagnóstico de situación.	44,9%	53,1%	2,0%
T.24. El servicio de tratamiento está integrado en una red asistencial amplia, en la que participan otros centros de tratamiento, de tipo ambulatorio y residencial.	55,1%	42,9%	2,0%
T.25. Se dispone de un modelo de referencia que establece las funciones que cumple el centro/servicio de tratamiento dentro de la Red Asistencial (perfiles poblacionales atendidos, objetivos, servicios prestados, etc.), los procesos y procedimientos a seguir para acceder al mismo y los mecanismos de derivación de pacientes entre los servicios de la Red.	53,1%	46,9%	0,0%
T.26. Existen unos mecanismos claramente definidos de entrada y salida del circuito asistencial.	59,2%	38,8%	2,0%
T.27. Existe un expediente personal de cada paciente en el que se registran los terapeutas responsables de su caso y del que forma parte su historia clínica.	95,9%	4,1%	0,0%
T.28. El tratamiento incluye la evaluación diagnóstica, la atención sanitaria, psicológica y social (en el marco de planes terapéuticos individualizados) y el desarrollo de diferentes actividades orientadas a mejorar la salud y la calidad de vida de las personas afectadas, mediante la reducción de la dependencia de las drogas, la disminución de la morbilidad y mortalidad por el uso de estas sustancias, la potenciación de las habilidades y recursos personales y el acceso a programas de incorporación social.	83,7%	14,3%	2,0%
T.29. La cartera de servicios de los centros de tratamiento ambulatorios incluye, como mínimo: información y orientación, evaluación y diagnóstico, tratamiento y control terapéutico, atención familiar y apoyo a la incorporación social.	83,7%	12,2%	4,1%
T.30. La cartera de servicios de los centros de tratamiento residenciales incluye, preferentemente, los siguientes servicios: <ul style="list-style-type: none"> ○ Evaluación diagnóstica (en los casos que carezcan de ella o sea incompleta). ○ Desintoxicación. ○ Deshabitación. ○ Intervenciones de apoyo a la incorporación sociolaboral. ○ Atención psicológica individual y grupal. ○ Atención sanitaria. ○ Atención social. ○ Apoyo educativo. ○ Intervenciones con los familiares de los pacientes. ○ Servicio de alojamiento y manutención. 	53,1%	38,8%	8,1%
T.31. Los centros de tratamiento residenciales disponen de un programa para la prevención, identificación y control de las infecciones potencialmente adquiridas en el mismo y/o introducidas desde el exterior.	61,2%	36,7%	2,1%
T.32. El centro/servicio dispone de una guía de procesos y procedimientos que permite protocolizar la atención a brindar a la población beneficiaria del mismo, asegurar la equidad y calidad de la atención prestada y facilitar el establecimiento de sistemas de información y la evaluación de la actividad asistencial.	51,0%	46,9%	2,1%

CRITERIOS	1	2	3
T.33. El centro/servicio identifica, describe y documenta los procesos claves que conforman el proceso de tratamiento y que tienen un mayor impacto sobre los objetivos estratégicos del centro o servicio (brindar una atención de calidad a las personas con problemas de dependencia a las drogas):			
<ul style="list-style-type: none"> ○ Recepción/admisión de las demandas. ○ Evaluación diagnóstica. ○ Formulación de planes terapéuticos individualizados. ○ Ejecución de los planes terapéuticos (desarrollo de las intervenciones sanitarias, psicológicas y sociales previstas) ○ El seguimiento y evaluación de los tratamientos. ○ Finalización del tratamiento. 	63,3%	34,7%	2,0%
T.34. Se dispone de un sistema de registro de las admisiones o ingresos de los pacientes en el centro o servicio de tratamiento, así como de las bajas.	91,8%	8,3%	0,0%
T.35. Se proporciona información al paciente y a sus familiares acerca de las opciones terapéuticas existentes y del contenido de la cartera de servicios disponibles en el centro/servicio, así como de las normas generales de funcionamiento.	83,7%	16,3%	0,0%
T.36. El centro/servicio dispone de un documento de consentimiento informado para la recogida y el tratamiento de la información, así como para el programa terapéutico que va a seguir el paciente.	81,6%	16,3%	2,1%
T.37. Se garantiza la confidencialidad de la información sobre el paciente, que sólo será accesible para los miembros del equipo terapéutico implicados en el tratamiento.	95,9%	4,1%	0,0%
T.38. Se realiza una evaluación y diagnóstico integral, de carácter biopsicosocial, de los pacientes que acceden a tratamiento conforme a los manuales, normas, criterios y procedimientos internacionales ya estandarizados	71,4%	26,6%	2,0%
T.39. Los datos de la evaluación diagnóstica son volcados en la Historia Clínica Integrada del paciente.	83,7%	16,3%	0,0%
T.40. Se diseña un plan individualizado de tratamiento para cada paciente (modalidad de intervención, metas terapéuticas, actividades, recursos a utilizar, duración y fases), basado en un diagnóstico previo en el que se fijan objetivos de mejora o estabilización somática, psicológica, psiquiátrica y de integración social, así como de reducción o abstinencia del consumo de drogas.	85,7%	14,3%	0,0%
T.41. La propuesta terapéutica es comunicada y pactada con el paciente, recogiendo los términos de los acuerdos alcanzados en un documento escrito que firma el paciente (contrato terapéutico). La propuesta terapéutica incluirá la oferta de intervenciones con los familiares del paciente, en los casos en que proceda.	73,5%	26,5%	0,0%
T.42. El plan terapéutico incluye estrategias para reforzar la adherencia al tratamiento.	55,1%	44,9%	0,0%
T.43. Se le asigna a cada paciente un "profesional de referencia", encargado de centralizar todos los flujos informativos y de responsabilizarse del seguimiento del plan de tratamiento.	53,1%	44,9%	2,0%
T.44. Se incluye en la historia clínica del paciente una copia del plan individualizado de tratamiento y del contrato terapéutico pactado con éste.	61,2%	38,8%	0,0%
T.45. Se dispone de Guías clínicas basadas en la evidencia y protocolos específicos aplicables a determinados procesos relevantes del tratamiento (desintoxicación, dispensación de sustitutivos opiáceos, control y tratamiento de enfermedades infecciosas, psicodiagnóstico, abordaje de la patología dual, etc.).	49,0%	48,9%	2,0%

CRITERIOS	1	2	3
T.46. Tanto los centros de tratamiento ambulatorios como las comunidades terapéuticas ofertan un programa terapéutico multicomponente de carácter biopsicosocial, que combina terapia farmacológica y tratamiento psicológico, terapia de grupo, familiar y de pareja, y asistencia de problemas sociales.	53,1%	40,8%	6,1%
T.47. Se ofrece consejo para modificar comportamientos que pueden contribuir a propagar enfermedades infecciosas (talleres de sexo más seguro, de consumo de menor riesgo, etc.).	57,1%	42,9%	0,0%
T.48. Independientemente de que el objetivo del tratamiento se oriente o no al logro de la abstinencia, a todos los pacientes se les facilitan pautas para la reducción de riesgos y daños asociados al consumo de drogas.	71,4%	24,5%	4,1%
T.49. Se contemplan reuniones periódicas del equipo técnico del centro/servicio para valorar la evolución del tratamiento y formular posibles cambios en el Plan terapéutico, así como con otros servicios implicados para garantizar la continuidad asistencial.	79,6%	18,4%	2,0%
T.50. El profesional de referencia examina periódicamente junto con el paciente la evolución del tratamiento establecido, introduciendo las variaciones necesarias para asegurar el cumplimiento de los objetivos previstos en el Programa Individualizado de Tratamiento.	69,4%	28,6%	2,0%
T.51. La duración del tratamiento vendrá determinada por el grado de cumplimiento de los objetivos perseguidos con la estancia en el centro de tratamiento y en función de los motivos de finalización debidamente definidos (alta terapéutica y voluntaria, derivación, abandono, fuerza mayor).	67,4%	30,6%	2,0%
T.52. El Reglamento Interno del programa o servicio precisa los criterios de expulsión o exclusión del tratamiento de los pacientes y los procedimientos a aplicar en estos casos.	79,6%	18,4%	2,0%
T.53. Los centros de tratamiento residenciales trabajan con los pacientes la salida del recurso, incidiendo, entre otros aspectos, en la conveniencia de seguir vinculados a un centro de tratamiento ambulatorio que asegure la continuidad asistencial.	57,1%	38,8%	4,1%
T.54. El centro/servicio contempla la evaluación de resultados del proceso asistencial, identificando los indicadores a utilizar.	55,1%	44,9%	0,0%
T.55. Se dispone de un sistema de evaluación periódica de la actividad asistencial, con base en indicadores objetivos (ocupación, retención de pacientes, altas, resultados obtenidos, etc.).	67,4%	32,6%	0,0%

2.2.5. Criterios para la acreditación de los programas de reducción del daño

Escala de valoración: 1 = Imprescindible 2 = Recomendable 3 = Prescindible

CRITERIOS	1	2	3
RD.1. La información requerida a los beneficiarios de los servicios se limitará a la estrictamente necesaria para una adecuada atención de los mismos.	46,9%	49,0%	4,1%
RD.2. Las personas que acceden al programa/servicio son informadas del contenido de la Cartera de servicios que ofrece el mismo y de las condiciones para su utilización.	67,4%	32,6%	0,0%
RD.3. El Reglamento de funcionamiento del servicio y los derechos y deberes de los usuarios están expuestos en un lugar visible y son accesibles para todas las personas que acceden al mismo.	71,4%	26,5%	2,1%
RD.4. Cualquier drogodependiente podrá acceder directamente al servicio, siempre que se ajuste a los criterios de inclusión/exclusión establecidos.	71,4%	26,5%	2,1%
RD.5. Los horarios de funcionamiento y apertura de los servicios son amplios y coinciden con las necesidades de los usuarios a los que van destinados.	61,2%	38,8%	0,0%
RD.6. En el marco de los programas de mantenimiento con sustitutivos opiáceos se contempla el acceso a las distintas modalidades de tratamiento farmacológico (metadona, buprenorfina, etc.) existentes y autorizadas a nivel administrativo por las autoridades competentes.	61,2%	34,7%	4,1%
RD.7. La participación de menores de edad en el programa es valorada de manera individual.	69,4%	26,5%	4,1%
RD.8. La gestación en adictas a opiáceos es un criterio de inclusión preferente en programas de mantenimiento con sustitutivos que administran metadona.	65,3%	26,5%	8,2%
RD.9. Los equipos asistenciales de los programas de mantenimiento con sustitutivos garantizan la realización de desintoxicación de los pacientes que lo solicitan voluntariamente, con el objetivo de abandonar los programas o de incorporarse a otros de mayor exigencia.	61,2%	30,6%	8,2%
RD.10. La composición de los equipos que intervienen en reducción de daños se adapta a las necesidades de la población destinataria y al tipo de programa realizado, contando sus integrantes con la cualificación adecuada a las funciones que habrán de realizar.	75,5%	22,5%	2,0%
RD.11. Los programas de mantenimiento con sustitutivos opiáceos cuentan con equipos multiprofesionales que disponen de médicos y personal de enfermería con capacitación en adicciones, psicólogos clínicos y trabajadores sociales.	75,5%	20,4%	4,1%
RD.12. Los profesionales que integran los equipos técnicos de los programas de reducción del daño participan de forma obligatoria en actividades de formación y actualización de conocimientos relevantes en su ámbito de intervención.	67,4%	26,5%	6,1%
RD.13. Los intervinientes en programas de distribución de material de consumo estéril y/o de intercambio de jeringuillas que no poseen formación sanitaria, sean o no profesionales, reciben información periódica y actualización de conocimientos en materia de técnicas de inyección y de consumo de menos riesgo, prevención de sobredosis e intervención ante situaciones de reacción aguda a drogas.	85,7%	10,2%	4,1%
RD.14. Los profesionales de los programas de mantenimiento con sustitutivos y de las salas de consumo supervisado utilizan protocolos y guías clínicas de intervención actualizadas con base en la evidencia.	79,6%	18,4%	2,0%

CRITERIOS	1	2	3
RD.15. Los servicios que realizan actividades relacionadas con la reducción de daños disponen de protocolos de cooperación y coordinación con otros servicios asistenciales para la derivación de potenciales beneficiarios con el objetivo de atender sus necesidades. Entre otros, el programa dispone protocolos de derivación a:			
<ul style="list-style-type: none"> ○ Centros especializados en el tratamiento de las drogodependencias (aplicable a todos los programas de reducción del daño). ○ Centros de atención primaria de salud (aplicable a todos los programas de reducción del daño). ○ Servicios de tratamiento de enfermedades infecciosas y otros centros sanitarios (aplicable a todos los programas de reducción del daño). ○ La red de servicios sociales (aplicable a todos los programas de reducción del daño). ○ Servicios de urgencias sanitarias (aplicable a los programas de prevención de sobredosis y salas de consumo supervisado). 	81,6%	16,3%	2,1%
RD.16. El programa contempla la evaluación de las conductas de riesgo relacionadas con la adicción (consumo inyectado, antecedentes de sobredosis, uso de drogas con potencial sinérgico en cuanto a efecto depresor sobre el SNC, uso compartido de drogas o materiales de consumo, consumo en la vía pública, etc.).	75,5%	24,5%	0,0%
RD.17. Se realiza una evaluación del estado de salud y de las necesidades derivadas del mismo a todas las personas beneficiarias de los programas de mantenimiento con sustitutivos y de las salas de consumo supervisado (la participación en programas de distribución de material de consumo estéril y/o de intercambio de jeringuillas y de prevención de sobredosis no contempla la realización de valoraciones médicas).	81,6%	16,3%	2,1%
RD.18. La inclusión en programas de mantenimiento con sustitutivos va precedida de una evaluación médica completa que incluye la realización de la historia clínica y exploraciones complementarias (serología VIH, hepatitis, tuberculosis y enfermedades de transmisión sexual). La valoración sanitaria se complementa con una evaluación psicológica y psiquiátrica, preferentemente realizada por el equipo que indica el tratamiento (en caso de no contar con profesionales cualificados en el equipo, los pacientes son derivados a otros recursos especializados para completar la evaluación).	83,7%	14,3%	2,0%
RD.19. La participación en programas de reducción de daños tiene como objetivo la minimización de los daños asociados al consumo, a través de modificación de conductas de riesgo que han de ser evaluadas.	77,6%	22,4%	0,0%
RD.20. Los programas de mantenimiento con sustitutivos evalúan sus efectos sobre:			
<ul style="list-style-type: none"> ○ La disminución del consumo ilegal de opiáceos y otras drogas. ○ La modificación de las vías de consumo (en particular si se ha reducido o no el uso de la vía intravenosa). ○ El uso de técnicas de consumo más seguras. ○ El uso de equipos de inyección estériles. ○ La disminución/eliminación de factores de riesgo asociados. ○ La instauración de prácticas sexuales más seguras. 	71,4%	26,5%	2,1%
RD.21. Los programas de distribución de material de consumo estéril y/o de intercambio de jeringuillas evalúan sus efectos sobre:			
<ul style="list-style-type: none"> ○ El uso de técnicas de consumo más seguras. ○ El uso de equipos de inyección estériles. ○ La disminución/eliminación de factores de riesgo asociados. ○ La instauración de prácticas sexuales más seguras. 	67,3%	28,6%	4,1%

CRITERIOS	1	2	3
RD.22. Las salas de consumo supervisado evalúan sus efectos sobre: <ul style="list-style-type: none"> ○ El uso de técnicas de consumo más seguras. ○ El uso de equipos de inyección estériles. ○ La disminución/eliminación de factores de riesgo asociados. ○ La instauración de prácticas sexuales más seguras. ○ La disminución del consumo de drogas en espacios de uso público. ○ La reducción del abandono de material de inyección en espacios públicos. 	63,3%	32,6%	4,1%
RD.23. Los programas de prevención de sobredosis evalúan sus efectos sobre: <ul style="list-style-type: none"> ○ El uso de técnicas de consumo más seguras. ○ El uso de equipos de inyección estériles. ○ La disminución/eliminación de factores de riesgo asociados. ○ Uso de Naloxona en situaciones de reacción aguda a drogas. 	69,4%	28,6%	2,0%
RD.24. El programa desarrolla actividades periódicas dirigidas a monitorizar las intervenciones realizadas y los resultados de las mismas en el ámbito de la reducción de daños asociados al consumo.	67,4%	30,6%	2,0%
RD.25. Los programas de mantenimiento con sustitutivos opiáceos monitorizan: <ul style="list-style-type: none"> ○ Los usuarios incorporados a programas de sustitución. ○ La adherencia de los usuarios a los tratamientos. ○ Las evaluaciones realizadas para conocer el estado de salud de los/as usuarios/as y resultados de las mismas (serologías, análisis, etc.). ○ Los usuarios que se benefician del régimen de take-home. ○ Los usuarios derivados a otros servicios de tratamiento de las drogodependencias. ○ Las vacunas administradas (hepatitis, gripe, etc.). ○ Los tratamientos supervisados realizados (VIH, tuberculostáticos, psicofármacos, etc.). ○ Los usuarios que participan en actividades dirigidas a la reducción de daños (talleres de inyección más segura, prevención de sobredosis, sexo más seguro, etc.). ○ Las interrupciones forzadas del tratamiento por distintas razones/motivos. ○ El registro de los fármacos suministrados y análisis de las dosis suministradas. ○ Las incidencias relevantes que se han producido. 	59,2%	36,7%	4,1%
RD.26. Los programas de distribución de material de consumo estéril y/o de intercambio de jeringuillas monitorizan: <ul style="list-style-type: none"> ○ El número de equipos de materiales de consumo estériles entregados. ○ El número de equipos de inyección reintegrados. ○ Los usuarios derivados a servicios asistenciales especializados en el tratamiento de las drogodependencias. ○ Los usuarios derivados a centros de atención primaria de salud. ○ Los usuarios derivados a la red de servicios sociales. ○ Los usuarios derivados a otros servicios. 	61,2%	34,7%	4,1%

CRITERIOS	1	2	3
RD.27. Las salas de consumo supervisado monitorizan:			
<ul style="list-style-type: none"> ○ Los usuarios incorporados a la sala de consumo. ○ Las evaluaciones realizadas para conocer el estado de salud de los usuarios y resultados de las mismas (serologías, análisis, etc.). ○ Los episodios de sobredosis que se han producido y los resultados de las intervenciones realizadas. ○ Los usuarios derivados a otros servicios como consecuencia de incidencias en el curso del consumo de drogas realizadas en los espacios de consumo. ○ Las vacunas administradas (hepatitis, gripe, etc.). ○ Los usuarios que participan en actividades dirigidas a la reducción de los daños (talleres de inyección más segura, prevención de sobredosis, sexo más seguro, etc.). ○ Los usuarios derivados a servicios asistenciales especializados en el tratamiento de las drogodependencias. ○ Los usuarios derivados a centros de atención primaria de salud. ○ Los usuarios derivados a la red de servicios sociales. ○ Las incidencias relevantes que se han producido. 	65,3%	28,6%	6,1%
RD.28. Los programas de prevención de sobredosis monitorizan:			
<ul style="list-style-type: none"> ○ El número de kits de Naloxona entregados. ○ Los usuarios participantes en actividades de entrenamiento dirigidas a la intervención en episodios de reacción aguda a drogas. ○ El registro de información sobre intervenciones realizadas con los kits y resultados de las mismas. 	63,3%	30,6%	6,1%

2.2.6. Criterios para la acreditación de los programas de incorporación social

Escala de valoración: 1 = Imprescindible 2 = Recomendable 3 = Prescindible

CRITERIOS	1	2	3
IS.1. Se han establecido criterios precisos de inclusión y exclusión en el programa.	78,4%	18,9%	2,7%
IS.2. La población destinataria del programa está descrita de forma precisa, habiéndose definido su perfil y características.	73,0%	27,0%	0,0%
IS.3. Se dispone de un protocolo que regula el acceso/admisión de los usuarios al programa o al menos el programa describe los procedimientos previstos para ello.	81,1%	18,9%	0,0%
IS.4. El contenido de la cartera de servicios ofertados por el programa es difundido entre los potenciales beneficiarios y las entidades y servicios que trabajan en el campo de las drogodependencias y/o la exclusión social.	64,9%	32,4%	2,7%
IS.5. Se tienen en consideración las barreras que el género puede introducir en la accesibilidad al programa.	48,7%	48,6%	2,7%
IS.6. El programa dispone de personal especializado capaz de trabajar la mejora de las habilidades personales y sociales, en especial de aquellas relacionadas para la búsqueda de empleo.	64,9%	35,1%	0,0%
IS.7. Se identifican las competencias que debe reunir el personal responsable de la implementación del programa y se concreta si está previsto realizar un programa de formación del mismo.	67,6%	29,7%	2,7%
IS.8. El programa incluye una adecuada justificación, soportada en un estudio previo de necesidades.	73,0%	24,3%	2,7%
IS.9. Se han evaluado las necesidades y demandas habituales de la población drogodependiente potencialmente beneficiaria del programa, en especial las relacionadas con ciertos problemas sociales y de salud:			
<ul style="list-style-type: none"> ○ Laborales (desempleo, ausencia de formación laboral, etc.). ○ Económicas (ausencia de ingresos). ○ Familiares (rupturas familiares, dificultades para la atención de los hijos, etc.). ○ De vivienda/alojamiento. ○ Judiciales-legales. ○ Aislamiento social. ○ Trastornos mentales asociados a la dependencia de las drogas. ○ Minusvalías o enfermedades orgánicas graves. 	70,3%	29,7%	0,0%
IS.10. Se han identificado los programas y recursos existentes en la comunidad sobre la que se pretende incidir, destinados a apoyar los procesos de integración social de colectivos con problemas de exclusión social.	62,2%	37,8%	0,0%
IS.11. El programa analiza la influencia que el entorno social y económico ejercen sobre los procesos de exclusión e integración social de la población potencialmente beneficiaria del mismo, teniendo en consideración:			
<ul style="list-style-type: none"> ○ La coyuntura económica del país, región o comunidad donde se implementará el programa y las políticas de empleo vigentes. ○ Las actitudes y estereotipos dominantes entre la comunidad donde se ejecutará el programa hacia las personas drogodependientes y las medidas para apoyar su incorporación social. ○ Las políticas sociales existentes para prevenir las situaciones de exclusión social y pobreza y apoyar los procesos de incorporación social. 	43,2%	54,1%	2,7%

CRITERIOS	1	2	3
IS.12. El programa establece mecanismos y procedimientos que aseguren que las personas que acceden al mismo disponen de un diagnóstico social personalizado que establezca sus necesidades en materia de incorporación social.	73,0%	24,3%	2,7%
IS.13. La recogida de la información necesaria para la elaboración del diagnóstico social de las personas beneficiarias del programa se realiza a través de instrumentos estandarizados (Historia sociolaboral, etc.) que permiten valorar la situación de los beneficiarios del programa en las siguientes áreas: <ul style="list-style-type: none"> ○ Antecedentes de participación en otros programas de incorporación social. ○ Tipo de alojamiento en el que reside el paciente y características del mismo. ○ Tipo de convivencia y relaciones familiares. ○ Situación económica y fuente de ingresos. ○ Situación económica. ○ Situación laboral actual y antecedentes y actitudes ante el empleo, que sirva de base para obtener un diagnóstico de empleabilidad. ○ Nivel formativo. ○ Relaciones sociales y redes de apoyo social. ○ Formas de ocupación del ocio. ○ Situación jurídica-legal. ○ Estado de salud (físico y mental). ○ Grado de autonomía personal. ○ Recursos personales. ○ Actitud y disposición para el cambio. ○ Situación actual de los consumos de drogas y, en su caso, evolución en el tratamiento de la drogodependencia. 	78,4%	21,6%	0,0%
IS.14. Se evalúan los recursos y capacidades internas para desarrollar el programa, en particular en lo relativo a: <ul style="list-style-type: none"> ○ Los recursos humanos disponibles (composición del equipo promotor) y las competencias del personal encargado del diseño, ejecución y seguimiento del programa. ○ La experiencia previa del personal que integra el quipo promotor del programa. ○ Los recursos de que dispone la organización promotora del programa. ○ Los materiales y tecnológicos. ○ Los recursos financieros. 	59,5%	40,5%	0,0%
IS.15. Se evalúan los recursos, capacidades y potencialidades de cambio de la población beneficiaria del programa.	40,5%	59,5%	0,0%

CRITERIOS	1	2	3
IS.16. Existe un documento escrito en el que se describen todos los elementos relevantes del programa, en particular: <ul style="list-style-type: none"> ○ Las conclusiones más relevantes de la evaluación de necesidades y las prioridades que se han establecido a la vista de los resultados del análisis de necesidades. ○ Las partes interesadas en el programa y los procedimientos para su participación. ○ La población objetivo del programa (población destinataria y población mediadora) y los procedimientos para su selección. ○ El modelo teórico en que se apoya el programa. ○ Los objetivos que persigue el programa. ○ Las estrategias de intervención seleccionadas. ○ Los ámbitos en los que incidirá el programa. ○ Los recursos humanos, materiales y financieros disponibles. ○ Los procedimientos de coordinación internos y externos. ○ Las actividades previstas y el cronograma para su ejecución. ○ Los procedimientos para el seguimiento del programa y la evaluación del proceso y resultados. 	75,7%	24,3%	0,0%
IS.17. El programa se soporta en un análisis teórico lógico que establece cómo las estrategias y actuaciones que incorpora contribuirán a evitar/reducir las dificultades que la población beneficiaria presenta en materia de incorporación social.	56,8%	43,2%	0,0%
IS.18. Existe coherencia interna entre el soporte teórico del programa, el análisis de la situación (evaluación de necesidades), los objetivos, las estrategias de intervención y las actividades previstas.	75,7%	24,3%	0,0%
IS.19. Se explicitan de forma precisa y clara las metas y objetivos que se pretenden conseguir.	86,5%	13,5%	0,0%
IS.20. Los objetivos guardan una estrecha relación con las necesidades y prioridades identificadas en la evaluación de necesidades.	83,8%	16,2%	0,0%
IS.21. Los objetivos tienen una relación lógica con el modelo teórico utilizado para explicar los factores que inciden en los procesos de exclusión social y los mecanismos que favorecen la incorporación social.	70,3%	29,7%	0,0%
IS.22. El programa incluye objetivos generales, específicos y operacionales, formulados de manera tal que puedan ser evaluados de forma objetiva mediante indicadores.	75,7%	24,3%	0,0%
IS.23. El programa establece objetivos realistas, que tienen presentes las limitaciones de la población beneficiaria y las características sociales, culturales y económicas del contexto en el que se va a intervenir y que pueden dificultar los procesos de incorporación social.	81,1%	18,9%	0,0%
IS.24. Las estrategias de intervención seleccionadas se ajustan a las características y necesidades de la población beneficiaria.	81,1%	18,9%	0,0%
IS.25. Las estrategias de intervención propuestas son viables teniendo en cuenta el contexto donde deben ser implementadas.	78,4%	21,6%	0,0%
IS.26. El programa incluye estrategias destinadas a facilitar la accesibilidad de sus potenciales beneficiarios, teniendo en cuenta las barreras organizativas, económicas, estructurales, sociales y culturales que pueden dificultar o impedir el acceso al programa, en especial en el caso de las mujeres, los inmigrantes o las personas sin hogar. Entre otras, el programa incluye estrategias de aproximación activa a aquellos drogodependientes que permanecen alejados de los servicios especializados en el tratamiento de las adicciones y/o de los servicios sanitarios y sociales generales, para evitar la consolidación de situaciones de exclusión y/o marginación.	64,9%	35,1%	0,0%

CRITERIOS	1	2	3
IS.27. En el contexto de los programas de incorporación social se llevan a cabo acciones sobre la comunidad, destinadas a evitar la estigmatización social y el rechazo de las personas usuarias del programa, a fin de favorecer su acceso y participación en los recursos normalizados existentes en la comunidad.	56,8%	43,2%	0,0%
IS.28. El programa incluye estrategias de mediación social como un componente fundamental en la sostenibilidad de los procesos de incorporación social.	48,7%	51,3%	0,0%
IS.29. El programa incluye el entrenamiento en destrezas y conocimientos básicos, previo al acceso a los recursos y servicios previstos para favorecer la incorporación social.	62,2%	37,8%	0,0%
IS.30. Las estrategias de intervención previstas en el programa asumen la premisa de que la incorporación social en un proceso individualizado, existiendo múltiples itinerarios para lograr esta meta. Los objetivos y contenidos de los itinerarios de incorporación social son flexibles, dependiendo de:	73,0%	27,0%	0,0%
<ul style="list-style-type: none"> ○ La posición de partida de la persona (problemas y necesidades, estado de salud física y mental, etc.). ○ Su actitud y grado de compromiso para el cambio. ○ Los recursos, capacidades y habilidades personales con que cuenta. ○ La red social y familiar de apoyo de que dispone. 			
IS.31. El contenido de los “Programas Individualizados de Incorporación Social” serán consensuados con las personas interesadas, quedando reflejados los acuerdos y compromisos alcanzados en un “contrato de incorporación social” que suscribirán las mismas.	54,1%	40,5%	5,4%
IS.32. El programa identifica todas las actividades que está previsto llevar a cabo, así como la metodología a seguir para ello.	62,2%	37,8%	0,0%
IS.33. Las actividades y la metodología prevista para su desarrollo se ajustan a las características de la población destinataria.	73,0%	27,0%	0,0%
IS.34. El programa establece de forma precisa las entidades o profesionales responsables de ejecutar las diferentes actividades, su secuencia y el calendario en el que deberán implementarse.	70,3%	29,7%	0,0%
IS.35. Las actividades son coherentes con los objetivos y estrategias previstos del programa.	89,2%	10,8%	0,0%
IS.36. Se detalla el personal responsable de la implementación del programa, su dedicación y las funciones a desempeñar (composición y funciones del equipo promotor del programa).	78,4%	21,6%	0,0%
IS.37. El programa incorpora un presupuesto consolidado, que asegura la disponibilidad de los recursos humanos y materiales previstos para la ejecución del programa.	78,4%	21,6%	0,0%
IS.38. El programa identifica todos los recursos internos y externos (tanto humanos, como materiales y financieros) implicados en su desarrollo.	73,0%	27,0%	0,0%
IS.39. Se identifican los mecanismos de coordinación, interna y externa, entre los distintos actores y partes interesadas en el desarrollo del programa, estableciendo las responsabilidades y competencias asumidas por cada una de las partes.	73,0%	27,0%	0,0%
IS.40. Se monitorizan y registran todas las actividades y actuaciones desarrolladas en el marco del programa.	81,1%	18,9%	0,0%
IS.41. Se realizan las mediciones y el registro de los datos previstos antes del inicio del programa, durante su implementación y a la finalización de las actividades programadas.	73,0%	27,0%	0,0%

CRITERIOS	1	2	3
IS.42. El programa contempla un plan para evaluar su implementación, cobertura y resultados, en el que se identifican:			
<ul style="list-style-type: none"> ○ Los datos que serán recopilados para facilitar su evaluación y las fuentes de información a utilizar para su recogida. ○ Los instrumentos, herramientas y procedimientos a seguir para realizar la evaluación del programa (medición de la situación inicial, intermedia y final de las personas beneficiarias del programa y/o de los distintos servicios que incorpora el mismo). 	73,0%	27,0%	0,0%
IS.43. El plan de evaluación del programa describe los indicadores de proceso que permitirán monitorizar las actuaciones desarrolladas en su contexto, entre las que cabe mencionar:			
<ul style="list-style-type: none"> ○ Número de beneficiarios que han accedido al programa a través de los diferentes mecanismos o vías establecidos para ello. ○ Número de beneficiarios del programa que han accedido/utilizado los distintos servicios o actividades que integran el mismo (orientación laboral, asesoramiento social, formación prelaboral, etc.). ○ Número de beneficiarios del programa que han sido derivados a centros de tratamiento de las drogodependencias. ○ Número de beneficiarios del programa que disponen de programas individualizados de incorporación social. ○ Número de beneficiarios del programa que han completado satisfactoriamente el programa individualizado de incorporación social. ○ Número de beneficiarios que participan en programas de tratamiento. ○ Número de beneficiarios del programa derivados a la red de servicios sociales para la atención de necesidades sociales básicas. ○ Número de beneficiarios del programa derivados a servicios de empleo. 	86,5%	10,8%	2,7%
IS.44. El plan de evaluación del programa describe los indicadores que serán utilizados para evaluar la cobertura del programa en relación con la población potencialmente beneficiaria del mismo.	73,0%	24,3%	2,7%
IS.45. El plan de evaluación del programa describe los indicadores que serán utilizados para evaluar los resultados del programa.	83,8%	16,2%	0,0%

En la Tabla 2.2 se registra el respaldo que los expertos participantes en la segunda ronda de los grupos Delphi muestran a los criterios de acreditación propuestos para las diferentes categorías de programas de reducción de la demanda de drogas.

Tabla 2.2. Expertos participantes en la 2ª Ronda de los Delphi que consideran imprescindibles los criterios propuestos, para su inclusión en un sistema de acreditación de PRD.

CATEGORÍA DE PROGRAMAS	ESTÁNDARES PROPUESTOS	CONSIDERADOS IMPRESCINDIBLES		
		≥ 60% expertos	≥ 70% expertos	≥ 75% expertos
Reducción de la demanda (comunes)	31	19	14	11
Prevención	56	46	25	19
Reducción de riesgos	5	4	2	0
Tratamiento	55	39	27	19
Reducción de daños	28	26	12	9
Incorporación Social	45	37	30	17
TOTAL	220	171	110	75

2.3. Criterios de acreditación que suscitan mayores niveles de consenso entre los expertos integrantes de los grupos Delphi

A continuación se enumeran los criterios que obtuvieron el respaldo de una mayoría cualificada de los expertos participantes en los grupos Delphi (el 60% o más de expertos los consideran imprescindibles para su inclusión en un sistema de acreditación de programas), ordenados según el nivel de apoyo suscitado.

2.3.1. Criterios comunes a los programas de reducción de la demanda (exigibles a todos los programas de este tipo) respaldados por un mayoría cualificada de expertos

CRITERIO	Expertos que lo consideran imprescindible
PRD.7. Los datos de los participantes son tratados confidencialmente.	94,6%
PRD.3. El programa o servicio reconoce a las personas usuarias/beneficiarias del mismo su derecho a: <ul style="list-style-type: none"> ○ La autonomía, incluyendo la capacidad para decidir participar o no en el mismo. ○ La seguridad y respeto a la dignidad humana. ○ La salud, la integridad física, psicológica y moral. ○ La no discriminación. ○ La igualdad de oportunidades, derechos y obligaciones. ○ La protección contra tratos degradantes e inhumanos. ○ La confidencialidad y privacidad. 	93,2%
PRD.25. Se disponen de mecanismos que garanticen el derecho a la privacidad y la custodia efectiva de los datos de carácter personal de los beneficiarios del programa.	92,5%
PRD.2. Las condiciones de acceso y permanencia en el programa o servicio están disponibles para los potenciales participantes, asegurando que no se producen discriminaciones en función del sexo, edad, raza, opiniones políticas, estatus legal o social, religión, condiciones físicas o psicológicas u oportunidades socioeconómicas.	87,8%
PRD.16. La contabilidad es clara, transparente y accesible a las partes interesadas y entidades que contribuyan a su financiación.	85,0%
PRD.1. Compromiso de la organización en la protección y promoción de los derechos de todas las personas en situación de vulnerabilidad.	84,4%
PRD.13. El programa/servicio cumple o respeta la legislación y la normativa aplicable en materia fiscal, laboral, de protección de datos y de igualdad de oportunidades laborales.	83,7%
PRD.14. El programa dispone de las autorizaciones exigidas por la legislación para su puesta en marcha.	81,6%
PRD.18. Se dispone de un número suficiente de personal técnico y/o de apoyo para asegurar la realización de las actividades previstas en el programa o servicio.	78,9%
PRD.24. Se mantiene un registro de las personas beneficiarias del programa.	78,2%
PRD.19. El personal que integra el equipo responsable del desarrollo del programa/servicio dispone de las competencias profesionales necesarias para ello (poseer los títulos y diplomas requeridos y contar con la experiencia profesional necesaria para poder desarrollar el programa).	77,5%
PRD.5. Se informa a las partes interesadas de las posibles desventajas y riesgos para los participantes y se obtiene su consentimiento antes de la intervención.	74,2%

CRITERIO	Expertos que lo consideran imprescindible
PRD.17. Periódicamente se rinden cuentas a las instituciones y organizaciones que financian el programa y a todas las partes interesadas en su desarrollo.	74,1%
<p>PRD.29. La organización ha diseñado un plan para evaluar el programa, en el que se establecen los siguientes elementos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ El contenido de la evaluación (evaluación de procesos, cobertura, resultados, etc.) ○ Procedimientos e instrumentos a utilizar en la evaluación. ○ Indicadores de evaluación. ○ El tipo de evaluación a realizar (interna, externa o mixta) ○ Usos previstos a dar a los resultados de la evaluación (continuidad del programa, reorientación o modificación del programa, etc.). ○ Vías y mecanismos para la difusión de los resultados y destinatarios de sus resultados. 	70,8%
PRD.15. La entidad promotora del programa o servicio dispone de recursos financieros y personales capaces de asegurar su sostenibilidad y continuidad a corto plazo, siempre que los resultados de la evaluación así lo aconsejen.	63,3%
PRD.30. Se realizan mediciones o registros de la situación que la población beneficiaria del programa presenta de forma previa y posterior a su participación en el mismo, a fin de permitir la evaluación de sus resultados.	63,3%
PRD.4. Se oferta a los potenciales destinatarios del programa o servicio la intervención más adaptada, adecuada y científicamente comprobada de acuerdo a su situación personal y otras circunstancias asociadas.	61,9%
PRD.10. El programa presenta un enfoque integral, prestando atención a los determinantes sociales, económicos, psicológicos y sanitarios que convergen en torno a los consumos de drogas y las drogodependencias.	61,2%
PRD.6. La participación de menores de edad en programas y servicios cuenta con la autorización previa de los padres o tutores.	60,5%

2.3.2. Criterios para la acreditación de los programas de prevención respaldados por un mayoría cualificada de expertos

CRITERIO	Expertos que lo consideran imprescindible
P.44. Los indicadores de evaluación de resultados seleccionados están relacionados con los objetivos del programa.	93,4%
P.17. Se especifica qué se pretende prevenir o modificar.	88,5%
P.36. Las actividades son coherentes con los objetivos (tienen capacidad para modificar los factores de riesgo y protección previstos en los objetivos).	88,5%
P.45. Los indicadores de evaluación de resultados están claramente descritos y son medibles en términos cuantitativos y/o cualitativos.	88,5%
P.18. Los objetivos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Están determinados en función de la evaluación de necesidades (indicadores basales que se pretende modificar). ○ Son claros, comprensibles, realistas, están temporalmente definidos y son cuantificables. ○ Mantienen una relación lógica con las variables mediadoras que se pretenden modificar y están relacionados con los factores de riesgo y protección especificados. ○ Tienen una relación basada en el modelo teórico utilizado. ○ Están formulados en términos de cambio esperado en los participantes (de "resultados"). 	86,9%
P.21. El programa elegido es adecuado y adaptado a las circunstancias relacionadas con: <ul style="list-style-type: none"> ○ Las necesidades de los participantes, ○ El escenario elegido, ○ El entorno operativo, ○ La edad de los participantes y su grado de desarrollo, ○ El género de los participantes, ○ La cultura de los participantes. 	86,9%
P.34. Las actividades están adaptadas a las características de la población objetivo y de los participantes.	86,9%
P.22. El diseño de la intervención se ajusta a las características de la población objetivo, mediante la adaptación de: <ul style="list-style-type: none"> ○ El lenguaje, ○ Las actividades y métodos de aplicación, ○ Los mensajes de la intervención, ○ La duración, frecuencia y ritmo de la intervención, ○ El número de participantes por actividad. 	83,6%
P.51. El programa incluye un cronograma de las intervenciones/actividades a realizar.	82,0%
P.1. Se ha reunido y revisado información relevante, actualizada y fiable ("indicadores basales") sobre el consumo de drogas entre la población a la que se dirige el programa, incluyendo: <ul style="list-style-type: none"> ○ Tipos de drogas consumidas ○ Tasas y tendencias del consumo ○ Edades de inicio ○ Percepción del riesgo ○ Factores culturales relacionados con el consumo de drogas ○ Problemas relacionados con el consumo 	80,3%

CRITERIO	Expertos que lo consideran imprescindible
<p>P.6. Si el programa es de prevención selectiva o indicada, se proporcionan unos criterios explícitos de inclusión y de exclusión (socio-demográficos, socioeconómicos, psico-biológicos, geográficos, etc.) que:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Definan la/s población/es objetivo de manera apropiada. ○ Permitan una diferenciación clara entre poblaciones. ○ Estén justificados de acuerdo a la evaluación de necesidades. 	80,3%
<p>P.15. Existe un plan escrito del proyecto que:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Es claro, realista, comprensible y accesible para todos los agentes implicados. ○ Describe y conecta de forma lógica los principales componentes del programa (situación que se pretende modificar, finalidad, objetivos, recursos, indicadores de evaluación, actividades, resultados, etc.). ○ Informa sobre el modelo teórico adoptado. ○ Detalla: <ul style="list-style-type: none"> – Las estrategias de intervención seleccionadas. – La definición de los escenarios. – Los recursos materiales y personales necesarios. – Los procedimientos para recabar y mantener los apoyos. – Los procedimientos para la selección de los participantes. – Las actividades previstas. – Los procedimientos para efectuar el seguimiento. – El diseño de la evaluación de procesos y de resultados. ○ Permite un seguimiento del progreso real del programa durante su ejecución. 	80,3%
<p>P.55. Se contempla la realización de un informe final con los principales datos y conclusiones de la evaluación de procesos y de resultados.</p>	78,7%
<p>P.43. Desde la fase de planificación, se ha redactado un plan de evaluación de resultados que incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Los indicadores que se van a utilizar para medir los resultados ○ Los momentos en que se realizarán las mediciones. ○ Los instrumentos de medida y de recogida de datos que se van a utilizar. 	78,7%
<p>P.46. Los métodos y las herramientas utilizadas para la recogida de los datos de resultados:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Están claramente descritos. ○ Aportan información relevante para los indicadores de evaluación. ○ Son herramientas existentes probadas anteriormente o nuevas herramientas bien desarrolladas y validadas. ○ Son consistentemente utilizadas (se utilizan las mismas herramientas en los distintos momentos en que se realizan las mediciones). 	77,1%
<p>P.50. Los indicadores de evaluación de proceso:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Están relacionados con las actividades realizadas. ○ Están claramente descritos. ○ Son medibles en términos cuantitativos y/o cualitativos. 	77,1%
<p>P.14. Si el personal disponible no tiene las capacidades necesarias, se define un plan de formación para el mismo.</p>	77,0%

CRITERIO	Expertos que lo consideran imprescindible
<p>P.10. Si se prevé realizar el programa en una organización receptora (por ejemplo, un centro educativo para un programa escolar):</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ La organización receptora se considera como una parte interesada en el programa. ○ Las necesidades de la organización receptora se evalúan para determinar si el programa es el adecuado. ○ La información proporcionada sobre el programa es comprensible y permite a la organización receptora de tomar una decisión informada. 	75,4%
<p>P.49. Existe por escrito un plan de evaluación de proceso que incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Los indicadores que se van a utilizar. ○ Los momentos en que se van a medir los indicadores. <p>Los instrumentos de medida y de recogida de datos, cuando sean necesarios.</p>	75,4%
<p>P.53. La temporalización, duración y frecuencia de las actividades son las adecuadas para alcanzar los objetivos.</p>	72,1%
<p>P.56. Los mecanismos, procedimientos y herramientas seleccionados para evaluar los resultados del programa permiten comprobar si se han logrado los objetivos “preventivos” del programa:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Si se ha mantenido o incrementado la abstinencia al consumo de diferentes drogas. ○ Si se ha retrasado la edad de inicio al consumo de diferentes sustancias. ○ Si se ha reducido la frecuencia de uso y las cantidades consumidas de ciertas drogas. ○ Si se ha reducido el consumo abusivo o perjudicial de ciertas drogas. ○ Si se han reducido problemas relacionados con el uso de determinadas drogas. ○ Si se han modificado determinadas variables mediadoras. 	72,1%
<p>P.5. La/s población/es objetivo está/n descrita/s, incluyendo su tamaño, características, cultura y perspectivas en relación con las drogas.</p>	70,5%
<p>P.8. Se especifican los factores de riesgo y de protección que se consideran modificables en la población objetivo.</p>	70,5%
<p>P.7. Se describen los factores de riesgo y de protección asociados al uso de drogas que inciden sobre la población objetivo del programa.</p>	70,5%
<p>P.54. El formato y los medios de difusión adoptados son adecuados para los destinatarios.</p>	70,5%
<p>P.13. Se especifica qué competencias son necesarias para una implementación exitosa del programa.</p>	68,9%
<p>P.33. Se toman medidas concretas para maximizar el reclutamiento y la retención de los participantes, de modo que el programa:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Es asequible para la población objetivo, ○ Ofrece horarios y lugares adecuados para la población objetivo, ○ Garantiza la confidencialidad, ○ Evita que se estigmatice a los participantes o la población objetivo más amplia. ○ Facilita incentivos materiales para captar a poblaciones en situación de riesgo. 	68,9%
<p>P.41. Se especifica cómo se realizará el proceso de seguimiento del programa.</p>	68,9%

CRITERIO	Expertos que lo consideran imprescindible
<p>P.52. El cronograma es:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Claro y comprensible ○ Coherente y realista. ○ Ilustra la secuencia de eventos y acciones. ○ Distingue entre las actividades de: planificación, reclutamiento de los participantes, intervención, acciones relacionadas con el seguimiento y la evaluación, y las tareas administrativas. ○ Ilustra los hitos en el progreso del programa. ○ Ilustra los plazos aplicables. 	68,9%
P.37. El consumo y la venta de alcohol, tabaco y drogas ilegales están prohibidos en las instalaciones del programa.	68,8%
P.16. El proyecto define el criterio para la terminación de la intervención (logro de los objetivos, terminación de las actividades previstas, número de participantes previstos, duración de la intervención).	67,2%
P.31. Se detallan los recursos financieros, personales, materiales y comunitarios disponibles para asegurar las intervenciones previstas.	67,2%
P.32. Están definidos los mecanismos utilizados para reclutar a los participantes.	67,2%
P.42. La implementación de la intervención se modifica en función de los hallazgos del seguimiento.	67,2%
<p>P.39. Si se ha realizado una aplicación piloto, la misma está debidamente documentada incluyendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Seguimiento de la aplicación piloto. ○ Dificultades encontradas y soluciones propuestas. ○ Modificaciones realizadas en el diseño de la intervención. 	65,6%
<p>P.9. Se han identificado las partes interesadas, que incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ La población objetivo. ○ Representantes de los organismos financiadores. ○ Responsables de recursos comunitarios (centros escolares, centros sociales, centros de salud, instituciones deportivas, etc.) ○ Representantes del movimiento asociativo y líderes comunitarios. ○ Representantes institucionales (Gobierno local, Regional o Nacional, servicios sociales, sanitarios, culturales, de juventud, fuerzas de seguridad) ○ Medios de comunicación. ○ Empresarios, comerciantes, vecinos, etc. ○ Familias. 	63,9%
<p>P.23. El modelo teórico del prototipo elegido es compatible con:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ El modelo teórico explicativo utilizado para la intervención. ○ Los factores de riesgo y de protección identificados en la población objetivo. 	63,9%
P.48. Los datos de resultados son medidos antes de la intervención y después de la intervención.	63,9%
P.11. Se evalúa la capacidad de la población objetivo y otras partes interesadas para participar en el programa o apoyar su desarrollo (por ejemplo, si tienen que participar profesores, debe evaluarse si disponen de las competencias necesarias).	62,3%
P.3. Se ha realizado un análisis de los recursos disponibles en la comunidad.	60,7%
P.4. La/s población/es objetivo potencial/es es/son elegida/s de acuerdo con la evaluación de las necesidades.	60,7%

CRITERIO	Expertos que lo consideran imprescindible
<p>P.20 En la selección de las intervenciones existentes se considera:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Si la intervención elegida es adecuada para el escenario del programa previsto. ○ Si las condiciones subyacentes encontradas en la evaluación de las necesidades son similares a las existentes en el programa modelo/prototipo. ○ Si los resultados obtenidos por el prototipo encajan con las metas y objetivos del programa previsto. ○ Si los recursos necesarios coinciden con los recursos disponibles. ○ Los beneficios y las desventajas de la intervención, incluyendo sus posibles efectos negativos. ○ El equilibrio entre la posible adaptación y la fidelidad al prototipo elegido. ○ La viabilidad de la intervención (si las actividades se pueden aplicar, si se dispone de cualificación suficientes, si la complejidad del programa es excesiva, etc.). 	60,7%
<p>P.24. El programa original está claramente referenciado y sus autores identificados.</p>	60,7%
<p>P.27. El contenido de la intervención está basado en la evidencia disponible y en las recomendaciones de buenas prácticas e incorpora los mayores elementos posibles de dichas evidencias y recomendaciones.</p>	60,7%
<p>P.38. La intervención es implementada de acuerdo con el plan del proyecto.</p>	60,7%
<p>P.40. La implementación está documentada, incluyendo la misma:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Datos periódicos de seguimiento de la implementación en línea con el plan del proyecto desarrollado en la etapa de planificación, ○ Identificación de obstáculos y/o fracasos y la forma en que fueron corregidos, ○ Ajustes y cambios realizados en el plan original del proyecto, Incidentes extraordinarios, y las respuestas adoptadas para afrontarlos. 	60,7%

2.3.3. Criterios para la acreditación de programas de reducción de riesgos respaldados por un mayoría cualificada de expertos

CRITERIO	Expertos que lo consideran imprescindible
RR.1. Los programas de reducción de riesgos desarrollados en el ámbito sanitario proporcionan de forma sistemática consejo sanitario de distinta intensidad a los consumidores de riesgo y perjudiciales de alcohol que acuden a los servicios de atención primaria de salud.	72,1%
RR.5. Las intervenciones para reducir los riesgos relacionados con el consumo de alcohol y tabaco cuentan con un sistema de evaluación periódica interna de procesos y de resultados, dirigido a lograr los siguientes objetivos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Reducir la proporción de no fumadores expuestos a ambientes cerrados por humo de tabaco. ○ Disminuir el número de personas fallecidas y heridas en accidentes de tráfico relacionados con el consumo de alcohol. ○ Reducir la tasa de problemas relacionados con el abuso de alcohol: urgencias hospitalarias, homicidios, lesiones por agresión, negligencia y maltrato infantil y personas intoxicadas atendidas en la vía pública. ○ Reducir la morbilidad y mortalidad más directamente relacionada con el hábito de fumar y con consumos de riesgo y perjudiciales de alcohol. 	70,5%
RR.2. Los programas que incorporan intervenciones breves dirigidas a consumidores de alcohol disponen de una guía protocolizada para el consejo sanitario breve, la realización de las intervenciones breves y la formación y apoyo a médicos generales, que incluya respuestas a los principales obstáculos percibidos por los profesionales sanitarios para llevar a cabo estas actuaciones.	63,9%
RR.4. Los programas de reducción de riesgos asociados al consumo de alcohol en el ámbito laboral incorporan mecanismos que permiten la detección temprana de los consumos de riesgo, la oferta de consejo breve a los trabajadores que mantienen este patrón de consumo y la derivación a servicios especializados de tratamiento de los problemas de abuso y/o dependencia al alcohol.	63,9%

2.3.4. Criterios para la acreditación de programas de tratamiento respaldados por un mayoría cualificada de expertos

CRITERIO	Expertos que lo consideran imprescindible
T.27. Existe un expediente personal de cada paciente en el que se registran los terapeutas responsables de su caso y del que forma parte su historia clínica.	95,9%
T.37. Se garantiza la confidencialidad de la información sobre el paciente, que sólo será accesible para los miembros del equipo terapéutico implicados en el tratamiento.	95,9%
T.16. Las instalaciones del centro o servicio cumplen con la normativa existente (o requisitos mínimos si no la hay) en cuanto a seguridad, higiene y funcionalidad.	93,9%
T.1. El centro o servicio cumple las exigencias que la legislación del país establece en materia de licencia de apertura y funcionamiento y de autorización como centro especializado, tanto derivadas de la aplicación de las normas generales que regulan los centros sanitarios y sociales, como de aquellas específicas referidas a los centros de tratamiento de las drogodependencias (existencia de un equipo técnico básico, condiciones de seguridad y salubridad, ausencia de barreras físicas, etc.).	91,8%
T.12. El centro de tratamiento cumple los requisitos mínimos fijados por la normativa local, regional y nacional en cuanto a la suficiencia del personal en número y perfiles, formación, cobertura horaria, vinculación jurídica/laboral y ratio profesionales/pacientes.	91,8%
T.34. Se dispone de un sistema de registro de las admisiones o ingresos de los pacientes en el centro o servicio de tratamiento, así como de las bajas.	91,8%

CRITERIO	Expertos que lo consideran imprescindible
<p>T.3. El servicio o centro de tratamiento garantiza un tratamiento adecuado y reconoce a los pacientes que acceden al mismo los siguientes derechos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Al acceso a las prestaciones y servicios de tipo sanitario, psicológico y social que integran el proceso asistencial en unos plazos definidos y conocidos y sin limitaciones por razones de insuficiencia económica. ○ A la libre elección entre diferentes ofertas terapéuticas. ○ A la voluntariedad para iniciar, mantener y cesar un proceso terapéutico, excepto en los casos señalados por la legislación vigente (como en el caso de los servicios o centros de tratamiento directamente dependientes de los sistemas de justicia y/o penitenciarios). ○ A conocer la normativa del centro (Reglamento de Régimen Interior) en todos aquellos aspectos que puedan afectarle, así como el nombre y cualificación profesional de las personas encargadas de su asistencia. ○ A la información, verbal o escrita, por parte del equipo terapéutico respecto de los distintos servicios disponibles, el tratamiento propuesto según sus aspectos clínicos y el proceso que está siguiendo, las razones que aconsejan el mismo y los beneficios y riesgos que cabe esperar. ○ A que quede constancia por escrito o en otro soporte técnico de: <ul style="list-style-type: none"> ● Todo su proceso asistencial, información que deberá ser integrada en la historia clínica. ● El consentimiento otorgado antes de practicar cualquier procedimiento diagnóstico o terapéutico que suponga riesgos o inconvenientes para su salud. ● Los procedimientos diagnósticos o terapéuticos que se le apliquen de carácter experimental o que formen parte de proyectos docentes o de investigación ○ A la firma de un contrato terapéutico que explicita el contenido y la justificación del tratamiento a desarrollar, los derechos que asisten a los pacientes y las obligaciones asumidas por los mismos. ○ A recibir un informe de alta, una vez finalizado el proceso asistencial. 	89,8%
<p>T.18. Los centros de tratamiento disponen de un depósito de medicamentos debidamente autorizado, una zona segura para el archivo de las historias clínicas y sistemas de protección informáticos para evitar el acceso a los datos de los pacientes por parte de personas no autorizadas.</p>	87,8%
<p>T.2. El programa o centro de tratamiento ha sido acreditado como tal por parte de la Administración competente para ello.</p>	85,7%
<p>T.40. Se diseña un plan individualizado de tratamiento para cada paciente (modalidad de intervención, metas terapéuticas, actividades, recursos a utilizar, duración y fases), basado en un diagnóstico previo en el que se fijan objetivos de mejora o estabilización somática, psicológica, psiquiátrica y de integración social, así como de reducción o abstinencia del consumo de drogas.</p>	85,7%
<p>T.28. El tratamiento incluye la evaluación diagnóstica, la atención sanitaria, psicológica y social (en el marco de planes terapéuticos individualizados) y el desarrollo de diferentes actividades orientadas a mejorar la salud y la calidad de vida de las personas afectadas, mediante la reducción de la dependencia de las drogas, la disminución de la morbilidad y mortalidad por el uso de estas sustancias, la potenciación de las habilidades y recursos personales y el acceso a programas de incorporación social.</p>	83,7%

CRITERIO	Expertos que lo consideran imprescindible
T.29. La cartera de servicios de los centros de tratamiento ambulatorios incluye, como mínimo: información y orientación, evaluación y diagnóstico, tratamiento y control terapéutico, atención familiar y apoyo a la incorporación social.	83,7%
T.35. Se proporciona información al paciente y a sus familiares acerca de las opciones terapéuticas existentes y del contenido de la cartera de servicios disponibles en el centro/servicio, así como de las normas generales de funcionamiento.	83,7%
T.39. Los datos de la evaluación diagnóstica son volcados en la Historia Clínica Integrada del paciente.	83,7%
T.8. En el centro o servicio existen unos criterios de inclusión y de exclusión que delimitan adecuadamente el acceso o no de los pacientes a las diferentes modalidades de tratamiento.	81,6%
T.22. El centro/servicio se sustenta en un abordaje multidisciplinario e interdisciplinario de las drogodependencias.	81,6%
T.36. El centro/servicio dispone de un documento de consentimiento informado para la recogida y el tratamiento de la información, así como para el programa terapéutico que va a seguir el paciente.	81,6%
T.49. Se contemplan reuniones periódicas del equipo técnico del centro/servicio para valorar la evolución del tratamiento y formular posibles cambios en el Plan terapéutico, así como con otros servicios implicados para garantizar la continuidad asistencial.	79,6%
T.52. El Reglamento Interno del programa o servicio precisa los criterios de expulsión o exclusión del tratamiento de los pacientes y los procedimientos a aplicar en estos casos.	79,6%
T.10. Existen criterios definidos de derivación, inclusión, indicación terapéutica y exclusión para la desintoxicación en entornos hospitalarios.	73,5%
T.13. El centro cuenta con un director que dispone de titulación universitaria de grado superior o de grado medio en las ramas de Salud, Psicología, Trabajo Social, Educación u otras disciplinas afines y equipo multidisciplinar con formación reconocida en este ámbito.	73,5%
T.41. La propuesta terapéutica es comunicada y pactada con el paciente, recogiendo los términos de los acuerdos alcanzados en un documento escrito que firma el paciente (contrato terapéutico). La propuesta terapéutica incluirá la oferta de intervenciones con los familiares del paciente, en los casos en que proceda.	73,5%
T.4. Los pacientes que siguen tratamientos de carácter residencial tienen derecho al contacto con familiares o allegados y a recibir visitas de ellos.	71,4%
T.5. El centro o servicio contempla distintas vías de acceso al tratamiento (acceso directo, derivación desde otros centros de tratamiento de las drogodependencias, desde centros de salud, de servicios sociales, instancias judiciales, etc.), y dispone de criterios de indicación terapéutica definidos y escritos, basados en un diagnóstico biopsicosocial de los pacientes.	71,4%
T.17. El tamaño de las instalaciones se adecúa al volumen de pacientes atendidos.	71,4%
T.38. Se realiza una evaluación y diagnóstico integral, de carácter biopsicosocial, de los pacientes que acceden a tratamiento conforme a los manuales, normas, criterios y procedimientos internacionales ya estandarizados	71,4%
T.48. Independientemente de que el objetivo del tratamiento se oriente o no al logro de la abstinencia, a todos los pacientes se les facilitan pautas para la reducción de riesgos y daños asociados al consumo de drogas.	71,4%

CRITERIO	Expertos que lo consideran imprescindible
T.11. Existen criterios definidos de derivación, inclusión, indicación terapéutica y exclusión para el ingreso en comunidad terapéutica.	69,4%
T.19. Los centros cuentan con despachos adecuados para las actividades asistenciales del equipo terapéutico, y otros diferenciados para actividades específicas (administración de fármacos, toma de muestras de orina, etc.).	69,4%
T.50. El profesional de referencia examina periódicamente junto con el paciente la evolución del tratamiento establecido, introduciendo las variaciones necesarias para asegurar el cumplimiento de los objetivos previstos en el Programa Individualizado de Tratamiento.	69,4%
T.6. El centro o servicio resulta accesible a todas las personas con problemas de abuso o dependencia a las drogas, al margen de su estado de salud física o mental, siempre y cuando la demanda de tratamiento se ajuste a los criterios de admisión y exclusión previstos en el centro.	67,4%
T.51. La duración del tratamiento vendrá determinada por el grado de cumplimiento de los objetivos perseguidos con la estancia en el centro de tratamiento y en función de los motivos de finalización debidamente definidos (alta terapéutica y voluntaria, derivación, abandono, fuerza mayor).	67,4%
T.55. Se dispone de un sistema de evaluación periódica de la actividad asistencial, con base en indicadores objetivos (ocupación, retención de pacientes, altas, resultados obtenidos, etc.).	67,4%
T.7. La presencia de enfermedades infectocontagiosas no podrá constituir por sí misma un motivo de exclusión del tratamiento, debiendo establecerse planes de contingencia para el tratamiento de estos pacientes, en particular en los servicios de carácter residencial.	65,3%
T.20. Los centros de tratamiento residenciales disponen, además de las áreas funcionales comunes a todos los servicios asistenciales, de espacios y equipamientos adecuados a las actividades y tareas propias (cocina, comedor, lavandería, dormitorios, zonas deportivas, etc.).	65,3%
T.21. El centro o servicio dispone de procedimientos de coordinación y cooperación con otros centros de asistencia a drogodependientes, así como de interconsulta y derivación a servicios de carácter generalista (servicios sanitarios, sociales, judiciales, red de salud mental, etc.).	65,3%
T.33. El centro/servicio identifica, describe y documenta los procesos claves que conforman el proceso de tratamiento y que tienen un mayor impacto sobre los objetivos estratégicos del centro o servicio (brindar una atención de calidad a las personas con problemas de dependencia a las drogas): <ul style="list-style-type: none"> ○ Recepción/admisión de las demandas. ○ Evaluación diagnóstica. ○ Formulación de planes terapéuticos individualizados. ○ Ejecución de los planes terapéuticos (desarrollo de las intervenciones sanitarias, psicológicas y sociales previstas) ○ El seguimiento y evaluación de los tratamientos. ○ Finalización del tratamiento. 	63,3%
T.31. Los centros de tratamiento residenciales disponen de un programa para la prevención, identificación y control de las infecciones potencialmente adquiridas en el mismo y/o introducidas desde el exterior.	61,2%
T.44. Se incluye en la historia clínica del paciente una copia del plan individualizado de tratamiento y del contrato terapéutico pactado con éste.	61,2%

2.3.5. Criterios para la acreditación de programas de reducción de daños respaldados por un mayoría cualificada de expertos

CRITERIO	Expertos que lo consideran imprescindible
RD.13. Los intervinientes en programas de distribución de material de consumo estéril y/o de intercambio de jeringuillas que no poseen formación sanitaria, sean o no profesionales, reciben información periódica y actualización de conocimientos en materia de técnicas de inyección y de consumo de menos riesgo, prevención de sobredosis e intervención ante situaciones de reacción aguda a drogas.	85,7%
RD.18. La inclusión en programas de mantenimiento con sustitutivos va precedida de una evaluación médica completa que incluye la realización de la historia clínica y exploraciones complementarias (serología VIH, hepatitis, tuberculosis y enfermedades de transmisión sexual). La valoración sanitaria se complementa con una evaluación psicológica y psiquiátrica, preferentemente realizada por el equipo que indica el tratamiento (en caso de no contar con profesionales cualificados en el equipo, los pacientes son derivados a otros recursos especializados para completar la evaluación).	83,7%
RD.15. Los servicios que realizan actividades relacionadas con la reducción de daños disponen de protocolos de cooperación y coordinación con otros servicios asistenciales para la derivación de potenciales beneficiarios con el objetivo de atender sus necesidades. Entre otros, el programa dispone protocolos de derivación a: <ul style="list-style-type: none"> ○ Centros especializados en el tratamiento de las drogodependencias (aplicable a todos los programas de reducción del daño). ○ Centros de atención primaria de salud (aplicable a todos los programas de reducción del daño). ○ Servicios de tratamiento de enfermedades infecciosas y otros centros sanitarios (aplicable a todos los programas de reducción del daño). ○ La red de servicios sociales (aplicable a todos los programas de reducción del daño). ○ Servicios de urgencias sanitarias (aplicable a los programas de prevención de sobredosis y salas de consumo supervisado). 	81,6%
RD.17. Se realiza una evaluación del estado de salud y de las necesidades derivadas del mismo a todas las personas beneficiarias de los programas de mantenimiento con sustitutivos y de las salas de consumo supervisado (la participación en programas de distribución de material de consumo estéril y/o de intercambio de jeringuillas y de prevención de sobredosis no contempla la realización de valoraciones médicas).	81,6%
RD.14. Los profesionales de los programas de mantenimiento con sustitutivos y de las salas de consumo supervisado utilizan protocolos y guías clínicas de intervención actualizadas con base en la evidencia.	79,6%
RD.19. La participación en programas de reducción de daños tiene como objetivo la minimización de los daños asociados al consumo, a través de modificación de conductas de riesgo que han de ser evaluadas.	77,6%
RD.10. La composición de los equipos que intervienen en reducción de daños se adapta a las necesidades de la población destinataria y al tipo de programa realizado, contando sus integrantes con la cualificación adecuada a las funciones que habrán de realizar.	75,5%
RD.11. Los programas de mantenimiento con sustitutivos opiáceos cuentan con equipos multiprofesionales que disponen de médicos y personal de enfermería con capacitación en adicciones, psicólogos clínicos y trabajadores sociales.	75,5%

CRITERIO	Expertos que lo consideran imprescindible
RD.16. El programa contempla la evaluación de las conductas de riesgo relacionadas con la adicción (consumo inyectado, antecedentes de sobredosis, uso de drogas con potencial sinérgico en cuanto a efecto depresor sobre el SNC, uso compartido de drogas o materiales de consumo, consumo en la vía pública, etc.).	75,5%
RD.3. El Reglamento de funcionamiento del servicio y los derechos y deberes de los usuarios están expuestos en un lugar visible y son accesibles para todas las personas que acceden al mismo.	71,4%
RD.4. Cualquier drogodependiente podrá acceder directamente al servicio, siempre que se ajuste a los criterios de inclusión/exclusión establecidos.	71,4%
RD.20. Los programas de mantenimiento con sustitutivos evalúan sus efectos sobre: <ul style="list-style-type: none"> ○ La disminución del consumo ilegal de opiáceos y otras drogas. ○ La modificación de las vías de consumo (en particular si se ha reducido o no el uso de la vía intravenosa). ○ El uso de técnicas de consumo más seguras. ○ El uso de equipos de inyección estériles. ○ La disminución/eliminación de factores de riesgo asociados. ○ La instauración de prácticas sexuales más seguras. 	71,4%
RD.7. La participación de menores de edad en el programa es valorada de manera individual.	69,4%
RD.23. Los programas de prevención de sobredosis evalúan sus efectos sobre: <ul style="list-style-type: none"> ○ El uso de técnicas de consumo más seguras. ○ El uso de equipos de inyección estériles. ○ La disminución/eliminación de factores de riesgo asociados. ○ Uso de Naloxona en situaciones de reacción aguda a drogas. 	69,4%
RD.2. Las personas que acceden al programa/servicio son informadas del contenido de la Cartera de servicios que ofrece el mismo y de las condiciones para su utilización.	67,4%
RD.12. Los profesionales que integran los equipos técnicos de los programas de reducción del daño participan de forma obligatoria en actividades de formación y actualización de conocimientos relevantes en su ámbito de intervención.	67,4%
RD.24. El programa desarrolla actividades periódicas dirigidas a monitorizar las intervenciones realizadas y los resultados de las mismas en el ámbito de la reducción de daños asociados al consumo.	67,4%
RD.21. Los programas de distribución de material de consumo estéril y/o de intercambio de jeringuillas evalúan sus efectos sobre: <ul style="list-style-type: none"> ○ El uso de técnicas de consumo más seguras. ○ El uso de equipos de inyección estériles. ○ La disminución/eliminación de factores de riesgo asociados. ○ La instauración de prácticas sexuales más seguras. 	67,3%
RD.8. La gestación en adictas a opiáceos es un criterio de inclusión preferente en programas de mantenimiento con sustitutivos que administran metadona.	65,3%

CRITERIO	Expertos que lo consideran imprescindible
<p>RD.27. Las salas de consumo supervisado monitorizan:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Los usuarios incorporados a la sala de consumo. ○ Las evaluaciones realizadas para conocer el estado de salud de los usuarios y resultados de las mismas (serologías, análisis, etc.). ○ Los episodios de sobredosis que se han producido y los resultados de las intervenciones realizadas. ○ Los usuarios derivados a otros servicios como consecuencia de incidencias en el curso del consumo de drogas realizadas en los espacios de consumo. ○ Las vacunas administradas (hepatitis, gripe, etc.). ○ Los usuarios que participan en actividades dirigidas a la reducción de los daños (talleres de inyección más segura, prevención de sobredosis, sexo más seguro, etc.). ○ Los usuarios derivados a servicios asistenciales especializados en el tratamiento de las drogodependencias. ○ Los usuarios derivados a centros de atención primaria de salud. ○ Los usuarios derivados a la red de servicios sociales. ○ Las incidencias relevantes que se han producido. 	65,3%
<p>RD.22. Las salas de consumo supervisado evalúan sus efectos sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ El uso de técnicas de consumo más seguras. ○ El uso de equipos de inyección estériles. ○ La disminución/eliminación de factores de riesgo asociados. ○ La instauración de prácticas sexuales más seguras. ○ La disminución del consumo de drogas en espacios de uso público. ○ La reducción del abandono de material de inyección en espacios públicos. 	63,3%
<p>RD.28. Los programas de prevención de sobredosis monitorizan:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ El número de kits de Naloxona entregados. ○ Los usuarios participantes en actividades de entrenamiento dirigidas a la intervención en episodios de reacción aguda a drogas. ○ El registro de información sobre intervenciones realizadas con los kits y resultados de las mismas. 	63,3%
<p>RD.5. Los horarios de funcionamiento y apertura de los servicios son amplios y coinciden con las necesidades de los usuarios a los que van destinados.</p>	61,2%
<p>RD.6. En el marco de los programas de mantenimiento con sustitutivos opiáceos se contempla el acceso a las distintas modalidades de tratamiento farmacológico (metadona, buprenorfina, etc.) existentes y autorizadas a nivel administrativo por las autoridades competentes.</p>	61,2%
<p>RD.9. Los equipos asistenciales de los programas de mantenimiento con sustitutivos garantizan la realización de desintoxicación de los pacientes que lo solicitan voluntariamente, con el objetivo de abandonar los programas o de incorporarse a otros de mayor exigencia.</p>	61,2%
<p>RD.26. Los programas de distribución de material de consumo estéril y/o de intercambio de jeringuillas monitorizan:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ El número de equipos de materiales de consumo estériles entregados. ○ El número de equipos de inyección reintegrados. ○ Los usuarios derivados a servicios asistenciales especializados en el tratamiento de las drogodependencias. ○ Los usuarios derivados a centros de atención primaria de salud. ○ Los usuarios derivados a la red de servicios sociales. ○ Los usuarios derivados a otros servicios. 	61,2%

2.3.6. Criterios para la acreditación de programas de incorporación social respaldados por un mayoría cualificada de expertos

CRITERIO	Expertos que lo consideran imprescindible
IS.35. Las actividades son coherentes con los objetivos y estrategias previstos del programa.	89,2%
IS.19. Se explicitan de forma precisa y clara las metas y objetivos que se pretenden conseguir.	86,5%
IS.43. El plan de evaluación del programa describe los indicadores de proceso que permitirán monitorizar las actuaciones desarrolladas en su contexto, entre las que cabe mencionar: <ul style="list-style-type: none"> ○ Número de beneficiarios que han accedido al programa a través de los diferentes mecanismos o vías establecidos para ello. ○ Número de beneficiarios del programa que han accedido/utilizado los distintos servicios o actividades que integran el mismo (orientación laboral, asesoramiento social, formación prelaboral, etc.). ○ Número de beneficiarios del programa que han sido derivados a centros de tratamiento de las drogodependencias. ○ Número de beneficiarios del programa que disponen de programas individualizados de incorporación social. ○ Número de beneficiarios del programa que han completado satisfactoriamente el programa individualizado de incorporación social (han realizado todas las actividades previstas y/o alcanzado los objetivos previstos en el PII). ○ Número de beneficiarios que participan en programas de tratamiento. ○ Número de beneficiarios del programa derivados a la red de servicios sociales para la atención de necesidades sociales básicas. ○ Número de beneficiarios del programa derivados a los servicios de empleo. 	86,5%
IS.20. Los objetivos guardan una estrecha relación con las necesidades y prioridades identificadas en la evaluación de necesidades.	83,8%
IS.45. El plan de evaluación del programa describe los indicadores que serán utilizados para evaluar los resultados del programa.	83,8%
IS.3. Se dispone de un protocolo que regula el acceso/admisión de los usuarios al programa o al menos el programa describe los procedimientos previstos para ello.	81,1%
IS.23. El programa establece objetivos realistas, que tienen presentes las limitaciones de la población beneficiaria y las características sociales, culturales y económicas del contexto en el que se va a intervenir y que pueden dificultar los procesos de incorporación social.	81,1%
IS.24. Las estrategias de intervención seleccionadas se ajustan a las características y necesidades de la población beneficiaria.	81,1%
IS.40. Se monitorizan y registran todas las actividades y actuaciones desarrolladas en el marco del programa.	81,1%
IS.1. Se han establecido criterios precisos de inclusión y exclusión en el programa.	78,4%

CRITERIO	Expertos que lo consideran imprescindible
<p>IS.13. La recogida de la información necesaria para la elaboración del diagnóstico social de las personas beneficiarias del programa se realiza a través de instrumentos estandarizados (Historia sociolaboral, etc.) que permiten valorar la situación de los beneficiarios del programa en las siguientes áreas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Antecedentes de participación en otros programas de incorporación social. ○ Tipo de alojamiento en el que reside el paciente y características del mismo. ○ Tipo de convivencia y relaciones familiares. ○ Situación económica y fuente de ingresos. ○ Situación económica. ○ Situación laboral actual y antecedentes y actitudes ante el empleo, que sirva de base para obtener un diagnóstico de empleabilidad. ○ Nivel formativo. ○ Relaciones sociales y redes de apoyo social. ○ Formas de ocupación del ocio. ○ Situación jurídica-legal. ○ Estado de salud (físico y mental). ○ Grado de autonomía personal. ○ Recursos personales. ○ Actitud y disposición para el cambio. ○ Situación actual de los consumos de drogas y, en su caso, evolución en el tratamiento de la drogodependencia. 	78,4%
<p>IS.25. Las estrategias de intervención propuestas son viables teniendo en cuenta el contexto donde deben ser implementadas.</p>	78,4%
<p>IS.36. Se detalla el personal responsable de la implementación del programa, su dedicación y las funciones a desempeñar (composición y funciones del equipo promotor del programa).</p>	78,4%
<p>IS.37. El programa incorpora un presupuesto consolidado, que asegura la disponibilidad de los recursos humanos y materiales previstos para la ejecución del programa.</p>	78,4%
<p>IS.16. Existe un documento escrito en el que se describen todos los elementos relevantes del programa, en particular:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Las conclusiones más relevantes de la evaluación de necesidades y las prioridades que se han establecido a la vista de los resultados del análisis de necesidades. ○ Las partes interesadas en el programa y los procedimientos para su participación. ○ La población objetivo del programa (población destinataria y población mediadora) y los procedimientos para su selección. ○ El modelo teórico en que se apoya el programa. ○ Los objetivos que persigue el programa. ○ Las estrategias de intervención seleccionadas. ○ Los ámbitos en los que incidirá el programa. ○ Los recursos humanos, materiales y financieros disponibles. ○ Los procedimientos de coordinación internos y externos. ○ Las actividades previstas, su duración y el cronograma para su ejecución. ○ Los procedimientos para el seguimiento del programa y la evaluación del proceso y resultados. 	75,7%

CRITERIO	Expertos que lo consideran imprescindible
IS.18. Existe coherencia interna entre el soporte teórico del programa, el análisis de la situación (evaluación de necesidades), los objetivos, las estrategias de intervención y las actividades previstas.	75,7%
IS.22. El programa incluye objetivos generales, específicos y operacionales, formulados de manera tal que puedan ser evaluados de forma objetiva mediante indicadores.	75,7%
IS.2. La población destinataria del programa está descrita de forma precisa, habiéndose definido su perfil y características.	73,0%
IS.8. El programa incluye una adecuada justificación, soportada en un estudio previo de necesidades.	73,0%
IS.12. El programa establece mecanismos y procedimientos que aseguren que las personas que acceden al mismo disponen de un diagnóstico social personalizado que establezca sus necesidades en materia de incorporación social.	73,0%
IS.30. Las estrategias de intervención previstas en el programa asumen la premisa de que la incorporación social en un proceso individualizado, existiendo múltiples itinerarios para lograr esta meta. Los objetivos y contenidos de los itinerarios de incorporación social son flexibles, dependiendo de: <ul style="list-style-type: none"> ○ La posición de partida de la persona (problemas y necesidades, estado de salud física y mental, etc.). ○ Su actitud y grado de compromiso para el cambio. ○ Los recursos, capacidades y habilidades personales con que cuenta. ○ La red social y familiar de apoyo de que dispone. 	73,0%
IS.33. Las actividades y la metodología prevista para su desarrollo se ajustan a las características de la población destinataria.	73,0%
IS.38. El programa identifica todos los recursos internos y externos (tanto humanos, como materiales y financieros) implicados en su desarrollo.	73,0%
IS.39. Se identifican los mecanismos de coordinación, interna y externa, entre los distintos actores y partes interesadas en el desarrollo del programa, estableciendo las responsabilidades y competencias asumidas por cada una de las partes.	73,0%
IS.41. Se realizan las mediciones y el registro de los datos previstos antes del inicio del programa, durante su implementación y a la finalización de las actividades programadas.	73,0%
IS.42. El programa contempla un plan para evaluar su implementación, cobertura y resultados, en el que se identifican: <ul style="list-style-type: none"> ○ Los datos que serán recopilados para facilitar su evaluación y las fuentes de información a utilizar para su recogida. ○ Los instrumentos, herramientas y procedimientos a seguir para realizar la evaluación del programa (medición de la situación inicial, intermedia y final de las personas beneficiarias del programa y/o de los distintos servicios que incorpora el mismo). 	73,0%
IS.44. El plan de evaluación del programa describe los indicadores que serán utilizados para evaluar la cobertura del programa en relación con la población potencialmente beneficiaria del mismo.	73,0%

CRITERIO	Expertos que lo consideran imprescindible
<p>IS.9. Se han evaluado las necesidades y demandas habituales de la población drogodependiente potencialmente beneficiaria del programa, en especial las relacionadas con ciertos problemas sociales y de salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Laborales (situaciones de desempleo, ausencia de formación laboral, etc.). ○ Económicas (ausencia de ingresos). ○ Familiares (rupturas familiares, dificultades para la atención de los hijos, etc.). ○ De vivienda/alojamiento. ○ Judiciales-legales. ○ Aislamiento social. ○ Trastornos mentales asociados a la dependencia de las drogas. ○ Minusvalías o enfermedades orgánicas graves. 	70,3%
<p>IS.21. Los objetivos tienen una relación lógica con el modelo teórico utilizado para explicar los factores que inciden en los procesos de exclusión social y los mecanismos que favorecen la incorporación social.</p>	70,3%
<p>IS.34. El programa establece de forma precisa las entidades o profesionales responsables de ejecutar las diferentes actividades, su secuencia y el calendario en el que deberán implementarse.</p>	70,3%
<p>IS.7. Se identifican las competencias que debe reunir el personal responsable de la implementación del programa y se concreta si está previsto realizar un programa de formación del mismo.</p>	67,6%
<p>IS.4. El contenido de la cartera de servicios ofertados por el programa es difundido entre los potenciales beneficiarios y las entidades y servicios que trabajan en el campo de las drogodependencias y/o la exclusión social.</p>	64,9%
<p>IS.6. El programa dispone de personal especializado capaz de trabajar la mejora de las habilidades personales y sociales, en especial de aquellas relacionadas para la búsqueda de empleo.</p>	64,9%
<p>IS.26. El programa incluye estrategias destinadas a facilitar la accesibilidad de sus potenciales beneficiarios, teniendo en cuenta las barreras organizativas, económicas, estructurales, sociales y culturales que pueden dificultar o impedir el acceso al programa, en especial en el caso de las mujeres, los inmigrantes o las personas sin hogar. Entre otras, el programa incluye estrategias de aproximación activa a aquellos drogodependientes que permanecen alejados de los servicios especializados en el tratamiento de las adicciones y/o de los servicios sanitarios y sociales generales, para evitar la consolidación de situaciones de exclusión y/o marginación.</p>	64,9%
<p>IS.10. Se han identificado los programas y recursos existentes en la comunidad sobre la que se pretende incidir, destinados a apoyar los procesos de integración social de colectivos con problemas de exclusión social.</p>	62,2%
<p>IS.29. El programa incluye el entrenamiento en destrezas y conocimientos básicos, previo al acceso a los recursos y servicios previstos para favorecer la incorporación social.</p>	62,2%
<p>IS.32. El programa identifica todas las actividades que está previsto llevar a cabo, así como la metodología a seguir para ello.</p>	62,2%

Si bien todos los criterios que figuran en los cuadros precedentes cuentan con el respaldo mayoritario de los expertos participantes en los Delphi, en torno a algunos de ellos el consenso es especialmente amplio. En la Tabla 2.3 se enumeran los criterios que cuentan con el respaldo de una “mayoría reforzada de expertos”, igual o superior al 75%, y que constituirían desde su perspectiva el núcleo de criterios de calidad imprescindibles que deberían incorporar los sistemas de acreditación de programas de reducción de la demanda de drogas.

Tabla 2.3. Relación de criterios que cuentan con el respaldo de una mayoría reforzada de expertos.

COMUNES PRD	PREVENCIÓN	TRATAMIENTO	RED. DAÑOS	INCOR. SOCIAL
○ PRD.7 (94,6%)	○ P.44 (93,4%)	○ T.27 (95,9%)	○ RD.13 (85,7%)	○ IS.35 (89,2%)
○ PRD.7 (94,6%)	○ P.17 (88,5%)	○ T.37 (95,9%)	○ RD.18 (83,7%)	○ IS.19 (86,5%)
○ PRD.3 (93,2%)	○ P.36 (88,5%)	○ T.16 (93,9%)	○ RD.15 (81,6%)	○ IS.43 (86,5%)
○ PRD.25 (92,5%)	○ P.45 (88,5%)	○ T.1 (91,8%)	○ RD.17 (81,6%)	○ IS.20 (83,8%)
○ PRD.2 (87,8%)	○ P.18 (86,9%)	○ T.12 (91,8%)	○ RD.14 (79,6%)	○ IS.45 (83,8%)
○ PRD.16 (85,0%)	○ P.21 (86,9%)	○ T.34 (91,8%)	○ RD.19 (77,6%)	○ IS.3 (81,1%)
○ PRD.1 (84,4%)	○ P.34 (86,9%)	○ T.3 (89,4%)	○ RD.10 (75,5%)	○ IS.23 (81,1%)
○ PRD.13 (83,7%)	○ P.22 (83,6%)	○ T.18 (87,8%)	○ RD.11 (75,5%)	○ IS.24 (81,1%)
○ PRD.14 (81,6%)	○ P.51 (82,0%)	○ T.2 (85,7%)	○ RD.16 (75,5%)	○ IS.40 (81,1%)
○ PRD.18 (78,9%)	○ P.1 (80,3%)	○ T.40 (85,7%)		○ IS.1 (78,4%)
○ PRD.24 (78,2%)	○ P.6 (80,3%)	○ T.28 (83,7%)		○ IS.13 (78,4%)
○ PRD.19 (77,5%)	○ P.15 (80,3%)	○ T.29 (83,7%)		○ IS.25 (78,4%)
	○ P.55 (78,7%)	○ T.35 (83,7%)		○ IS.36 (78,4%)
	○ P.43 (78,7%)	○ T.39 (83,7%)		○ IS.37 (78,4%)
	○ P.46 (77,1%)	○ T.8 (81,6%)		○ IS.16 (75,7%)
	○ P.50 (77,1%)	○ T.22 (81,6%)		○ IS.18 (75,7%)
	○ P.14 (77,05)	○ T.36 (81,6%)		○ IS.22 (75,7%)
	○ P.10 (75,4%)	○ T.49 (79,6%)		
	○ P.49 (75,4%)	○ T.52 (79,6%)		

2.4. Criterios que no lograron un consenso amplio entre los expertos de los grupos Delphi

El establecimiento de sistemas de acreditación de programas debe incluir, además de la perspectiva técnica, la perspectiva institucional o administrativa. Aspectos, como la adecuación de los programas a desarrollar en el campo de la reducción de la demanda a las políticas y orientaciones establecidas por organismos nacionales o internacionales, que pueden ser claves desde la óptica institucional para acreditar un determinado programa o servicios, puede no ser prioritaria desde la perspectiva de un profesional encargado del desarrollo de un programa a nivel local.

Si bien la dimensión técnica y administrativa no tienen por qué ser necesariamente coincidentes, atendiendo a la diferente naturaleza de los actores, necesariamente ambas deberán ser tenidas en consideración a la hora de formalizar cualquier tipo de sistemas de acreditación. De hecho, en el marco del presente proyecto están previstos otros espacios donde será posible contar con la visión más institucional de los estándares de calidad que deberían formar parte de estos sistemas. Por este motivo, se considera de interés revisar algunos de los criterios inicialmente propuestos a los expertos participantes en los Delphi, que no han contado con un nivel de consenso necesario como para poder ser considerados como imprescindibles para su inclusión en un hipotético sistema de acreditación, compatible entre los socios de América Latina y la Unión Europea que participan en el Programa COPOLAD.

Es preciso advertir que las valoraciones y posicionamientos que han realizado los expertos en las dos rondas de los grupos Delphi se refieren a la pertinencia o no de que los criterios inicialmente propuestos, todos ellos con base en la evidencia, pasaran a formar parte de los sistemas de acreditación de programas de reducción de la demanda de drogas. Por tanto, el que un determinado criterio no haya logrado un nivel de consenso necesario no significa que los expertos consultados no le consideren relevante para ser tenido en cuenta en el diseño, implementación o evaluación de un determinado programa o servicio. Simplemente entienden que no es imprescindible para que forme parte de un sistema de acreditación de programas.

Por otra parte, debe destacarse que las dificultades observadas para alcanzar consensos en determinadas categorías de criterios (por ejemplo, los relativos a los sistemas de información o a los sistemas de gestión de calidad) son en gran medida el reflejo de los distintos niveles de desarrollo que los programas de reducción de la demanda tienen en los países de procedencia de los expertos.

Realizadas estas matizaciones, se describen a continuación los distintos tipos de criterios que, para las diferentes categorías de programas, no obtuvieron un consenso cualificado entre los expertos que participaron en la primera ronda de los Delphi.

a) Criterios comunes a los programas de reducción de la demanda.

Entre los criterios que no alcanzaron un nivel de consenso cualificado se incluyen:

Criterios que instan a facilitar la participación de las partes interesadas en el diseño, implementación y evaluación del programa y al establecimiento de sinergias o colaboraciones estratégicas con otras organizaciones:

PRD.3. Se establecen mecanismos y procedimientos que faciliten la participación de las partes interesadas en el diseño, implementación y evaluación del programa.

PRD.11. El programa/servicio promueve la involucración y participación de los individuos, las familias y la comunidad en general, fomentando las redes de soporte y acciones complementarias en los distintos contextos (escolar, familiar, medios de comunicación, etc.).

PRD.23. La organización promotora del proyecto propicia sinergias con otras instituciones, asociaciones y colectivos que comparten intereses y estrategias en el campo de la reducción de la demanda de drogas.

PRD.24. Se han establecido mecanismos y procedimientos de colaboración y coordinación con diferentes instituciones y organizaciones sociales que participan en el programa o que apoyan su desarrollo.

PRD.25. El programa se integra dentro de planes amplios ya existentes con los que existe cierta coincidencia estratégica, bien en materia de reducción de la demanda (por ejemplo, planes comunitarios de prevención del consumo de drogas), bien para abordar problemas de carácter transversal (por ejemplo, planes para la prevención de la exclusión social).

Criterios que fijan determinadas exigencias en materia de financiación de los programas:

PRD.4. Se rechaza la financiación del programa/servicio por parte de instituciones o empresas vinculadas a intereses sectoriales relacionados con las drogas (por ejemplo, directa o indirectamente relacionadas con la industria tabaquera o alcoholera), cuyos fines pueden entrar en conflicto con los objetivos del programa.

PRD.14. Existe un plan financiero escrito, realista, claro, comprensible y público, que incluye:

- La estimación de costes y su desglose detallado.
- La procedencia de todos los ingresos que recibe el programa.

Criterios que instan a disponer de sistemas de gestión de calidad o a instaurar la gestión por procesos.

PRD.29. La organización promotora del programa dispone de un sistema de gestión de la calidad para asegurar la prestación del mejor programa o servicio disponible a sus beneficiarios.

PRD.30. La organización promotora del programa ha implantado la gestión por procesos, identificando como se ordenan e interrelacionan los procesos necesarios para asegurar la calidad y el logro de los objetivos del programa.

Criterios que instan a la colaboración con otros sistemas de información, tanto locales, regionales o nacionales.

PRD.34. El programa contempla la colaboración con los sistemas de información locales, regionales y nacionales existentes en el campo de la reducción de la demanda, mediante la utilización de indicadores y procedimientos de recogida de información estandarizados (para asegurar su comparabilidad), la cesión de los mismos a las "unidades centrales de información" para su procesamiento y explotación o su inclusión en bases de datos centralizadas.

b) Criterios para los programas de prevención

Entre los criterios que no alcanzaron un nivel de consenso cualificado se incluyen:

Criterios que instan al establecimiento de alianzas con otras organizaciones o instituciones.

P.16. Se establecen alianzas con otras organizaciones, instituciones o grupos comunitarios.

Criterios que instan a la definición o identificación de los métodos y personas responsables de la recogida de datos y el análisis de resultados de los programas.

P.63. Se describe el método a seguir para el análisis de los datos.

P.64. Se especifican las personas que recogerán los datos de resultados.

P.65. Los datos de resultados se obtienen de los participantes en la intervención.

P.69. Se especifican las personas encargadas de recoger datos del proceso.

Criterios que establecen los mecanismos a seguir para la evaluación de los resultados de los programas.

P.78. Los mecanismos, procedimientos y herramientas seleccionados para evaluar los resultados del programa permiten comprobar si los resultados obtenidos por el programa se mantienen en el tiempo.

P.79. Se contemplan mecanismos de evaluación interna de los resultados.

P.80. Se contemplan mecanismos de evaluación externa de los resultados.

c) Criterios para los programas de reducción de riesgos

En este caso la falta de consenso se produce sobre todo tipo de criterios (de hecho, sólo 5 de los 14 estándares propuestos contaron con un respaldo mayoritario cualificado). Presumiblemente, las dificultades para lograr consensos más amplios radican en la propia naturaleza de este tipo de programas, que muchos profesionales perciben como una extensión de los programas de prevención y/o de tratamiento.

d) Criterios para los programas de tratamiento

Entre los criterios que no alcanzaron un nivel de consenso cualificado se incluyen:

Criterios relacionados con la accesibilidad al tratamiento y el establecimiento de determinados compromisos priorizando a determinados colectivos.

T.5. El centro o servicio asegura que el tratamiento resulta accesible y que se presta en un breve plazo de tiempo a todas las personas que lo requieren, atendiendo a su ubicación y facilidad de acceso mediante el uso de transporte público y funcionamiento en un horario amplio y flexible.

T.8. En los supuestos donde la demanda de tratamiento supere la capacidad asistencial del centro, el centro o servicio otorga acceso preferente a los casos que presentan una mayor problemática asociada: pacientes consumidores de pasta base, que usan la vía intravenosa, con comorbilidad física o psiquiátrica grave (VIH, esquizofrenia, T. Bipolar), menores de edad y embarazadas.

T.9. El programa es accesible a todas las personas con problemas de abuso o dependencia a las drogas, con independencia de su nacionalidad, estatus legal en el país, drogas consumidas, patrones de consumo o experiencias y/o evolución en tratamientos previos.

T.15. Se facilita la posibilidad de acceso directo e inmediato al tratamiento por parte de los pacientes interesados.

T.16. Los criterios de indicación terapéutica deben ser muy flexibles, permitiendo el acceso a los centros ambulatorios de cualquier persona con problemas de abuso o dependencia a sustancias, sin perjuicio de ulteriores derivaciones a otros dispositivos de la red para el tratamiento de las adicciones.

T.52. Se dispone de un protocolo donde se establecen los procedimientos a seguir, tanto a nivel interno como externo, para la recepción de las demandas (plazo máximo, actividades y documentos a cumplimentar) y las condiciones para admisión de las demandas recibidas.

Criterios relacionados con los procedimientos y criterios para el reclutamiento del personal responsable de los servicios y para su formación y supervisión.

T.22. A la hora de determinar la composición del personal de los servicios, se tienen en cuenta las características (sexo, composición racial y étnica) de la población que accede a tratamiento a los mismos.

T.23. Existen protocolos de selección y reclutamiento de personal, científicamente fundamentados y revisados periódicamente para su actualización.

T.24. Se dispone de un programa de formación continuada y reciclaje permanente de los profesionales del equipo terapéutico.

T.26. El personal del equipo tiene una supervisión externa regular para mantener la calidad de la atención.

Criterios relacionados con la capacidad y los servicios a prestar por los centros de tratamiento de carácter residencial.

T.32. Las comunidades terapéuticas para drogodependientes cuentan con un capacidad mínima de 10 plazas y máxima de 60.

T.33. Los centros residenciales disponen de un servicio de transporte propio para trasladar a los residentes a centros sanitarios y órganos judiciales cuando sea necesario.

T.73. Las comunidades terapéuticas ofertan la realización de actividades formativas de carácter pre-laboral y de capacitación profesional durante el tratamiento, especialmente en drogodependientes con una baja empleabilidad.

Criterios relacionados con la coordinación e intercambio de información con otros servicios asistenciales.

T.35. Existe un protocolo que regula los procedimientos a utilizar para conocer la evolución de los pacientes derivados a otros centros de tratamiento, así como para el intercambio de información entre los equipos profesionales de los distintos centros de tratamiento.

T.36. El centro o servicio utiliza, en el caso de que existan, procedimientos e instrumentos de coordinación y cooperación entre la Administración Penitenciaria y los recursos asistenciales de la comunidad para garantizar la continuidad de los tratamientos

T.37. El centro o servicio cuenta con un “Protocolo de derivación a comunidad terapéutica” para los casos en los que se considere necesaria la continuidad asistencial en régimen residencial, así como con el procedimiento a seguir tras la finalización del tratamiento.

Criterios relacionados con la oferta de servicios que tienen en consideración las diferentes necesidades de hombres y mujeres.

T.45. El centro dispone de una cartera de los servicios ofertados a disposición de los potenciales pacientes, que tiene en cuenta las necesidades específicas que presentan los hombres y las mujeres drogodependientes.

Criterios relacionados con los procedimientos para la realización de pruebas diagnósticas.

T.58. Existe un procedimiento estándar que explica las pruebas, instrumentos y protocolos utilizados para la evaluación del caso, los momentos de su aplicación y el personal encargado de las mismas.

T.60. Existen protocolos que permiten al personal sanitario del centro de tratamiento solicitar a los servicios sanitarios generales la realización de pruebas que permitan el despistaje, la identificación y el diagnóstico de problemas de salud entre los pacientes atendidos

Criterios relacionados con el derecho de los pacientes a obtener una copia escrita del diagnóstico elaborado por el equipo responsable de su tratamiento.

T.63. Se entrega a todos los pacientes copia escrita del diagnóstico inicial elaborado por el equipo técnico responsable de su tratamiento.

Criterios relacionados con los procedimientos para la evaluación de la atención prestada a los pacientes y la efectividad de los programas de tratamiento.

T.81. El centro/servicio describe la metodología a aplicar para la evaluar la atención prestada, incluyendo:

- Quién asume la responsabilidad de llevar a cabo la evaluación.
- Los instrumentos a utilizar para la evaluación.
- La periodicidad de la aplicación de los instrumentos de evaluación

T.82. Para evaluar la efectividad de los programas de tratamiento se utilizan métodos e instrumentos que hayan demostrado su utilidad en investigaciones y estudios de evaluación de la actividad asistencial realizados por otras instituciones.

T.88. Se dispone de un programa de seguimiento de los pacientes tras la salida del tratamiento, que incluye monitorización periódica de las recaídas por métodos objetivos.

e) Criterios para los programas de reducción de daños

Entre los criterios que no alcanzaron un nivel de consenso cualificado se incluyen:

Criterios relacionados con las condiciones de acceso a los servicios ofertados en el marco de los programas.

RD.1. El acceso a materiales estériles de consumo (jeringuillas nuevas, pipas para crack, etc.) o la participación en programas de prevención de sobredosis no requerirá la firma de consentimiento informado.

RD.2. No se exige el registro de dato alguno a los usuarios de los programas de distribución de material estéril de consumo, intercambio de jeringuillas o de prevención de sobredosis, que podrán mantener un absoluto anonimato sobre su participación en este tipo de programas.

RD.3. Los requisitos, tanto formales como de carácter técnico, establecidos para el acceso a los programas o servicios son mínimos.

RD.4. La prestación del servicio no está condicionada a la identificación previa de los usuarios del mismo, ni a otras formalidades (residencia legal en el país, etc.), excepto en los programas de mantenimiento con sustitutivos opiáceos.

RD.13. Los programas de mantenimiento con sustitutivos son accesibles a la población internada en centros penitenciarios.

RD.21. La condición de gestante no constituye un obstáculo para acceder a equipos de inyección estériles.

Criterios relacionados con el modo en que ofertan los servicios.

RD.10. Existen unidades móviles de apoyo, cuando sea necesario, para aproximar el servicio a ciertas poblaciones residentes en zonas marginales y áreas mal comunicadas.

RD.12. Se oferta a los beneficiarios de los programas de mantenimiento con sustitutivos opiáceos el sistema de “dosis para llevar” (take-home) para pacientes estabilizados, tratando de minimizar la derivación de sustitutivos al mercado ilícito y los eventos no deseados (accidentes, sobredosis, etc.).

RD.14. El programa contempla que la provisión de material de consumo estéril pueda realizarse en los centros de tratamiento, Oficinas de Farmacia y en los centros de salud.

RD.16. Disponibilidad de máquinas de dispensación automática de material de consumo estéril en horarios continuados

RD.17. Las salas de consumo supervisado disponen de espacios diferenciados para distintas modalidades de consumo (parenteral, inhalado, etc.).

Criterios relacionados con las características del personal al frente de los programas.

RD.23. Presencia de personal de seguridad cualificado que garantiza la seguridad de los usuarios del programa y de los miembros del equipo de intervención, salvo en el caso de los programas de distribución de material de consumo estéril y de prevención de sobredosis.

RD.25. Los equipos de las salas de consumo supervisado disponen preceptivamente de personal de enfermería, siendo además deseable la presencia de médicos con formación en técnicas de resucitación cardiopulmonar y cuidados básicos.

RD.26. Los programas de prevención e intervención sobre reacciones agudas a drogas se llevan a cabo por personas con cualificación sanitaria (preferentemente médicos y personal de enfermería), con la colaboración de otros profesionales o voluntarios (educadores de calle, voluntarios, mediadores, etc.).

Criterios relacionados con la formación y re-acreditación de los profesionales.

RD.28. Se ha establecido un sistema que permite la re-acreditación de los profesionales de los programas de mantenimiento con sustitutivos y de las salas de consumo supervisado, a través de actividades de formación continuada

RD.31. Se realizan actividades periódicas de entrenamiento y recuerdo a los participantes en programas prevención de sobredosis, para mejorar la calidad en sus intervenciones ante eventuales reacciones agudas a drogas.

Criterios relacionados con las relaciones a mantener con las comunidades donde se ubican los programas.

RD.34. Se procura la implicación de interlocutores comunitarios clave (asociaciones vecinales, ayuntamientos, policía, usuarios, etc.) en la planificación de los servicios de reducción de daños.

RD.35. En el contexto de los programas de reducción de daños se realizan acciones dirigidas a la comunidad, para evitar la estigmatización de los usuarios de los recursos y favorecer el acceso a los mismos.

RD.36. Existen acuerdos de colaboración con las fuerzas de orden público para garantizar la seguridad en el entorno de los programas de reducción del daño, para facilitar una mayor aceptación por parte de las comunidades donde se ubican.

RD.37. Se realizan tareas de difusión del programa entre las instituciones y organizaciones sociales de la comunidad, para mejorar su conocimiento por parte de sus potenciales destinatarios.

f) Criterios para los programas de incorporación social

Criterios relacionados con la difusión de los programas.

IS.3. En el supuesto de que los beneficiarios del programa sean personas drogodependientes que no se encuentran en tratamiento, se identifican las estrategias a utilizar para difundir la existencia del programa y facilitar su acceso al mismo.

Criterios relacionados con la necesidad de identificación de la población mediadora que colabora en el programa y de las partes interesadas.

IS.6. Se identifica la población mediadora (profesionales, voluntarios, etc.) que colabora en la difusión del programa entre la población destinataria del mismo.

IS.21. Se identifican las partes interesadas en el desarrollo del programa, incluyendo, además de la propia población beneficiaria,

Criterios relacionados con la necesidad de disponer de un modelo teórico explicativo de los problemas de exclusión que afectan a las personas drogodependientes y cómo pueden ser superados.

IS.18. Se dispone de un modelo teórico explicativo de los problemas de exclusión social que afectan a las personas drogodependientes.

IS.19. El modelo teórico permite establecer cómo los problemas que las personas drogodependientes presentan para su incorporación social pueden ser modificados.

IS.20. El modelo teórico ayuda a identificar estándares que permitan caracterizar en términos operativos las situaciones de exclusión social y de incorporación social.

Criterios relacionados con la necesidad de establecer acuerdos de colaboración y alianzas con otras organizaciones, de integrar los programas en planes y estrategias amplias y de disponer de mecanismos de coordinación y colaboración interinstitucional.

IS.11. Existen acuerdos de colaboración con distintos programas y servicios (servicios sociales, servicios de empleo, etc.) que permiten el acceso de las personas beneficiarias de los programas de incorporación social a los mismos.

IS.22. Se han establecido alianzas con otras organizaciones, instituciones o grupos comunitarios que trabajan a favor de la incorporación social de distintos colectivos: creación de redes y estructuras de cooperación interinstitucional.

IS.23. El programa se integra dentro de planes o estrategias más amplias dirigidas a la prevención de la exclusión social y/o a apoyar la incorporación social de colectivos vulnerables o desfavorecidos.

IS.24. Se han previsto mecanismos para la transmisión de información relativa al programa entre todas las partes interesadas.

IS.25. Se evalúan los recursos disponibles del resto de partes interesadas en el programa que podrían ser utilizados en la implementación del mismo.

IS.26. El programa establece la posibilidad de participar en redes sociales y estructuras de coordinación interinstitucional en materia de incorporación social que existen en la comunidad/área geográfica donde está previsto implementar el programa.

IS.27. Se identifican organizaciones y recursos que podrían apoyar o colaborar en el logro de los objetivos del programa

Criterios relacionados con aspectos operativos de los programas, tales como el compromiso de diseñar programas individualizados de incorporación social o de contar con figuras que centralicen las intervenciones de diferentes profesionales y servicios.

IS.44. Se oferta a todas las personas beneficiarias del programa el diseño de un “Programa Individualizado de Incorporación Social”, en los casos en que la valoración diagnóstica de la situación social revele la existencia de dificultades graves en ese ámbito:

IS.56. Cuando se contemple la participación de distintos profesionales o recursos sobre los beneficiarios del programa, se establece de forma precisa qué institución o profesional asume el seguimiento del proceso de incorporación social (designación de un “tutor de incorporación social” para cada beneficio del programa).

Criterios relacionados con la participación de la población beneficiaria y de las partes interesadas en la evaluación de los programas.

IS.63. El plan de evaluación contempla la participación de la población beneficiaria, y de las diferentes partes afectadas por el mismo, en la evaluación del proceso, cobertura y resultados e impacto del programa.

3

POSICIÓN DE LOS REPRESENTANTES DESIGNADOS POR LOS SOCIOS Y ENTIDADES COLABORADORAS RESPECTO A LOS CRITERIOS DE ACREDITACIÓN CONSENSUADOS EN LOS GRUPOS DELPHI

**Criterios exigibles para la
acreditación de PRD,
consensuados en el marco de
los grupos Delphi**

3. RESULTADOS OBTENIDOS EN LOS GRUPOS FOCALES

3.1. Cometidos asignados a los grupos focales

En general, la mejora de la calidad de las políticas sobre drogas en base a la evidencia científica existente y, en particular, la identificación y consenso de estándares de calidad para poder establecer procedimientos de acreditación de los programas de reducción de la demanda suponen procesos complejos que requieren del máximo cuidado en su desarrollo. La motivación e implicación de profesionales (tanto de planificación como de ejecución de programas) y de responsables institucionales es fundamental para llegar con éxito a la fase última de implementación de criterios de calidad y, más aún, para su posible utilización en sistemas de acreditación de los programas.

Por este motivo se decidió la realización de dos grupos focales online: uno con técnicos expertos en el campo de la reducción de la demanda de drogas, y otro con representantes institucionales de las Comisiones o Agencias Nacionales de Drogas de los países socios del proyecto.

El cometido asignado a estos grupos era doble:

- a) El análisis de la utilidad y aplicabilidad de los criterios propuestos en los diferentes ámbitos de la intervención.
- b) La recogida de propuestas y sugerencias para la difusión e implementación de los criterios de calidad consensuados en los grupos Delphi.

Relación de Grupos Focales y cometidos asignados a los mismos



Los objetivos que se pretendían cubrir a través de los grupos focales eran los siguientes:

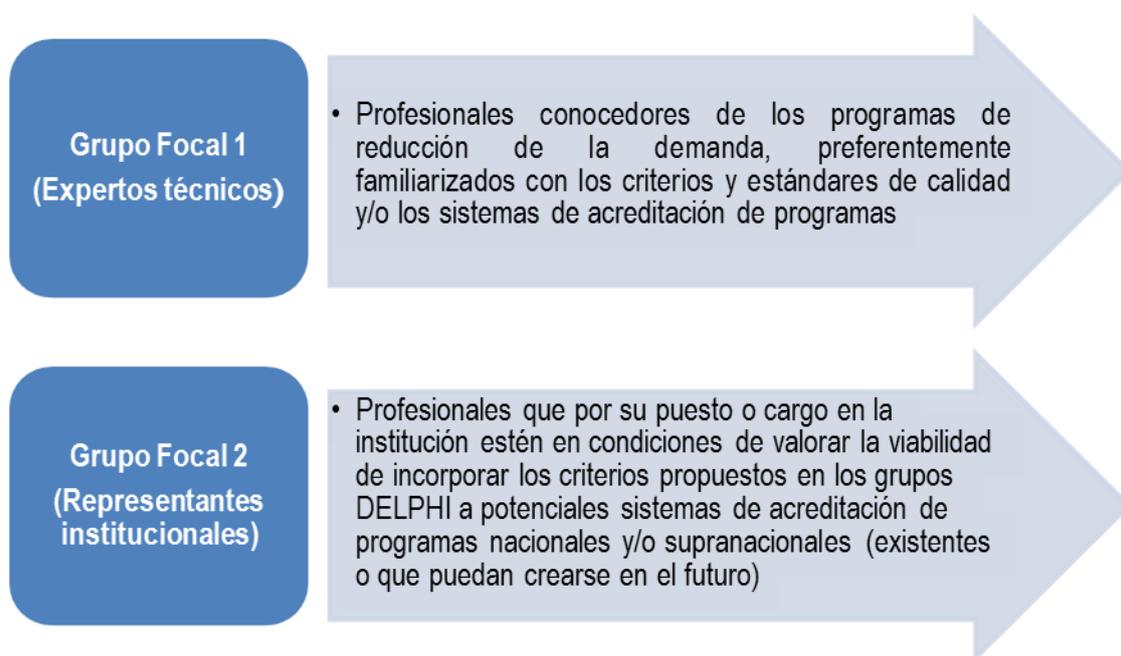
- Valorar globalmente los estándares consensuados en el marco de los tres grupos Delphi realizados (Prevención/Reducción riesgos asociados al consumo, Tratamiento/Reducción de daños e Incorporación social).
- Conocer la utilidad que tendría la inclusión de estos estándares como base de un sistema de acreditación de programas de reducción de la demanda nacional o supranacional.
- Analizar la viabilidad de implementar en cada país socio del Proyecto un sistema de acreditación de programas soportado en los indicadores consensuados en los Delphi.
- Analizar el impacto que tendría en los distintos países y ámbitos de intervención la puesta en marcha del sistema de acreditación.
- Identificar las estrategias a seguir para facilitar la difusión de los estándares de calidad para la acreditación de programas consensuados en los Delphi entre las organizaciones e instituciones que trabajan en el campo de la reducción de la demanda de drogas
- Promover diferentes estrategias y actuaciones que faciliten la inclusión de los estándares seleccionados, bien como base de sistemas de acreditación de programas a nivel supranacional o nacional, bien como requisitos para acceder a ayudas financieras otorgadas por instituciones públicas.

El primero de los grupos focales estuvo integrado por personal técnico y su labor se orientó al análisis de la idoneidad de los criterios de calidad seleccionados por consenso en los distintos Grupos Delphi.

El segundo de los grupos estuvo integrado por representantes institucionales y su labor se centró en identificar estrategias y procedimientos que contribuyan a la difusión e implementación de los criterios de calidad seleccionados en los distintos países participantes en el proyecto.

La selección de los integrantes de estos grupos correspondió a los socios participantes en el Proyecto para la definición de criterios de acreditación de programas de reducción de la demanda, cada uno de los cuales propuso a 3 representantes. El perfil de los integrantes de los grupos focales se ajustó al siguiente esquema:

Perfil de los integrantes de los grupos focales



Debe destacarse que además de los dos grupos focales inicialmente previstos, se realizó un tercer grupo focal que aglutinó a representantes institucionales de las siguientes entidades colaboradoras del Proyecto:

- a) Instituto Costarricense sobre Drogas (ICD):
- b) Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas (CONSEP):
- c) Consejo Nacional Contra las Adicciones (CONADIC):

Los grupos focales se realizaron en las siguientes fechas:

- Grupo Focal 1 (expertos técnicos): 17 y 18 de diciembre de 2012
- Grupo Focal 2 (representantes institucionales de los socios del Proyecto): 19 y 20 de diciembre de 2012.
- Grupo Focal 3 (representantes institucionales de las entidades colaboradoras del Proyecto): 1 de julio de 2013.

Todos los grupos contaron con la participación de la Directora de la Entidad de Coordinación y Ejecución de COPOLAD (Dña. Teresa Salvador-Llivina), del Director del Proyecto (D. Lorenzo Sánchez Pardo) y de los técnicos de la ECE, D. Jesús Morán Iglesias y D. Mario Germán Sánchez González

Para facilitar el correcto desarrollo de las sesiones y poder cubrir adecuadamente los objetivos asignados a los grupos focales, a todos los participantes le fueron facilitados, de forma previa a la realización de los grupos la siguiente documentación:

- Informe de resultados de los grupos Delphi, que constituye el documento de referencia sobre el que se centrarían los debates generados en los grupos.
- Información general del Proyecto, a fin de facilitar una visión de conjunto del mismo que contribuyera a enmarcar la tarea a realizar en los grupos
- Nota informativa sobre organización y contenidos a abordar en los grupos focales.

Tanto en el grupo de expertos técnicos como en el de representantes institucionales, el debate se dividió en dos sesiones de dos horas cada una, tratando de favorecer la participación de todos los participantes, dar cumplimiento a los temas previstos en el guion elaborado para cada grupo y evitar las dificultades propias de una comunicación a distancia.

La primera sesión dio comienzo en ambos casos con la presentación de los moderadores y participantes y estableciendo las condiciones para la participación teniendo en cuenta el formato online elegido. La segunda sesión se inició en ambos casos con una recopilación de las cuestiones abordadas en la sesión anterior, lo que además de recordatorio sirvió para centrar el debate en las cuestiones pendientes y evitar reiteraciones en los discursos e intervenciones.

3.2. Contenidos y conclusiones del Grupo Focal I (expertos técnicos)

a) Temas abordados en el grupo

- Se hizo una valoración global de los criterios consensuados en los grupos Delphi, sugiriéndose rescatar algunos criterios que no obtuvieron un nivel de consenso suficiente, pero que son considerados claves en los procesos de acreditación de programas de RDD.
- Se analizaron las ventajas que supondría la implementación de un sistema de acreditación de programas de reducción de la demanda de drogas, entre las que se mencionaron:
 - Se constata la necesidad (incluso la obligación) de crear, avanzar y regular sistemas de acreditación de programas de RDD.
 - La promulgación de criterios y estándares de calidad constituye una base muy sólida para identificar prioridades en la investigación en RDD.
 - Los criterios y estándares propuestos, además de un gran esfuerzo de identificación, suponen un avance per se, al ser obtenidos a través de un estudio serio de búsqueda de la evidencia de efectividad de los programas de RDD.
 - La batería de criterios propuestos facilita la utilización de un lenguaje común en este campo y ayuda en la consecución de un consenso para el diseño e implementación de políticas y programas con un enfoque integral en RDD.
 - El proceso establecido para el consenso en la definición de los criterios supone un valor añadido de cara a su posible implementación futura, al contar con la participación de expertos y representantes institucionales implicados en el diseño e implementación de los programas de RDD en América Latina.

- Otras ventajas señaladas son que los criterios propuestos facilitan la comparabilidad y transferencia de información, ayudan a la evaluación rigurosa y avance científico (disminuyendo los riesgos de visiones moralistas), establecen criterios objetivos y transparentes para la financiación de programas y servicios, legitiman la atención y el tratamiento con criterios de evidencia científica.
- Se identificaron y analizaron las dificultades que supondría la implementación de un sistema de acreditación en vuestros países, entre las que se mencionaron:
 - Que la implantación de sistemas de monitoreo y evaluación es costosa.
 - Que las diferencias culturales, en las políticas y en los recursos hacen difícil la instauración de sistemas de acreditación supranacionales.
 - El reto de que los sistemas de acreditación sean percibidos como algo útil y no como un obstáculo burocrático.
 - La dificultad para establecer quien asume la responsabilidad de la puesta en marcha y el seguimiento del sistema de acreditación.
 - La ausencia/escasez de recursos para apoyar este proceso.
 - El reto de realizar un acompañamiento conceptual y financiero del proceso.
 - Sería necesario lograr cierta estandarización de los modelos de tratamiento antes de su acreditación.
 - En prevención se plantea la cuestión de si deberían acreditarse los modelos de intervención o los propios programas.
- Se analizaron las dificultades que supondría la implementación de un sistema de acreditación en cada uno de los países representados en los grupos.
- Se identificaron las estrategias o pasos a seguir para facilitar la puesta en marcha de un sistema de acreditación de programas de carácter nacional o supranacional: la necesidad de dotar de legitimidad a los sistemas de acreditación antes de su puesta en marcha, el establecimiento de distintos niveles de exigencia en cada categoría de programas de RD, la puesta en marcha de distintas acciones de acompañamiento al proceso.
- Se debatieron las ventajas e inconvenientes de la adopción de distintas estrategias para facilitar el establecimiento de sistemas de acreditación:
 - Establecimiento de un sistema de acreditación que fijara dos niveles diferentes de exigencia: 1) un reducido número de estándares básicos (de carácter obligatorio) y 2) un listado de estándares “recomendables” (de aceptación voluntaria).
 - Acreditación escalonada de las distintas categorías y tipos de programas de reducción de la demanda (avanzar primero en la acreditación de los programas asistenciales y más adelante los programas de prevención, etc.).

- Establecimiento de criterios de calidad diferenciados según el tipo de programa (vinculados al diseño de los procesos, de tipo estructural, relacionados con los derechos, los sistemas de información, etc.).
- Vincular de forma directa la acreditación y la financiación pública (la acreditación como requisito para poder contratar servicios con las administraciones públicas o recibir ayuda financiera pública).
- Que sólo fueran avalados por las instituciones públicas aquellos programas que hubieran sido acreditados previamente.

b) Principales conclusiones adoptadas en el grupo focal

- 1) Valoración general muy positiva del Proyecto para el establecimiento de criterios para la acreditación de programas de RDD:
 - Es definido como necesario, pertinente y potente.
 - Se considera aplicable en algunos casos (en otros aún no).
 - Constituye un desafío, que ayuda a repensar las políticas y los programas, que plantea un lenguaje común.
 - Ayuda a la transparencia en la gestión y facilitaría el apoyo internacional.
 - Se considera que debiera ser autoimpuesto por todos los socios.
- 2) Deben tenerse en cuenta las dificultades que conlleva un proceso de este tipo:
 - Batería extensa de criterios.
 - Diferencias entre los países, disparidad de criterios además de falta de oportunidades- hasta ahora- para alcanzar consensos.
 - Dificultades de financiación.
 - Que se llegue a percibir como una herramienta útil y no burocrática.
 - Determinar qué institución o entidad asumiría la responsabilidad del proceso de acreditación.
 - Necesidad de un acompañamiento conceptual y metodológico al proceso de acreditación.
- 3) En todo caso, la implementación debe ser cuidadosa, haciendo partícipes a todos los implicados y buscando incentivos (no solo económicos).
- 4) Buscar sinergias y alianzas a la hora de iniciar el proceso y sobre todo en la hora de la implementación (revisar procesos previos similares).
- 5) Debe de rebajarse o categorizar temáticamente el nº de criterios, escalonarlos según exigencias (habrá quien no quiera acreditarse y siga siendo una alternativa de intervención valiosa) y tener en cuenta las diferentes situaciones entre el tratamiento y la prevención.
- 6) Debe valorarse mucho la dimensión territorial: si bien este es un tema de agenda nacional (algunos señalan el nivel internacional), no puede eludirse la implicación de lo local.
- 7) Vincular la acreditación a la financiación pública de programas y actuaciones.
- 8) Hay que buscar la legitimidad política, técnica y social del proceso de acreditación.

3.3. Contenidos y conclusiones del Grupo Focal 2 (representantes institucionales)

a) Temas abordados en el grupo

- Se analizaron los criterios de calidad consensuados en los Grupos Delphi, planteando diferentes propuestas para su categorización.
- Se abordó la pertinencia de establecer estrategias diferenciadas para la acreditación de los programas de tratamiento y del resto de categorías de programas de reducción de la demanda (menos estandarizados).
- Se identificaron distintos criterios de calidad que deberían ser tenidos en consideración para su inclusión en los sistemas de acreditación de programas, que no obtuvieron un nivel suficiente de consenso en los grupos Delphi.
- Se analizaron las ventajas que, desde la óptica institucional, tendría el establecimiento de sistemas de acreditación de ámbito nacional y/o supranacional.
- Se identificaron y analizaron las dificultades que, desde el punto de vista institucional, supondría la puesta en marcha de sistemas de acreditación.
- Se formularon y debatieron distintas propuestas para facilitar la puesta en marcha de sistemas de acreditación de programas de reducción de la demanda.

b) Principales conclusiones adoptadas en el grupo focal

- 1) Respecto a los criterios de calidad consensuados en los grupos Delphi se planteó la conveniencia de categorizar los estándares, agrupándolos en dos grupos:
 - Un nivel básico (criterios mínimos exigibles para el funcionamiento del programa).
 - Un nivel superior que agruparía los criterios de calidad exigibles para la acreditación de los programas.
- 2) Se planteó la necesidad de diferenciar y acotar los conceptos de habilitación/licenciamiento (exigibles para autorizar un programa o servicio) y de acreditación (vinculados con la búsqueda de la calidad y la excelencia).
- 3) Se señaló que el reto de avanzar en la consolidación de un sistema de acreditación supranacional pasa por:
 - Consensuar ciertas definiciones y conceptos.
 - Categorizar los criterios y estándares de calidad.
 - Jerarquizar los criterios y estándares.
- 4) Se propuso la recuperación de ciertos criterios de calidad que no obtuvieron un consenso suficiente en los Grupos Delphi para su incorporación a los sistemas de acreditación, en particular los referidos a: la generación de sinergias con otras organizaciones, la integración de los programas en las políticas nacionales sobre drogas, la transparencia financiera, la colaboración con los sistemas de información nacionales, la inclusión de la perspectiva de género y la evaluación de los programas.

- 5) A pesar de las dificultades que se asocian con la puesta en marcha de un sistema de acreditación de programas (dificultades para alcanzar consensos con todos los actores implicados y para legitimar su puesta en marcha, recelo por parte de muchas ONGs de que el Estado tutele su trabajo o asuma un rol normativo, etc.), se percibe como una oportunidad única para:
- Establecer redes.
 - Mejorar la gestión y asignación de los recursos públicos.
 - Contribuir a la mejora de la eficacia y eficiencia de los programas.
 - Consensuar ciertas definiciones y conceptos.
 - Mejorar y diversificar la oferta de servicios.
 - Permite armonizar criterios y estándares a nivel supranacional.
 - Legitimar el gasto público en los programas de reducción de la demanda.
- 6) Se consideró que la acreditación no debe ser escalonada por ámbitos, sino orientada al conjunto de programas para reducción de la demanda.
- 7) Debe vincularse la financiación con la acreditación, a pesar de las dificultades y resistencias que conlleve.
- 8) Debe establecerse una norma legal que dé cobertura al proceso de acreditación.
- 9) El proceso no debiera de pararse en la acreditación, sino ir más allá en la consecución de normas de calidad tipo EFQM.
- 10) Se valora la posibilidad de establecer niveles de exigencia de los estándares.

c) Propuestas formuladas y acuerdos adoptados en el grupo

En el contexto del grupo focal se formularon las siguientes propuestas:

- Realización de un estudio básico que analice cuál es la situación de partida de los distintos países en relación a los sistemas de acreditación.
- La creación de mesas técnicas a nivel nacional que trabajen el tema.
- La elaboración de manuales y guías metodológicas que apoyen el proceso de establecimiento de sistemas de acreditación.

Asimismo, en el marco del Grupo Focal 2 se adoptaron los siguientes acuerdos:

- El envío de una Ficha a los países socios para determinar el estado de situación en cada país en relación a la implementación de sistemas de acreditación de los programas de RD.
- La realización de un inventario-recopilación de medidas de acompañamiento en el proceso de acreditación.
- La remisión al Director del Proyecto de los listados de criterios estándares de calidad que proponer “recuperar” de entre aquellos que no lograron un consenso suficiente en los Delphi.

4

LOS SISTEMAS DE ACREDITACIÓN DE PROGRAMAS DE RDD EN LOS PAÍSES SOCIOS Y ENTIDADES COLABORADORAS DEL PROYECTO

**Estudio de la situación de los
sistemas nacionales de
acreditación de programas de
RDD**

4. ESTUDIO DE LA SITUACIÓN DE LOS SISTEMAS NACIONALES DE ACREDITACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE REDUCCIÓN DE LA DEMANDA

4.1. Objetivo del estudio

En el marco del grupo focal que congregó a los representantes institucionales se planteó la necesidad de realizar un estudio que permitiera obtener un diagnóstico actualizado de la situación de los sistemas de acreditación de los programas de reducción de la demanda (PRD) en los distintos países que participan en el Proyecto, así como para conocer la perspectiva de las instituciones acerca de la viabilidad de implementar sistemas de acreditación de ámbito nacional o supranacional sobre la base de los criterios consensuados en los Grupos Delphi.

A nivel operativo el estudio pretende cubrir los siguientes objetivos:

- a) Conocer los desarrollos normativos aprobados en cada país para regular la autorización y/o la acreditación de las diferentes categorías de programas de reducción de la demanda (prevención, tratamiento, etc.).
- b) Conocer las actuaciones de carácter técnico, complementarias a la aprobación de normas regulatorias, desarrolladas para facilitar la puesta en marcha de sistemas nacionales de acreditación de programas (creación de grupos de trabajo, organización de seminarios, elaboración de guías y manuales, etc.).
- c) Identificar los criterios de calidad, de entre los consensuados en el marco de los grupos Delphi, que cada país considera viable incorporar como requisitos básicos o de obligado cumplimiento a un sistema de acreditación nacional o supranacional.
- d) Identificar aquellas medidas que se considera necesario implementar para acompañar o apoyar la puesta en marcha de sistemas de acreditación de los programas de reducción de la demanda.

4.2. Participantes en el estudio

Inicialmente el estudio fue ideado para su realización en los países que participan como socios en el Proyecto para la definición de criterios de acreditación en reducción de la demanda de drogas (actividad 3.4.4. de COPOLAD). No obstante, dada la relevancia de la actividad y el interés mostrado en el estudio por las entidades nacionales de América Latina colaboradoras en el Proyecto, se decidió facilitar la participación de estas últimas en el estudio.

Todos los socios, salvo la Secretaría Nacional de Políticas de Drogas – SENAD- de Brasil, participaron finalmente en el estudio, al igual que las tres entidades colaboradoras que fueron invitadas a sumarse a la iniciativa.

Tabla 4.1. Relación de entidades participantes en el estudio.

SOCIOS	ENTIDADES COLABORADORAS
Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas (DEVIDA): Perú	Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC): México
Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD): España	Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas (CONSEP): Ecuador
Dirección de Política contra las Drogas y Actividades Relacionadas. Ministerio de Justicia y del Derecho: Colombia	Instituto Costarricense de Drogas (ICD): Costa Rica
Junta Nacional de Drogas (JND): Uruguay	
Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR): Argentina	
Servicio de Intervención en los Comportamientos Aditivos y en las Dependencias (SICAD): Portugal	
Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA): Chile	

4.3. Metodología utilizada

La recogida de información se realizó en base a un cuestionario diseñado específicamente a tal fin, que fue remitido a los representantes institucionales designados por los socios y las entidades colaboradoras del Proyecto. Con el fin de contextualizar esta actividad, el cuestionario incorporaba a modo de referencia algunos aspectos que han sido acordados en el marco de los grupos focales, entre los que se incluían los siguientes:

- 1) La necesidad de diferenciar entre criterios o requisitos para la habilitación o autorización del funcionamiento de los programas (en referencia a los servicios de tratamiento) y criterios para la acreditación de programas.

Los criterios de habilitación/autorización se aplican, casi en exclusiva, a los servicios de tratamiento, y recogen una serie de requisitos que imperativamente deben reunir los centros y servicios asistenciales para que las autoridades autoricen su apertura y funcionamiento. Estos criterios son en muchas ocasiones comunes para determinados servicios socio-sanitarios y, en general, suponen la traslación de disposiciones normativas generales (en materia de seguridad, habitabilidad, accesibilidad, respeto a los derechos de las personas usuarias de los servicios, etc.) al ámbito específico del tratamiento de las drogodependencias.

Los criterios de acreditación se vinculan a la calidad de los programas, siendo independientes de los criterios de habilitación y autorización, de modo que programas que cuenten con la pertinente autorización o habilitación pueden ser o no acreditados.

Mientras que la autorización o habilitación es en lo esencial un acto de carácter administrativo, que permite la apertura y el funcionamiento de un determinado servicio, la acreditación es un proceso de observación externa y periódica cuyo propósito es evaluar, de forma objetiva y con criterios uniformes, la calidad de los programas y servicios puestos en marcha para atender distintas necesidades.

2) En relación a los criterios de acreditación se plantea la conveniencia de establecer dos niveles diferenciados:

- Básico: incluiría la relación de criterios de obligado cumplimiento que deberían reunir los programas de reducción de la demanda para poder ser acreditados como tales.
- Complementario: incluiría una serie de criterios, complementarios a los anteriores, que las instituciones y entidades interesadas en implementar sistemas de gestión de calidad orientados a la búsqueda de la excelencia asumirían de manera voluntaria.

En el propio cuestionario se requería a las entidades participantes en el estudio que identificaran las normas que en cada país regulan la autorización/habilitación de los servicios de tratamiento y la acreditación de los programas de reducción de la demanda.

La recogida de información tuvo lugar a lo largo del período marzo-mayo de 2013.

4.4. Resultados del estudio

4.4.1. Normas reguladoras de la autorización/habilitación de la apertura y el funcionamiento de centros y servicios asistenciales

La totalidad de las entidades participantes en el estudio informan de la existencia en sus respectivos países de normas legales que regulan la apertura y el funcionamiento de los centros y servicios asistenciales destinados al tratamiento de las personas con problemas de abuso o dependencia a las drogas (Tabla 4.2).

Tabla 4.2. Existencia de normas reguladoras de la autorización/habilitación de servicios asistenciales.

PAÍS	Países que disponen de normas de autorización/habilitación
Argentina	✓ ²
Chile	✓
Colombia	✓ ³
España	✓ ⁴
Perú	✓ ⁵
Portugal	✓
Uruguay	✓ ⁶
Costa Rica	✓
Ecuador	✓ ⁷
México	✓ ⁸

Como se deduce del contenido de las normas referenciadas (ver Anexos I a VII), existe una gran heterogeneidad en el alcance y grado de concreción de los criterios que, en cada país, se exigen para autorizar o habilitar la actividad de los centros asistenciales. En algunos países, como es el caso de Perú, las normas actualmente vigentes en materia de autorización/acreditación son de aplicación exclusivamente a determinados centros de tratamiento (comunidades terapéuticas).

² Ver ANEXO I (Argentina)

³ Ver ANEXO II (Colombia)

⁴ Ver ANEXOS III a y III b (España)

⁵ Ver ANEXO IV (Perú)

⁶ Ver ANEXO V (Uruguay)

⁷ Ver ANEXO VI (Ecuador)

⁸ Ver ANEXO VII (México)

La totalidad de las entidades informan de la existencia de normas de autorización/habilitación aprobadas por los respectivos gobiernos nacionales, de aplicación en la totalidad del territorio nacional. En el caso de España la normativa nacional tiene el carácter de “básica”, correspondiendo a las autoridades regionales (comunidades autónomas) el desarrollo y concreción de las mismas en sus respectivos territorios.

4.4.2. Normas reguladoras de la acreditación de programas de reducción de la demanda

A diferencia de lo que ocurre con los procedimientos de autorización/habilitación de los servicios asistenciales, tan sólo tres de las diez entidades participantes en el estudio señalan la existencia en sus países de normas que regulen la acreditación de los programas de reducción de la demanda (Costa Rica, Ecuador y España).

Tabla 4.3. Existencia de normas reguladoras de la acreditación de los programas de RDD

PAÍS	SI disponen de normas de acreditación	NO disponen de normas de acreditación
Argentina		✓
Chile		✓
Colombia		✓
España	✓ ⁹	
Perú		✓
Portugal		✓
Uruguay		✓
Costa Rica	✓	
Ecuador	✓ ¹⁰	
México		✓

Estas normas de acreditación son de aplicación al conjunto de los programas de reducción de la demanda en el caso de Ecuador y España, mientras que en el caso de Costa Rica se circunscriben a los programas de prevención y de tratamiento (Tabla 4.4). Únicamente en el caso de España se identifican los criterios que incorpora la legislación vigente para la acreditación de las distintas modalidades de programas de reducción de la demanda.

Tabla 4.4. Ámbito de aplicación de las normas regulatorias de la acreditación de programas de reducción de la demanda.

ÁMBITO DE APLICACIÓN	Argentina	Chile	Colombia	España	Perú	Portugal	Uruguay	Costa Rica	Ecuador	México
Conjunto de los programas de reducción de la demanda				✓					✓	
Sólo a los programas de prevención y/o reducción de riesgos								✓		
Sólo a los programas de tratamiento								✓		
Sólo a los programas de reducción del daño										
Sólo a los programas de incorporación social										
Otros ámbitos (Detallar)										

⁹ Ver ANEXO III a.

¹⁰ Ley de Sustancias Estupefacientes y Sicotrópicas de 27 de diciembre de 2004 (Ver Anexo VI).

4.4.3. Actuaciones realizadas para facilitar el establecimiento de sistemas nacionales de acreditación de programas de reducción de la demanda

Con independencia de que existan o no normas que regulen la acreditación de los PRD en el país, todas las entidades participantes en el estudio informan de la realización de alguna actuación destinada a favorecer el establecimiento de sistemas de acreditación de este tipo de programas (Tabla 4.5).

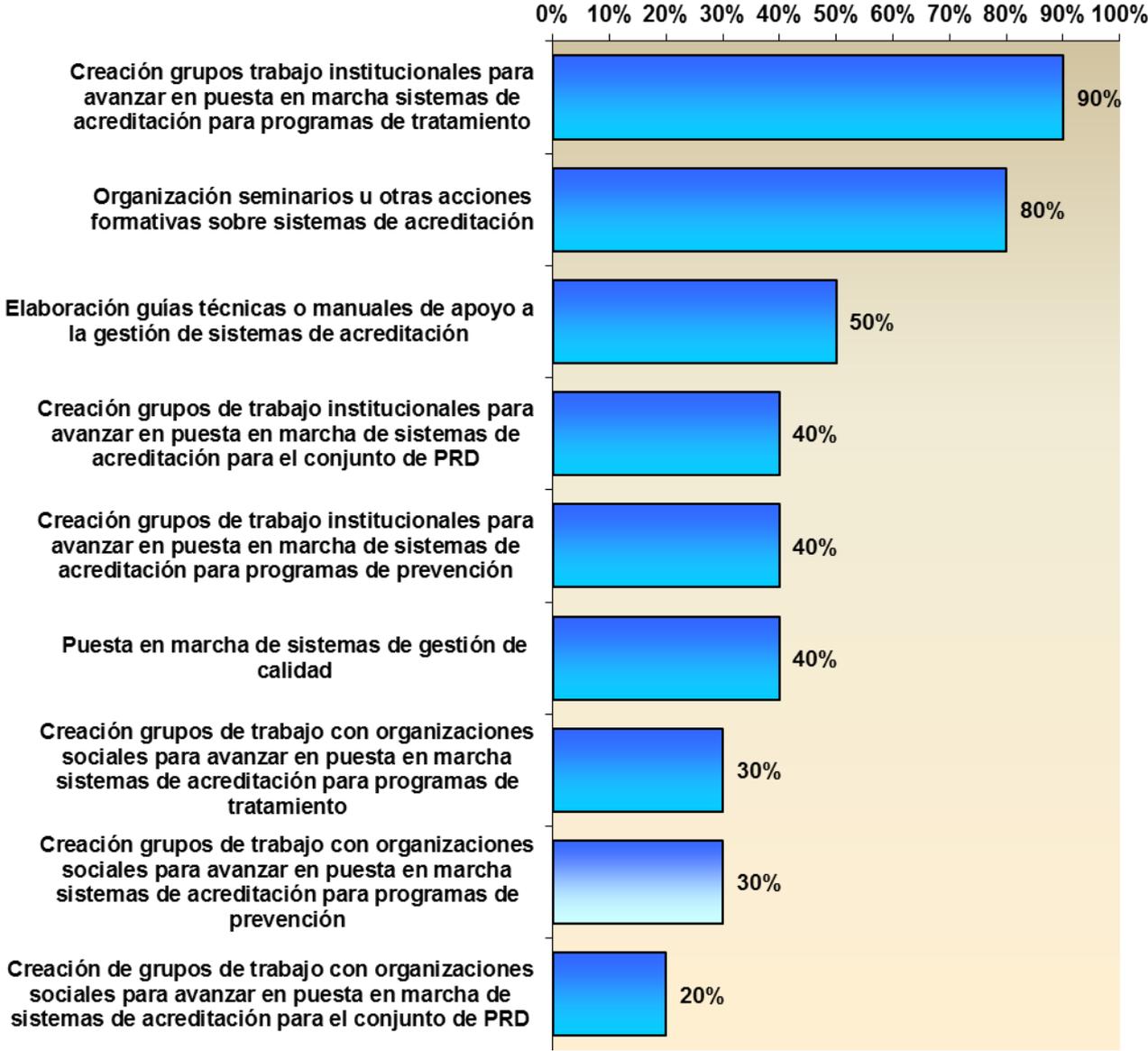
Tabla 4.5. Actividades realizadas para facilitar la implantación de sistemas de acreditación.

ÁMBITO DE APLICACIÓN	Argentina	Chile	Colombia	España	Perú	Portugal	Uruguay	Costa Rica	Ecuador	México
Creación de grupos de trabajo institucionales para avanzar en la puesta en marcha de sistemas de acreditación para el conjunto de PRD				✓		✓		✓		✓
Creación de grupos de trabajo institucionales para avanzar en la puesta en marcha de sistemas de acreditación para los programas de tratamiento		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Creación de grupos de trabajo institucionales para avanzar en la puesta en marcha de sistemas de acreditación para los programas de prevención				✓	✓	✓				✓
Creación de grupos de trabajo con organizaciones sociales para avanzar en la puesta en marcha de sistemas de acreditación para el conjunto de PRD				✓						✓
Creación de grupos de trabajo con organizaciones sociales para avanzar en la puesta en marcha de sistemas de acreditación para los programas de tratamiento				✓				✓		✓
Creación de grupos de trabajo con organizaciones sociales para avanzar en la puesta en marcha de sistemas de acreditación para los programas de prevención				✓	✓					✓
Organización de seminarios u otras acciones formativas sobre sistemas de acreditación, destinados a actores relevantes del campo de la reducción de la demanda	✓	✓	✓	✓		✓		✓	✓	✓
Elaboración de guías técnicas o manuales de apoyo a la gestión de sistemas de acreditación		✓	✓	✓		✓				✓
Puesta en marcha de sistemas de gestión de calidad		✓ (1)		✓	✓	✓				
Difusión de manuales de buenas prácticas				✓		✓				
Otras actividades				(2)		(3)	(4)			

- (1) Existe un programa de mejora continua de la calidad para centros que otorgan tratamiento en adicciones, que funciona dentro de un convenio marco Ministerio de Salud-SENDA
- (2) Actividades de formación y sensibilización sobre sistemas de calidad, evaluación de programas, ponencias técnicas sobre criterios a desarrollar en programas de prevención, guías clínicas de intervenciones terapéuticas, diseño del Plan de Calidad de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. (ANEXO III).
- (3) Difusión de manuales de buenas prácticas.
- (4) Creación del espacio de coordinación interinstitucional "Mesa de Reducción de la Demanda", con los objetivos de coordinar y articular actores y acciones en Reducción de la Demanda (en este ámbito se están discutiendo las modificaciones a incorporar en los criterios de habilitación) y elaboración de los "Protocolos de Evaluación Clínica y Paraclínica de Tratamiento Farmacológico del Consumo Problemático y la Dependencia de Sustancias Psicoactivas" (ANEXO V).

Algunas de las actuaciones, como la creación de grupos de trabajo institucionales para avanzar en la puesta en marcha de sistemas de acreditación para los programas de tratamiento o la organización de seminarios u otras acciones formativas sobre sistemas de acreditación, destinados a actores relevantes del campo de la reducción de la demanda, han sido desarrolladas en la práctica totalidad de los países participantes en el estudio (Figura 4.1).

Figura 4.1. Actuaciones de apoyo a la implantación de sistemas de acreditación de PRD (% de países que han realizado cada una de las actuaciones).



4.4.4. Acciones de apoyo o acompañamiento a la puesta en marcha de sistemas de acreditación de programas de reducción de la demanda

El cuestionario que sirvió de base al estudio, incorporaba una batería de diez posibles actuaciones de acompañamiento a la puesta en marcha de sistemas de acreditación de programas de reducción de la demanda. Destacar que nueve de estas diez medidas contaron un respaldo mayoritario de las entidades participantes en el estudio. Dos de las acciones propuestas cuentan con el respaldo unánime de las entidades consultadas (Tabla 4.6).

Tabla 4.6. Acciones de apoyo o acompañamiento a la puesta en marcha de sistemas de acreditación de PRD que se considera conveniente llevar a cabo.

ÁMBITO DE APLICACIÓN	Argentina	Chile	Colombia	España	Perú	Portugal	Uruguay	Costa Rica	Ecuador	México
Creación de grupos de trabajo nacionales, con representación de las instituciones y organizaciones sociales que trabajan en el campo de las drogodependencias, para analizar el contenido de los sistemas de acreditación y establecer fórmulas para su puesta en marcha	✓	✓ (a)		✓			✓	✓	✓	✓
Designación de un organismo oficial encargado de gestionar los procesos de acreditación e identificación de los procedimientos a seguir para obtener la acreditación	✓	✓ (a)		✓ ¹¹		✓	✓	✓	✓	✓
Designación de una agencia externa encargada de gestionar los procesos de acreditación e identificación de los procedimientos a seguir para obtener la acreditación		✓ (a)	✓	✓				✓		✓
Realización de seminarios u otras acciones formativas para sensibilizar sobre las ventajas de los sistemas de acreditación entre los profesionales del sector		✓		✓	✓			✓	✓	✓
Realización de seminarios u otras acciones formativas para divulgar los contenidos del sistema de acreditación entre los profesionales del sector y los procedimientos a seguir para obtener la acreditación		✓	✓	✓	✓			✓		✓
Puesta en marcha de un programa de formación en sistemas de acreditación para los responsables institucionales y técnicos de los programas de reducción de la demanda	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓		✓
Promulgación de normas legales que definan los requisitos, efectos, procedimientos y plazos para la acreditación de los programas	✓	✓	✓	✓	✓	✓ ¹²	✓	✓	✓	✓
Creación de servicios de asesoramiento para las organizaciones interesadas en acreditar programas		✓		✓		✓	✓ (c)	✓		✓
Elaboración de guías técnicas o manuales de apoyo a la gestión de sistemas de acreditación	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓ (c)	✓	✓	✓
Establecimiento de mecanismos de supervisión periódica de los programas acreditados			✓	✓		✓	✓ (c)	✓	✓	✓
Otras acciones				✓ (b)						

(a) El SENDA considera especialmente prioritarias estas 3 actuaciones.

(b) Ver ANEXO III.

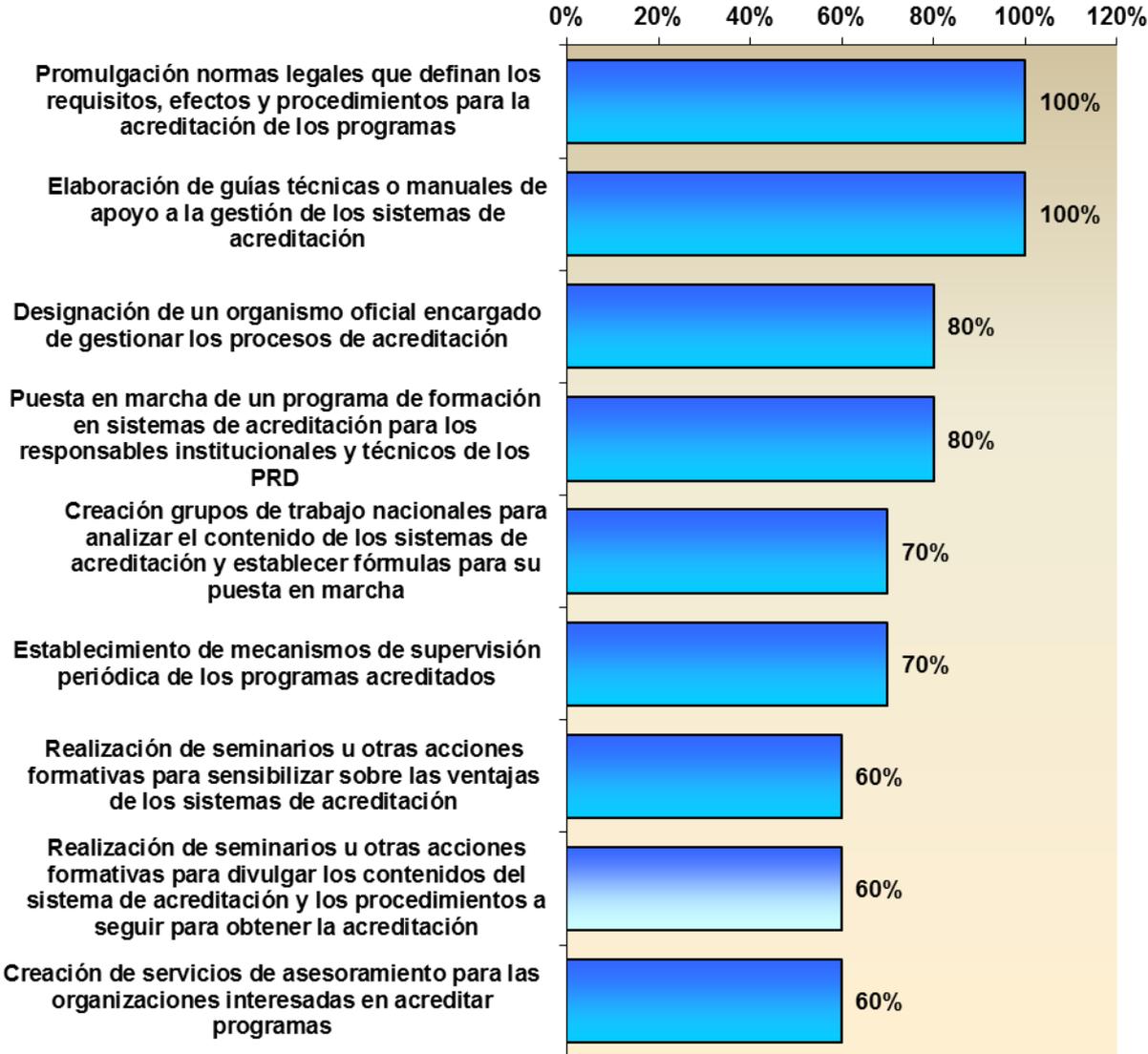
(c) Estas acciones corresponden al organismo oficial encargado de gestionar los procesos de acreditación.

¹¹ Un organismo oficial, que puede adoptar o no la forma de agencia, y cuyos miembros gocen de independencia técnica y tengan formación en calidad.

¹² Solo uno de los dos representantes institucionales del SICAD propone esta acción.

La promulgación de normas legales que establezcan los requisitos y procedimientos para la acreditación de los programas y la elaboración de guías o manuales de apoyo a la gestión de los sistemas de acreditación son medidas que despiertan el respaldo unánime de las entidades consultadas. Otras medidas, como la designación de un organismo encargado de gestionar los procesos de acreditación, la puesta en marcha de programas de formación sobre sistemas de acreditación, la creación de grupos de trabajo nacionales para establecer el contenido de los sistemas de acreditación y los procedimientos a seguir para su puesta en marcha y el establecimiento de mecanismos de supervisión periódica de los programas acreditados, cuentan también con elevados niveles de respaldo (Figura 4.2).

Figura 4.2. Medidas de apoyo/acompañamiento a la puesta en marcha de sistemas de acreditación de PRD que se considera conveniente implementar (% de países que apoyan cada una de las acciones).



4.4.5. Relevancia atribuida a diferentes categorías de criterios dentro de los sistemas de acreditación de programas de reducción de la demanda

Uno de los aspectos abordados en el estudio es la importancia que las instituciones consultadas atribuyen a diferentes categorías de criterios, en el contexto de los sistemas de acreditación de los programas de reducción de la demanda. Las respuestas aportadas ayudan a identificar aquellos aspectos que se consideran más relevantes para ser incorporados a los sistemas de acreditación. En general existe cierta homogeneidad en la puntuación otorgada a la relevancia asignada a las distintas categorías de criterios, salvo en lo relativo a la financiación de los programas, categoría donde se observa una mayor dispersión en las valoraciones (Tabla 4.7).

Tabla 4.7. Importancia asignada a distintas categorías de criterios que potencialmente podrían incorporarse a los sistemas de acreditación de PRD (puntuaciones obtenidas en una escala de 1 a 7, siendo 1 = Nada importante, y 7 = Muy importante)

ÁMBITO DE APLICACIÓN	Argentina	Chile	Colombia	España	Perú	Portugal	Uruguay	Costa Rica	Ecuador	México
Relativos al acceso de los beneficiarios del programa	6	7	7	7	7	6	7	7	6	7
Relativos a la financiación de los programas	5	7	7	7	5	4	6	7	2	7
Relativos a los derechos de los beneficiarios	7	7	7	7	5	7	7	7	--	7
Relacionados con la cualificación del personal	7	7	7	7	6	7	6	7	7	7
Relacionados con la coordinación interinstitucional	6	7	6	6	6	5	6	6	6	7
Relativos a la evaluación de necesidades	7	7	6	7	6	6	6	7	7	7
Relativos al diseño de los programas (rigor metodológico)	6	7	7	7	7	7	7	7	6	7
Relativos a la evaluación de los programas	7	7	6	7	7	6	6	7	7	7
Relacionados con los sistemas de información y registro	6	7	6	7	7	6	7	7	3	7
Otras categorías (detallar):				7 (1)	6 (4)		7 (2)			7 (3)

- (1) Cumplimiento de la legislación en materia de salud, higiene y seguridad.
- (2) Relativos a la integralidad de los programas.
- (3) Relativos a los resultados e impacto de los programas.
- (4) Relacionadas con el monitoreo y seguimiento.

Las categorías de criterios relacionadas con el diseño de los programas (rigor metodológico), la cualificación de los profesionales responsables del desarrollo de los programas y de los relativos a los derechos de los usuarios de los programas son las que obtienen una valoración ligeramente superior, con una puntuación media de 6,8 puntos en una escala del 1 al 7 (Figura 4.3).

Figura 4.3. Relevancia atribuida a distintas categorías de criterios como base de potenciales sistemas de acreditación PRD. (Puntuación media en una escala de 1 a 7, siendo 1 nada importante y 7 muy importante).



4.4.6. Viabilidad de la puesta en marcha de sistemas nacionales de acreditación para los distintos tipos de PRD

El cuestionario incorpora una pregunta clave para conocer la viabilidad de impulsar la puesta en marcha de sistemas de acreditación de programas de reducción de la demanda, atendiendo a los diferentes tipos o categorías de programas.

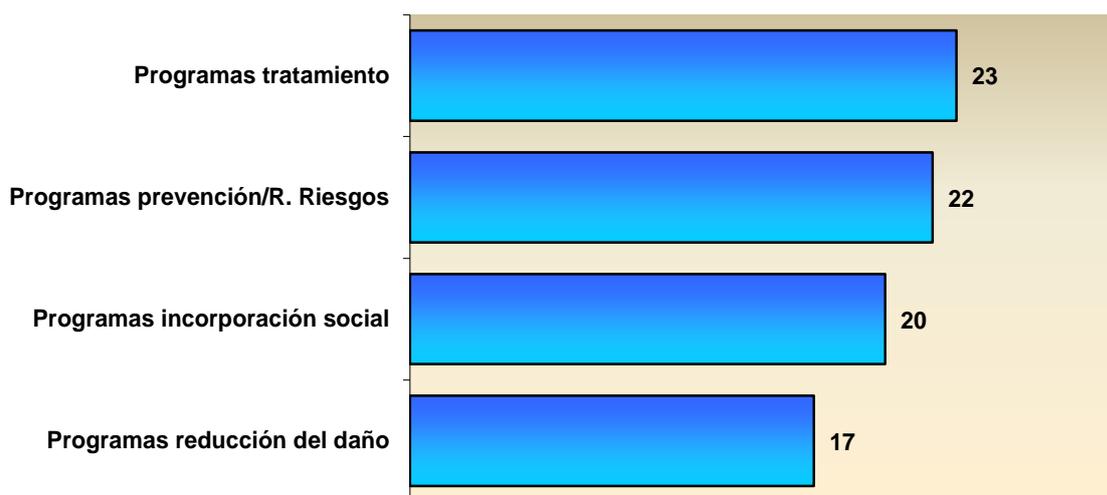
La opción de poner en marcha un sistema de acreditación único para el conjunto de los programas de reducción de la demanda sólo es considerada altamente viable en el caso de España (país que ya dispone de un sistema aplicable al conjunto de los programas de reducción de la demanda). Otros cuatro países (Perú, Costa Rica, Ecuador y México) valoran como media la viabilidad de esta opción (Tabla 4.8).

Tabla 4.8. Viabilidad que tendría en el momento actual la puesta en marcha de un sistema de acreditación en el país de referencia, en función del ámbito de aplicación.

ÁMBITO DE APLICACIÓN	Argentina	Chile	Colombia	España	Perú	Portugal	Uruguay	Costa Rica	Ecuador	México
Programas prevención/R. Riesgos	Media	Media	Baja	Alta	Media	Alta	Media	Alta	Media	Media
Programas tratamiento	Baja	Media	Media	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Media	Baja
Programas reducción del daño	Baja	Baja	Baja	Alta	Baja	Alta	Media	Media	Media	Baja
Programas incorporación social	Media	Media	Baja	Alta	Media	Alta	Media	Media	Media	Baja
Única para el conjunto de programas de RDD	Baja	Baja	Baja	Alta	Media	Baja	--	Media	Media	Media

La viabilidad de la puesta en marcha de sistemas de acreditación nacionales es más elevada en el caso de los programas de tratamiento de los problemas de abuso o dependencia a las drogas, seguidos de los programas de prevención y/o reducción de riesgos (Figura 4.4).

Figura 4.4. Niveles de viabilidad atribuidos a la puesta en marcha de sistemas de acreditación, según el tipo de programas (*).



(*) La puntuación asignada a la viabilidad de cada tipo de programa se ha obtenido otorgando 1 punto a la valoración "baja", 2 puntos a la valoración "Media" y 3 puntos a la valoración "alta".

4.4.7. Criterios considerados viables para ser incorporados con carácter básico a un sistema de acreditación nacional o supranacional

Uno de los aspectos centrales sobre los que trataba de profundizar el presente estudio era evaluar la viabilidad de incorporar a un sistema de acreditación de carácter nacional o supranacional de programas de reducción de la demanda de los diferentes criterios consensuados en el marco de los Grupos Delphi. Para ello se solicitó a las entidades participantes en el estudio que señalaran si consideraban viable incorporar como básico o de obligado cumplimiento cada uno de los criterios seleccionados en la primera ronda de los Delphi, a los que se sumaron aquellos otros sugeridos por los participantes en los grupos Delphi y los grupos focales, hasta completar una relación definitiva de 243 criterios.

La decisión de ampliar la relación de criterios sometidos al análisis de viabilidad responde al interés mostrado por algunos técnicos y representantes institucionales de “rescatar” algunos criterios que aunque no obtuvieron un consenso suficientemente amplio en la segunda y definitiva ronda de los Delphi (el porcentaje de expertos que los consideraban imprescindibles se situaba por debajo del 60%), pese a lo cual se consideran de especial relevancia desde el punto de vista institucional.

Como quedó patente a lo largo del desarrollo de los grupos focales que precedieron a la realización del presente estudio, en el establecimiento de los sistemas de acreditación de los programas de reducción de la demanda converge una doble perspectiva: la técnica y la institucional.

La perspectiva técnica afecta fundamentalmente al diseño de los contenidos del propio sistema de acreditación, recogiendo aquellos criterios y estándares de calidad que, en base a la experiencia de los profesionales y de la evidencia disponible, se considera necesario que cumplan los programas que opten a la acreditación. Esta perspectiva mostraría aquellos criterios que sería deseable que cumpliera cualquier programa de calidad interesado en ser acreditado.

Por su parte la perspectiva institucional nos aproxima a la viabilidad del propio sistema de acreditación, por cuanto que los criterios o requisitos de calidad exigibles a los programas deben estar en cierto modo vinculados al grado de desarrollo o madurez de los mismos. Esta perspectiva institucional, complementaria a la perspectiva técnica y con la que puede compartir amplios niveles de coincidencia, analiza los potenciales contenidos de los sistemas de acreditación desde el prisma de su viabilidad, atendiendo a las debilidades y fortalezas que las distintas categorías de programas de reducción de la demanda presentan en cada país en el momento actual.

Este ejercicio de realismo o posibilismo, centrado en confrontar lo deseable y lo posible resulta esencial para poder avanzar en la consolidación de sistemas de acreditación supranacionales. Los resultados de este proceso se resumen a continuación agrupados en función del tipo de programas.

4.4.8. Viabilidad de incorporar determinados criterios básicos, comunes a los sistemas de acreditación de los programas de reducción de la demanda

En la Tabla 4.9 se recoge la posición de las distintas entidades respecto a la viabilidad de incorporar como básicos (de obligado cumplimiento) los siguientes criterios comunes para la acreditación de los programas de reducción de la demanda en sus respectivos países.

Tabla 4.9. Viabilidad de incorporar con carácter básico los siguientes criterios comunes a un sistema de acreditación nacional o supranacional de programas de reducción de la demanda.

ÁMBITO DE APLICACIÓN	Argentina	Chile	Colombia	España	Perú	Portugal	Uruguay	Costa Rica	Ecuador	México
PRD.1. Compromiso de la organización en la protección y promoción de los derechos de todas las personas en situación de vulnerabilidad.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
PRD.2. Las condiciones de acceso y permanencia en el programa o servicio están disponibles para los potenciales participantes, asegurando que no se producen discriminaciones en función del sexo, edad, raza, opiniones políticas, estatus legal o social, religión, condiciones físicas o psicológicas u oportunidades socioeconómicas.		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓
PRD.3. Se rechaza la financiación del programa/servicio por parte de instituciones o empresas vinculadas a intereses sectoriales relacionados con las drogas (por ejemplo, directa o indirectamente relacionadas con la industria tabaquera o alcohólica), cuyos fines pueden entrar en conflicto con los objetivos del programa.		✓				✓		✓		✓
PRD.4. El programa o servicio reconoce a las personas usuarias/beneficiarias del mismo su derecho a: <ul style="list-style-type: none"> ○ La autonomía, incluyendo la capacidad para decidir participar o no en el mismo. ○ La seguridad y respeto a la dignidad humana. ○ La salud, la integridad física, psicológica y moral. ○ La no discriminación. ○ La igualdad de oportunidades, derechos y obligaciones. ○ La protección contra tratos degradantes e inhumanos. ○ La confidencialidad y privacidad. 	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
PRD.5. Se oferta a los potenciales destinatarios del programa o servicio la intervención más adaptada, adecuada y científicamente comprobada de acuerdo a su situación personal y otras circunstancias asociadas	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓
PRD.6. Se informa a las partes interesadas de las posibles desventajas y riesgos para los participantes y se obtiene su consentimiento antes de la intervención.	✓	✓	✓	✓		✓		✓		✓
PRD.7. La participación de menores de edad en programas y servicios cuenta con la autorización previa de los padres o tutores.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
PRD.8. Los datos de los participantes son tratados confidencialmente.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
PRD.9. El programa/servicio cumple la legislación y la normativa aplicable en materia fiscal, laboral, de protección de datos y de igualdad de oportunidades laborales.	✓	✓		✓	✓		✓	✓		✓
PRD.10. El programa dispone de las autorizaciones exigidas por la legislación para su puesta en marcha.	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓		
PRD.11. El programa o servicio cuenta con fuentes de financiación suficientes que permiten su funcionamiento y/o sostenibilidad a corto y medio plazo.		✓		✓			✓	✓		✓
PRD.12. La contabilidad es clara, transparente y accesible a las partes interesadas y entidades que contribuyan a su financiación.		✓		✓	✓	✓	✓	✓		✓
PRD.13. Periódicamente se rinden cuentas a las instituciones y organizaciones que financian el programa y a todas las partes interesadas en su desarrollo.	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓		✓

ÁMBITO DE APLICACIÓN	Argentina	Chile	Colombia	España	Perú	Portugal	Uruguay	Costa Rica	Ecuador	México
PRD.14. Se dispone de un número suficiente de personal técnico y/o de apoyo para asegurar la realización de las actividades previstas en el programa o servicio		✓		✓	✓	✓	✓	✓		✓
PRD.15. El personal que integra el equipo responsable del desarrollo del programa/servicio dispone de las competencias profesionales necesarias para ello (poseer los títulos y diplomas requeridos y contar con la experiencia profesional necesaria para poder desarrollar el programa).		✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
PRD.16. Se dispone de las instalaciones y el equipamiento adecuados para alcanzar las metas del programa, de acuerdo con las condiciones generales de desarrollo de la comunidad en que se llevan a cabo.		✓		✓	✓	✓	✓	✓		✓
PRD.17. La organización promotora del proyecto propicia sinergias con otras instituciones, asociaciones y colectivos que comparten intereses y estrategias en el campo de la reducción de la demanda de drogas.		✓	✓		✓		✓		✓	✓
PRD.18. Se han establecido mecanismos y procedimientos de colaboración y coordinación con diferentes instituciones y organizaciones sociales que participan en el programa o que apoyan su desarrollo.		✓			✓		✓	✓	✓	✓
PRD.19. El programa se integra dentro de planes amplios ya existentes con los que existe cierta coincidencia estratégica, bien en materia de reducción de la demanda (por ejemplo, planes comunitarios de prevención del consumo de drogas), bien para abordar problemas de carácter transversal (por ejemplo, planes para la prevención de la exclusión social).		✓	✓	✓	✓		✓			✓
PRD.20. El programa o servicio contempla procedimientos de derivación para la atención de las necesidades (educativas, sociales, de salud) de sus beneficiarios a otros recursos o servicios comunitarios.	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓
PRD.21. La organización promotora del programa define su misión y visión.	✓	✓			✓		✓	✓	✓	✓
PRD.22. La organización dispone de una estructura definida y conocida por el conjunto de partes interesadas en el diseño, ejecución y evaluación del programa.	✓	✓		✓	✓		✓	✓		✓
PRD.23. La organización promotora del programa dispone de un sistema de gestión de la calidad para asegurar la prestación del mejor programa o servicio disponible a sus beneficiarios.		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
PRD.24. La organización promotora del programa ha implantado la gestión por procesos, identificando como se ordenan e interrelacionan los procesos necesarios para asegurar la calidad y el logro de los objetivos del programa.		✓		✓	✓		✓			
PRD.25. Se mantiene un registro de las personas beneficiarias del programa.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
PRD.26. Se dispone de mecanismos que garantizan el derecho a la privacidad y la custodia efectiva de los datos de carácter personal de los beneficiarios del programa.		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓
PRD.27. Los sistemas de información y registro del programa incorporan datos sobre variables que resultan claves para realizar una evaluación permanente de las necesidades de las personas que acceden al programa, así como de los cambios o efectos derivados de la participación en el mismo.		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓

ÁMBITO DE APLICACIÓN	Argentina	Chile	Colombia	España	Perú	Portugal	Uruguay	Costa Rica	Ecuador	México
PRD.28. El programa contempla la colaboración con los sistemas de información locales, regionales y nacionales existentes en el campo de la reducción de la demanda, mediante la utilización de indicadores y procedimientos de recogida de información estandarizados (para asegurar su comparabilidad), la cesión de los mismos a las “unidades centrales de información” para su procesamiento y explotación o su inclusión en bases de datos centralizadas.		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
PRD.29. Se dispone de guías de procesos y procedimientos que permiten una implementación armonizada de las intervenciones que integran el programa.		✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
PRD.30. Se utilizan los materiales necesarios para la ejecución del programa (materiales didácticos, manuales de formación del personal, etc.).	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	
PRD.31. La organización ha diseñado un plan para evaluar el programa, en el que se establecen los siguientes elementos: <ul style="list-style-type: none"> ○ El contenido de la evaluación (evaluación de procesos, cobertura, resultados, etc.). ○ Procedimientos e instrumentos a utilizar en la evaluación. ○ Indicadores de evaluación. ○ El tipo de evaluación a realizar (interna, externa o mixta). ○ Usos previstos a dar a los resultados de la evaluación (continuidad del programa, reorientación o modificación del programa, etc.). Vías y mecanismos para la difusión de los resultados y destinatarios de sus resultados.		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
PRD.32. Se realizan mediciones o registros de la situación que la población beneficiaria del programa presenta de forma previa y posterior a su participación en el mismo, a fin de permitir la evaluación de sus resultados.		✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	

OBSERVACIONES:

Los criterios básicos señalados por Uruguay lo son en base a los criterios utilizados en el Centro de Referencia Nacional de la Red Drogas “Portal Amarillo”.

Costa Rica dispone de normativas que se relacionan con la Calidad en la prestación del servicio, pero no con un sistema de gestión de Calidad.

Chile considera el PRD. 30 como un requisito indispensable, más que un criterio básico, por lo que sugiere su eliminación.

El análisis de los datos recogidos en la tabla anterior permite establecer un ranking en función de la viabilidad asignada a cada uno de los criterios incluidos dentro del bloque de criterios comunes a los programas de reducción de la demanda.

Una mayoría cualificada de entidades participantes en el estudio (el 60% o más de las entidades) consideran viable incorporar, como básicos o de obligado cumplimiento a los sistemas de acreditación nacionales o supranacionales, 29 de los 32 criterios comunes a los programas de reducción de la demanda sometidos a valoración. Existe unanimidad en considerar viable la inclusión de 3 criterios y en otros 13 la viabilidad es respaldada por entre el 80% y el 90% de las entidades (Tabla 4.10).

Tabla 4.10. Ranking de viabilidad atribuida a la incorporación de distintos criterios básicos, comunes para la acreditación de programas de reducción de la demanda de drogas.

Criterios comunes programas reducción de la demanda	Nº de países que consideran viable incorporar el criterio
PRD.7. La participación de menores de edad en programas y servicios cuenta con la autorización previa de los padres o tutores.	10
PRD.8. Los datos de los participantes son tratados confidencialmente.	10
PRD.25. Se mantiene un registro de las personas beneficiarias del programa.	10
PRD.1. Compromiso de la organización en la protección y promoción de los derechos de todas las personas en situación de vulnerabilidad.	9
PRD.4. El programa o servicio reconoce a las personas usuarias/beneficiarias del mismo su derecho a: <ul style="list-style-type: none"> ○ La autonomía, incluyendo la capacidad para decidir participar o no en el mismo. ○ La seguridad y respeto a la dignidad humana. ○ La salud, la integridad física, psicológica y moral. ○ La no discriminación. ○ La igualdad de oportunidades, derechos y obligaciones. ○ La protección contra tratos degradantes e inhumanos. ○ La confidencialidad y privacidad. 	9
PRD.5. Se oferta a los potenciales destinatarios del programa o servicio la intervención más adaptada, adecuada y científicamente comprobada de acuerdo a su situación personal y otras circunstancias asociadas	9
PRD.20. El programa o servicio contempla procedimientos de derivación para la atención de las necesidades (educativas, sociales, de salud) de sus beneficiarios a otros recursos o servicios comunitarios.	9
PRD.28. El programa contempla la colaboración con los sistemas de información locales, regionales y nacionales existentes en el campo de la reducción de la demanda, mediante la utilización de indicadores y procedimientos de recogida de información estandarizados (para asegurar su comparabilidad), la cesión de los mismos a las "unidades centrales de información" para su procesamiento y explotación o su inclusión en bases de datos centralizadas.	9
PRD.2. Las condiciones de acceso y permanencia en el programa o servicio están disponibles para los potenciales participantes, asegurando que no se producen discriminaciones en función del sexo, edad, raza, opiniones políticas, estatus legal o social, religión, condiciones físicas o psicológicas u oportunidades socioeconómicas.	8
PRD.13. Periódicamente se rinden cuentas a las instituciones y organizaciones que financian el programa y a todas las partes interesadas en su desarrollo.	8
PRD.15. El personal que integra el equipo responsable del desarrollo del programa/servicio dispone de las competencias profesionales necesarias para ello (poseer los títulos y diplomas requeridos y contar con la experiencia profesional necesaria para poder desarrollar el programa).	8
PRD.26. Se dispone de mecanismos que garanticen el derecho a la privacidad y la custodia efectiva de los datos de carácter personal de los beneficiarios del programa.	8
PRD.27. Los sistemas de información y registro del programa incorporan datos sobre variables que resultan claves para realizar una evaluación permanente de las necesidades de las personas que acceden al programa, así como de los cambios o efectos derivados de la participación en el mismo.	8
PRD.29. Se dispone de guías de procesos y procedimientos que permiten una implementación armonizada de las intervenciones que integran el programa.	8
PRD.30. Se utilizan los materiales necesarios para la ejecución del programa (materiales didácticos, manuales de formación del personal, etc.).	8

Criterios comunes programas reducción de la demanda	Nº de países que consideran viable incorporar el criterio
<p>PRD.31. La organización ha diseñado un plan para evaluar el programa, en el que se establecen los siguientes elementos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ El contenido de la evaluación (evaluación de procesos, cobertura, resultados, etc.). ○ Procedimientos e instrumentos a utilizar en la evaluación. ○ Indicadores de evaluación. ○ El tipo de evaluación a realizar (interna, externa o mixta). ○ Usos previstos a dar a los resultados de la evaluación (continuidad del programa, reorientación o modificación del programa, etc.). <p>Vías y mecanismos para la difusión de los resultados y destinatarios de sus resultados.</p>	8
PRD.6. Se informa a las partes interesadas de las posibles desventajas y riesgos para los participantes y se obtiene su consentimiento antes de la intervención.	7
PRD.9. El programa/servicio cumple la legislación y la normativa aplicable en materia fiscal, laboral, de protección de datos y de igualdad de oportunidades laborales.	7
PRD.10. El programa dispone de las autorizaciones exigidas por la legislación para su puesta en marcha.	7
PRD.12. La contabilidad es clara, transparente y accesible a las partes interesadas y entidades que contribuyan a su financiación.	7
PRD.14. Se dispone de un número suficiente de personal técnico y/o de apoyo para asegurar la realización de las actividades previstas en el programa o servicio	7
PRD.16. Se dispone de las instalaciones y el equipamiento adecuados para alcanzar las metas del programa, de acuerdo con las condiciones generales de desarrollo de la comunidad en que se llevan a cabo.	7
PRD.21. La organización promotora del programa define su misión y visión.	7
PRD.22. La organización dispone de una estructura definida y conocida por el conjunto de partes interesadas en el diseño, ejecución y evaluación del programa.	7
PRD.23. La organización promotora del programa dispone de un sistema de gestión de la calidad para asegurar la prestación del mejor programa o servicio disponible a sus beneficiarios.	7
PRD.32. Se realizan mediciones o registros de la situación que la población beneficiaria del programa presenta de forma previa y posterior a su participación en el mismo, a fin de permitir la evaluación de sus resultados.	7
PRD.17. La organización promotora del proyecto propicia sinergias con otras instituciones, asociaciones y colectivos que comparten intereses y estrategias en el campo de la reducción de la demanda de drogas.	6
PRD.18. Se han establecido mecanismos y procedimientos de colaboración y coordinación con diferentes instituciones y organizaciones sociales que participan en el programa o que apoyan su desarrollo.	6
PRD.19. El programa se integra dentro de planes amplios ya existentes con los que existe cierta coincidencia estratégica, bien en materia de reducción de la demanda (por ejemplo, planes comunitarios de prevención del consumo de drogas), bien para abordar problemas de carácter transversal (por ejemplo, planes para la prevención de la exclusión social).	6
PRD.11. El programa o servicio cuenta con fuentes de financiación suficientes que permiten su funcionamiento y/o sostenibilidad a corto y medio plazo.	5
PRD.3. Se rechaza la financiación del programa/servicio por parte de instituciones o empresas vinculadas a intereses sectoriales relacionados con las drogas (por ejemplo, directa o indirectamente relacionadas con la industria tabaquera o alcohólica), cuyos fines pueden entrar en conflicto con los objetivos del programa.	4
PRD.24. La organización promotora del programa ha implantado la gestión por procesos, identificando como se ordenan e interrelacionan los procesos necesarios para asegurar la calidad y el logro de los objetivos del programa.	4

4.4.9. Viabilidad de incorporar ciertos criterios básicos para la acreditación de los programas de prevención del consumo de drogas

La Tabla 4.11 refleja la posición de las distintas entidades respecto a la viabilidad de incorporar como básicos (de obligado cumplimiento) los siguientes criterios para la acreditación de los programas de prevención en sus respectivos países.

Tabla 4.11. Viabilidad de incorporar con carácter básico los siguientes criterios a un sistema de acreditación nacional o supranacional de programas de prevención del consumo de drogas.

ÁMBITO DE APLICACIÓN	Argentina	Chile	Colombia	España	Perú	Portugal	Uruguay	Costa Rica	Ecuador	México
P.1. Se ha reunido y revisado información relevante, actualizada y fiable (“indicadores basales”) sobre el consumo de drogas entre la población a la que se dirige el programa, incluyendo: tipos de drogas consumidas, tasas y tendencias del consumo, edades de inicio, percepción del riesgo, factores culturales relacionados con el consumo de drogas y problemas relacionados con el consumo.		✓	✓	✓	✓		✓	✓		✓
P.2. La organización promotora del programa ha analizado los programas existentes que contribuyen a la prevención de los consumos de drogas.		✓	✓		✓		✓	✓	✓	✓
P.3 Se ha realizado un análisis de los recursos disponibles en la comunidad.		✓		✓	✓	✓	✓	✓		✓
P.4. La/s población/es objetivo potencial/es es/son elegida/s de acuerdo con la evaluación de las necesidades		✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
P.5. La/s población/es objetivo está/n descrita/s, incluyendo su tamaño, características, cultura y perspectivas en relación con las drogas.	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓		✓
P.6. Si el programa es de prevención selectiva o indicada, se proporcionan unos criterios explícitos de inclusión y de exclusión (socio-demográficos, socioeconómicos, psicobiológicos, geográficos, etc.) que: definan la/s población/es objetivo de manera apropiada, permitan una diferenciación clara entre poblaciones y estén justificados de acuerdo a la evaluación de necesidades.		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓
P.7. Se describen los factores de riesgo y de protección asociados al uso de drogas que inciden sobre la población objetivo del programa.	✓	✓	✓		✓		✓	✓		✓
P.8. Se especifican los factores de riesgo y de protección que se consideran modificables en la población objetivo.	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓		✓
P.9. El programa recurre a un modelo teórico para explicar los consumos de drogas y problemas asociados detectados en el análisis de necesidades.	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓
P.10. El modelo teórico de referencia del programa: está basado en la evidencia o en una revisión de literatura relevante, es aceptado en la comunidad científica y/o de prevención, permite una comprensión de las necesidades específicas relacionadas con las drogas y sus causas y permite comprender cómo el comportamiento puede ser cambiado.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
P.11. Mediante el modelo teórico se establece una relación entre los factores de riesgo y protección y la modificación de los comportamientos relacionados con las drogas.	✓	✓	✓	✓	✓			✓		✓
P.12. Se han identificado las partes interesadas, que incluyen: la población objetivo, representantes de los organismos financiadores, responsables de recursos comunitarios, representantes del movimiento asociativo, líderes comunitarios, representantes institucionales, medios de comunicación. etc.		✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

ÁMBITO DE APLICACIÓN	Argentina	Chile	Colombia	España	Perú	Portugal	Uruguay	Costa Rica	Ecuador	México
P.13. Se establecen alianzas con otras organizaciones, instituciones o grupos comunitarios.	✓	✓			✓		✓	✓	✓	✓
P.14. Si se prevé realizar el programa en una organización receptora (por ejemplo, un centro educativo para un programa escolar): la organización receptora se considera como una parte interesada en el programa, las necesidades de la organización receptora se evalúan para determinar si el programa es el adecuado y la información proporcionada sobre el programa es comprensible y permite a la organización receptora tomar una decisión informada.		✓	✓	✓	✓	✓		✓		✓
P.15. Se evalúa la capacidad de la población objetivo y otras partes interesadas para participar en el programa o apoyar su desarrollo.		✓		✓	✓		✓	✓	✓	✓
P.16. Se valoran los recursos y las capacidades internas.		✓		✓	✓		✓	✓		
P.17. Se especifica qué competencias son necesarias para una implementación exitosa del programa.		✓			✓			✓		✓
P.18. Si el personal disponible no tiene las capacidades necesarias, se define un plan de formación para el mismo.				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
P.19. Existe un plan escrito del proyecto que: es claro, realista, comprensible y accesible para todos los agentes implicados, describe y conecta de forma lógica los principales componentes del programa, informa sobre el modelo teórico adoptado, detalla las estrategias de intervención seleccionadas, la definición de los escenarios, los recursos materiales y personales necesarios, los procedimientos para recabar y mantener los apoyos, los procedimientos para la selección de los participantes, las actividades previstas, los procedimientos para efectuar el seguimiento, el diseño de la evaluación de procesos y de resultados y permite un seguimiento del progreso real del programa durante su ejecución.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓
P.20. El proyecto define el criterio para la terminación de la intervención (logro de los objetivos, terminación de las actividades previstas, n° de participantes previstos, duración de la intervención).	✓	✓		✓	✓		✓	✓		✓
P.21. Se especifica qué se pretende prevenir o modificar.	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
P.22. Los objetivos: están determinados en función de la evaluación de necesidades (indicadores basales que se pretende modificar), son claros, comprensibles, realistas, están temporalmente definidos y son cuantificables, mantienen una relación lógica con las variables mediadoras que se pretenden modificar y están relacionados con los factores de riesgo y protección especificados, tienen una relación basada en el modelo teórico utilizado y están formulados en términos de cambio esperado en los participantes (de resultados)		✓		✓	✓	✓		✓	✓	✓
P.23. Los objetivos son compatibles con las prioridades establecidas por las estrategias y políticas locales, regionales, nacionales y/o internacionales en materia de prevención de las drogodependencias.		✓		✓	✓		✓	✓	✓	✓

ÁMBITO DE APLICACIÓN	Argentina	Chile	Colombia	España	Perú	Portugal	Uruguay	Costa Rica	Ecuador	México
<p>P.24 En la selección de las intervenciones existentes se considera:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Si la intervención elegida es adecuada para el escenario del programa previsto. ○ Si las condiciones subyacentes encontradas en la evaluación de las necesidades son similares a las existentes en el programa modelo/prototipo. ○ Si los resultados obtenidos por el prototipo encajan con las metas y objetivos del programa previsto. ○ Si los recursos necesarios coinciden con los recursos disponibles. ○ Los beneficios y las desventajas de la intervención, incluyendo sus posibles efectos negativos. ○ El equilibrio entre la posible adaptación y la fidelidad al prototipo elegido. ○ La viabilidad de la intervención (si las actividades se pueden aplicar, si se dispone de cualificación suficientes, si la complejidad del programa es excesiva, etc.). 		✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓
P.25. El programa elegido es adecuado y adaptado a las circunstancias relacionadas con: las necesidades de los participantes, el escenario elegido, el entorno operativo, la edad de los participantes y su grado de desarrollo y el género y la cultura de los participantes.	✓	✓		✓	✓		✓	✓		✓
P.26. El diseño de la intervención se ajusta a las características de la población objetivo, mediante la adaptación de: el lenguaje, las actividades y métodos de aplicación, los mensajes de la intervención, la duración, frecuencia y ritmo de la intervención y el número de participantes por actividad.	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
P.27. El modelo teórico del prototipo elegido es compatible con: el modelo teórico explicativo utilizado para la intervención y los factores de riesgo y de protección identificados en la población objetivo		✓		✓	✓		✓	✓		✓
P.28. El programa original está claramente referenciado y sus autores identificados.	✓	✓		✓	✓		✓	✓		✓
P.29. Se han consultado las revisiones de la literatura y/o las publicaciones más relevantes		✓		✓	✓		✓	✓	✓	✓
P.30. La información revisada es científica, actualizada, relevante para el programa y aceptada por la comunidad científica y/o de la prevención.		✓		✓	✓			✓	✓	✓
P.31. El contenido de la intervención está basado en la evidencia disponible y en las recomendaciones de buenas prácticas e incorpora los mayores elementos posibles de dichas evidencias y recomendaciones.	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
P.32. El programa tiene la intensidad y duración adecuadas para el grupo al que va dirigido: a mayor riesgo de consumo, más intensa y duradera debe ser la intervención, y viceversa.	✓	✓		✓	✓		✓	✓		✓
P.33. La estrategia a seleccionar tiene en consideración las necesidades presentes y futuras y las expectativas de las partes interesadas.		✓		✓	✓			✓		✓
P.34. El programa ayuda a los participantes a descubrir y darse cuenta de sus propios recursos, de modo que: está positivamente orientado hacia los puntos fuertes de los participantes, y pone de relieve las alternativas a las opciones no saludables, apoya a los participantes en el cuidado de su propia salud y se encuadra en un clima positivo de promoción de la salud.	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓		✓

ÁMBITO DE APLICACIÓN	Argentina	Chile	Colombia	España	Perú	Portugal	Uruguay	Costa Rica	Ecuador	México
P.35. Se detallan los recursos financieros, personales, materiales y comunitarios disponibles para asegurar las intervenciones previstas.		✓		✓	✓	✓	✓	✓		✓
P.36. Están definidos los mecanismos utilizados para reclutar a los participantes.		✓		✓	✓		✓	✓		✓
P.37. Se toman medidas concretas para maximizar el reclutamiento y la retención de los participantes, de modo que el programa: es asequible para la población objetivo, ofrece horarios y lugares adecuados para la población objetivo, garantiza la confidencialidad, evita que se estigmatice a los participantes o la población objetivo más amplia, facilita incentivos materiales para captar a poblaciones en situación de riesgo.		✓		✓	✓			✓	✓	✓
P.38. Las actividades están adaptadas a las características de la población objetivo y de los participantes.	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓		✓
P.39. Las actividades son coherentes con los objetivos señalados (tienen capacidad para modificar los factores de riesgo y protección previstos en los objetivos).	✓	✓		✓	✓	✓		✓		✓
P.40. El consumo y la venta de alcohol, tabaco y drogas ilegales están prohibidos en las instalaciones del programa.	✓	✓		✓	✓	(1)	✓	✓		✓
P.41. La intervención es implementada de acuerdo con el plan del proyecto.	✓			✓	✓		✓	✓	✓	✓
P.42. Si se ha realizado una aplicación piloto, la misma está debidamente documentada, incluyendo: <ul style="list-style-type: none"> o El seguimiento de la aplicación piloto. o Las dificultades encontradas y las soluciones propuestas. o Las modificaciones realizadas en el diseño de la intervención. 		✓		✓	✓		✓	✓	✓	
P.43. La implementación está documentada, incluyendo la misma: <ul style="list-style-type: none"> o Datos periódicos de seguimiento de la implementación en línea con el plan del proyecto desarrollado en la etapa de planificación, o Identificación de obstáculos y/o fracasos, y la forma en que fueron corregidos, o Ajustes y cambios realizados en el plan original del proyecto, o Incidentes extraordinarios y las respuestas adoptadas para afrontarlos. 		✓	✓	✓	✓		✓	✓		✓
P.44. Se especifica cómo se realizará el proceso de seguimiento del programa.	✓	✓		✓	✓		✓	✓		✓
P.45. La implementación de la intervención se modifica en función de los hallazgos del seguimiento.		✓		✓				✓		
P.46. Desde la fase de planificación, se ha redactado un plan de evaluación de resultados que incluye: <ul style="list-style-type: none"> o Los indicadores que se van a utilizar para medir los resultados. o Los momentos en que se realizarán las mediciones. o Los instrumentos de medida y de recogida de datos que se van a utilizar. 		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
P.47. Los indicadores de evaluación de resultados seleccionados están relacionados con los objetivos del programa.		✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
P.48. Los indicadores de evaluación de resultados están claramente descritos y son medibles en términos cuantitativos y/o cualitativos.		✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

ÁMBITO DE APLICACIÓN	Argentina	Chile	Colombia	España	Perú	Portugal	Uruguay	Costa Rica	Ecuador	México
P.49. Los métodos y las herramientas utilizadas para la recogida de los datos de resultados: <ul style="list-style-type: none"> ○ Están claramente descritos. ○ Aportan información relevante para los indicadores de evaluación. ○ Son herramientas existentes probadas anteriormente o nuevas herramientas bien desarrolladas y validadas. ○ Son consistentemente utilizadas (se utilizan las mismas herramientas en los distintos momentos en que se realizan las mediciones). 		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓
P.50. La evaluación de resultados sigue un diseño de investigación, permitiendo un análisis claro de la relación entre la intervención y los resultados.		✓		✓	✓		✓	✓		✓
P.51. Los datos de resultados son medidos antes de la intervención y después de la intervención.		✓		✓	✓	✓	✓	✓		✓
P.52. Existe por escrito un plan de evaluación de proceso que incluye: <ul style="list-style-type: none"> ○ Los indicadores que se van a utilizar. ○ Los momentos en que se van a medir los indicadores. Los instrumentos de medida y de recogida de datos, cuando sean necesarios.		✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
P.53. Los indicadores de evaluación de proceso: <ul style="list-style-type: none"> ○ Están relacionados con las actividades realizadas. ○ Están claramente descritos. ○ Son medibles en términos cuantitativos y/o cualitativos. 		✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
P.54. El programa incluye un cronograma de las intervenciones/actividades a realizar.	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓		✓
P.55. El cronograma es: Claro y comprensible, Coherente y realista, Ilustra la secuencia de eventos y acciones, Distingue entre las actividades de: planificación, reclutamiento de los participantes, intervención, acciones relacionadas con el seguimiento y la evaluación, y las tareas administrativas, Ilustra los hitos en el progreso del programa y los plazos aplicables.		✓		✓	✓		✓	✓	✓	✓
P.56. La temporalización, duración y frecuencia de las actividades son las adecuadas para alcanzar los objetivos.	✓	✓		✓	✓		✓	✓		✓
P.57. La audiencia objetivo está especificada, incluyendo a los participantes en el programa y sus evaluaciones y a otras partes interesadas.		✓		✓	✓		✓	✓		✓
P.58. El formato y los medios de difusión adoptados son adecuados para los destinatarios.		✓		✓	✓		✓	✓		✓
P.59. Se contempla la realización de un informe final con los principales datos y conclusiones de la evaluación de procesos y de resultados.	✓	✓		✓	✓		✓	✓		✓
P.60. Los mecanismos, procedimientos y herramientas seleccionados para evaluar los resultados del programa permiten comprobar si se han logrado los objetivos "preventivos" del programa: <ul style="list-style-type: none"> ○ Si se ha mantenido o incrementado la abstinencia al consumo de diferentes drogas. ○ Si se ha retrasado la edad de inicio al consumo de diferentes sustancias. ○ Si se ha reducido la frecuencia de uso y las cantidades consumidas de ciertas drogas. ○ Si se ha reducido el consumo abusivo o perjudicial de ciertas drogas. ○ Si se han reducido problemas relacionados con el uso de determinadas drogas. ○ Si se han modificado determinadas variables mediadoras. 		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	

ÁMBITO DE APLICACIÓN	Argentina	Chile	Colombia	España	Perú	Portugal	Uruguay	Costa Rica	Ecuador	México
P.61. Los mecanismos, procedimientos y herramientas seleccionados para evaluar los resultados del programa permiten comprobar si los resultados obtenidos por el programa se mantienen en el tiempo.		✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
P.62. Se contemplan mecanismos de evaluación interna de los resultados.		✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
P.63. Se contemplan mecanismos de evaluación externa de los resultados.		✓		✓	✓		✓	✓	✓	✓

OBSERVACIONES:

- (1) Los representantes del SICAD (Portugal) consideran viable la aplicación del P.40, si bien circunscrito al consumo y venta de alcohol y drogas ilícitas (no del tabaco).
- (2) La valoración realizada por la Junta Nacional de Drogas de Uruguay está basada en los actuales criterios de trabajo en Prevención de la Secretaría Nacional de Drogas (Planificación Estratégica, Marco Lógico y Evaluación), reconociendo el desafío de mantener la viabilidad de dichos estándares a nivel país, en dónde existen distintos grados de consolidación técnica tanto en los Servicios, Programas y en las propias Juntas Departamentales de Drogas.
- (3) La valoración realizada por SEDRONAR señala que en Argentina hay múltiples programas y acciones que llevan adelante ONG, Organizaciones barriales y comunitarias, que no desarrollan de forma significativa, el nivel de Diagnóstico, Planificación y Evaluación, que si toman en cuenta los Programas Nacionales. El criterio de selección de estos puntos toma en consideración la posibilidad de incorporar todas las iniciativas que se estén desarrollando en el territorio. Teniendo en cuenta esta salvedad, los criterios 19 y 59 se consideran de forma parcial. Destacar que a nivel Nacional el desarrollo de Criterios de Evaluación, tanto de Proceso como de Resultado, es una debilidad de la mayoría de los Programas de Prevención.
- (4) Los representantes del SENDA proponen resumir varios de los criterios, pues hay muchos aspectos que se repiten. En particular señalan que el P.38 parece redundante, dado que las actividades forman parte del diseño del programa.
- (5) Los representantes de DEVIDA sugieren que cuando se hace referencia a “proyectos” también se haga a “programas”.

Una mayoría cualificada de entidades considera viable incorporar, como básicos para la acreditación de programas de prevención, 59 de los 63 criterios sometidos a valoración. Existe unanimidad a considerar viable la inclusión de 1 de los criterios y en otros 25 la viabilidad es respaldada por entre el 80% y el 90% de las entidades (Tabla 4.12).

Tabla 4.12. Ranking de viabilidad atribuida a la incorporación de distintos criterios básicos para la acreditación de programas de prevención del consumo de drogas.

Criterios programas de prevención del consumo de drogas	Nº de países que consideran viable incorporar el criterio
P.10. El modelo teórico de referencia del programa: está basado en la evidencia o en una revisión de literatura relevante, es aceptado en la comunidad científica y/o de prevención, permite una comprensión de las necesidades específicas relacionadas con las drogas y sus causas y permite comprender cómo el comportamiento puede ser cambiado.	10
P.9. El programa recurre a un modelo teórico para explicar los consumos de drogas y problemas asociados detectados en el análisis de necesidades.	9
P.19. Existe un plan escrito del proyecto que: es claro, realista, comprensible y accesible para todos los agentes implicados, describe y conecta de forma lógica los principales componentes del programa, informa sobre el modelo teórico adoptado, detalla las estrategias de intervención seleccionadas, la definición de los escenarios, los recursos materiales y personales necesarios, los procedimientos para recabar y mantener los apoyos, los procedimientos para la selección de los participantes, las actividades previstas, los procedimientos para efectuar el seguimiento, el diseño de la evaluación de procesos y de resultados y permite un seguimiento del progreso real del programa durante su ejecución.	9
P.21. Se especifica qué se pretende prevenir o modificar.	9
P.31. El contenido de la intervención está basado en la evidencia disponible y en las recomendaciones de buenas prácticas e incorpora los mayores elementos posibles de dichas evidencias y recomendaciones.	9
P.46. Desde la fase de planificación, se ha redactado un plan de evaluación de resultados que incluye: <ul style="list-style-type: none"> ○ Los indicadores que se van a utilizar para medir los resultados. ○ Los momentos en que se realizarán las mediciones. ○ Los instrumentos de medida y de recogida de datos que se van a utilizar. 	9
P.4. La/s población/es objetivo potencial/es es/son elegida/s de acuerdo con la evaluación de las necesidades.	8
P.5. La/s población/es objetivo está/n descrita/s, incluyendo su tamaño, características, cultura y perspectivas en relación con las drogas.	8
P.6. Si el programa es de prevención selectiva o indicada, se proporcionan unos criterios explícitos de inclusión y de exclusión (socio-demográficos, socioeconómicos, psico-biológicos, geográficos, etc.) que: definan la/s población/es objetivo de manera apropiada, permitan una diferenciación clara entre poblaciones y estén justificados de acuerdo a la evaluación de necesidades.	8
P.8. Se especifican los factores de riesgo y de protección que se consideran modificables en la población objetivo.	8
P.12. Se han identificado las partes interesadas, que incluyen: la población objetivo, representantes de los organismos financiadores, responsables de recursos comunitarios, representantes del movimiento asociativo, líderes comunitarios, representantes institucionales, medios de comunicación, etc.	8
P.24 En la selección de las intervenciones existentes se considera: <ul style="list-style-type: none"> ○ Si la intervención elegida es adecuada para el escenario del programa previsto. ○ Si las condiciones subyacentes encontradas en la evaluación de las necesidades son similares a las existentes en el programa modelo/prototipo. ○ Si los resultados obtenidos por el prototipo encajan con las metas y objetivos del programa previsto. ○ Si los recursos necesarios coinciden con los recursos disponibles. ○ Los beneficios y desventajas de la intervención, incluyendo sus posibles efectos negativos. ○ El equilibrio entre la posible adaptación y la fidelidad al prototipo elegido. ○ La viabilidad de la intervención (si las actividades se pueden aplicar, si se dispone de cualificación suficientes, si la complejidad del programa es excesiva, etc.). 	8
P.26. El diseño de la intervención se ajusta a las características de la población objetivo, mediante la adaptación de: el lenguaje, las actividades y métodos de aplicación, los mensajes de la intervención, la duración, frecuencia y ritmo de la intervención y el número de participantes por actividad.	8
P.34. El programa ayuda a los participantes a descubrir y darse cuenta de sus propios recursos, de modo que: está positivamente orientado hacia los puntos fuertes de los participantes, y pone de relieve las alternativas a las opciones no saludables, apoya a los participantes en el cuidado de su propia salud y se encuadra en un clima positivo de promoción de la salud.	8
P.38. Las actividades están adaptadas a las características de la población objetivo y de los participantes.	8
P.40. El consumo y la venta de alcohol, tabaco y drogas ilegales están prohibidos en las instalaciones del programa.	8

Criterios programas de prevención del consumo de drogas	Nº de países que consideran viable incorporar el criterio
P.47. Los indicadores de evaluación de resultados seleccionados están relacionados con los objetivos del programa.	8
P.48. Los indicadores de evaluación de resultados están claramente descritos y son medibles en términos cuantitativos y/o cualitativos.	8
P.49. Los métodos y las herramientas utilizadas para la recogida de los datos de resultados: <ul style="list-style-type: none"> ○ Están claramente descritos. ○ Aportan información relevante para los indicadores de evaluación. ○ Son herramientas existentes probadas anteriormente o nuevas herramientas bien desarrolladas y validadas. ○ Son consistentemente utilizadas (se utilizan las mismas herramientas en los distintos momentos en que se realizan las mediciones). 	8
P.52. Existe por escrito un plan de evaluación de proceso que incluye: <ul style="list-style-type: none"> ○ Los indicadores que se van a utilizar. ○ Los momentos en que se van a medir los indicadores. Los instrumentos de medida y de recogida de datos, cuando sean necesarios.	8
P.53. Los indicadores de evaluación de proceso: <ul style="list-style-type: none"> ○ Están relacionados con las actividades realizadas. ○ Están claramente descritos. ○ Son medibles en términos cuantitativos y/o cualitativos. 	8
P.54. El programa incluye un cronograma de las intervenciones/actividades a realizar.	8
P.60. Los mecanismos, procedimientos y herramientas seleccionados para evaluar los resultados del programa permiten comprobar si se han logrado los objetivos "preventivos" del programa: <ul style="list-style-type: none"> ○ Si se ha mantenido o incrementado la abstinencia al consumo de diferentes drogas. ○ Si se ha retrasado la edad de inicio al consumo de diferentes sustancias. ○ Si se ha reducido la frecuencia de uso y las cantidades consumidas de ciertas drogas. ○ Si se ha reducido el consumo abusivo o perjudicial de ciertas drogas. ○ Si se han reducido problemas relacionados con el uso de determinadas drogas. ○ Si se han modificado determinadas variables mediadoras. 	8
P.61. Los mecanismos, procedimientos y herramientas seleccionados para evaluar los resultados del programa permiten comprobar si los resultados obtenidos por el programa se mantienen en el tiempo.	8
P.62. Se contemplan mecanismos de evaluación interna de los resultados.	8
P.63. Se contemplan mecanismos de evaluación externa de los resultados.	8
P.1. Se ha reunido y revisado información relevante, actualizada y fiable ("indicadores basales") sobre el consumo de drogas entre la población a la que se dirige el programa, incluyendo: tipos de drogas consumidas, tasas y tendencias del consumo, edades de inicio, percepción del riesgo, factores culturales relacionados con el consumo de drogas y problemas relacionados con el consumo.	7
P.2. La organización promotora del programa ha analizado los programas existentes que contribuyen a la prevención de los consumos de drogas.	7
P.3 Se ha realizado un análisis de los recursos disponibles en la comunidad.	7
P.7. Se describen los factores de riesgo y de protección asociados al uso de drogas que inciden sobre la población objetivo del programa.	7
P.11. Mediante el modelo teórico se establece una relación entre los factores de riesgo y protección y la modificación de los comportamientos relacionados con las drogas.	7
P.13. Se establecen alianzas con otras organizaciones, instituciones o grupos comunitarios.	7
P.14. Si se prevé realizar el programa en una organización receptora (por ejemplo, un centro educativo para un programa escolar): la organización receptora se considera como una parte interesada en el programa, las necesidades de la organización receptora se evalúan para determinar si el programa es el adecuado y la información proporcionada sobre el programa es comprensible y permite a la organización receptora tomar una decisión informada.	7
P.15. Se evalúa la capacidad de la población objetivo y otras partes interesadas para participar en el programa o apoyar su desarrollo.	7
P.18. Si el personal disponible no tiene las capacidades necesarias, se define un plan de formación para el mismo.	7
P.20. El proyecto define el criterio para la terminación de la intervención (logro de los objetivos, terminación de las actividades previstas, nº de participantes previstos, duración de la intervención).	7
P.22. Los objetivos: están determinados en función de la evaluación de necesidades (indicadores basales que se pretende modificar), son claros, comprensibles, realistas, están temporalmente definidos y son cuantificables, mantienen una relación lógica con las variables mediadoras que se pretenden modificar y están relacionados con los factores de riesgo y protección especificados, tienen una relación basada en el modelo teórico utilizado y están formulados en términos de cambio esperado en los participantes (de resultados)	7

Criterios programas de prevención del consumo de drogas	Nº de países que consideran viable incorporar el criterio
P.23. Los objetivos son compatibles con las prioridades establecidas por las estrategias y políticas locales, regionales, nacionales y/o internacionales en materia de prevención de las drogodependencias.	7
P.25. El programa elegido es adecuado y adaptado a las circunstancias relacionadas con: las necesidades de los participantes, el escenario elegido, el entorno operativo, la edad de los participantes y su grado de desarrollo y el género y la cultura de los participantes.	7
P.28. El programa original está claramente referenciado y sus autores identificados.	7
P.29. Se han consultado las revisiones de la literatura y/o las publicaciones más relevantes	7
P.32. El programa tiene la intensidad y duración adecuadas para el grupo al que va dirigido: a mayor riesgo de consumo, más intensa y duradera debe ser la intervención, y viceversa.	7
P.35. Se detallan los recursos financieros, personales, materiales y comunitarios disponibles para asegurar las intervenciones previstas.	7
P.39. Las actividades son coherentes con los objetivos señalados (tienen capacidad para modificar los factores de riesgo y protección previstos en los objetivos).	7
P.41. La intervención es implementada de acuerdo con el plan del proyecto.	7
<p>P.43. La implementación está documentada, incluyendo la misma:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Datos periódicos de seguimiento de la implementación en línea con el plan del proyecto desarrollado en la etapa de planificación, ○ Identificación de obstáculos y/o fracasos, y la forma en que fueron corregidos, ○ Ajustes y cambios realizados en el plan original del proyecto, ○ Incidentes extraordinarios y las respuestas adoptadas para afrontarlos. 	7
P.44. Se especifica cómo se realizará el proceso de seguimiento del programa.	7
P.51. Los datos de resultados son medidos antes de la intervención y después de la intervención.	7
P.55. El cronograma es: Claro y comprensible, Coherente y realista, Ilustra la secuencia de eventos y acciones, Distingue entre las actividades de: planificación, reclutamiento de los participantes, intervención, acciones relacionadas con el seguimiento y la evaluación, y las tareas administrativas, Ilustra los hitos en el progreso del programa y los plazos aplicables.	7
P.56. La temporalización, duración y frecuencia de las actividades son las adecuadas para alcanzar los objetivos.	7
P.59. Se contempla la realización de un informe final con los principales datos y conclusiones de la evaluación de procesos y de resultados.	7
P.27. El modelo teórico del prototipo elegido es compatible con: el modelo teórico explicativo utilizado para la intervención y los factores de riesgo y de protección identificados en la población objetivo	6
P.30. La información revisada es científica, actualizada, relevante para el programa y aceptada por la comunidad científica y/o de la prevención.	6
P.36. Están definidos los mecanismos utilizados para reclutar a los participantes.	6
P.37. Se toman medidas concretas para maximizar el reclutamiento y la retención de los participantes, de modo que el programa: es asequible para la población objetivo, ofrece horarios y lugares adecuados para la población objetivo, garantiza la confidencialidad, evita que se estigmatice a los participantes o la población objetivo más amplia, facilita incentivos materiales para captar a poblaciones en situación de riesgo.	6
<p>P.42. Si se ha realizado una aplicación piloto, la misma está debidamente documentada, incluyendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ El seguimiento de la aplicación piloto. ○ Las dificultades encontradas y las soluciones propuestas. ○ Las modificaciones realizadas en el diseño de la intervención. 	6
P.50. La evaluación de resultados sigue un diseño de investigación, permitiendo un análisis claro de la relación entre la intervención y los resultados.	6
P.57. La audiencia objetivo está especificada, incluyendo a los participantes en el programa y sus evaluaciones y a otras partes interesadas.	6
P.58. El formato y los medios de difusión adoptados son adecuados para los destinatarios.	6
P.16. Se valoran los recursos y las capacidades internas.	5
P.33. La estrategia a seleccionar tiene en consideración las necesidades presentes y futuras y las expectativas de las partes interesadas.	5
P.17. Se especifica qué competencias son necesarias para una implementación exitosa del programa.	4
P.45. La implementación de la intervención se modifica en función de los hallazgos del seguimiento.	3

4.4.10. Viabilidad de incorporar ciertos criterios básicos para la acreditación de los programas de reducción de riesgos asociados al consumo

La Tabla 4.13 recoge la posición de las distintas entidades respecto a la viabilidad de incorporar como básicos los siguientes criterios para la acreditación de los programas de reducción de riesgos asociados al consumo de drogas en sus respectivos países.

Tabla 4.13. Viabilidad de incorporar con carácter básico los siguientes criterios a un sistema de acreditación nacional o supranacional de programas de reducción de riesgos.

ÁMBITO DE APLICACIÓN	Argentina	Chile	Colombia	España	Perú	Portugal	Uruguay	Costa Rica	Ecuador	México
RR.1. Los programas de reducción de riesgos desarrollados en el ámbito sanitario proporcionan de forma sistemática consejo sanitario de distinta intensidad a los consumidores de riesgo y perjudiciales de alcohol que acuden a los servicios de atención primaria de salud.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
RR.2. Los programas que incorporan intervenciones breves dirigidas a consumidores de alcohol disponen de una guía protocolizada para el consejo sanitario breve, la realización de las intervenciones breves y la formación y apoyo a médicos generales, que incluya respuestas a los principales obstáculos percibidos por los profesionales sanitarios para llevar a cabo estas actuaciones.		✓		✓	✓	✓	✓		✓	
RR.3. Se derivan a tratamiento especializado o a programas de asesoramiento a conductores suspendidos del permiso de conducir y en los que se constatan problemas de dependencia o de consumo problemático de alcohol.	✓	✓		✓	✓	✓	✓			✓
RR.4. Los programas de reducción de riesgos asociados al consumo de alcohol en el ámbito laboral incorporan mecanismos que permiten la detección temprana de los consumos de riesgo, la oferta de consejo breve a los trabajadores que mantienen este patrón de consumo y la derivación a servicios especializados de tratamiento de los problemas de abuso y/o dependencia al alcohol.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓
RR.5. Las intervenciones para reducir los riesgos relacionados con el consumo de alcohol y tabaco cuentan con un sistema de evaluación periódica interna de procesos y de resultados, dirigido a lograr los siguientes objetivos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Reducir la proporción de no fumadores expuestos a ambientes cerrados por humo de tabaco. ○ Disminuir el número de personas fallecidas y heridas en accidentes de tráfico relacionados con el consumo de alcohol. ○ Reducir la tasa de problemas relacionados con el abuso de alcohol: urgencias hospitalarias, homicidios, lesiones por agresión, negligencia y maltrato infantil y personas intoxicadas atendidas en la vía pública. Reducir la morbilidad y mortalidad más directamente relacionada con el hábito de fumar y con consumos de riesgo y perjudiciales de alcohol. 		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓

Una mayoría cualificada de entidades considera viable incorporar, como básicos para la acreditación de programas de prevención, la totalidad de los 5 criterios sometidos a valoración. Señalar que el Instituto Costarricense de Drogas no considera viable incorporar ninguno de los criterios propuestos (Tabla 4.14).

Tabla 4.14. Ranking de viabilidad atribuida a la incorporación de distintos criterios básicos para la acreditación de programas de reducción de riesgos asociados al consumo de drogas.

Criterios programas reducción riesgos asociados al consumo	Nº de países que consideran viable incorporar el criterio
RR.4. Los programas de reducción de riesgos asociados al consumo de alcohol en el ámbito laboral incorporan mecanismos que permiten la detección temprana de los consumos de riesgo, la oferta de consejo breve a los trabajadores que mantienen este patrón de consumo y la derivación a servicios especializados de tratamiento de los problemas de abuso y/o dependencia al alcohol.	9
RR.5. Las intervenciones para reducir los riesgos relacionados con el consumo de alcohol y tabaco cuentan con un sistema de evaluación periódica interna de procesos y de resultados, dirigido a lograr los siguientes objetivos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Reducir la proporción de no fumadores expuestos a ambientes cerrados por humo de tabaco. ○ Disminuir el número de personas fallecidas y heridas en accidentes de tráfico relacionados con el consumo de alcohol. ○ Reducir la tasa de problemas relacionados con el abuso de alcohol: urgencias hospitalarias, homicidios, lesiones por agresión, negligencia y maltrato infantil y personas intoxicadas atendidas en la vía pública. Reducir la morbilidad y mortalidad más directamente relacionada con el hábito de fumar y con consumos de riesgo y perjudiciales de alcohol. 	8
RR.1. Los programas de reducción de riesgos desarrollados en el ámbito sanitario proporcionan de forma sistemática consejo sanitario de distinta intensidad a los consumidores de riesgo y perjudiciales de alcohol que acuden a los servicios de atención primaria de salud.	7
RR.2. Los programas que incorporan intervenciones breves dirigidas a consumidores de alcohol disponen de una guía protocolizada para el consejo sanitario breve, la realización de las intervenciones breves y la formación y apoyo a médicos generales, que incluya respuestas a los principales obstáculos percibidos por los profesionales sanitarios para llevar a cabo estas actuaciones.	6
RR.3. Se derivan a tratamiento especializado o a programas de asesoramiento a conductores suspendidos del permiso de conducir y en los que se constatan problemas de dependencia o de consumo problemático de alcohol.	6

4.4.11. Viabilidad de incorporar ciertos criterios básicos para la acreditación de los programas de tratamiento de las drogodependencias

La Tabla 4.15 recoge la posición de las distintas entidades respecto a la viabilidad de incorporar como básicos los siguientes criterios para la acreditación de los programas de tratamiento de las drogodependencias en sus respectivos países.

Tabla 4.15. Viabilidad de incorporar con carácter básico los siguientes criterios a un sistema de acreditación nacional o supranacional de programas de tratamiento de las drogodependencias.

ÁMBITO DE APLICACIÓN	Argentina	Chile	Colombia	España	Perú	Portugal	Uruguay	Costa Rica	Ecuador	México
T.1. El centro o servicio cumple las exigencias que la legislación del país establece en materia de licencia de apertura y funcionamiento y de autorización como centro especializado, tanto derivadas de la aplicación de las normas generales que regulan los centros sanitarios y sociales, como de aquellas específicas referidas a los centros de tratamiento de las drogodependencias (existencia de un equipo técnico básico, condiciones de seguridad y salubridad, ausencia de barreras físicas, etc.).	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓
T.2. El programa o centro de tratamiento ha sido acreditado como tal por parte de la Administración competente para ello.	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓		✓
T.3. El servicio o centro de tratamiento garantiza un tratamiento adecuado y reconoce a los pacientes que acceden al mismo los siguientes derechos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Al acceso a las prestaciones y servicios de tipo sanitario, psicológico y social que integran el proceso asistencial en unos plazos definidos y conocidos y sin limitaciones por razones de insuficiencia económica. ○ A la libre elección entre diferentes ofertas terapéuticas. ○ A la voluntariedad para iniciar, mantener y cesar un proceso terapéutico, excepto en los casos señalados por la legislación vigente. ○ A conocer la normativa del centro (Reglamento Interno) en todos aquellos aspectos que puedan afectarles, así como el nombre y cualificación profesional de las personas encargadas de su asistencia. ○ A la información, verbal o escrita, por parte del equipo terapéutico respecto de los distintos servicios disponibles, el tratamiento propuesto según sus aspectos clínicos y el proceso que está siguiendo, las razones que aconsejan el mismo y los beneficios y riesgos que cabe esperar. ○ A que quede constancia por escrito o en otro soporte técnico de: <ul style="list-style-type: none"> – Todo su proceso asistencial, información que deberá ser integrada en la historia clínica – El consentimiento otorgado antes de practicar cualquier procedimiento diagnóstico o terapéutico que suponga riesgos o inconvenientes para su salud. – Los procedimientos diagnósticos o terapéuticos que se le apliquen de carácter experimental o que formen parte de proyectos docentes o de investigación. – A la firma de un contrato terapéutico que explicita el contenido y la justificación del tratamiento a desarrollar, los derechos que asisten a los pacientes y las obligaciones asumidas por los mismos. ○ A recibir un informe de alta, una vez finalizado el proceso asistencial. 	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	

ÁMBITO DE APLICACIÓN	Argentina	Chile	Colombia	España	Perú	Portugal	Uruguay	Costa Rica	Ecuador	México
T.4. Los pacientes que siguen tratamientos de carácter residencial tienen derecho al contacto con familiares o allegados y a recibir visitas de ellos.	✓	✓		✓	✓		✓	✓		✓
T.5. El centro o servicio contempla distintas vías de acceso al tratamiento (acceso directo, derivación desde otros centros de tratamiento de las drogodependencias, desde centros de salud, de servicios sociales, instancias judiciales, etc.), y dispone de criterios de indicación terapéutica definidos y escritos, basados en un diagnóstico biopsicosocial de los pacientes.		✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
T.6. El centro o servicio resulta accesible a todas las personas con problemas de abuso o dependencia a las drogas, al margen de su estado de salud física o mental, siempre y cuando la demanda de tratamiento se ajuste a los criterios de admisión y exclusión previstos en el centro.		✓		✓	✓	✓	✓	✓		
T.7. La presencia de enfermedades infectocontagiosas no podrá constituir por sí misma un motivo de exclusión del tratamiento, debiendo establecerse planes de contingencia para el tratamiento de estos pacientes, en particular en los servicios de carácter residencial.		✓		✓	✓	✓	✓			
T.8. En el centro o servicio existen unos criterios de inclusión y de exclusión que delimitan adecuadamente el acceso o no de los pacientes a las diferentes modalidades de tratamiento.		✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
T.9. El centro o servicio dispone de estrategias específicas para reducir las barreras al tratamiento en función del género y para la participación de los menores de edad en los tratamientos.		✓		✓	✓		✓	✓		
T.10. El servicio o centro facilita el tratamiento de los problemas de abuso o dependencia a todo tipo de drogas, tanto legales como ilegales.		✓			✓		✓	✓		✓
T.11. Existen criterios definidos de derivación, inclusión, indicación terapéutica y exclusión para la desintoxicación en entornos hospitalarios.	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓		✓
T.12. Existen criterios definidos de derivación, inclusión, indicación terapéutica y exclusión para el ingreso en comunidad terapéutica.	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓		✓
T.13. El centro de tratamiento cumple los requisitos mínimos fijados por la normativa local, regional y nacional en cuanto a la suficiencia del personal en número y perfiles, formación, cobertura horaria, vinculación jurídica/laboral y ratio profesionales/pacientes		✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
T.14. El centro cuenta con un director que dispone de titulación universitaria de grado superior o de grado medio en las ramas de Salud, Psicología, Trabajo Social, Educación u otras disciplinas afines y equipo multidisciplinar con formación reconocida en este ámbito.	✓	✓		✓		✓	✓	✓		✓
T. 15. Todos los profesionales que formen parte del equipo multidisciplinar poseen experiencia y formación específica reconocida en materia de drogodependencias		✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
T.16. Se dispone de un programa de formación continuada y reciclaje permanente de los profesionales del equipo terapéutico.		✓	✓		✓	✓	✓	✓		✓
T.17. Se proporciona a la totalidad del personal de nueva incorporación al centro o servicio adiestramiento y actualización periódica en materia de procedimientos terapéuticos, gestión y evaluación de los problemas asociados al abuso de droga.		✓	✓		✓		✓	✓		✓
T.18. Las instalaciones del centro o servicio cumplen con la normativa existente (o requisitos mínimos si no la hay) en cuanto a seguridad, higiene y funcionalidad.	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓		✓
T.19. El tamaño de las instalaciones se adecúa al volumen de pacientes atendidos.	✓	✓		✓	✓		✓	✓		✓

ÁMBITO DE APLICACIÓN	Argentina	Chile	Colombia	España	Perú	Portugal	Uruguay	Costa Rica	Ecuador	México
T.20. Los centros de tratamiento disponen de un depósito de medicamentos debidamente autorizado, una zona segura para el archivo de las historias clínicas y sistemas de protección informáticos para evitar el acceso a los datos de los pacientes por parte de personas no autorizadas.		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓
T.21. Los centros cuentan con despachos adecuados para las actividades asistenciales del equipo terapéutico, y otros diferenciados para actividades específicas (administración de fármacos, toma de muestras de orina).		✓		✓	✓	✓	✓	✓		✓
T.22. Los centros de tratamiento residenciales disponen, además de las áreas funcionales comunes a todos los servicios asistenciales, de espacios y equipamientos adecuados a las actividades y tareas propias.		✓		✓	✓		✓	✓		✓
T.23. El centro o servicio dispone de procedimientos de coordinación y cooperación con otros centros de asistencia a drogodependientes, así como de interconsulta y derivación a servicios de carácter generalista (servicios sanitarios, sociales, judiciales, red de salud mental, etc.).	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓
T.24. El centro/servicio se sustenta en un abordaje multidisciplinario e interdisciplinario de las drogodependencias.	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
T.25. El diseño del centro/servicio ha estado precedido de una evaluación de necesidades y un diagnóstico de situación.		✓		✓	✓		✓	✓	✓	✓
T.26. El servicio de tratamiento está integrado en una red asistencial amplia, en la que participan otros centros de tratamiento, de tipo ambulatorio y residencial.	✓	✓		✓	✓		✓	✓		✓
T.27. Se dispone de un modelo de referencia que establece las funciones que cumple el centro/servicio de tratamiento dentro de la Red Asistencial (perfiles poblacionales atendidos, objetivos, servicios prestados, etc.), los procesos y procedimientos a seguir para acceder al mismo y los mecanismos de derivación de pacientes entre los servicios de la Red.	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓		✓
T.28. Existen unos mecanismos claramente definidos de entrada y salida del circuito asistencial		✓		✓	✓	✓	✓	✓		✓
T.29. Existe un expediente personal de cada paciente en el que se registran los terapeutas responsables de su caso y del que forma parte su historia clínica.	✓	✓		✓	✓		✓	✓	✓	✓
T.30. Se dispone de un sistema de información que permite registrar el conjunto de intervenciones asistenciales realizadas por el centro/servicio, compatibles con los sistemas de información locales, regionales y nacionales	✓	✓		✓	✓	✓	✓			✓
T.31. El tratamiento incluye la evaluación diagnóstica, la atención sanitaria, psicológica y social (en el marco de planes terapéuticos individualizados) y el desarrollo de diferentes actividades orientadas a mejorar la salud y la calidad de vida de las personas afectadas, mediante la reducción de la dependencia de las drogas, la disminución de la morbilidad y mortalidad por el uso de estas sustancias, la potenciación de las habilidades y recursos personales y el acceso a programas de incorporación social.		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
T.32. La cartera de servicios de los centros de tratamiento ambulatorios incluye, como mínimo: información y orientación, evaluación y diagnóstico, tratamiento y control terapéutico, atención familiar y apoyo a la incorporación social.		✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

ÁMBITO DE APLICACIÓN	Argentina	Chile	Colombia	España	Perú	Portugal	Uruguay	Costa Rica	Ecuador	México
T.33. La cartera de servicios de los centros de tratamiento residenciales incluye, preferentemente, los siguientes servicios: evaluación diagnóstica (en los casos que carezcan de ella o sea incompleta), desintoxicación, deshabitación, intervenciones de apoyo a la incorporación sociolaboral, atención psicológica individual y grupal, atención sanitaria, atención social, apoyo educativo, intervenciones con los familiares de los pacientes y servicio de alojamiento y manutención.		✓		✓	✓		✓	✓		✓
T.34. Los centros de tratamiento residenciales disponen de un programa para la prevención, identificación y control de las infecciones potencialmente adquiridas en el mismo y/o introducidas desde el exterior.		✓		✓	✓	✓	✓	✓		✓
T.35. El centro/servicio dispone de una guía de procesos y procedimientos que permite protocolizar la atención a brindar a la población beneficiaria del mismo, asegurar la equidad y calidad de la atención prestada y facilitar el establecimiento de sistemas de información y la evaluación de la actividad asistencial.	✓	✓			✓		✓	✓	✓	✓
T.36. El centro/servicio identifica, describe y documenta los procesos claves que conforman el proceso de tratamiento y que tienen un mayor impacto sobre los objetivos estratégicos del centro o servicio: recepción/admisión de las demandas, evaluación diagnóstica, formulación de planes terapéuticos individualizados, ejecución de los planes terapéuticos, seguimiento, evaluación y finalización de los tratamientos.	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓
T.37. Se dispone de un sistema de registro de las admisiones o ingresos de los pacientes en el centro o servicio de tratamiento, así como de las bajas.	✓	✓		✓	✓	✓				✓
T.38. Se proporciona información al paciente y a sus familiares acerca de las opciones terapéuticas existentes y del contenido de la cartera de servicios disponibles en el centro/servicio, así como de las normas generales de funcionamiento.		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓
T.39. El centro/servicio dispone de un documento de consentimiento informado para la recogida y el tratamiento de la información, así como para el programa terapéutico que va a seguir el paciente.		✓		✓	✓	✓		✓		✓
T.40. Se garantiza la confidencialidad de la información sobre el paciente, que sólo será accesible para los miembros del equipo terapéutico implicados en el tratamiento.				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
T.41. Se realiza una evaluación y diagnóstico integral, de carácter biopsicosocial, de los pacientes que acceden a tratamiento conforme a los manuales, normas, criterios y procedimientos internacionales ya estandarizados.	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
T.42. Los datos de la evaluación diagnóstica son volcados en la Historia Clínica Integrada del paciente.	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓		✓
T.43. Se diseña un plan individualizado de tratamiento para cada paciente (modalidad de intervención, metas terapéuticas, actividades, recursos a utilizar, duración y fases), basado en un diagnóstico previo en el que se fijan objetivos de mejora o estabilización somática, psicológica, psiquiátrica y de integración social, así como de reducción o abstinencia del consumo de drogas.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
T.44. Se tiene en consideración la perspectiva de género en el diseño del plan de tratamiento.		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
T.45. La propuesta terapéutica es comunicada y pactada con el paciente, recogiendo los términos de los acuerdos alcanzados en un documento escrito que firma el paciente (contrato terapéutico). La propuesta terapéutica incluirá la oferta de intervenciones con los familiares del paciente, en los casos en que proceda.		✓		✓	✓	✓	✓	✓		✓

ÁMBITO DE APLICACIÓN	Argentina	Chile	Colombia	España	Perú	Portugal	Uruguay	Costa Rica	Ecuador	México
T.46. El plan terapéutico incluye estrategias para reforzar la adherencia al tratamiento.	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓		✓
T.47. Se le asigna a cada paciente un "profesional de referencia", encargado de centralizar todos los flujos informativos y de responsabilizarse del seguimiento del plan de tratamiento.		✓		✓	✓	✓	✓	✓		✓
T.48. Se incluye en la historia clínica del paciente una copia del plan individualizado de tratamiento y del contrato terapéutico pactado con éste.		✓		✓	✓	✓		✓	✓	✓
T.49. Se dispone de Guías clínicas basadas en la evidencia y protocolos específicos aplicables a determinados procesos relevantes del tratamiento (desintoxicación, dispensación de sustitutivos opiáceos, control y tratamiento de enfermedades infecciosas, psicodiagnóstico, abordaje de la patología dual, etc.).	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
T.50. Tanto los centros de tratamiento ambulatorios como las comunidades terapéuticas ofertan un programa terapéutico multicomponente de carácter biopsicosocial, que combina terapia farmacológica y tratamiento psicológico conductual y cognitivo-conductual, terapia de grupo, familiar y de pareja.		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓
T.51. Se ofrece consejo para modificar comportamientos que pueden contribuir a propagar enfermedades infecciosas (talleres de sexo más seguro, de consumo de menor riesgo, etc.).		✓		✓	✓			✓		✓
T.52. Independientemente de que el objetivo del tratamiento se oriente o no al logro de la abstinencia, a todos los pacientes se les facilitan pautas para la reducción de riesgos y daños asociados al consumo de drogas.		✓		✓	✓	✓	✓	✓		✓
T.53. Se contemplan reuniones periódicas del equipo técnico del centro/servicio para valorar la evolución del tratamiento y formular posibles cambios en el Plan terapéutico, así como con otros servicios implicados para garantizar la continuidad asistencial.		✓		✓	✓	✓	✓	✓		✓
T.54. El profesional de referencia examina periódicamente junto con el paciente la evolución del tratamiento establecido, introduciendo las variaciones necesarias para asegurar el cumplimiento de los objetivos previstos en el Programa Individualizado de Tratamiento.		✓		✓	✓	✓	✓	✓		✓
T.55. La duración del tratamiento vendrá determinada por el grado de cumplimiento de los objetivos perseguidos con la estancia en el centro de tratamiento y en función de los motivos de finalización debidamente definidos (alta terapéutica y voluntaria, derivación, abandono, fuerza mayor).	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
T.56. El Reglamento Interno del programa o servicio precisa los criterios de expulsión o exclusión del tratamiento de los pacientes y los procedimientos a aplicar en estos casos.		✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
T.57. Los centros de tratamiento residenciales trabajan con los pacientes la salida del recurso, incidiendo, entre otros aspectos, en la conveniencia de seguir vinculados a un centro de tratamiento ambulatorio que asegure la continuidad asistencial.		✓		✓	✓	✓	✓	✓		✓
T.58. El centro/servicio describe la metodología a aplicar para la evaluar la atención prestada, incluyendo: quién asume la responsabilidad de llevar a cabo la evaluación, los instrumentos a utilizar para la evaluación y la periodicidad de la aplicación de los instrumentos de evaluación		✓		✓	✓			✓		✓
T.59. Para evaluar la efectividad de los programas de tratamiento se utilizan métodos e instrumentos que hayan demostrado su utilidad en investigaciones y estudios de evaluación de la actividad asistencial realizados por otras instituciones.	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓

ÁMBITO DE APLICACIÓN	Argentina	Chile	Colombia	España	Perú	Portugal	Uruguay	Costa Rica	Ecuador	México
T.60. El centro/servicio contempla la evaluación de resultados del proceso asistencial, identificando los indicadores a utilizar.	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
T.61. El centro/servicio contempla la evaluación de la satisfacción de los pacientes con el tratamiento, de los profesionales y de otras partes interesadas (familiares)		✓	✓		✓	✓	✓	✓		✓
T.62. Se dispone de un sistema de evaluación periódica de la actividad asistencial, con base en indicadores objetivos (ocupación, retención pacientes, altas, resultados obtenidos).	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓
T.63. Se dispone de un programa de seguimiento de los pacientes tras la salida del tratamiento, que incluye monitorización periódica de las recaídas por métodos objetivos.	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓		✓

OBSERVACIONES:

Los criterios básicos señalados por Uruguay lo son en base a criterios utilizados en el Centro de Referencia Nacional de la Red Drogas “Portal Amarillo”.

Chile cuenta con una red asistencial organizada por niveles de complejidad, donde el acceso se resuelve a través de mecanismos basados en evaluaciones diagnósticas. Asimismo, dispone de una ley que resguarda derechos de los usuarios del sistema de salud que incluye, entre otros, el derecho a la confidencialidad de la información.

Una mayoría cualificada de entidades considera viable incorporar, como básicos para la acreditación de los programas de tratamiento, 58 de los 63 criterios sometidos a valoración. Existe unanimidad a considerar viable la inclusión de 2 criterios y en otros 30 la viabilidad es respaldada por entre el 80% y el 90% de las entidades (Tabla 4.16).

Tabla 4.16. Ranking de viabilidad atribuida a la incorporación de distintos criterios básicos para la acreditación de programas de tratamiento de las drogodependencias.

Criterios programas de tratamiento de las drogodependencias	Nº de países que consideran viable incorporar el criterio
<p>T.3. El servicio o centro de tratamiento garantiza un tratamiento adecuado y reconoce a los pacientes que acceden al mismo los siguientes derechos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Al acceso a las prestaciones y servicios de tipo sanitario, psicológico y social que integran el proceso asistencial en unos plazos definidos y conocidos y sin limitaciones por razones de insuficiencia económica. ○ A la libre elección entre diferentes ofertas terapéuticas. ○ A la voluntariedad para iniciar, mantener y cesar un proceso terapéutico, excepto en los casos señalados por la legislación vigente. ○ A conocer la normativa del centro (Reglamento Interno) en todos aquellos aspectos que puedan afectarle, así como el nombre y cualificación profesional de las personas encargadas de su asistencia. ○ A la información, verbal o escrita, por parte del equipo terapéutico respecto de los distintos servicios disponibles, el tratamiento propuesto según sus aspectos clínicos y el proceso que está siguiendo, las razones que aconsejan el mismo y los beneficios y riesgos que cabe esperar. ○ A que quede constancia por escrito o en otro soporte técnico de: <ul style="list-style-type: none"> – Todo su proceso asistencial, información que deberá ser integrada en la historia clínica. – El consentimiento otorgado antes de practicar cualquier procedimiento diagnóstico o terapéutico que suponga riesgos o inconvenientes para su salud. – Los procedimientos diagnósticos o terapéuticos que se le apliquen de carácter experimental o que formen parte de proyectos docentes o de investigación. – A la firma de un contrato terapéutico que explicita el contenido y la justificación del tratamiento a desarrollar, los derechos que asisten a los pacientes y las obligaciones asumidas por los mismos. ○ A recibir un informe de alta, una vez finalizado el proceso asistencial. 	10

Criterios programas de tratamiento de las drogodependencias	Nº de países que consideran viable incorporar el criterio
T.43. Se diseña un plan individualizado de tratamiento para cada paciente (modalidad de intervención, metas terapéuticas, actividades, recursos a utilizar, duración y fases), basado en un diagnóstico previo en el que se fijan objetivos de mejora o estabilización somática, psicológica, psiquiátrica y de integración social, así como de reducción o abstinencia del consumo de drogas.	10
T.1. El centro o servicio cumple las exigencias que la legislación del país establece en materia de licencia de apertura y funcionamiento y de autorización como centro especializado, tanto derivadas de la aplicación de las normas generales que regulan los centros sanitarios y sociales, como de aquellas específicas referidas a los centros de tratamiento de las drogodependencias (existencia de un equipo técnico básico, condiciones de seguridad y salubridad, ausencia de barreras físicas, etc.).	9
T.23. El centro o servicio dispone de procedimientos de coordinación y cooperación con otros centros de asistencia a drogodependientes, así como de interconsulta y derivación a servicios de carácter generalista (servicios sanitarios, sociales, judiciales, red de salud mental, etc.).	9
T.24. El centro/servicio se sustenta en un abordaje multidisciplinario e interdisciplinario de las drogodependencias.	9
T.31. El tratamiento incluye la evaluación diagnóstica, la atención sanitaria, psicológica y social (en el marco de planes terapéuticos individualizados) y el desarrollo de diferentes actividades orientadas a mejorar la salud y la calidad de vida de las personas afectadas, mediante la reducción de la dependencia de las drogas, la disminución de la morbilidad y mortalidad por el uso de estas sustancias, la potenciación de las habilidades y recursos personales y el acceso a programas de incorporación social.	9
T.36. El centro/servicio identifica, describe y documenta los procesos claves que conforman el proceso de tratamiento y que tienen un mayor impacto sobre los objetivos estratégicos del centro o servicio: recepción/admisión de las demandas, evaluación diagnóstica, formulación de planes terapéuticos individualizados, ejecución de los planes terapéuticos, seguimiento, evaluación y finalización de los tratamientos.	9
T.41. Se realiza una evaluación y diagnóstico integral, de carácter biopsicosocial, de los pacientes que acceden a tratamiento conforme a los manuales, normas, criterios y procedimientos internacionales ya estandarizados.	9
T.44. Se tiene en consideración la perspectiva de género en el diseño del plan de tratamiento.	9
T.49. Se dispone de Guías clínicas basadas en la evidencia y protocolos específicos aplicables a determinados procesos relevantes del tratamiento (desintoxicación, dispensación de sustitutos opiáceos, control y tratamiento de enfermedades infecciosas, psicodiagnóstico, abordaje de la patología dual, etc.).	9
T.55. La duración del tratamiento vendrá determinada por el grado de cumplimiento de los objetivos perseguidos con la estancia en el centro de tratamiento y en función de los motivos de finalización debidamente definidos (alta terapéutica y voluntaria, derivación, abandono, fuerza mayor).	9
T.59. Para evaluar la efectividad de los programas de tratamiento se utilizan métodos e instrumentos que hayan demostrado su utilidad en investigaciones y estudios de evaluación de la actividad asistencial realizados por otras instituciones.	9
T.60. El centro/servicio contempla la evaluación de resultados del proceso asistencial, identificando los indicadores a utilizar.	9
T.62. Se dispone de un sistema de evaluación periódica de la actividad asistencial, con base en indicadores objetivos (ocupación, retención de pacientes, altas, resultados obtenidos, etc.).	9
T.2. El programa o centro de tratamiento ha sido acreditado como tal por parte de la Administración competente para ello.	8
T.5. El centro o servicio contempla distintas vías de acceso al tratamiento (acceso directo, derivación desde otros centros de tratamiento de las drogodependencias, desde centros de salud, de servicios sociales, instancias judiciales, etc.), y dispone de criterios de indicación terapéutica definidos y escritos, basados en un diagnóstico biopsicosocial de los pacientes.	8
T.8. En el centro o servicio existen unos criterios de inclusión y de exclusión que delimitan adecuadamente el acceso o no de los pacientes a las diferentes modalidades de tratamiento.	8
T.11. Existen criterios definidos de derivación, inclusión, indicación terapéutica y exclusión para la desintoxicación en entornos hospitalarios.	8
T.12. Existen criterios definidos de derivación, inclusión, indicación terapéutica y exclusión para el ingreso en comunidad terapéutica.	8
T.13. El centro de tratamiento cumple los requisitos mínimos fijados por la normativa local, regional y nacional en cuanto a la suficiencia del personal en número y perfiles, formación, cobertura horaria, vinculación jurídica/laboral y ratio profesionales/pacientes	8
T. 15. Todos los profesionales que formen parte del equipo multidisciplinar poseen experiencia y formación específica reconocida en materia de drogodependencias	8
T.18. Las instalaciones del centro o servicio cumplen con la normativa existente (o requisitos mínimos si no la hay) en cuanto a seguridad, higiene y funcionalidad.	8

Criterios programas de tratamiento de las drogodependencias	Nº de países que consideran viable incorporar el criterio
T.20. Los centros de tratamiento disponen de un depósito de medicamentos debidamente autorizado, una zona segura para el archivo de las historias clínicas y sistemas de protección informáticos para evitar el acceso a los datos de los pacientes por parte de personas no autorizadas.	8
T.27. Se dispone de un modelo de referencia que establece las funciones que cumple el centro/servicio de tratamiento dentro de la Red Asistencial (perfiles poblacionales atendidos, objetivos, servicios prestados, etc.), los procesos y procedimientos a seguir para acceder al mismo y los mecanismos de derivación de pacientes entre los servicios de la Red.	8
T.29. Existe un expediente personal de cada paciente en el que se registran los terapeutas responsables de su caso y del que forma parte su historia clínica.	8
T.32. La cartera de servicios de los centros de tratamiento ambulatorios incluye, como mínimo: información y orientación, evaluación y diagnóstico, tratamiento y control terapéutico, atención familiar y apoyo a la incorporación social.	8
T.38. Se proporciona información al paciente y a sus familiares acerca de las opciones terapéuticas existentes y del contenido de la cartera de servicios disponibles en el centro/servicio, así como de las normas generales de funcionamiento.	8
T.42. Los datos de la evaluación diagnóstica son volcados en la Historia Clínica Integrada del paciente.	8
T.46. El plan terapéutico incluye estrategias para reforzar la adherencia al tratamiento.	8
T.50. Tanto los centros de tratamiento ambulatorios como las comunidades terapéuticas ofertan un programa terapéutico multicomponente de carácter biopsicosocial, que combina terapia farmacológica y tratamiento psicológico conductual y cognitivo-conductual, terapia de grupo, familiar y de pareja.	8
T.56. El Reglamento Interno del programa o servicio precisa los criterios de expulsión o exclusión del tratamiento de los pacientes y los procedimientos a aplicar en estos casos.	8
T.63. Se dispone de un programa de seguimiento de los pacientes tras la salida del tratamiento, que incluye monitorización periódica de las recaídas por métodos objetivos.	8
T.4. Los pacientes que siguen tratamientos de carácter residencial tienen derecho al contacto con familiares o allegados y a recibir visitas de ellos.	7
T.14. El centro cuenta con un director que dispone de titulación universitaria de grado superior o de grado medio en las ramas de Salud, Psicología, Trabajo Social, Educación u otras disciplinas afines y equipo multidisciplinar con formación reconocida en este ámbito.	7
T.16. Se dispone de un programa de formación continuada y reciclaje permanente de los profesionales del equipo terapéutico.	7
T.19. El tamaño de las instalaciones se adecúa al volumen de pacientes atendidos.	7
T.21. Los centros cuentan con despachos adecuados para las actividades asistenciales del equipo terapéutico, y otros diferenciados para actividades específicas (administración de fármacos, toma de muestras de orina).	7
T.25. El diseño del centro/servicio ha estado precedido de una evaluación de necesidades y un diagnóstico de situación.	7
T.26. El servicio de tratamiento está integrado en una red asistencial amplia, en la que participan otros centros de tratamiento, de tipo ambulatorio y residencial.	7
T.28. Existen unos mecanismos claramente definidos de entrada y salida del circuito asistencial	7
T.30. Se dispone de un sistema de información que permite registrar el conjunto de intervenciones asistenciales realizadas por el centro/servicio, compatibles con los sistemas de información locales, regionales y nacionales	7
T.34. Los centros de tratamiento residenciales disponen de un programa para la prevención, identificación y control de las infecciones potencialmente adquiridas en el mismo y/o introducidas desde el exterior.	7
T.35. El centro/servicio dispone de una guía de procesos y procedimientos que permite protocolizar la atención a brindar a la población beneficiaria del mismo, asegurar la equidad y calidad de la atención prestada y facilitar el establecimiento de sistemas de información y la evaluación de la actividad asistencial.	7
T.40. Se garantiza la confidencialidad de la información sobre el paciente, que sólo será accesible para los miembros del equipo terapéutico implicados en el tratamiento.	7
T.45. La propuesta terapéutica es comunicada y pactada con el paciente, recogiendo los términos de los acuerdos alcanzados en un documento escrito que firma el paciente (contrato terapéutico). La propuesta terapéutica incluirá la oferta de intervenciones con los familiares del paciente, en los casos en que proceda.	7
T.47. Se le asigna a cada paciente un "profesional de referencia", encargado de centralizar todos los flujos informativos y de responsabilizarse del seguimiento del plan de tratamiento.	7

Criterios programas de tratamiento de las drogodependencias	Nº de países que consideran viable incorporar el criterio
T.48. Se incluye en la historia clínica del paciente una copia del plan individualizado de tratamiento y del contrato terapéutico pactado con éste.	7
T.52. Independientemente de que el objetivo del tratamiento se oriente o no al logro de la abstinencia, a todos los pacientes se les facilitan pautas para la reducción de riesgos y daños asociados al consumo de drogas.	7
T.53. Se contemplan reuniones periódicas del equipo técnico del centro/servicio para valorar la evolución del tratamiento y formular posibles cambios en el Plan terapéutico, así como con otros servicios implicados para garantizar la continuidad asistencial.	7
T.54. El profesional de referencia examina periódicamente junto con el paciente la evolución del tratamiento establecido, introduciendo las variaciones necesarias para asegurar el cumplimiento de los objetivos previstos en el Programa Individualizado de Tratamiento.	7
T.61. El centro/servicio contempla la evaluación de la satisfacción de los pacientes con el tratamiento, de los profesionales y de otras partes interesadas (familiares)	7
T.57. Los centros de tratamiento residenciales trabajan con los pacientes la salida del recurso, incidiendo, entre otros aspectos, en la conveniencia de seguir vinculados a un centro de tratamiento ambulatorio que asegure la continuidad asistencial.	7
T.6. El centro o servicio resulta accesible a todas las personas con problemas de abuso o dependencia a las drogas, al margen de su estado de salud física o mental, siempre y cuando la demanda de tratamiento se ajuste a los criterios de admisión y exclusión previstos en el centro.	6
T.17. Se proporciona a la totalidad del personal de nueva incorporación al centro o servicio adiestramiento y actualización periódica en materia de procedimientos terapéuticos, gestión y evaluación de los problemas asociados al abuso de droga.	6
T.22. Los centros de tratamiento residenciales disponen, además de las áreas funcionales comunes a todos los servicios asistenciales, de espacios y equipamientos adecuados a las actividades y tareas propias.	6
T.33. La cartera de servicios de los centros de tratamiento residenciales incluye, preferentemente, los siguientes servicios: evaluación diagnóstica (en los casos que carezcan de ella o sea incompleta), desintoxicación, deshabitación, intervenciones de apoyo a la incorporación sociolaboral, atención psicológica individual y grupal, atención sanitaria, atención social, apoyo educativo, intervenciones con los familiares de los pacientes y servicio de alojamiento y manutención.	6
T.37. Se dispone de un sistema de registro de las admisiones o ingresos de los pacientes en el centro o servicio de tratamiento, así como de las bajas.	6
T.39. El centro/servicio dispone de un documento de consentimiento informado para la recogida y el tratamiento de la información, así como para el programa terapéutico que va a seguir el paciente.	6
T.7. La presencia de enfermedades infectocontagiosas no podrá constituir por sí misma un motivo de exclusión del tratamiento, debiendo establecerse planes de contingencia para el tratamiento de estos pacientes, en particular en los servicios de carácter residencial.	5
T.9. El centro o servicio dispone de estrategias específicas para reducir las barreras al tratamiento en función del género y para la participación de los menores de edad en los tratamientos.	5
T.10. El servicio o centro facilita el tratamiento de los problemas de abuso o dependencia a todo tipo de drogas, tanto legales como ilegales.	5
T.51. Se ofrece consejo para modificar comportamientos que pueden contribuir a propagar enfermedades infecciosas (talleres de sexo más seguro, de consumo de menor riesgo, etc.).	5
T.58. El centro/servicio describe la metodología a aplicar para la evaluar la atención prestada, incluyendo: quién asume la responsabilidad de llevar a cabo la evaluación, los instrumentos a utilizar para la evaluación y la periodicidad de la aplicación de los instrumentos de evaluación	5

4.4.12. Viabilidad de incorporar ciertos criterios básicos para la acreditación de los programas de reducción de daños asociados al consumo de drogas

La Tabla 4.17 recoge la posición de las distintas entidades respecto a la viabilidad de incorporar como básicos los siguientes criterios para la acreditación de los programas de reducción de daños en sus respectivos países.

Tabla 4.17. Viabilidad de incorporar con carácter básico los siguientes criterios a un sistema de acreditación nacional o supranacional de programas de reducción de daños asociados al consumo.

ÁMBITO DE APLICACIÓN	Argentina	Chile	Colombia	España	Perú	Portugal	Uruguay	Costa Rica	Ecuador	México
RD.1. La información requerida a los beneficiarios de los servicios se limitará a la estrictamente necesaria para una adecuada atención de los mismos.				✓		✓		✓		✓
RD.2. Las personas que acceden al programa/servicio son informadas del contenido de la Cartera de servicios que ofrece el mismo y de las condiciones para su utilización.	✓		✓	✓		✓		✓		✓
RD.3. El Reglamento de funcionamiento del servicio y los derechos y deberes de los usuarios están expuestos en un lugar visible y son accesibles para todas las personas que acceden al mismo.			✓	✓		✓		✓	✓	✓
RD.4. Cualquier drogodependiente podrá acceder directamente al servicio, siempre que se ajuste a los criterios de inclusión/exclusión establecidos.				✓		✓		✓	✓	✓
RD.5. Los horarios de funcionamiento y apertura de los servicios son amplios y coinciden con las necesidades de los usuarios a los que van destinados	✓		✓	✓		✓		✓	✓	✓
RD.6. En el marco de los programas de mantenimiento con sustitutivos opiáceos se contempla el acceso a las distintas modalidades de tratamiento farmacológico (metadona, buprenorfina, etc.) existentes y autorizadas a nivel administrativo por las autoridades competentes			✓	✓				✓	✓	✓
RD.7. Se oferta a los beneficiarios de los programas de mantenimiento con sustitutivos opiáceos el sistema de "dosis para llevar" (take-home) para pacientes estabilizados, tratando de minimizar la derivación de sustitutivos al mercado ilícito y los eventos no deseados (accidentes, sobredosis, etc.).			✓	✓				✓		
RD.8. La participación de menores de edad en el programa es valorada de manera individual.				✓		✓		✓	✓	✓
RD.9. La gestación en adictas a opiáceos es un criterio de inclusión preferente en programas de mantenimiento que administran metadona.			✓	✓		✓		✓		
RD.10. Los equipos asistenciales de los programas de mantenimiento con sustitutivos garantizan la realización de desintoxicación de los pacientes que lo solicitan voluntariamente, con el objetivo de abandonar los programas o de incorporarse a otros de mayor exigencia.				✓		✓		✓	✓	✓
RD.11. La composición de los equipos que intervienen en reducción de daños se adapta a las necesidades de la población destinataria y al tipo de programa realizado, contando sus integrantes con la cualificación adecuada a las funciones que habrán de realizar.	✓			✓		✓		✓	✓	✓

ÁMBITO DE APLICACIÓN	Argentina	Chile	Colombia	España	Perú	Portugal	Uruguay	Costa Rica	Ecuador	México
RD.12. Los programas de mantenimiento con sustitutos opiáceos cuentan con equipos multiprofesionales que disponen de médicos y personal de enfermería con capacitación en adicciones, psicólogos clínicos y trabajadores sociales.				✓		✓		✓		✓
RD.13. Los programas que integran los equipos técnicos de los programas de reducción del daño participan de forma obligatoria en actividades de formación y actualización de conocimientos relevantes en su ámbito de intervención.	✓		✓	✓				✓		✓
RD.14. Los intervinientes en programas de distribución de material de consumo estéril y/o de intercambio de jeringuillas que no poseen formación sanitaria, sean o no profesionales, reciben información periódica y actualización de conocimientos en materia de técnicas de inyección y de consumo de menor riesgo, prevención de sobredosis e intervención ante situaciones de reacción aguda a drogas.	✓		✓	✓		✓		✓		
RD.15. Los profesionales de los programas de mantenimiento con sustitutos y de las salas de consumo supervisado utilizan protocolos y guías clínicas de intervención actualizadas con base en la evidencia.				✓				✓	✓	✓
RD.16. Los servicios que realizan actividades relacionadas con la reducción de daños disponen de protocolos de cooperación y coordinación con otros servicios asistenciales para la derivación de potenciales beneficiarios con el objetivo de atender sus necesidades. Entre otros, el programa dispone protocolos de derivación a: Centros especializados en el tratamiento de las drogodependencias, Centros de atención primaria de salud, Servicios de tratamiento de enfermedades infecciosas y otros centros sanitarios, la red de servicios sociales y a los Servicios de urgencias sanitarias.	✓			✓		✓		✓		✓
RD.17. El programa contempla la evaluación de las conductas de riesgo relacionadas con la adicción (consumo inyectado, antecedentes de sobredosis, uso de drogas con potencial sinérgico en cuanto a efecto depresor sobre el SNC, uso compartido de drogas o materiales de consumo, consumo en la vía pública).	✓		✓	✓		✓		✓	✓	✓
RD.18. Se realiza una evaluación del estado de salud y de las necesidades derivadas del mismo a todas las personas beneficiarias de los programas de mantenimiento con sustitutos y de las salas de consumo supervisado (la participación en programas de distribución de material de consumo estéril, de intercambio de jeringuillas y prevención de sobredosis no contempla la realización de valoraciones médicas).				✓				✓	✓	
RD.19. La inclusión en programas de mantenimiento con sustitutos va precedida de una evaluación médica completa que incluye la realización de la historia clínica y exploraciones complementarias (serología VIH, hepatitis, tuberculosis y enfermedades de transmisión sexual). La valoración sanitaria se complementa con una evaluación psicológica y psiquiátrica, preferentemente realizada por el equipo que indica el tratamiento (en caso de no contar con profesionales cualificados en el equipo, los pacientes son derivados a otros recursos especializados para completar la evaluación).				✓		✓		✓		✓
RD.20. La participación en programas de reducción de daños tiene como objetivo la minimización de los daños asociados al consumo, a través de modificación de conductas de riesgo que han de ser evaluadas.	✓			✓				✓	✓	

ÁMBITO DE APLICACIÓN	Argentina	Chile	Colombia	España	Perú	Portugal	Uruguay	Costa Rica	Ecuador	México
RD.21. Los programas de mantenimiento con sustitutivos evalúan sus efectos sobre: La disminución del consumo ilegal de opiáceos y otras drogas, la modificación de las vías de consumo, el uso de técnicas de consumo más seguras, el uso de equipos de inyección estériles, la disminución/eliminación de factores de riesgo asociados y la instauración de prácticas sexuales más seguras.			✓	✓		✓		✓		
RD.22. Los programas de distribución de material de consumo estéril y/o de intercambio de jeringuillas evalúan sus efectos sobre: el uso de técnicas de consumo más seguras, el uso de equipos de inyección estériles, la disminución/eliminación de factores de riesgo asociados y la instauración de prácticas sexuales más seguras			✓	✓				✓	✓	
RD.23. Las salas de consumo supervisado evalúan sus efectos sobre: el uso de técnicas de consumo más seguras, el uso de equipos de inyección estériles, la disminución/eliminación de factores de riesgo asociados, la instauración de prácticas sexuales más seguras, la disminución del consumo de drogas en espacios de uso público y la reducción del abandono de material de inyección en espacios públicos.			✓	✓				✓		
RD.24. Los programas de prevención de sobredosis evalúan sus efectos sobre: el uso de técnicas de consumo más seguras, el uso de equipos de inyección estériles, la disminución/eliminación de factores de riesgo asociados y el uso de Naloxona en situaciones de reacción aguda a drogas.			✓	✓				✓	✓	
RD.25. El programa desarrolla actividades periódicas dirigidas a monitorizar las intervenciones realizadas y los resultados de las mismas en el ámbito de la reducción de daños asociados al consumo.	✓			✓		✓		✓		✓
RD.26. Los programas de mantenimiento con sustitutivos opiáceos monitorizan: <ul style="list-style-type: none"> ○ Los usuarios incorporados a programas de sustitución. ○ La adherencia de los usuarios a los tratamientos. ○ Las evaluaciones realizadas para conocer el estado de salud de las personas usuarias y resultados de las mismas. ○ Los usuarios que se benefician del régimen de take-home. ○ Los usuarios derivados a otros servicios de tratamiento de las drogodependencias. ○ Las vacunas administradas (hepatitis, gripe, etc.). ○ Los tratamientos supervisados realizados (VIH, tuberculostáticos, psicofármacos, etc.). ○ Los usuarios que participan en actividades dirigidas a la reducción de daños. ○ Las interrupciones forzadas del tratamiento por distintas razones/motivos. ○ El registro de los fármacos suministrados y análisis de las dosis suministradas. ○ Las incidencias relevantes que se han producido. 			✓	✓		✓		✓		

ÁMBITO DE APLICACIÓN	Argentina	Chile	Colombia	España	Perú	Portugal	Uruguay	Costa Rica	Ecuador	México
RD.27. Los programas de distribución de material de consumo estéril y/o de intercambio de jeringuillas monitorizan: <ul style="list-style-type: none"> ○ El número de equipos de materiales de consumo estériles entregados. ○ El número de equipos de inyección reintegrados. ○ Los usuarios derivados a servicios asistenciales especializados en el tratamiento de las drogodependencias. ○ Los usuarios derivados a centros de atención primaria de salud. ○ Los usuarios derivados a la red de servicios sociales. ○ Los usuarios derivados a otros servicios. 			✓	✓		✓		✓		
RD.28. Las salas de consumo supervisado monitorizan: <ul style="list-style-type: none"> ○ Los usuarios incorporados a la sala de consumo. ○ Las evaluaciones realizadas para conocer el estado de salud de los usuarios y resultados de las mismas. ○ Los episodios de sobredosis que se han producido y los resultados de las intervenciones realizadas. ○ Los usuarios derivados a otros servicios como consecuencia de incidencias en el curso del consumo de drogas realizadas en los espacios de consumo. ○ Las vacunas administradas. ○ Los usuarios que participan en actividades dirigidas a la reducción de los daños. ○ Los usuarios derivados a servicios asistenciales especializados en el tratamiento de las drogodependencias. ○ Los usuarios derivados a centros de atención primaria de salud. ○ Los usuarios derivados a la red de servicios sociales. ○ Las incidencias relevantes que se han producido. 			✓	✓				✓	✓	
RD.29. Los programas de prevención de sobredosis monitorizan: <ul style="list-style-type: none"> ○ El número de kits de Naloxona entregados. ○ Los usuarios participantes en actividades de entrenamiento dirigidas a la intervención en episodios de reacción aguda a drogas. ○ El registro de información sobre intervenciones realizadas con los kits y resultados de las mismas. 			✓	✓				✓		

OBSERVACIONES:

Los representantes de la Junta Nacional de Drogas (Uruguay, del SENDA (Chile) y de DEVIDA (Perú) no consideran viable incorporar ninguno de los criterios propuestos.

México no cuenta con salas de consumo supervisado, ni con programas de prevención de sobredosis.

Tan sólo 5 de los 29 criterios sometidos a valoración cuentan con el respaldo de una mayoría de entidades que avalan la viabilidad de su incorporación como criterios básicos para la acreditación de los programas de reducción de daños (Tabla 4.18). Esta situación se debe, en gran medida, al escaso desarrollo que este tipo de políticas tiene en alguno de los países de América Latina que participan en el Proyecto.

Tabla 4.18. Ranking de viabilidad atribuida a la incorporación de distintos criterios básicos para la acreditación de programas de reducción de daños asociados al consumo de drogas.

Criterios programas de reducción de daños asociados al consumo de drogas	Nº de países que consideran viable incorporar el criterio
RD.5. Los horarios de funcionamiento y apertura de los servicios son amplios y coinciden con las necesidades de los usuarios a los que van destinados	7
RD.17. El programa contempla la evaluación de las conductas de riesgo relacionadas con la adicción (consumo inyectado, antecedentes de sobredosis, uso de drogas con potencial sinérgico en cuanto a efecto depresor sobre el SNC, uso compartido de drogas o materiales de consumo, consumo en la vía pública).	7
RD.2. Las personas que acceden al programa/servicio son informadas del contenido de la Cartera de servicios que ofrece el mismo y de las condiciones para su utilización.	6
RD.3. El Reglamento de funcionamiento del servicio y los derechos y deberes de los usuarios están expuestos en un lugar visible y son accesibles para todas las personas que acceden al mismo.	6
RD.11. La composición de los equipos que intervienen en reducción de daños se adapta a las necesidades de la población destinataria y al tipo de programa realizado, contando sus integrantes con la cualificación adecuada a las funciones que habrán de realizar.	6
RD.4. Cualquier drogodependiente podrá acceder directamente al servicio, siempre que se ajuste a los criterios de inclusión/exclusión establecidos.	5
RD.6. En el marco de los programas de mantenimiento con sustitutivos opiáceos se contempla el acceso a las distintas modalidades de tratamiento farmacológico (metadona, buprenorfina, etc.) existentes y autorizadas a nivel administrativo por las autoridades competentes	5
RD.8. La participación de menores de edad en el programa es valorada de manera individual.	5
RD.10. Los equipos asistenciales de los programas de mantenimiento con sustitutivos garantizan la realización de desintoxicación de los pacientes que lo solicitan voluntariamente, con el objetivo de abandonar los programas o de incorporarse a otros de mayor exigencia.	5
RD.13. Los profesionales que integran los equipos técnicos de los programas de reducción del daño participan de forma obligatoria en actividades de formación y actualización de conocimientos relevantes en su ámbito de intervención.	5
RD.14. Los intervinientes en programas de distribución de material de consumo estéril y/o de intercambio de jeringuillas que no poseen formación sanitaria, sean o no profesionales, reciben información periódica y actualización de conocimientos en materia de técnicas de inyección y de consumo de menos riesgo, prevención de sobredosis e intervención ante situaciones de reacción aguda a drogas.	5
RD.16. Los servicios que realizan actividades relacionadas con la reducción de daños disponen de protocolos de cooperación y coordinación con otros servicios asistenciales para la derivación de potenciales beneficiarios con el objetivo de atender sus necesidades. Entre otros, el programa dispone protocolos de derivación a: Centros especializados en el tratamiento de las drogodependencias, Centros de atención primaria de salud, Servicios de tratamiento de enfermedades infecciosas y otros centros sanitarios, la red de servicios sociales y a los Servicios de urgencias sanitarias.	5
RD.25. El programa desarrolla actividades periódicas dirigidas a monitorizar las intervenciones realizadas y los resultados de las mismas en el ámbito de la reducción de daños.	5
RD.1. La información requerida a los beneficiarios de los servicios se limitará a la estrictamente necesaria para una adecuada atención de los mismos.	4
RD.9. La gestación en adictas a opiáceos es un criterio de inclusión preferente en programas de mantenimiento que administran metadona.	4
RD.12. Los programas de mantenimiento con sustitutivos opiáceos cuentan con equipos multiprofesionales que disponen de médicos y personal de enfermería con capacitación en adicciones, psicólogos clínicos y trabajadores sociales.	4
RD.15. Los profesionales de los programas de mantenimiento con sustitutivos y de las salas de consumo supervisado utilizan protocolos y guías clínicas de intervención actualizadas con base en la evidencia.	4
RD.19. La inclusión en programas de mantenimiento con sustitutivos va precedida de una evaluación médica completa que incluye la realización de la historia clínica y exploraciones complementarias (serología VIH, hepatitis, tuberculosis y enfermedades de transmisión sexual). La valoración sanitaria se complementa con una evaluación psicológica y psiquiátrica, preferentemente realizada por el equipo que indica el tratamiento (en caso de no contar con profesionales cualificados en el equipo, los pacientes son derivados a otros recursos especializados para completar la evaluación).	4
RD.20. La participación en programas de reducción de daños tiene como objetivo la minimización de los daños asociados al consumo, a través de modificación de conductas de riesgo que han de ser evaluadas.	4

Criterios programas de reducción de daños asociados al consumo de drogas	Nº de países que consideran viable incorporar el criterio
RD.21. Los programas de mantenimiento con sustitutivos evalúan sus efectos sobre la disminución del consumo ilegal de opiáceos y otras drogas, la modificación de las vías de consumo, el uso de técnicas de consumo más seguras y de equipos de inyección estériles, la disminución/eliminación de factores de riesgo asociados y la instauración de prácticas sexuales más seguras.	4
RD.22. Los programas de distribución de material de consumo estéril y/o de intercambio de jeringuillas evalúan sus efectos sobre: el uso de técnicas de consumo más seguras, el uso de equipos de inyección estériles, la disminución/eliminación de factores de riesgo asociados y la instauración de prácticas sexuales más seguras	4
RD.24. Los programas de prevención de sobredosis evalúan sus efectos sobre: el uso de técnicas de consumo más seguras, el uso de equipos de inyección estériles, la disminución/eliminación de factores de riesgo asociados y el uso de Naloxona en situaciones de reacción aguda a drogas.	4
<p>RD.26. Los programas de mantenimiento con sustitutivos opiáceos monitorizan:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Los usuarios incorporados a programas de sustitución. ○ La adherencia de los usuarios a los tratamientos. ○ Las evaluaciones realizadas para conocer el estado de salud de las personas usuarias y resultados de las mismas. ○ Los usuarios que se benefician del régimen de take-home. ○ Los usuarios derivados a otros servicios de tratamiento de las drogodependencias. ○ Las vacunas administradas (hepatitis, gripe, etc.). ○ Los tratamientos supervisados realizados (VIH, tuberculostáticos, psicofármacos, etc.). ○ Los usuarios que participan en actividades dirigidas a la reducción de daños. ○ Las interrupciones forzadas del tratamiento por distintas razones/motivos. ○ El registro de los fármacos suministrados y análisis de las dosis suministradas. ○ Las incidencias relevantes que se han producido. 	4
<p>RD.27. Los programas de distribución de material de consumo estéril y/o de intercambio de jeringuillas monitorizan:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ El número de equipos de materiales de consumo estériles entregados. ○ El número de equipos de inyección reintegrados. ○ Los usuarios derivados a servicios especializados en el tratamiento de las adicciones. ○ Los usuarios derivados a centros de atención primaria de salud. ○ Los usuarios derivados a la red de servicios sociales. ○ Los usuarios derivados a otros servicios. 	4
<p>RD.28. Las salas de consumo supervisado monitorizan:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Los usuarios incorporados a la sala de consumo. ○ Las evaluaciones realizadas para conocer el estado de salud de los usuarios y resultados de las mismas. ○ Los episodios de sobredosis producidos y los resultados de las intervenciones realizadas. ○ Los usuarios derivados a otros servicios como consecuencia de incidencias en el curso del consumo de drogas realizadas en los espacios de consumo. ○ Las vacunas administradas. ○ Los usuarios que participan en actividades dirigidas a la reducción de los daños. ○ Los usuarios derivados a servicios asistenciales especializados en el tratamiento de las drogodependencias. ○ Los usuarios derivados a centros de atención primaria de salud. ○ Los usuarios derivados a la red de servicios sociales. ○ Las incidencias relevantes que se han producido. 	4
RD.7. Se oferta a los beneficiarios de los programas de mantenimiento con sustitutivos opiáceos el sistema de “dosis para llevar” (take-home) para pacientes estabilizados, tratando de minimizar la derivación de sustitutivos al mercado ilícito y los eventos no deseados (accidentes, sobredosis).	3
RD.18. Se realiza una evaluación del estado de salud y de las necesidades derivadas del mismo a todas las personas beneficiarias de los programas de mantenimiento con sustitutivos y de las salas de consumo supervisado (la participación en programas de distribución de material de consumo estéril, de intercambio de jeringuillas y prevención de sobredosis no contempla la realización de valoraciones médicas).	3
RD.23. Las salas de consumo supervisado evalúan sus efectos sobre: el uso de técnicas de consumo más seguras, el uso de equipos de inyección estériles, la disminución/eliminación de factores de riesgo asociados, la instauración de prácticas sexuales más seguras, la disminución del consumo de drogas en espacios de uso público y la reducción del abandono de material de inyección en espacios públicos.	3
<p>RD.29. Los programas de prevención de sobredosis monitorizan:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ El número de kits de Naloxona entregados. ○ Los usuarios participantes en actividades de entrenamiento dirigidas a la intervención en episodios de reacción aguda a drogas. ○ La información sobre intervenciones realizadas con los kits y resultados de las mismas. 	3

4.4.13. Viabilidad de incorporar ciertos criterios básicos para la acreditación de los programas de incorporación social

La Tabla 4.19 recoge la posición de las distintas entidades respecto a la viabilidad de incorporar como básicos los siguientes criterios para la acreditación de los programas de incorporación social en sus respectivos países.

Tabla 4.19. Viabilidad de incorporar con carácter básico los siguientes criterios a un sistema de acreditación nacional o supranacional de programas de incorporación social.

ÁMBITO DE APLICACIÓN	Argentina	Chile	Colombia	España	Perú	Portugal	Uruguay	Costa Rica	Ecuador	México
IS.1. Se han establecido criterios precisos de inclusión y exclusión en el programa.	✓	✓		✓	✓			✓	✓	
IS.2. La población destinataria del programa está descrita de forma precisa, habiéndose definido su perfil y características.	✓	✓		✓	✓			✓	✓	
IS.3. Se dispone de un protocolo que regula el acceso/admisión de los usuarios al programa o al menos el programa describe los procedimientos previstos para ello.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
IS.4. El contenido de la cartera de servicios ofertados por el programa es difundido entre los potenciales beneficiarios y las entidades/servicios que trabajan en el campo de las drogodependencias o la exclusión social.	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓		
IS.5. Se tienen en consideración las barreras que el género puede introducir en la accesibilidad al programa.		✓	✓	✓	✓	✓		✓		
IS.6. El programa dispone de personal especializado capaz de trabajar la mejora de las habilidades personales y sociales, en especial de aquellas relacionadas para la búsqueda de empleo.	✓	✓		✓	✓	✓		✓		
IS.7. Se identifican las competencias que debe reunir el personal responsable de la implementación del programa y se concreta si está previsto realizar un programa de formación del mismo.		✓		✓	✓	✓		✓		
IS.8. Existen acuerdos de colaboración con distintos programas y servicios (servicios sociales, de empleo, etc.) que permiten el acceso de las personas beneficiarias de los programas de incorporación social a los mismos.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
IS.9. El programa incluye una adecuada justificación, soportada en un estudio previo de necesidades.	✓	✓		✓	✓	✓		✓		
IS.10. Se han evaluado las necesidades y demandas habituales de la población drogodependiente potencialmente beneficiaria del programa, en especial las relacionadas con ciertos problemas sociales y de salud: laborales, económicas, familiares, de alojamiento, judiciales-legales, aislamiento social, trastornos mentales asociados a la dependencia de las drogas y minusvalías o enfermedades orgánicas graves.	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	
IS.11. Se han identificado los programas y recursos existentes en la comunidad sobre la que se pretende incidir, destinados a apoyar los procesos de integración social de colectivos con problemas de exclusión social.	✓	✓		✓	✓			✓		
IS.12. El programa analiza la influencia que el entorno social y económico ejercen sobre los procesos de exclusión e integración social de la población potencialmente beneficiaria del mismo, teniendo en consideración: la coyuntura económica del país, región o comunidad donde se implementará el programa y las políticas de empleo vigentes, las actitudes y estereotipos dominantes entre la comunidad donde se ejecutará el programa hacia las personas drogodependientes y las medidas para apoyar su incorporación social y las políticas sociales existentes para prevenir las situaciones de exclusión social y pobreza y apoyar los procesos de incorporación social.		✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	

ÁMBITO DE APLICACIÓN	Argentina	Chile	Colombia	España	Perú	Portugal	Uruguay	Costa Rica	Ecuador	México
IS.13. El programa establece mecanismos y procedimientos que aseguren que las personas que acceden al mismo disponen de un diagnóstico social personalizado que establezca sus necesidades en materia de incorporación social.	✓	✓		✓	✓	✓		✓		
IS.14. La recogida de la información necesaria para la elaboración del diagnóstico social de las personas beneficiarias del programa se realiza a través de instrumentos estandarizados (Historia sociolaboral, etc.) que permiten valorar las siguientes áreas: antecedentes de participación en otros programas de incorporación social, tipo de alojamiento, modo de convivencia, relaciones familiares, situación económica y fuente de ingresos, situación laboral actual, antecedentes laborales y actitudes ante el empleo (diagnóstico de empleabilidad), nivel formativo, relaciones sociales y redes de apoyo social, formas de ocupación del ocio, situación jurídica-legal, estado de salud (física y mental), grado de autonomía personal, recursos personales, actitud y disposición para el cambio, situación actual de los consumos de drogas y, en su caso, evolución en el tratamiento de la drogodependencia.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
IS.15. Se dispone de un modelo teórico explicativo de los problemas de exclusión social que afectan a las personas drogodependientes.		✓		✓	✓		✓		✓	
IS.16. El modelo teórico permite establecer cómo los problemas que las personas drogodependientes presentan para su incorporación social pueden ser modificados.		✓		✓	✓			✓		
IS.17. El modelo teórico ayuda a identificar estándares que permitan caracterizar en términos operativos las situaciones de exclusión social y de incorporación social.	✓	✓		✓	✓			✓		
IS.18. Se han establecido alianzas con otras organizaciones, instituciones o grupos comunitarios que trabajan a favor de la incorporación social de distintos colectivos: creación de redes y estructuras de cooperación interinstitucional.	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓		
IS.19. El programa se integra dentro de planes o estrategias más amplias dirigidas a la prevención de la exclusión social y/o a apoyar la incorporación social de colectivos vulnerables o desfavorecidos.		✓	✓	✓	✓	✓		✓		
IS.20. El programa establece la posibilidad de participar en redes sociales y estructuras de coordinación interinstitucional en materia de incorporación social que existen en la comunidad/área geográfica donde está previsto implementar el programa.	✓	✓			✓	✓		✓		
IS.21. Se evalúan los recursos y capacidades internas para desarrollar el programa, en particular en lo relativo a: Los recursos humanos disponibles (composición del equipo promotor) y las competencias del personal encargado del diseño, ejecución y seguimiento del programa, la experiencia previa del personal que integra el equipo promotor del programa, los recursos de que dispone la organización promotora del programa, los materiales y tecnológicos y los recursos financieros.	✓	✓		✓	✓			✓		
IS.22. Se evalúan los recursos, capacidades y potencialidades de cambio de la población beneficiaria del programa.		✓		✓	✓			✓		

ÁMBITO DE APLICACIÓN	Argentina	Chile	Colombia	España	Perú	Portugal	Uruguay	Costa Rica	Ecuador	México
IS.23. Existe un documento escrito en el que se describen todos los elementos relevantes del programa, en particular: <ul style="list-style-type: none"> Las conclusiones más relevantes de la evaluación de necesidades y las prioridades que se han establecido a la vista de los resultados del análisis de necesidades. Las partes interesadas en el programa y los procedimientos para su participación. La población objetivo del programa (población destinataria y población mediadora) y los procedimientos para su selección. El modelo teórico en que se apoya el programa. Los objetivos que persigue el programa. Las estrategias de intervención seleccionadas. Los ámbitos en los que incidirá el programa. Los recursos humanos, materiales y financieros disponibles. Los procedimientos de coordinación internos y externos. Las actividades previstas, su duración y el cronograma para su ejecución. Los procedimientos para el seguimiento del programa y la evaluación del proceso y resultados. 	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
IS.24. El programa se soporta en un análisis teórico lógico que establece cómo las estrategias y actuaciones que incorpora contribuirán a evitar/reducir las dificultades que la población beneficiaria presenta en materia de incorporación social.		✓	✓	✓	✓			✓	✓	
IS.25. Existe coherencia interna entre el soporte teórico del programa, el análisis de la situación (evaluación de necesidades), los objetivos, las estrategias de intervención y las actividades previstas.	✓	✓		✓	✓	✓		✓	✓	
IS.26. Se explicitan de forma precisa y clara las metas y objetivos que se pretenden conseguir.	✓	✓		✓	✓	✓		✓		
IS.27. Los objetivos guardan una estrecha relación con las necesidades y prioridades identificadas en la evaluación de necesidades.	✓	✓		✓	✓			✓	✓	
IS.28. Los objetivos tienen una relación lógica con el modelo teórico utilizado para explicar los factores que inciden en los procesos de exclusión social y los mecanismos que favorecen la incorporación social.		✓		✓	✓			✓	✓	
IS.29. El programa incluye objetivos generales, específicos y operacionales, formulados de manera tal que puedan ser evaluados de forma objetiva mediante indicadores.	✓	✓		✓	✓	✓		✓	✓	
IS.30. El programa establece objetivos realistas, que tienen presentes las limitaciones de la población beneficiaria y las características sociales, culturales y económicas del contexto en el que se va a intervenir y que pueden dificultar los procesos de incorporación social.	✓	✓		✓	✓			✓	✓	
IS.31. El programa incluye procedimientos y técnicas de intervención de calidad contrastada, perfectamente definidas y documentadas y coherentes con la evidencia disponible y/o las recomendaciones de buenas prácticas establecidas en materia de incorporación social de la población drogodependiente		✓		✓	✓	✓		✓	✓	
IS.32. Las estrategias de intervención seleccionadas se ajustan a las características y necesidades de la población beneficiaria.	✓	✓		✓	✓	✓		✓		
IS.33. Las estrategias de intervención propuestas son viables teniendo en cuenta el contexto donde deben ser implementadas.	✓	✓		✓	✓	✓		✓		

ÁMBITO DE APLICACIÓN	Argentina	Chile	Colombia	España	Perú	Portugal	Uruguay	Costa Rica	Ecuador	México
IS.34. El programa incluye estrategias destinadas a facilitar la accesibilidad de sus potenciales beneficiarios, teniendo en cuenta las barreras organizativas, económicas, estructurales, sociales y culturales que pueden dificultar o impedir el acceso al programa, en especial en el caso de las mujeres, los inmigrantes o las personas sin hogar. Entre otras, el programa incluye estrategias de aproximación activa a aquellos drogodependientes que permanecen alejados de los servicios especializados en el tratamiento de las adicciones y/o de los servicios sanitarios y sociales generales, para evitar la consolidación de situaciones de exclusión y/o marginación.	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓		
IS.35. El programa incluye el entrenamiento en destrezas y conocimientos básicos, previo al acceso a los recursos y servicios previstos para favorecer la incorporación social.	✓	✓		✓	✓		✓	✓		
IS.36. Las estrategias de intervención previstas en el programa asumen la premisa de que la incorporación social en un proceso individualizado, existiendo múltiples itinerarios para lograr esta meta. Los objetivos y contenidos de los itinerarios de incorporación social son flexibles, dependiendo de: <ul style="list-style-type: none"> ○ La posición de partida de la persona (problemas y necesidades, estado de salud física y mental, etc.). ○ Su actitud y grado de compromiso para el cambio. ○ Los recursos, capacidades y habilidades personales con que cuenta. ○ La red social y familiar de apoyo de que dispone. 	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
IS.37. El contenido de los “Programas Individualizados de Incorporación Social” serán consensuados con las personas interesadas, quedando reflejados los acuerdos y compromisos alcanzados en un “contrato de incorporación social” que suscribirán las mismas.	✓	✓		✓	✓	✓		✓		
IS.38. El programa identifica todas las actividades que está previsto llevar a cabo, así como la metodología a seguir para ello		✓		✓	✓			✓		
IS.39. Las actividades y la metodología prevista para su desarrollo se ajustan a las características de la población destinataria.	✓	✓		✓	✓	✓		✓		
IS.40. El programa establece de forma precisa las entidades o profesionales responsables de ejecutar las diferentes actividades, su secuencia y el calendario en el que deberán implementarse.		✓		✓	✓			✓		
IS.41. Las actividades son coherentes con los objetivos y estrategias previstos del programa.	✓	✓		✓	✓	✓		✓		
IS.42. Se detalla el personal responsable de la implementación del programa, su dedicación y las funciones a desempeñar (composición y funciones del equipo promotor del programa).	✓	✓		✓	✓			✓		
IS.43. El programa incorpora un presupuesto consolidado, que asegura la disponibilidad de los recursos humanos y materiales previstos para su ejecución.	✓	✓		✓	✓			✓		
IS.44. El programa identifica todos los recursos internos y externos (tanto humanos, como materiales y financieros) implicados en su desarrollo.	✓	✓		✓	✓			✓		
IS.45. Se identifican los mecanismos de coordinación, interna y externa, entre los distintos actores y partes interesadas en el desarrollo del programa, estableciendo las responsabilidades y competencias asumidas por cada una de las partes.		✓		✓	✓			✓		
IS.46. Se monitorizan y registran todas las actividades y actuaciones desarrolladas en el marco del programa.		✓		✓	✓	✓		✓		
IS.47. Se realizan las mediciones y el registro de los datos previstos antes del inicio del programa, durante su implementación y a la finalización de las actividades programadas.		✓		✓	✓			✓		

ÁMBITO DE APLICACIÓN	Argentina	Chile	Colombia	España	Perú	Portugal	Uruguay	Costa Rica	Ecuador	México
IS.48. El programa contempla un plan para evaluar su implementación, cobertura y resultados, en el que se identifican: los datos que serán recopilados para facilitar su evaluación, las fuentes de información a usar para su recogida y los instrumentos, herramientas y procedimientos a seguir para realizar la evaluación del programa (medición de la situación inicial, intermedia y final de las personas beneficiarias del programa y/o de los distintos servicios que incorpora el mismo).		✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	
IS.49. El plan de evaluación del programa describe los indicadores de proceso que permitirán monitorizar las actuaciones desarrolladas en su contexto, entre las que cabe mencionar el número de beneficiarios que: <ul style="list-style-type: none"> ○ Han accedido al programa a través de los diferentes mecanismos o vías establecidos para ello. ○ Han accedido/utilizado los distintos servicios o actividades que integran el mismo. ○ Han sido derivados a centros de tratamiento de las drogodependencias. ○ Disponen de programas individualizados de incorporación social. ○ Han completado satisfactoriamente el programa individualizado de incorporación social (han realizado todas las actividades previstas y/o alcanzado los objetivos previstos en el PII). ○ Participan en programas de tratamiento. ○ Derivados a la red de servicios sociales para la atención de necesidades sociales básicas. ○ Derivados a los servicios de empleo. 	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
IS.50. El plan de evaluación del programa describe los indicadores que serán utilizados para evaluar la cobertura del programa en relación con la población potencialmente beneficiaria del mismo.		✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	
IS.51. El plan de evaluación del programa describe los indicadores que serán utilizados para evaluar los resultados del programa.	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	

OBSERVACIONES:

En México existen acciones aisladas destinadas a favorecer la reincorporación de las personas con adicción a las drogas al ámbito laboral y/o académico, por medio de programas de capacitación promovidos por la Secretaría de Trabajo y la Secretaría de Educación Pública. Sin embargo, se carece de programas coordinados que reincorporen a la sociedad a esta población y le den seguimiento.

Costa Rica propone reformular la redacción del criterio IS. 14 del siguiente modo: “La recogida de la información necesaria para la elaboración del diagnóstico social de las personas beneficiarias del programa, se realiza a través de instrumentos estandarizados que permiten valorar las siguientes áreas: personal, familiar, salud, legal, laboral y comunitaria, vinculadas con la problemática del consumo de sustancias psicoactivas”.

Chile cuenta, desde el año 2011, con un programa (aún en fase piloto) de integración social de personas que han regresado de programas de tratamiento por consumo problemático de sustancias. El Programa “Chile Integra”, considera entre sus componentes, la evaluación de necesidades de integración social, la orientación e intermediación laboral, las viviendas de apoyo a la integración y la articulación de redes de apoyo a nivel comunitario.

Los representantes del SENDA sugieren no usar lenguaje que pudiera contribuir a la estigmatización de la población afectada por el consumo problemático de sustancias, como por ejemplo, personas drogodependientes.

Únicamente en 34 de los 51 criterios sometidos a valoración una mayoría cualificada de entidades consideran viable su implementación como requisitos básicos para la acreditación de los programas de incorporación social en sus respectivos países. Ocho de los criterios sometidos cuentan con el aval de entre el 80% y el 90% de las entidades (Tabla 4.20).

Tabla 4.20. Ranking de viabilidad atribuida a la incorporación de distintos criterios básicos para la acreditación de programas de incorporación social.

Criterios programas de incorporación social	Nº de países que consideran viable incorporar el criterio
IS.8. Existen acuerdos de colaboración con distintos programas y servicios (servicios sociales, de empleo, etc.) que permiten el acceso de las personas beneficiarias de los programas de incorporación social a los mismos.	9
IS.14. La recogida de la información necesaria para la elaboración del diagnóstico social de las personas beneficiarias del programa se realiza a través de instrumentos estandarizados (Historia sociolaboral, etc.) que permiten valorar las siguientes áreas: Antecedentes de participación en otros programas de incorporación social, tipo de alojamiento y características del mismo, tipo de convivencia y relaciones familiares, situación económica y fuente de ingresos, situación laboral actual, antecedentes laborales y actitudes ante el empleo, que sirva de base para obtener un diagnóstico de empleabilidad, nivel formativo, relaciones sociales y redes de apoyo social, formas de ocupación del ocio, situación jurídica-legal, estado de salud (física y mental), grado de autonomía personal, recursos personales, actitud y disposición para el cambio, situación actual de los consumos de drogas y, en su caso, evolución en el tratamiento de la drogodependencia.	9
IS.23. Existe un documento escrito en el que se describen todos los elementos relevantes del programa, en particular: <ul style="list-style-type: none"> ○ Las conclusiones más relevantes de la evaluación de necesidades y las prioridades que se han establecido a la vista de los resultados del análisis de necesidades. ○ Las partes interesadas en el programa y los procedimientos para su participación. ○ La población objetivo del programa (población destinataria y población mediadora) y los procedimientos para su selección. ○ El modelo teórico en que se apoya el programa. ○ Los objetivos que persigue el programa. ○ Las estrategias de intervención seleccionadas. ○ Los ámbitos en los que incidirá el programa. ○ Los recursos humanos, materiales y financieros disponibles. ○ Los procedimientos de coordinación internos y externos. ○ Las actividades previstas, su duración y el cronograma para su ejecución. ○ Los procedimientos para el seguimiento del programa y la evaluación del proceso y resultados. 	9
IS.49. El plan de evaluación del programa describe los indicadores de proceso que permitirán monitorizar las actuaciones desarrolladas en su contexto, entre las que cabe mencionar el número de beneficiarios que: <ul style="list-style-type: none"> ○ Han accedido al programa a través de los diferentes mecanismos o vías establecidos para ello. ○ Han accedido/utilizado los distintos servicios o actividades que integran el mismo (orientación laboral, asesoramiento social, formación prelaboral) ○ Han sido derivados a centros de tratamiento de las drogodependencias. ○ Disponen de programas individualizados de incorporación social. ○ Han completado satisfactoriamente el programa individualizado de incorporación social (han realizado todas las actividades previstas y/o alcanzado los objetivos previstos en el PII). ○ Participan en programas de tratamiento. ○ Derivados a la red de servicios sociales para la atención de necesidades sociales básicas. ○ Derivados a los servicios de empleo. 	9
IS.3. Se dispone de un protocolo que regula el acceso/admisión de los usuarios al programa o al menos el programa describe los procedimientos previstos para ello.	8
IS.10. Se han evaluado las necesidades y demandas habituales de la población drogodependiente potencialmente beneficiaria del programa, en especial las relacionadas con ciertos problemas sociales y de salud: laborales, económicas, familiares, de vivienda- alojamiento, judiciales-legales, aislamiento social, trastornos mentales asociados a la dependencia de las drogas y minusvalías o enfermedades orgánicas graves.	8

Criterios programas de incorporación social	N° de países que consideran viable incorporar el criterio
<p>IS.36. Las estrategias de intervención previstas en el programa asumen la premisa de que la incorporación social en un proceso individualizado, existiendo múltiples itinerarios para lograr esta meta. Los objetivos y contenidos de los itinerarios de incorporación social son flexibles, dependiendo de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ La posición de partida de la persona (problemas y necesidades, estado de salud física y mental, etc.). ○ Su actitud y grado de compromiso para el cambio. ○ Los recursos, capacidades y habilidades personales con que cuenta. ○ La red social y familiar de apoyo de que dispone. 	8
<p>IS.51. El plan de evaluación del programa describe los indicadores que serán utilizados para evaluar los resultados del programa.</p>	8
<p>IS.4. El contenido de la cartera de servicios ofertados por el programa es difundido entre los potenciales beneficiarios y las entidades/servicios que trabajan en el campo de las drogodependencias o la exclusión social.</p>	7
<p>IS.12. El programa analiza la influencia que el entorno social y económico ejercen sobre los procesos de exclusión e integración social de la población potencialmente beneficiaria del mismo, teniendo en consideración: la coyuntura económica del país, región o comunidad donde se implementará el programa y las políticas de empleo vigentes, las actitudes y estereotipos dominantes entre la comunidad donde se ejecutará el programa hacia las personas drogodependientes y las medidas para apoyar su incorporación social y las políticas sociales existentes para prevenir las situaciones de exclusión social y pobreza y apoyar los procesos de incorporación social.</p>	7
<p>IS.25. Existe coherencia interna entre el soporte teórico del programa, el análisis de la situación (evaluación de necesidades), los objetivos, las estrategias de intervención y las actividades previstas.</p>	7
<p>IS.18. Se han establecido alianzas con otras organizaciones, instituciones o grupos comunitarios que trabajan a favor de la incorporación social de distintos colectivos: creación de redes y estructuras de cooperación interinstitucional.</p>	7
<p>IS.29. El programa incluye objetivos generales, específicos y operacionales, formulados de manera tal que puedan ser evaluados de forma objetiva mediante indicadores.</p>	7
<p>IS.34. El programa incluye estrategias destinadas a facilitar la accesibilidad de sus potenciales beneficiarios, teniendo en cuenta las barreras organizativas, económicas, estructurales, sociales y culturales que pueden dificultar o impedir el acceso al programa, en especial en el caso de las mujeres, los inmigrantes o las personas sin hogar. Entre otras, el programa incluye estrategias de aproximación activa a aquellos drogodependientes que permanecen alejados de los servicios especializados en el tratamiento de las adicciones y/o de los servicios sanitarios y sociales generales, para evitar la consolidación de situaciones de exclusión y/o marginación.</p>	7
<p>IS.48. El programa contempla un plan para evaluar su implementación, cobertura y resultados, en el que se identifican: los datos que serán recopilados para facilitar su evaluación y las fuentes de información a utilizar para su recogida, así como los instrumentos, herramientas y procedimientos a seguir para realizar la evaluación del programa (medición de la situación inicial, intermedia y final de las personas beneficiarias del programa y/o de los distintos servicios que incorpora el mismo).</p>	7
<p>IS.50. El plan de evaluación del programa describe los indicadores que serán utilizados para evaluar la cobertura del programa en relación con la población potencialmente beneficiaria del mismo.</p>	7
<p>IS.1. Se han establecido criterios precisos de inclusión y exclusión en el programa.</p>	6
<p>IS.2. La población destinataria del programa está descrita de forma precisa, habiéndose definido su perfil y características.</p>	6
<p>IS.5. Se tienen en consideración las barreras que el género puede introducir en la accesibilidad al programa.</p>	6
<p>IS.6. El programa dispone de personal especializado capaz de trabajar la mejora de las habilidades personales y sociales, en especial de aquellas relacionadas para la búsqueda de empleo.</p>	6
<p>IS.9. El programa incluye una adecuada justificación, soportada en un estudio previo de necesidades.</p>	6
<p>IS.13. El programa establece mecanismos y procedimientos que aseguren que las personas que acceden al mismo disponen de un diagnóstico social personalizado que establezca sus necesidades en materia de incorporación social</p>	6
<p>IS.19. El programa se integra dentro de planes o estrategias más amplias dirigidas a la prevención de la exclusión social y/o a apoyar la incorporación social de colectivos vulnerables o desfavorecidos.</p>	6
<p>IS.24. El programa se soporta en un análisis teórico lógico que establece cómo las estrategias y actuaciones que incorpora contribuirán a evitar/reducir las dificultades que la población beneficiaria presenta en materia de incorporación social.</p>	6
<p>IS.26. Se explicitan de forma precisa y clara las metas y objetivos que se pretenden conseguir.</p>	6

Criterios programas de incorporación social	Nº de países que consideran viable incorporar el criterio
IS.27. Los objetivos guardan una estrecha relación con las necesidades y prioridades identificadas en la evaluación de necesidades.	6
IS.30. El programa establece objetivos realistas, que tienen presentes las limitaciones de la población beneficiaria y las características sociales, culturales y económicas del contexto en el que se va a intervenir y que pueden dificultar los procesos de incorporación social.	6
IS.31. El programa incluye procedimientos y técnicas de intervención de calidad contrastada, perfectamente definidas y documentadas y coherentes con la evidencia disponible y/o las recomendaciones de buenas prácticas establecidas en materia de incorporación social de la población drogodependiente	6
IS.32. Las estrategias de intervención seleccionadas se ajustan a las características y necesidades de la población beneficiaria.	6
IS.33. Las estrategias de intervención propuestas son viables teniendo en cuenta el contexto donde deben ser implementadas.	6
IS.35. El programa incluye el entrenamiento en destrezas y conocimientos básicos, previo al acceso a los recursos y servicios previstos para favorecer la incorporación social.	6
IS.37. El contenido de los "Programas Individualizados de Incorporación Social" serán consensuados con las personas interesadas, quedando reflejados los acuerdos y compromisos alcanzados en un "contrato de incorporación social" que suscribirán las mismas.	6
IS.41. Las actividades son coherentes con los objetivos y estrategias previstos del programa.	6
IS.39. Las actividades y la metodología prevista para su desarrollo se ajustan a las características de la población destinataria.	6
IS.7. Se identifican las competencias que debe reunir el personal responsable de la implementación del programa y se concreta si está previsto realizar un programa de formación del mismo.	5
IS.11. Se han identificado los programas y recursos existentes en la comunidad sobre la que se pretende incidir, destinados a apoyar los procesos de integración social de colectivos con problemas de exclusión social.	5
IS.15. Se dispone de un modelo teórico explicativo de los problemas de exclusión social que afectan a las personas drogodependientes.	5
IS.17. El modelo teórico ayuda a identificar estándares que permitan caracterizar en términos operativos las situaciones de exclusión social y de incorporación social.	5
IS.20. El programa establece la posibilidad de participar en redes sociales y estructuras de coordinación interinstitucional en materia de incorporación social que existen en la comunidad/área geográfica donde está previsto implementar el programa.	5
IS.21. Se evalúan los recursos y capacidades internas para desarrollar el programa, en particular en lo relativo a: los recursos humanos disponibles (composición del equipo promotor) y las competencias del personal encargado del diseño, ejecución y seguimiento del programa, la experiencia previa del personal que integra el equipo promotor del programa, los recursos de que dispone la organización promotora y a los materiales y tecnológicos y los recursos financieros.	5
IS.28. Los objetivos tienen una relación lógica con el modelo teórico utilizado para explicar los factores que inciden en los procesos de exclusión social y los mecanismos que favorecen la incorporación social.	5
IS.42. Se detalla el personal responsable de la implementación del programa, su dedicación y las funciones a desempeñar (composición y funciones del equipo promotor del programa).	5
IS.43. El programa incorpora un presupuesto consolidado, que asegura la disponibilidad de los recursos humanos y materiales previstos para su ejecución.	5
IS.44. El programa identifica todos los recursos internos y externos (tanto humanos, como materiales y financieros) implicados en su desarrollo.	5
IS.46. Se monitorizan y registran todas las actividades y actuaciones desarrolladas en el marco del programa.	5
IS.16. El modelo teórico permite establecer cómo los problemas que las personas drogodependientes presentan para su incorporación social pueden ser modificados.	4
IS.22. Se evalúan los recursos, capacidades y potencialidades de cambio de la población beneficiaria del programa.	4
IS.38. El programa identifica todas las actividades que está previsto llevar a cabo, así como la metodología a seguir para ello.	4
IS.40. El programa establece de forma precisa las entidades o profesionales responsables de ejecutar las diferentes actividades, su secuencia y el calendario en el que deberán implementarse.	4
IS.45. Se identifican los mecanismos de coordinación, interna y externa, entre los distintos actores y partes interesadas en el desarrollo del programa, estableciendo las responsabilidades y competencias asumidas por cada una de las partes.	4
IS.47. Se realizan las mediciones y el registro de los datos previstos antes del inicio del programa, durante su implementación y a la finalización de las actividades programadas.	4

4.4.14. Balance general de la viabilidad de incorporación de diferentes criterios para la acreditación de los programas de incorporación social

A continuación se resume el grado de viabilidad que los diferentes criterios inicialmente propuestos tendrían, desde la perspectiva de las entidades que han participado en el estudio, de ser incorporados a sistemas de acreditación de carácter nacional o supranacional (Tabla 4.21). Para facilitar los procesos de toma de decisiones en relación a la posibilidad de implementar un sistema de acreditación supranacional, se han establecido dos categorías para analizar la viabilidad de incorporar diferentes criterios al citado sistema:

- Criterios cuya incorporación al sistema de acreditación, con carácter básico o de obligado cumplimiento, se considera viable por una mayoría cualificada de entidades o países: el 60% o más de las entidades o países.
- Criterios cuya incorporación al sistema de acreditación, con carácter básico o de obligado cumplimiento, se considera viable por una mayoría reforzada de entidades o países: considerados viables por el 70%, el 80-90% o el 100% de las entidades o países.

Tabla 4.21. Viabilidad de la incorporación de diferentes criterios básicos a sistemas de acreditación de carácter nacional o supranacional (% de entidades que consideran viable implementar los criterios).

TIPO DE PROGRAMAS	CRITERIOS PROPUESTOS	CRITERIOS CONSIDERADOS VIABLES POR:			
		Mayoría cualificada (≥ 60%)	Mayoría reforzada (≥70%)	Mayoría reforzada (≥80%)	Mayoría reforzada (100%)
1. Comunes PRD	32	29	26	16	3
2. Prevención	63	59	51	26	1
3. Reducción riesgos	5	5	3	2	0
4. Tratamiento	63	58	52	32	2
5. Reducción daños	29	5	2	0	0
6. Incorporación social	51	34	16	8	0

4.5. Conclusiones

Los datos descritos en los apartados precedentes permiten obtener algunas conclusiones respecto a la situación actual de los sistemas de acreditación de las diferentes categorías de programas de reducción de la demanda, en los países que participan en el Proyecto para la definición de criterios de calidad para la acreditación de programas de reducción de la demanda de drogas como socios o entidades colaboradoras. Asimismo, permite analizar la viabilidad de la implementación de un sistema de acreditación de este tipo de programas, compatible entre los socios del Programa COPOLAD de América Latina y la Unión Europea.

- 1ª) Hasta la fecha las actuaciones en el campo de la acreditación de los programas de reducción de la demanda se han concentrado en los procesos y procedimientos de autorización o habilitación de los centros y servicios destinados al tratamiento de las personas con problemas de abuso o dependencia a las drogas. De hecho los diez países participantes en el estudio han desarrollado normas legales que regulan la apertura y el funcionamiento de los centros asistenciales.
- 2ª) La existencia de normas de acreditación de programas de reducción de la demanda (complementarias a las que regulan estrictamente la autorización o habilitación de los servicios asistenciales) es muy limitada. Únicamente tres de los diez países que han participado en el estudio afirman contar con normas que regulan la acreditación de los programas de reducción de la demanda, si bien en alguno de los casos existen dificultades para identificar los criterios que incorporan los sistemas de acreditación.
- 3ª) A pesar de la escasa implantación que tienen en la actualidad los sistemas de acreditación de los PRD se constata el interés que este tipo de procesos despierta en la práctica totalidad de los países participantes en el estudio. Así lo confirma el hecho de que nueve de los diez países hayan creado grupos de trabajo institucionales para avanzar en la puesta en marcha de sistemas de acreditación de este tipo de programas.
- 4ª) Existen importantes diferencias en cuanto a la viabilidad de poner en marcha sistemas de acreditación de carácter nacional o supranacional. Estas diferencias están condicionadas tanto por la naturaleza de los programas, como por variables de carácter nacional.

La viabilidad de implementar sistemas de acreditación (nacionales o supranacionales) es mayor en el caso de los programas de tratamiento y de prevención/reducción de riesgos. En un nivel intermedio de viabilidad se situarían los programas de incorporación social y con una menor viabilidad los programas de reducción de daños asociados al consumo.

Por otro lado, la viabilidad de poner en marcha sistemas de acreditación es más reducida en algunos países, para todo tipo de programas.

- 5ª) El grado de consolidación de las políticas y/o de los programas en los respectivos ámbitos de la reducción de la demanda condiciona de forma directa la viabilidad de implementar sistemas de acreditación. Cuando las políticas generales o sectoriales (prevención, tratamiento, etc.) están más desarrolladas o consolidadas mayor es la viabilidad de poner en marcha estos sistemas y, en sentido inverso, las políticas y programas “emergentes” o que tienen un desarrollo temporal más breve, son las que cuentan con una viabilidad más reducida.

6ª) A pesar de las diferencias observadas en la viabilidad de implementación de sistemas de acreditación de las distintas categorías de programas de reducción de la demanda de drogas en cada uno de los países estudiados, existe una amplia base de consenso que permitiría la puesta en marcha de un sistema de acreditación de carácter supranacional entre los socios y entidades colaboradoras de América Latina y la Unión Europea participantes en el proyecto.

El análisis de los datos aportados acerca de la viabilidad de incorporar como requisitos básicos o de obligado cumplimiento a los sistemas de acreditación generales o específicos de cada una de las categorías de programas de reducción de la demanda confirma la existencia de una amplia base de acuerdo, sustentada en la existencia de una mayoría cualificada de entidades/países que consideran viable incorporar (Ver Tabla 4.21):

- 32 criterios comunes para la acreditación de programas de reducción de la demanda.
- 59 criterios para la acreditación de programas de prevención.
- 58 criterios para la acreditación de programas de tratamiento.
- 34 criterios para la acreditación de programas de incorporación social.
- 5 criterios para la acreditación de programas de reducción de riesgos asociados al consumo.
- 5 criterios para la acreditación de programas de reducción de daños asociados al consumo.

7ª) La opción de poner en marcha un sistema de acreditación único de aplicación al conjunto de los programas de reducción de la demanda resulta menos viable, debido a que ciertas categorías de programas (como ocurre en el caso de los programas de reducción del daño) son percibidas como escasamente viables por un buen número de países.

8ª) Existe un amplio nivel de acuerdo a la hora de identificar las medidas de acompañamiento que deberían implementarse para apoyar la puesta en marcha de los sistemas de acreditación de los programas de reducción de la demanda de drogas, entre las que destacan la promulgación de normas que establezcan los requisitos y procedimientos para la obtención de la acreditación, la elaboración de manuales/guías de apoyo a la gestión de los sistemas de acreditación, la designación del órgano encargado de gestionar los procesos de acreditación, la puesta en marcha de programas de formación destinados a representantes institucionales y técnicos del sector, o la creación de grupos de trabajo con representantes institucionales y organizaciones sociales que colaboren en la puesta en marcha de los sistemas de acreditación. Las medidas propuestas son en general asumibles, no requiriendo de excesivos recursos adicionales, pudiendo ser cubiertas algunas de ellas con los recursos ordinarios de que disponen las entidades participantes en el estudio.

Señalar finalmente que los resultados aportados por el estudio serán incorporados al informe ejecutivo que será trasladado al Consejo Asesor del Proyecto. Este órgano será el encargado de decidir la estrategia a adoptar para facilitar la puesta en marcha de un sistema de acreditación supranacional, compatible para los socios y entidades colaboradoras en el Programa COPOLAD,

ANEXO I. NORMATIVA LEGAL SOBRE AUTORIZACIÓN Y ACREDITACIÓN DE PROGRAMAS DE ATENCIÓN AL DROGODEPENDIENTE EN ARGENTINA

Resolución Conjunta SEDRONAR-Ministerio de Salud 153/361 (17 junio de 1997)

La citada resolución establece los servicios que prestarán los centros preventivos-asistenciales, así como los requisitos mínimos para su habilitación, en los diferentes niveles asistenciales (consultorios externos, hospitales de día y centros residenciales). Entre los requisitos exigidos para la habilitación de dichos centros se incluyen los relativos a:

- La dirección técnica y al personal profesional de los centros.
- La planta física y la capacidad asistencial.
- La documentación.
- El programa terapéutico y las normas de bioseguridad.

ANEXO II. NORMATIVA LEGAL SOBRE AUTORIZACIÓN Y ACREDITACIÓN DE PROGRAMAS DE ATENCIÓN AL DROGODEPENDIENTE EN COLOMBIA

Resolución 1315 del Ministerio de Protección Social, de 25 de abril de 2006, por la cual se definen las Condiciones de Habilitación para los Centros de Atención en Drogadicción y servicios de Farmacodependencia, y se dictan otras disposiciones.

La resolución regula las condiciones y el procedimiento para la habilitación de los centros de atención en drogadicción, en función de los servicios ofrecidos por las mismas.

(Accesible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=20834>)

ANEXO III (a). NORMATIVA LEGAL SOBRE AUTORIZACIÓN Y ACREDITACIÓN DE PROGRAMAS DE ATENCIÓN AL DROGODEPENDIENTE EN ESPAÑA

La administración estatal regula los criterios y prestaciones básicas y las Comunidades Autónomas (administración regional) desarrollan esta normativa:

A) LEGISLACIÓN ESTATAL:

1. **LEY 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud**. Esta ley supone el marco para garantizar la calidad, equidad y participación social del Sistema Nacional de Salud (SNS). El Ministerio de Sanidad acreditará **aquellos servicios de referencia atendiendo a criterios de calidad**. Asimismo, en el **artículo 59 describe la infraestructura de la calidad**:
 - Normas de calidad que deben guiar los centros y servicios.
 - Indicadores, guías de práctica clínica y asistencial.
 - Registro de buenas prácticas.
 - Determinar estándares mínimos y modelos básicos de atención para la prevención, detección precoz, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de grupos de enfermedades.
2. **Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios**. El propósito de este real decreto es el de sentar las bases para las garantías de seguridad y calidad de la atención sanitaria. En esta normativa **se definen los requisitos para la autorización como requerimientos que deben cumplir los centros, servicios, y establecimientos sanitarios para ser autorizados por la administración sanitaria**, dirigidos a garantizar que cuenten con los medios técnicos, instalaciones y profesionales adecuados para llevar a cabo sus actividades sanitarias. Entre estos servicios enumera los de atención sanitaria al drogodependiente como una unidad asistencial pluridisciplinar en la que, bajo la supervisión de un facultativo sanitario se prestan servicios de prevención, atención y rehabilitación al drogodependiente mediante la aplicación de técnicas terapéuticas. Asimismo, dispone que son las Comunidades Autónomas las que autorizan las normas de instalación y cierre de centros.
3. **Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establecen la cartera de servicios comunes del SNS y el procedimiento para su actualización**. Este Real Decreto establece unos *servicios básicos y comunes que estarán debidamente autorizados* y el tratamiento de las conductas adictivas dentro de la atención a la salud mental. Cartera de servicios comunes de salud pública:
 - Los programas deben estar basados en el mejor conocimiento científico e incluir definición de criterios de población, estrategias, actividades y métodos de actuación, calendarios, estándares de calidad, criterios de accesibilidad, efectividad y participación social, y evaluación
 - Cartera servicios comunes en atención primaria comprende: actividades de prevención, promoción de la salud, servicios específicos de atención a la adolescencia, anamnesis y consejo sobre hábitos que comporten riesgos para la salud como el tabaco, alcohol y sustancias adictivas
 - Atención a personas con conductas de riesgo: a fumadores y apoyo deshabituación; atención al consumidor excesivo de alcohol incluye detección y oferta asistencial
 - Atención a otras conductas adictivas incluye detección, atención y prevención.

Se puede tener acceso completo a esta normativa pinchando en los siguientes enlaces:

- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud
<http://www.msc.es/organizacion/consejoInterterri/docs/LeyCohesionyCalidad.pdf>
- Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios.
<http://www.boe.es/boe/dias/2003/10/23/pdfs/A37893-37902.pdf>
- Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establecen la cartera de servicios comunes del SNS y el procedimiento para su actualización
<http://www.msc.es/profesionales/CarteraDeServicios/docs/CarteraDeServicios.pdf>

B) LEGISLACIÓN POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS

Las Comunidades Autónomas (CCAA) desarrollan la normativa estatal para autorizar y acreditar centros, servicios y establecimientos de atención al drogodependiente. Para ello utilizan dos vías: 1) desarrollo de una normativa específica que regula la atención al drogodependiente y 2) encuadrar esta atención dentro de la normativa general aplicable a los centros sociosanitarios. No obstante, los requisitos son los mismos y suponen el cumplimiento de unos criterios mínimos de calidad:

- Los centros y servicios deberán cumplir la normativa vigente en materia de accesibilidad y eliminación de barreras arquitectónicas, en salud, higiene y seguridad.
- Requisitos materiales y funcionales: personal número y cualificación; ingreso, acceso y consentimiento; registro informático, expediente personal, historia clínica, normas régimen interno/derechos pacientes, sistema de participación, libro de reclamaciones, deber de información, póliza de seguro; registro contable y plan económico de viabilidad; programa terapéutico (objetivos, actividades, evaluación, duración, etc.).

La autorización/acreditación resulta necesaria para la inclusión en el registro de centros, la posibilidad de obtener la acreditación del centro, de obtener subvenciones y ayudas económicas, de establecer conciertos con la administración y para la apertura de actividades del centro.

En algunas CCAA además de estos requisitos básicos se exigen unos requisitos complementarios, un plus de calidad que conforma la acreditación del servicio o programa. La legislación de ámbito autonómico vigente en la actualidad se detalla en la tabla adjunta.

Sólo dos CC.AA. han regulado los criterios de acreditación en prevención, aisladamente de los programas de tratamiento: Galicia y Comunidad Valenciana.

GALICIA: Decreto 41/2008, de 28 de febrero, por el que se establecen los criterios básicos para la autorización de los programas y actividades de prevención en drogodependencias y se constituye el comité técnico de la prevención de drogodependencias de la comunidad autónoma de Galicia: evaluación. Accesible: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/legisla/pdf/legislaAUT204.pdf>

COMUNIDAD VALENCIANA:

Decreto 78/1999, de 1 de junio, del Gobierno Valenciano, por el que se establecen los criterios básicos para la acreditación de los programas de prevención en drogodependencias y otros trastornos adictivos, y se constituye el comité técnico de prevención de las drogodependencias de la Comunidad Valenciana. Accesible: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/legisla/pdf/VALENCIA/31.pdf>

TABLA RESUMEN: NORMATIVA SOBRE ACREDITACIÓN, AUTORIZACIÓN DE CENTROS, SERVICIOS ESTABLECIMIENTOS Y PROGRAMAS DE ATENCIÓN EN SUSTANCIAS PSICOACTIVAS. España, 2013

CCAA	NORMATIVA	OBJETO	REQUISITOS	EFFECTOS
ANDALUCÍA	Orden de 28 de agosto de 2008, de la consejería para la igualdad y bienestar social, por la que se regula la acreditación de los centros de atención a personas con problemas de drogodependencias y adicciones sin sustancias y modifica la orden de 28-7-2000, conjunta de las consejerías de la presidencia y de asuntos sociales, que regulan los requisitos materiales y funcionales de los servicios y centros de servicios sociales de Andalucía y aprueba el modelo de solicitud de las autorizaciones administrativas.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Regular requisitos materiales y funcionales de la red de atención drogodependencias. ➤ Garantizar que reúnen los requisitos mínimos de calidad. Anexo I Incluye prevención y reducción daño. 	<p>Programa terapéutico Personal</p> <p>Plan económico viabilidad</p> <p>Normativa de régimen interior</p> <p>Plan de evacuación</p> <p>Póliza de seguro</p> <p>Normativa higiene y seguridad</p> <p>Requisitos materiales y funcionales:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ personal, ingreso, acceso y consentimiento, ▪ información usuario; normas régimen interno/derechos, sistema de participación, registro contable, , deber información, ▪ registro informático, registro contable ▪ Expediente personal, historia clínica. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Poder obtener reconocimiento de calidad de los servicios ➤ Poder establecer conciertos con la administración a los efectos de obtener la correspondiente autorización administrativa, inscripción registral y posterior acreditación <p>Condición previa: autorizaciones administrativas.</p>
ARAGÓN	Orden de 3 de agosto de 1990, del Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo, derogada por el Decreto 111/1992, del Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo, donde se establecen las condiciones mínimas que deben reunir los servicios y establecimientos sociales especializados	Regular condiciones mínimas que deben de cumplir los servicios y establecimientos	Mismos requisitos que Andalucía. No específicos para centros de drogas	
ASTURIAS	Decreto 63/1993, de 15 de julio, que regula la <u>autorización y acreditación</u> de centros y servicios de atención socio-sanitaria a personas drogodependientes. Antecedentes Revisión del Decreto3/90 establecía criterios mínimos de calidad asistencial	Autorización y acreditación.	Mismos que anteriores CCAA. La acreditación supone unos criterios complementarios en personal y prestación servicios: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Protocolo general de actividades. ▪ Seguimiento individualizado proceso. 	Acreditación requisitos de carácter complementario que suponen la acreditación de ciertos niveles de calidad en sus prestaciones, y ello les hace susceptibles de conciertos, subvenciones y ayudas

CCAA	NORMATIVA	OBJETO	REQUISITOS	EFFECTOS
BALEARES	Decreto 100/2010, de 27 de agosto, por el que se regula el procedimiento de autorización sanitaria de los centros, servicios y establecimientos sanitarios y el funcionamiento del Registro de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios de las Illes Balears	Garantizar la calidad y seguridad asistencial	No específico centros de drogas	Posibilidad de suscribir convenios, contratos con administraciones públicas
CANARIAS	Orden de 13 de agosto de 1992, por la que se desarrolla el decreto 118/1992, de 9 de julio, sobre autorizaciones para la creación, construcción, modificación, adaptación, traslado, supresión o cierre de centros y servicios sociosanitarios de atención a drogodependientes	Otorgar autorización centros y servicios	Similares criterios a los mencionados en anteriores CCAA.	Apertura/cierre de centros
CANTABRIA	Orden de 7 de abril de 1994, por la que se modifica la de 13 de julio de 1989 por la que se desarrolla el decreto 52/1989, de 13 de julio, de centros y establecimientos de servicios sociales y establece los requisitos de <u>procedimiento para otorgar autorización de apertura a centros residenciales de rehabilitación de drogodependientes</u>	Otorgar autorización sólo para centros residenciales de rehabilitación de drogodependientes	Similares	Apertura/cierre centros
CASTILLA LA MANCHA	Orden de 9 de octubre de 2006, de la consejería de sanidad, sobre requisitos técnico-sanitarios de los centros y servicios de atención a la salud mental: UCAS (Unidades de Conductas Adictivas). Mediante el Decreto 13/2002, de 15 de enero, de autorizaciones administrativas de centros, servicios y establecimientos sanitarios no específico, muy escueto sólo autorización	Esta Orden tiene por objeto determinar las condiciones y requisitos técnicos que deben cumplir los centros y servicios de atención a la salud mental para su autorización administrativa. Para la obtención de la autorización, deberá acreditarse que los centros y servicios sanitarios y sociales de atención a la salud mental reúnan los requisitos exigidos en la presente Orden	No específico drogas, sólo autorización. Los centros y servicios deberán cumplir la normativa vigente en materia de accesibilidad y eliminación de barreras Arquitectónicas, requisitos por centros	Apertura/cierre centros

CCAA	NORMATIVA	OBJETO	REQUISITOS	EFFECTOS
CASTILLA Y LEÓN	Decreto 74/2008, de 16 de octubre, por el que se establecen los requisitos y el procedimiento para la autorización de centros específicos de asistencia a drogodependientes de Castilla y León.	Regulación normativa de autorizaciones que establece unos criterios de calidad y garantía de funcionamiento	Similares.	
CATALUÑA	Decreto 92/2002, de 5 de marzo, por el que se establecen la tipología y las condiciones funcionales de los centros y servicios sociosanitarios y se fijan las normas de autorización.	Normas de autorización	Similares. Requisitos no específicos para centros de atención al drogodependiente.	
EXTREMADURA	Decreto 31/1993, de 23 de marzo, sobre requisitos de los centros, servicios o establecimientos de tratamiento de las toxicomanías.		Similares: libro de registro, programa terapéutico (objetivos, actividades, tiempo), personal, historia sociosanitaria, reglamento régimen interno, libro reclamaciones...	
GALICIA	Decreto 41/2008, de 28 de febrero, por el que se establecen los criterios básicos para la autorización de los programas y actividades de prevención en drogodependencias y se constituye el comité técnico de la prevención de drogodependencias de la comunidad autónoma de Galicia: evaluación.	Requisitos de autorización de programas y actividades de prevención del consumo de drogas	Adecuados a los objetivos del Plan de Galicia y cumplir criterios de justificación, coherencia y calidad	Resulta de interés para la consecución de objetivos merecedores de financiación y apoyo público la calidad
GALICIA	Orden de 7 de julio de 1988, sobre autorización de unidades, centros, servicios y establecimientos sanitario-asistenciales de tratamiento de las drogodependencias	Requisitos de autorización	Similares a los descritos en otras CCAA	Condición indispensable para concertar plazas o servicios, y obtener subvenciones
MADRID	Orden de 6 de febrero de 1987, de sanidad y bienestar social, sobre adaptación de los anexos i: tipos de centros: requisitos y unidades de la orden de 11 de febrero de 1986, que desarrolla el decreto 14/1985, de 12 de diciembre, a las peculiaridades características de los centros para rehabilitación y reinserción social de toxicómanos	Requisitos sólo para centros para rehabilitación y reinserción social de toxicómanos	Similares.	

CCAA	NORMATIVA	OBJETO	REQUISITOS	EFFECTOS
MADRID	Orden 612/1990, de 6 de noviembre, de la consejería de integración social, por la que se desarrolla el decreto 91/1990, de 26 de octubre, relativo al régimen de autorización de servicios y centros de acción social y servicios sociales.	Requisitos mínimos de autorización No específicos centros de drogas	Requisitos materiales y funcionales que deben reunir los diferentes Centros y Servicios para su funcionamiento. No específicos centros de drogas	
MURCIA	Orden de 20 de febrero de 1990, sobre autorización de unidades, centros, servicios y establecimientos de tratamiento de las drogodependencias.	Autorización	Similares	
NAVARRA	Decreto foral 4/1991, de 10 de enero, por el que se regula la acreditación de centros residenciales de atención a drogodependientes. Sólo residenciales.	Mediante el acto de acreditación se garantiza que los centros a los que se otorga reúnen la calidad necesaria para la atención residencial	Acreditación y sólo centros residenciales: sólo acreditados los centros legalmente autorizados	Requisito para ser objeto de concierto con las administraciones, otorgamiento de ayudas y subvenciones. La acreditación conllevará la aceptación por parte de los centros de los sistemas de información y evaluación establecidos por el Departamento de Salud
NAVARRA	Decreto foral 214/1997, de 1 de septiembre, por el que se regulan las autorizaciones para la creación, modificación, traslado y funcionamiento de centros, servicios y establecimientos sanitarios	Fin garantizar un nivel adecuado de calidad en los servicios sanitarios. Regula control y autoriza centros	Autorizaciones centros sanitarios incluye centros de atención a drogodependientes.	Inclusión registros de centros; posibilidad de obtener la acreditación del centro; posibilidad de obtener subvenciones, ayudas, establecer conciertos, y apertura de actividades centro.
LA RIOJA	Decreto 10/1991, de 4 de abril, sobre autorización y acreditación de centros de atención sociosanitaria a drogodependientes	Regula autorización como requisitos previos criterios mínimos y acreditación posterior.	Requisitos acreditación: <ul style="list-style-type: none"> ▪ cumplir normativa vigente, salud, higiene y seguridad ▪ personal ▪ derechos ▪ libro reclamaciones 	Transcurrido 1 año de funcionamiento con autorización tienen 1 mes solicitar la acreditación

CCAA	NORMATIVA	OBJETO	REQUISITOS	EFFECTOS
PAÍS VASCO	Orden de 30 de mayo de 1988, del departamento de sanidad y consumo, por la que se establece la normativa para la solicitud y el otorgamiento de la autorización administrativa para la creación, construcción, modificación, traslado o cierre de centros con actividad diagnóstica y/o terapéutica en el área de las toxicomanías. Orden de 9 de noviembre de 1992, del Consejero de Sanidad, por la que se modifican los requisitos de los centros de tratamiento de toxicómanos.	Los centros y servicios de tratamiento de toxicómanos quedarán sujetos a las prescripciones contenidas en el Decreto 271/1985, de 10 de septiembre, sobre autorizaciones de centros, servicios y establecimientos sanitarios asistenciales	Similares a los descritos en otras CC.AA.	Requisito indispensable apertura y funcionamiento
COMUNIDAD VALENCIANA	Decreto 78/1999, de 1 de junio, del gobierno valenciano, por el que se establecen los criterios básicos para la acreditación de los programas de prevención en drogodependencias y otros trastornos adictivos, y se constituye el comité técnico de prevención de las drogodependencias de la comunidad valenciana.	Requisitos mínimos programas de prevención	Principios: correlación con las características del problema , valoración necesidades; cumplir exigencias metodológicas de planificación, implementación y evaluación	Condición indispensable para el registro. Y de aplicación de financiación
COMUNIDAD VALENCIANA	Decreto 132/2010, de 3 de septiembre, del Consell, sobre registro y autorización de centros y servicios de atención y prevención de las drogodependencias y otros trastornos adictivos, en la Comunitat Valenciana.	Regular clasificación, definición y requisitos que deben reunir los centros y servicios de atención y prevención drogodependencias. Establecer régimen de autorización. Unidades prevención comunitaria=servicios especializados de titularidad local que desarrollan programas de prevención	Personal; licencias y autorizaciones administrativas, dispondrán de programa terapéutico que contemplen población destinataria, descripción servicios, objetivos, técnicas, personal necesario, metodología de evaluación. Reglamentariamente se desarrollará el procedimiento de acreditación.	Funciones básica de inspección controlar niveles de calidad e idoneidad de los centros y servicios de prevención y atención drogodependientes.

FUENTE: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas

ANEXO III (b). REFERENCIAS INCLUIDAS EN EL PLAN DE ACCIÓN SOBRE DROGAS 2013-2016, QUE DESARROLLO LA ESTRATEGIA NACIONAL SOBRE DROGAS, EN MATERIA DE CALIDAD. ESPAÑA

El Plan de Acción sobre Drogas 2013-2016 impulsado por el Gobierno de España, que supone un desarrollo de la Estrategia Nacional sobre drogas 2009-2016, establece la adopción de las siguientes acciones con el objetivo de **garantizar una asistencia de calidad**, con base en la evidencia científica:

- Elaboración de un **documento de consenso sobre criterios de acreditación de programas de reducción de la demanda de drogas**, con los criterios mínimos que deben cumplir estos programas.
- La puesta en marcha de un **proyecto de mejora de procesos y procedimientos de asistencia en drogodependencias y adicciones** y su incorporación a la Cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud
- Elaboración de un documento donde se describan **los procesos asistenciales recomendados para la atención a los drogodependientes**, atendiendo especialmente a la patología dual y a las especificidades de la mujer.
- Diseño de un programa formativo para la **aplicación de guías clínicas basadas en la evidencia** para profesionales de la red asistencial.
- Elaboración de **instrumentos para la valoración de los servicios asistenciales** para drogodependientes y se pondrá en marcha un proceso de evaluación de la efectividad de las distintas modalidades terapéuticas.
- Puesta en marcha de un portal de buenas prácticas que recogerá los mejores programas de reducción de la demanda de drogas en el territorio nacional. El portal contará con información sobre los programas, instrumentos de apoyo para su puesta en marcha y evaluación y con un servicio de asesoramiento para profesionales e instituciones.

Acceso a los documentos de referencia:

Plan de Acción sobre Drogas 2013-2016.

http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/PLAN_ACCION_2013_2016_.pdf

Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016

<http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/EstrategiaPNSD2009-2016.pdf>

ANEXO IV. NORMAS PARA LA HABILITACIÓN DE CENTROS DE TRATAMIENTO EN PERÚ

Ley 29765 que regula el establecimiento y ejercicio de los centros de atención para dependientes, que operan bajo la modalidad de comunidades terapéuticas.

(Accesible en: <http://www.congreso.gob.pe/ntley/Imagenes/Leyes/29765.pdf>)

Reglamento de la Ley N° 29765, que regula el establecimiento y ejercicio de los Centros de Atención para Dependientes, que operan bajo la modalidad de comunidades terapéuticas

Accesible en:

[http://spij.minjus.gob.pe/CLP/contenidos.dll/CLPlegcargen/coleccion00000.htm/tomo00400.htm/a%C3%B1o360744.htm/mes370587.htm/dia370972.htm/sector371003/sumilla371004.htm?f=templates\\$fn=document-frame.htm\\$3.0#JD_DS006-2012-SA](http://spij.minjus.gob.pe/CLP/contenidos.dll/CLPlegcargen/coleccion00000.htm/tomo00400.htm/a%C3%B1o360744.htm/mes370587.htm/dia370972.htm/sector371003/sumilla371004.htm?f=templates$fn=document-frame.htm$3.0#JD_DS006-2012-SA)

El Reglamento establece diversos requisitos para la habilitación de las comunidades terapéuticas, entre los que se incluyen: contar con un programa terapéutico, el registro y archivo de los datos de los usuarios en la historia clínica, la dirección general y médica de los centros, la exigencia de contar con un equipo interdisciplinario, diversos aspectos relacionados con la organización y el funcionamiento de los centros (criterios de admisión, evaluación inicial, contrato terapéutico, etc.), los derechos y deberes de los usuarios de los centros y las condiciones físicas de los centros y de las instalaciones.

ANEXO V. NORMAS PARA LA HABILITACIÓN DE CENTROS DE TRATAMIENTO EN URUGUAY

Marco regulatorio para los establecimientos especializados en el tratamiento del usuario con consumo problemático de drogas, elaborado por el Grupo de Trabajo creado por Ordenanza del Ministerio de Salud Pública N° 845, de fecha 5 de octubre de 2005.

(http://www.infodrogas.gub.uy/html/marco_legal/documentos/NormasHabilitacionCentrosTratamiento.pdf)

El citado documento incorpora requisitos de diversa naturaleza:

- Relacionados con el funcionamiento y la infraestructura de los centros.
- Con la evaluación diagnóstica de los usuarios de los servicios.
- Con la oferta terapéutica de los centros asistenciales.
- Con la composición de los equipos técnicos.
- El respeto a los derechos de los usuarios de los centros y servicios.
- Las características físicas de los centros.

Se formulan además requisitos particulares en función de la distinta naturaleza de los servicios asistenciales (centros ambulatorios, hospitales de día, centros nocturnos, servicios residenciales y clínicas de desintoxicación).

Asimismo, y de forma complementaria al marco regulatorio indicado, se han elaborado Protocolos de Evaluación Clínica y Paraclínica de Tratamiento Farmacológico del Consumo Problemático y la Dependencia de Sustancias Psicoactivas”, publicados por el Ministerio de Salud Pública y la Junta Nacional de Drogas y difundidos a toda la Red Asistencial Pública en el 2007.

ANEXO VI. NORMAS PARA LA HABILITACIÓN DE CENTROS DE TRATAMIENTO EN ECUADOR

Acuerdo 00001993 Instructivo para otorgar el permiso anual de funcionamiento a los centros de recuperación para tratamiento a personas con adicciones o dependencia a sustancias psicoactivas (CR), del Ministerio de Salud Pública.

Ley de sustancias estupefacientes y psicotrópicas, codificación

Accesible en:

http://www.consep.gob.ec/descargas/ley_de_sustancias_estupefacientes_y_psicotropicas.pdf

En su artículo 28 la Ley establece que el tratamiento que debiere efectuarse en centros especiales se realizará en los que fueren previamente calificados y autorizados por la Secretaría Ejecutiva, en coordinación con el Ministerio de Salud Pública.

El artículo 33, dedicado a las instituciones asistenciales, señala que: “Previo recomendación del Consejo Directivo del CONSEP, y según los índices de afección por el uso de sustancias sujetas a fiscalización que se presenten en determinadas zonas del país, el Ministerio de Salud Pública, con la colaboración económica del CONSEP, creará casas asistenciales o secciones especializadas, con adecuado personal en las ya existentes, en los lugares que estimare adecuados. Su servicio, en lo posible, será gratuito.

Los establecimientos privados que realicen programas de tratamiento y rehabilitación serán autorizados por la Secretaría Ejecutiva del CONSEP en la forma prevista por el inciso tercero del artículo 28 y estarán sujetos a su vigilancia y control”

ANEXO VII. NORMAS PARA LA HABILITACIÓN DE CENTROS DE TRATAMIENTO EN MÉXICO

Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999. Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones.

(Accesible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/028ssa29.html>)

Ley General de Salud.

(Accesible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142.pdf>)

Ley General para el control del Tabaco.

5

ESTRATEGIAS A IMPULSAR PARA FAVORECER LA PUESTA EN MARCHA DE SISTEMAS NACIONALES Y SUPRANACIONALES DE ACREDITACIÓN DE PROGRAMAS DE RDD

**Informe ejecutivo elaborado
para el Consejo Asesor del
Proyecto para la definición de
criterios de acreditación de
programas de RDD**

5. INFORME EJECUTIVO PARA EL CONSEJO ASESOR DEL PROYECTO

La finalidad del presente informe ejecutivo es la de presentar de forma sintética a las personas que integran el Consejo Asesor del Proyecto, la posición mantenida por los diferentes actores implicados en cada una de las cuatro fases anteriormente descritas. Asimismo, se analizan diversas estrategias y alternativas potenciales para hacer viable el avance hacia el desarrollo de instrumentos y recursos de acreditación de programas de RRD compatibles entre los países interesados, y sensibles a los avances paralelos que en este campo se están produciendo en la Unión Europea e internacionalmente.

5.1. Resultados de las distintas fases del Proyecto

5.1.1. Aportaciones de los Grupos Delphi

Los criterios inicialmente propuestos por el Grupo de Trabajo responsable del desarrollo del Proyecto para la acreditación de las diferentes categorías de programas de RRD contaron con un alto grado de aceptación o respaldo por parte de los expertos sugeridos por las Agencias Nacionales de Drogas de los países socios de COPOLAD, que participaron en los grupos Delphi.

De los 336 criterios propuestos, 216 fueron globalmente considerados imprescindibles para su inclusión en un sistema de acreditación por parte del 60% o más de los 169 expertos que participaron en la primera ronda de los Delphi (Tabla 5.1).

Tabla 5.1. Expertos participantes en la 1ª Ronda de los Delphi que consideran imprescindibles los estándares propuestos, para su inclusión en un sistema de acreditación de programas de RRD.

CATEGORÍA DE PROGRAMAS	ESTÁNDARES PROPUESTOS	CONSIDERADOS IMPRESCINDIBLES		
		≥ 60% expertos	≥ 70% expertos	≥ 75% expertos
Comunes a todos PRD	39	25	17	14
Prevención	80	58	43	31
Reducción de riesgos	14	5	2	1
Tratamiento	88	57	36	31
Reducción de daños	52	28	16	9
Incorporación Social	63	43	24	12
TOTALES	336	216	138	98

Tras la segunda ronda de los Delphi, el número de criterios considerados imprescindibles para su inclusión en un sistema de acreditación por el 60% o más de expertos se redujo a 171 (Tabla 5.2). Ello supone que el 51% de los criterios inicialmente propuestos contaron con el respaldo de una mayoría cualificada de los expertos, porcentaje ligeramente superior en el caso de los programas de incorporación social (59%) y de prevención (58%).

Tabla 5.2. Expertos participantes en la 2ª Ronda de los Delphi que consideran imprescindibles los estándares propuestos, para su inclusión en un sistema de acreditación de programas de RDD.

CATEGORÍA DE PROGRAMAS	ESTÁNDARES PROPUESTOS	CONSIDERADOS IMPRESCINDIBLES		
		≥ 60% expertos	≥ 70% expertos	≥ 75% expertos
Comunes a todos PRD	39	19	14	11
Prevención	80	46	25	19
Reducción de riesgos	14	4	2	0
Tratamiento	88	39	27	19
Reducción de daños	52	26	12	9
Incorporación Social	63	37	30	17
TOTALES	336	171	110	75

PUNTO CLAVE:

El elevado número de criterios que los participantes en los Grupos Delphi consideran “imprescindibles” para la acreditación de los programas de reducción de la demanda, pone de manifiesto la apuesta de los profesionales del sector para incrementar la calidad de estos programas.

5.1.2. Aportaciones de los Grupos Focales

La realización de tres grupos focales *on-line*, dos grupos realizados con representantes institucionales de los países socios y colaboradores y el tercero con personal técnico designado por los socios, pretendía obtener una visión complementaria a la aportada por los participantes en los Grupos Delphi, respecto a una serie de cuestiones básicas:

a) La opinión de los representantes institucionales respecto a los criterios consensuados en los Delphi.

Los criterios consensuados en los Grupos Delphi, a partir de la propuesta inicial realizada por el Grupo Promotor del Proyecto, son percibidos como un avance relevante para la mejora de la calidad de los programas de reducción de la demanda, máxime cuando han sido identificados y seleccionados sobre la base de una revisión sistemática de la evidencia que avala su incorporación a los sistemas de acreditación. El proceso de consenso establecido para la definición de los criterios, con la participación de expertos y representantes institucionales de América Latina y la Unión Europea, supone un valor añadido de cara a la posible implementación de recursos y/o instrumentos (sistema/s) de acreditación soportados en estos criterios.

De cara a la facilitar la aplicabilidad de estos criterios se propone su categorización y clasificación, así como la simplificación de la formulación actual de alguno de ellos.

b) La viabilidad de poner en marcha un sistema de acreditación de programas de reducción de la demanda de carácter supranacional, en el marco de COPOLAD, soportado en los criterios consensuados en los Delphi.

Se analizaron las ventajas que supondría el establecimiento de sistemas de acreditación de los programas de RDD sobre la base de estos criterios, entre las que destacan su contribución para:

- El diseño e implementación de políticas y programas con un enfoque integral en materia de reducción de la demanda.
- Apoyar el progreso científico, instaurando procedimientos de intervención y evaluación metodológicamente rigurosos, que faciliten la comparabilidad de los resultados obtenidos con las políticas y los programas aplicados y la transferencia de información.
- Ayudar a establecer criterios objetivos y transparentes para la financiación de programas y servicios.
- Legitimar las intervenciones preventivas y asistenciales a desarrollar en el campo de la reducción de la demanda, soportadas en criterios de evidencia científica y no en planteamientos morales o ideológicos.

Asimismo, se identificaron y analizaron las dificultades que supondría la implementación de un sistema de acreditación en los diferentes países, entre las que se mencionaron:

- Las dificultades para alcanzar consensos con todos los actores implicados y para legitimar la puesta en marcha del sistema de acreditación.
- Recelo por parte de muchas organizaciones no gubernamentales de que el Estado tutele su trabajo o asuma un rol normativo sobre el mismo.
- La implementación del sistema de acreditación requiere de un acompañamiento conceptual y financiero del proceso y los recursos disponibles limitados.
- Las diferencias culturales, en las políticas y los recursos hacen difícil la instauración de sistemas de acreditación supranacionales.
- La dificultad para establecer quien asume la responsabilidad de la puesta en marcha y el seguimiento del sistema de acreditación y de quién “certifica” la acreditación.
- Se requiere cierto grado de estandarización de los modelos de intervención antes de su acreditación.

A pesar de las dificultades que implica la puesta en marcha de un sistema de acreditación de programas de reducción de la demanda, esta medida es percibida como una oportunidad única para:

- Establecer redes de trabajo.
- Mejorar la gestión y asignación de los recursos públicos.
- Contribuir a la mejora de la efectividad y eficiencia de los programas de RDD.
- Consensuar ciertas definiciones y conceptos.
- Mejorar y diversificar la oferta de servicios.
- Armonizar criterios y estándares a nivel supranacional.
- Legitimar el gasto público en los programas de RDD.

c) La identificación de estrategias que permitan avanzar en la implementación de recursos/instrumentos/sistemas de acreditación de carácter nacional o supranacional de los programas de reducción de la demanda de drogas.

Se debatieron las ventajas e inconvenientes de la adopción de distintas estrategias para facilitar el establecimiento de sistemas de acreditación de carácter nacional o supranacional:

- Establecimiento de un sistema de acreditación que fijara dos niveles diferentes de exigencia: 1) un reducido número de criterios básicos (de carácter obligatorio) y 2) un listado de criterios “recomendables” (de aceptación voluntaria).
- Acreditación escalonada de las distintas categorías y tipos de programas de reducción de la demanda (avanzar primero en la acreditación de los programas asistenciales y más adelante los programas de prevención, etc.).
- Establecimiento de criterios de calidad diferenciados según el tipo de programa (vinculados al diseño de los procesos, de tipo estructural, relacionados con los derechos, los sistemas de información, etc.).
- Vincular de forma directa la acreditación y la financiación pública (la acreditación como requisito para poder contratar servicios con las administraciones públicas o recibir ayuda financiera pública).
- Que solo fueran avalados por las instituciones públicas aquellos programas que hubieran sido acreditados previamente.

En el marco de los grupos focales se formularon las siguientes propuestas:

- Realización de un estudio básico para conocer la situación de partida de los distintos países que participan en el Proyecto en relación a los sistemas de acreditación.
- La creación de mesas técnicas a nivel nacional que trabajen el tema.
- La elaboración de manuales y guías metodológicas que apoyen el proceso de establecimiento de sistemas de acreditación.

Principales conclusiones obtenidas en los grupos focales

- 1ª) Existe una valoración general muy positiva del proyecto, que es definido como necesario, pertinente, potente (sólido), aplicable en algunos casos (en otros aún no), que favorece la transparencia en la gestión y ayuda a establecer un lenguaje común, sensible tanto a la realidad existente en los distintos territorios como a la evidencia de efectividad disponible. Supone además un desafío que ayuda a repensar las políticas y los programas.
- 2ª) La implementación de sistemas de acreditación debe ser cuidadosa, haciendo partícipes a todos los implicados y buscando incentivos a su puesta en marcha, no solo económicos. Es preciso buscar sinergias y establecer alianzas a la hora de iniciar el proceso y, sobre todo, para su implementación.
- 3ª) Entre las estrategias o pasos a seguir para facilitar la puesta en marcha de un sistema de acreditación de programas de carácter nacional o supranacional se señalan:
 - La necesidad de dotar de legitimidad política, técnica y social a los procesos de acreditación antes de su puesta en marcha.
 - El establecimiento de distintos niveles de exigencia en cada categoría de programas de reducción de la demanda (criterios básicos o de obligado cumplimiento y criterios recomendables de cumplimiento opcional o voluntario).
 - La puesta en marcha de distintas acciones de acompañamiento al proceso de acreditación (por ejemplo, la capacitación profesional).
- 4ª) Se planteó la necesidad de diferenciar y acotar los conceptos de habilitación/autorización (requerimiento de tipo administrativo exigibles para autorizar un programa o servicio) y de acreditación (vinculados con la búsqueda de la calidad y la excelencia).
- 5ª) El reto de avanzar en la consolidación de un sistema de acreditación supranacional pasa por:
 - Consensuar ciertas definiciones y conceptos.
 - Categorizar y/o jerarquizar los criterios y estándares de calidad.
- 6ª) Se propuso recuperar ciertos criterios de calidad que no obtuvieron un consenso suficiente en los Grupos Delphi para su incorporación a los sistemas de acreditación, tales como los referidos a la generación de sinergias con otras organizaciones, la integración de los programas en las políticas nacionales sobre drogas, la transparencia financiera, la colaboración con los sistemas de información nacionales, la inclusión de la perspectiva de género y la evaluación externa de los programas.
- 7ª) En general se considera que la acreditación no debe ser escalonada por ámbitos de intervención, sino orientada al conjunto de programas para reducción de la demanda.
- 8ª) Debe vincularse la financiación pública con la acreditación, a pesar de las dificultades y resistencias que conlleve.
- 9ª) Debe establecerse una norma legal que dé cobertura al proceso de acreditación.

PUNTOS CLAVE

- ◆ Asunción, por parte de las instituciones, de la necesidad de avanzar en el desarrollo e implementación de recursos/instrumentos/sistemas de acreditación de los programas de RDD, conscientes de las importantes ventajas que ello representa.
- ◆ La constatación de las grandes diferencias nacionales existentes respecto al tipo de políticas aplicadas y del grado de desarrollo y consolidación de las distintas categorías de programas de reducción de la demanda, obliga a adoptar distintas estrategias para favorecer el desarrollo de recursos o instrumentos que permitan el avance hacia la puesta en marcha de sistemas de acreditación de carácter nacional y supranacional.
- ◆ El éxito de la implementación de sistemas nacionales o supranacionales de acreditación depende, en gran medida, de que éstos sean percibidos como algo útil, que aporta valor añadido, y que persigue mejorar: la calidad de los servicios y atenciones prestados a la ciudadanía; incrementar la efectividad y eficiencia de los programas de reducción de la demanda; y mejorar ante la ciudadanía la valoración pública de las instituciones responsables de las políticas socio-sanitarias de atención a los problemas relacionados con las drogas.

5.1.3. Resultados del estudio de situación del marco legal de acreditación de los programas de reducción de la demanda en los países del Consorcio COPOLAD

El estudio perseguía obtener un diagnóstico actualizado del estado de los sistemas de acreditación de los PRD en los países participantes en COPOLAD y conocer la perspectiva de las agencias nacionales del Consorcio COPOLAD sobre la viabilidad de implementar sistemas de acreditación, de ámbito nacional o supranacional, sobre la base de los criterios consensuados en los Grupos Delphi. A nivel operativo el estudio trataba de cubrir los siguientes objetivos:

- Conocer los desarrollos normativos aprobados en cada país para regular la autorización y/o la acreditación de las diferentes categorías de programas de reducción de la demanda.
- Conocer las actuaciones de carácter técnico, complementarias a la aprobación de normas regulatorias, desarrolladas para facilitar la puesta en marcha de sistemas nacionales de acreditación de programas.
- Identificar los criterios de calidad, de entre los consensuados en el marco de los grupos Delphi, que cada país considera viable incorporar como requisitos básicos o de obligado cumplimiento a un sistema de acreditación nacional o supranacional.
- Identificar las medidas que se considera necesario implementar para acompañar o apoyar la puesta en marcha de sistemas de acreditación de los PRD.

Estos son algunos de los resultados más relevantes aportados por el estudio:

- a) La totalidad de las entidades participantes en el estudio señalan la existencia, en sus respectivos países, de normas legales que regulan la apertura y el funcionamiento de los centros y servicios asistenciales destinados al tratamiento de las personas con problemas de abuso o dependencia a las drogas (en el caso de Perú estas normas se aplican exclusivamente a las comunidades terapéuticas).
- b) Únicamente tres de las diez entidades participantes en el estudio señalan la existencia en sus países de normas que regulen la acreditación de los programas de reducción de la demanda (Costa Rica, Ecuador y España), complementarias a las normas de habilitación/autorización de los servicios asistenciales.

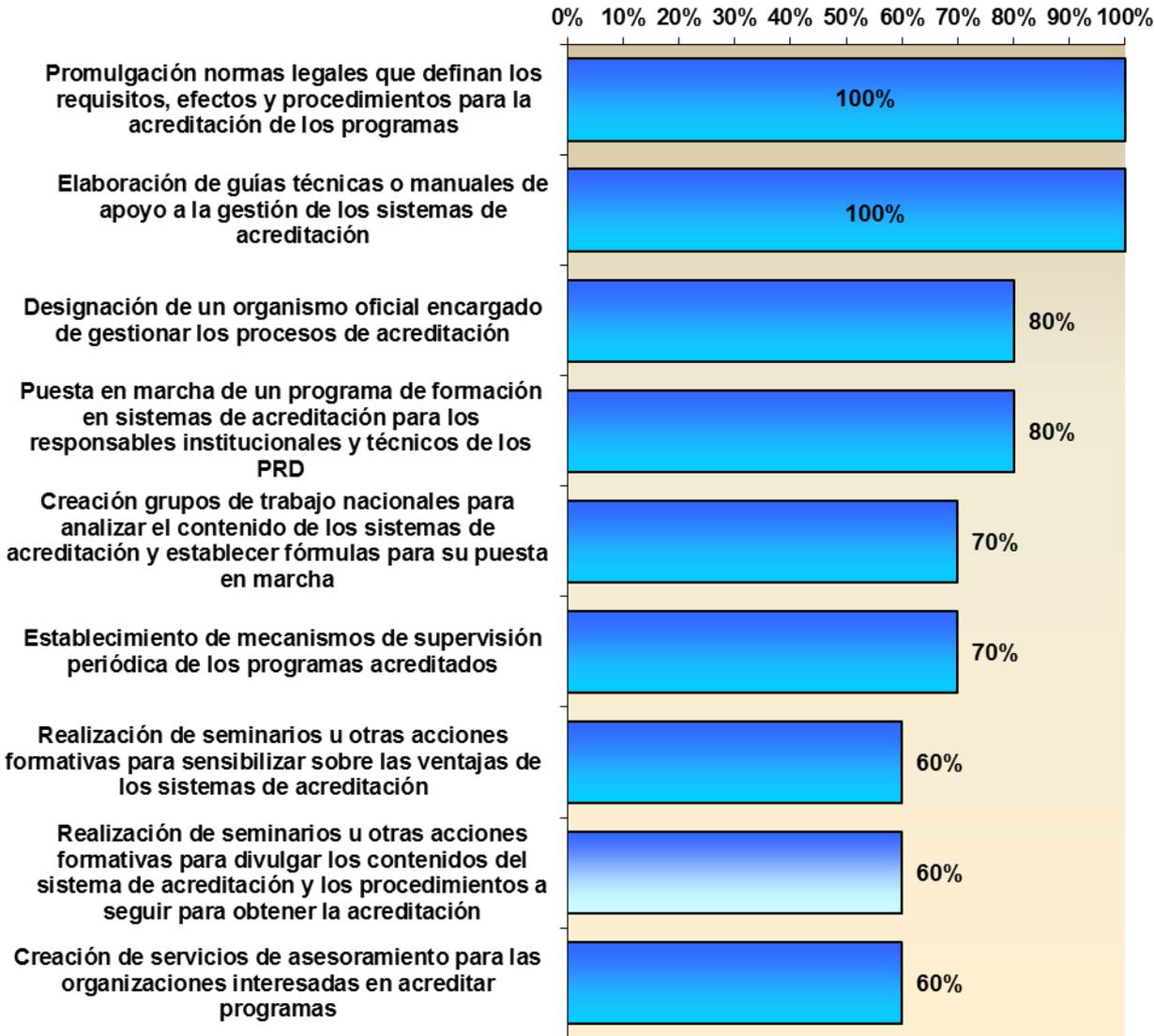
- c) Al margen de la existencia o no de normas regulatorias de la acreditación de los PRD en el país, todas las entidades participantes en el estudio informan de la realización de actuaciones destinadas a favorecer el establecimiento de sistemas de acreditación de este tipo de programas (Tabla 3). Actuaciones, como la creación de grupos de trabajo institucionales para avanzar en la puesta en marcha de sistemas de acreditación para los programas de tratamiento o la organización de seminarios u otras acciones formativas sobre sistemas de acreditación destinados a actores relevantes del campo de la reducción de la demanda, han sido desarrolladas en la práctica totalidad de los países.

Tabla 5.3. Actividades realizadas para facilitar la implantación de sistemas de acreditación.

ÁMBITO DE APLICACIÓN	Argentina	Chile	Colombia	España	Perú	Portugal	Uruguay	Costa Rica	Ecuador	México
Creación de grupos de trabajo institucionales para avanzar en la puesta en marcha de sistemas de acreditación para el conjunto de PRD				✓		✓		✓		✓
Creación de grupos de trabajo institucionales para avanzar en la puesta en marcha de sistemas de acreditación para los programas de tratamiento		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Creación de grupos de trabajo institucionales para avanzar en la puesta en marcha de sistemas de acreditación para los programas de prevención				✓	✓	✓				✓
Creación de grupos de trabajo con organizaciones sociales para avanzar en la puesta en marcha de sistemas de acreditación para el conjunto de PRD				✓						✓
Creación de grupos de trabajo con organizaciones sociales para avanzar en la puesta en marcha de sistemas de acreditación para los programas de tratamiento				✓				✓		✓
Creación de grupos de trabajo con organizaciones sociales para avanzar en la puesta en marcha de sistemas de acreditación para los programas de prevención				✓	✓					✓
Organización de seminarios u otras acciones formativas sobre sistemas de acreditación, destinados a actores relevantes del campo de la reducción de la demanda	✓	✓	✓	✓		✓		✓	✓	✓
Elaboración de guías técnicas o manuales de apoyo a la gestión de sistemas de acreditación		✓	✓	✓		✓				✓
Puesta en marcha de sistemas de gestión de calidad		✓		✓	✓	✓				
Difusión de manuales de buenas prácticas				✓						
Otras actividades				✓		✓	✓			

d) Existe un elevado nivel de consenso respecto a la necesidad de articular diversas medidas de apoyo o acompañamiento a la puesta en marcha de sistemas de acreditación. De una batería de diez posibles actuaciones dos contaron con el respaldo unánime de las entidades consultadas: la promulgación de normas legales que establezcan los requisitos y procedimientos para la acreditación de los programas y la elaboración de guías o manuales de apoyo a la gestión de los sistemas de acreditación (Figura 5.1). Otras medidas, como la designación de un organismo encargado de gestionar los procesos de acreditación, la implementación de programas de formación, la creación de grupos de trabajo nacionales para establecer el contenido de los sistemas de acreditación y los procedimientos para su puesta en marcha y el establecimiento de mecanismos de supervisión periódica de los programas acreditados, cuentan también con elevados niveles de respaldo

Figura 5.1. Medidas de apoyo/acompañamiento a la puesta en marcha de sistemas de acreditación de PRD que se considera conveniente implementar (% de países que apoyan cada una de las acciones).



- e) Existe cierta homogeneidad entre las entidades participantes en el Proyecto sobre los aspectos que se consideran más relevantes para su incorporación a los sistemas de acreditación. Las categorías de criterios relacionadas con el diseño de los programas (rigor metodológico), la cualificación de los profesionales responsables del desarrollo de los programas y los relativos a los derechos de los usuarios de los programas son las que obtienen puntuaciones más altas (Figura 5.2).

Figura 5.2. Relevancia atribuida a distintas categorías de criterios como base de potenciales sistemas de acreditación PRD. (Puntuación media en una escala de 1 a 7, siendo 1 nada importante y 7 muy importante).



- f) La viabilidad que las entidades participantes en el estudio otorgan a la puesta en marcha de sistemas de acreditación para las diferentes categorías de programas de reducción de la demanda, muestra que la misma es más elevada en el caso de los programas de tratamiento de los problemas de abuso o dependencia a las drogas, seguidos de los programas de prevención y/o reducción de riesgos. La opción de poner en marcha un sistema de acreditación único para el conjunto de los programas de reducción de la demanda sólo es considerada altamente viable por uno de los socios (Tabla 5.4).

Tabla 5.4. Viabilidad que tendría en el momento actual la puesta en marcha de un sistema de acreditación en el país de referencia, en función del ámbito de aplicación.

ÁMBITO DE APLICACIÓN	Argentina	Chile	Colombia	España	Perú	Portugal	Uruguay	Costa Rica	Ecuador	México
Programas prevención/R. Riesgos	Media	Media	Baja	Alta	Media	Alta	Media	Alta	Media	Media
Programas tratamiento	Baja	Media	Media	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Media	Baja
Programas reducción del daño	Baja	Baja	Baja	Alta	Baja	Alta	Media	Media	Media	Baja
Programas incorporación social	Media	Media	Baja	Alta	Media	Alta	Media	Media	Media	Baja
Única para el conjunto de programas de reducción de la demanda	Baja	Baja	Baja	Alta	Media	Baja	--	Media	Media	Media

- g) La viabilidad de incorporar los criterios consensuados en los grupos Delphi a los sistemas de acreditación nacionales de los PRD en los diez países participantes en el estudio es en general elevada. Una mayoría cualificada de los socios y entidades nacionales colaboradoras que integran el Consorcio COPOLAD (Tabla 5.5). El 60% o más de las entidades consideraron viable incorporar en su país, como criterios básicos o de obligado cumplimiento, 190 de los 243 criterios de acreditación que fueron sometidos a la su valoración (todos aquellos consensuados en la segunda ronda de los Grupos Delphi más aquellos que las personas participantes en los grupos focales sugirieron rescatar).

Tabla 5.5. Viabilidad de incorporar como básicos o de obligado cumplimiento, dentro de los sistemas de acreditación de carácter nacional o supranacional de los PRD, los criterios consensuados en los Grupos Delphi (Nº de entidades que consideran viable implementar los criterios).

TIPO DE PROGRAMAS	Criterios propuestos	CRITERIOS CONSIDERADOS VIABLES POR:			
		Mayoría cualificada (≥ 60%)	Mayoría reforzada (≥70%)	Mayoría reforzada (≥80%)	Mayoría reforzada (100%)
1. Comunes PRD	32	29	26	16	3
2. Prevención	63	59	51	26	1
3. Reducción riesgos	5	5	3	2	0
4. Tratamiento	63	58	52	32	2
5. Reducción daños	29	5	2	0	0
6. Incorporación social	51	34	16	8	0

De cara al establecimiento de sistemas de acreditación supranacionales debe tenerse en cuenta que la existencia de una mayoría cualificada de entidades que consideran viable incorporar buena parte de los criterios consensuados en los Delphi no supone que los mismos pudieran ser implementados en todos los países. Por ello es importante tomar como referencia el número de entidades que consideran viable imponer como requisito básico o de obligado cumplimiento cada uno de los criterios (Ver tabla 4.10, 4.12, 4.14, 4.16, 4.18 y 4.20 del capítulo precedente).

Principales conclusiones del estudio de la situación sobre el marco legal que regula la acreditación de los programas de reducción de la demanda

- 1ª) Las actuaciones desarrolladas hasta la fecha en el campo de la acreditación de los programas de reducción de la demanda se han concentrado en los procesos y procedimientos de autorización o habilitación de los centros y servicios destinados al tratamiento de las personas con problemas de abuso o dependencia a las drogas.
- 2ª) La existencia de normas de acreditación de programas de reducción de la demanda (complementarias a las que regulan estrictamente la autorización o habilitación de los servicios asistenciales) es muy limitada. Sólo tres de los diez países que han participado en el estudio afirman contar con normas que regulan la acreditación de los programas de reducción de la demanda, si bien en alguno de los casos existen dificultades para identificar los criterios que incorporan los sistemas de acreditación.
- 3ª) A pesar de la escasa implantación que tienen en la actualidad los sistemas de acreditación de los PRD se constata el interés que este tipo de procesos despierta en la práctica totalidad de los países participantes en el estudio. Así lo confirma el hecho de que nueve de los diez países hayan creado grupos de trabajo institucionales para avanzar en la puesta en marcha de sistemas de acreditación de este tipo de programas.
- 4ª) Existen importantes diferencias en cuanto a la viabilidad de poner en marcha sistemas de acreditación de carácter nacional o supranacional. Estas diferencias están condicionadas tanto por la naturaleza de los programas, como por variables de carácter nacional.

La viabilidad de implementar sistemas de acreditación (nacionales o supranacionales) es mayor en el caso de los programas de tratamiento y de prevención/reducción de riesgos. En un nivel intermedio de viabilidad se situarían los programas de incorporación social y con una menor viabilidad los programas de reducción de daños asociados al consumo.

- 5ª) El grado de consolidación de las políticas y/o de los programas en los respectivos ámbitos de la reducción de la demanda condiciona de forma directa la viabilidad de implementar sistemas de acreditación. Cuando las políticas generales o sectoriales (prevención, tratamiento, etc.) están más desarrolladas o consolidadas, mayor es la viabilidad de poner en marcha estos sistemas y, en sentido inverso, las políticas y programas “emergentes” o que tienen un desarrollo temporal más breve, son las que cuentan con una viabilidad más reducida.
- 6ª) A pesar de las diferencias observadas en la viabilidad de la implementación de sistemas de acreditación de las distintas categorías de programas de reducción de la demanda de drogas en cada uno de los países, existe una amplia base de consenso sobre la necesidad de impulsar un sistema de acreditación de carácter supranacional entre los socios y entidades colaboradoras de América Latina y la Unión Europea participantes en COPOLAD, que a medio plazo, pudiera plantearse como referente para todos los países de Iberoamérica que desearan disponer de recursos, instrumentos o sistemas de acreditación en RDD.

- 7ª) La opción de poner en marcha un sistema de acreditación único de aplicación al conjunto de los programas de reducción de la demanda resulta menos viable, debido a que ciertas categorías de programas (como ocurre en el caso de los programas de reducción del daño) son percibidas como escasamente viables por un buen número de países. La alternativa pasaría por impulsar la puesta en marcha de sistemas de acreditación centrados, en una fase inicial, en los programas de prevención y de tratamiento.
- 8ª) Existe un amplio nivel de acuerdo a la hora de identificar las medidas de acompañamiento que deberían implementarse para apoyar la puesta en marcha de los sistemas de acreditación de los programas de reducción de la demanda de drogas. Estas medidas son en general asumibles, no requiriendo de excesivos recursos adicionales.

PUNTOS CLAVE

- ◆ La implementación de sistemas de acreditación de los PRD es percibida como una necesidad clara por todos los socios y entidades colaboradoras participantes en el Proyecto, quienes expresan su voluntad de avanzar en esta dirección.
- ◆ El grado de consolidación de los programas de reducción de la demanda a nivel nacional resulta determinante de cara a la viabilidad del establecimiento de sistemas de acreditación. En algunos países la viabilidad de poner en marcha sistemas de acreditación es reducida para todo tipo de programas, mientras que en otros se considera viable para prácticamente todas las categorías de programas.

5.2. Propuestas de actuación a la luz de las aportaciones realizadas por los distintos actores participantes en el Proyecto

5.2.1. Posibles estrategias a adoptar

Las informaciones recogidas y las opiniones y posicionamientos manifestados por los técnicos y representantes institucionales que han participado en las diferentes fases del Proyecto permiten establecer la existencia de una serie de elementos de partida, que condicionan las estrategias a adoptar para facilitar el desarrollo e implementación de instrumentos, recursos y previsiones (legales, de capacitación o de cualquier otro tipo) que permitan la puesta en marcha de sistemas de acreditación de los programas de reducción de la demanda de carácter nacional o supranacional:

- A. El escenario desde el cual deben ser valoradas las distintas opciones y estrategias para favorecer la implementación de sistemas de acreditación está condicionado por dos procesos emergentes que se refuerzan entre sí:
 - La consolidación de una nueva manera de afrontar los consumos de drogas y los problemas asociados a los mismos, cada vez más condicionada por factores de carácter técnico y marcada por la necesidad de considerar los resultados obtenidos y la investigación disponible en el ámbito de la RDD, en detrimento de posiciones ideológicas o morales. Una nueva mirada podría sintetizarse en la necesidad de impulsar políticas y programas basados en la evidencia científica y la evaluación de resultados.
 - La incorporación de la cultura de la calidad a los servicios prestados por las instituciones públicas a la ciudadanía en el campo de la RDD. La mejora de la calidad de los programas se impone como una exigencia inexorable entre las instituciones, los profesionales responsables del desarrollo de los programas y las personas beneficiarias de los mismos. Un proceso que se concreta en el reconocimiento del derecho de los beneficiarios de estos programas a recibir por parte de las instituciones una cartera predeterminada de servicios con unos criterios mínimos de calidad y en la exigencia a las instituciones para que sólo presten apoyo financiero o institucional a programas y servicios que hayan demostrado su efectividad y eficiencia.
- B. El camino hacia la mejora de la calidad y la efectividad de los servicios públicos es irreversible, por más que puedan variar las estrategias o los ritmos para avanzar en esa dirección.
- C. La realidad actual de los programas de reducción de la demanda en los países que participan en COPOLAD como socios o entidades colaboradoras es compleja y heterogénea, lo que obliga a establecer estrategias flexibles para avanzar en el ámbito de la acreditación de los programas de RDD.

La heterogeneidad de los programas de RDD en los diferentes países no justifica el inmovilismo o la pasividad frente a los procesos de acreditación. No resulta razonable esperar a que cambien determinadas realidades nacionales (a que las distintas categorías de programas de reducción de la demanda alcancen un elevado grado de desarrollo y consolidación en el país) para empezar a trabajar en el desarrollo de instrumentos, recursos y previsiones diversos, que permitan seguir avanzando hacia el establecimiento de sistemas de acreditación nacionales o supranacionales. Precisamente, la puesta en marcha de sistemas de acreditación puede contribuir de forma decisiva al establecimiento de políticas y programas con base en la evidencia.

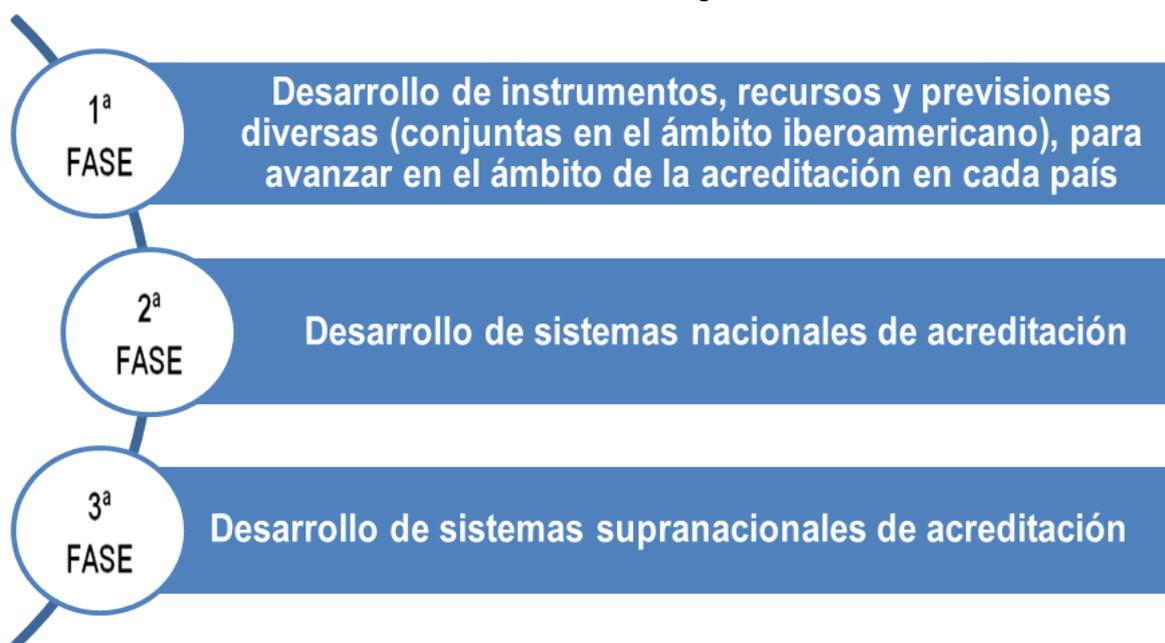
Teniendo en cuenta estas consideraciones y el hecho de que la puesta en marcha de sistemas de acreditación supranacionales es un proceso complejo, que debe superar múltiples obstáculos y resistencias y que requiere de tiempo para su consolidación, se sugiere la adopción de una estrategia progresiva que permita implementar a medio plazo un sistema de acreditación supranacional de programas de RDD en el que pueden participar un número relevante de países de la Comunidad Iberoamericana.

La estrategia que se describe a continuación se sustenta en las siguientes premisas:

- ◆ Con independencia de la buena disposición mostrada por los técnicos y representantes institucionales de los socios y entidades colaboradoras participantes en el Consorcio COPOLAD para apoyar la implementación de un sistema de acreditación supranacional, se trata de una meta que sólo resulta viable a medio-largo plazo.
- ◆ El logro de esta meta exige adoptar una serie de medidas o pasos previos de carácter ineludible.
- ◆ Los pasos propuestos tienen un carácter secuencial, debiendo ser acometidos progresivamente.
- ◆ Los criterios para la acreditación de los programas de RDD, consensuados en el marco del Proyecto, deben ser considerados como referentes básicos de este proceso, a fin de propiciar el desarrollo de medidas nacionales lo más armónicas posibles, que propicien la convergencia en un sistema de acreditación supranacional.
- ◆ La razón última de la puesta en marcha de los sistemas de acreditación no es sólo el propiciar el control sobre los contenidos de los programas de RDD, sino favorecer la mejora de su calidad y, por extensión, de su efectividad y eficiencia. Por tanto, dichos sistemas deben contribuir a que los programas paulatinamente mejoren su diseño e implementación.

En base a estas premisas, se propone la adopción de la siguiente estrategia, que incorpora las siguientes fases:

Fases de la estrategia



FASE Nº 1. Desarrollo de instrumentos, recursos y previsiones diversas (conjuntas en el ámbito Iberoamericano) para avanzar en la acreditación de programas de RDD en cada país.

La puesta en marcha de sistemas de acreditación, tanto nacionales como supranacionales, exige disponer de ciertos instrumentos y recursos que la hagan viable, entre los cuales cabe mencionar:

- a) La oferta de capacitación de responsables territoriales para iniciar un plan de formación profesional de ámbito local.
- b) El diseño de los instrumentos a utilizar para la recogida de información sobre los programas desarrollados en el campo de la RDD, que defina los contenidos que se consideran relevantes registrar de cara a su posible acreditación.
- c) Desarrollo de instrumentos de apoyo a la planificación de programas en cada ámbito de actuación en RDD.
- d) Elaboración de guías para la implementación de un sistema de acreditación nacional.
- e) Un marco legal de ámbito nacional, en cada país interesado, que regule las características y contenidos mínimos exigibles para la apertura de servicios y la implementación de programas en todos los ámbitos de Reducción de la Demanda de Drogas (RDD) ¹³.

FASE Nº 2. Desarrollo de sistemas nacionales de acreditación.

Una vez que se hayan desarrollado los instrumentos y recursos descritos en la fase previa, se estará en condiciones de poner en marcha sistemas nacionales de acreditación, una decisión que deberá ir acompañada, de forma ineludible, del desarrollo de un marco legal regulador de los procesos, instrumentos, procedimientos e instancias de acreditación.

Como ya se ha señalado anteriormente, conviene insistir en que el hecho de contar con desarrollos legales o administrativos que regulan la acreditación sectorial de ciertas categorías de programas de RDD (por ejemplo, los centros de tratamiento), no supone que se disponga de un sistema nacional de acreditación. La regulación legal de los procesos y procedimientos para la acreditación de los programas de RDD es un elemento básico, imprescindible de un sistema de acreditación, pero evidentemente no es el único.

Sólo en la medida en que se hayan resuelto previamente cuestiones tales como la identificación de los criterios exigibles para obtener la acreditación, la información que deberán reportar los programas que deseen ser acreditados, la disponibilidad de un instrumento estandarizado de recogida y actualización periódica de dicha información, la ponderación de los distintos criterios de cara a la acreditación o la identificación de la agencia u organismo público o privado encargado de acreditar formalmente a los programas, se podrá considerar completo el marco legal regulatorio de los sistemas nacionales de acreditación de los programas de RDD.

¹³ Es importante no confundir este marco legal regulador de los requisitos mínimos a cumplir por los servicios y programas de RDD, con un sistema de acreditación, que –además de estas previsiones legales– define procedimientos, procesos e instancias de acreditación, es decir, un sistema de acreditación como tal.

Con independencia de la capacidad de las autoridades nacionales para regular sus políticas en el campo de la RDD, el desarrollo de sistemas nacionales de acreditación debería ser respetuoso con los criterios básicos consensuados en el marco de COPOLAD, lo que propiciaría la convergencia de los contenidos establecidos en los respectivos sistemas nacionales. De este modo se facilitaría la puesta en marcha de sistemas de acreditación supranacionales, sobre la base de la existencia de sistemas nacionales que comparten un buen número de elementos comunes, que por su parte podrían aportar valor añadido a los nacionales.

La implementación de sistemas nacionales de acreditación se considera pues, en el marco de una estrategia general, como una fase previa y necesaria antes de proceder a valorar la puesta en marcha de un sistema de acreditación de carácter supranacional, al que puedan incorporarse el mayor número posible de países iberoamericanos.

FASE Nº 3. Desarrollo de un sistema de acreditación de ámbito supranacional.

El establecimiento de un sistema supranacional de acreditación constituye la última fase de un proceso ideado para su consolidación a medio plazo. El contenido de dicho sistema puede adoptar distintas formas, cada una de ellas con un mayor o menor grado de rigor o exigencia, lo que condiciona su viabilidad y el número de países en condiciones de incorporarse al mismo.

Es preciso destacar que disponer de un sistema supranacional de acreditación en el ámbito iberoamericano, que además pudiera estar en sintonía con los procesos que en este campo se están desarrollando en estos momentos en la Unión Europea (o al menos en algunos países de la UE), supondría importantes ventajas, aportando valor añadido a los esfuerzos realizados a nivel nacional en materia de acreditación de programas de RDD. Entre las potenciales ventajas cabe mencionar el ahorro de costes y esfuerzos diversos, la mejora de la comparabilidad del impacto de las estrategias de RDD aplicadas en los distintos países o el que propiciaría el poder contar con herramientas de capacitación conjuntas.

A continuación se describen distintas opciones para la implementación de sistemas de acreditación de carácter supranacional, valorándose las ventajas e inconvenientes de las mismas. No obstante, es necesario tener presente que la viabilidad de todas ellas depende en gran medida de la capacidad para acordar que la gestión del sistema fuera asignada a un ente supranacional¹⁴, controlado por las instituciones que decidieran implicarse en el proyecto.

OPCIÓN 1ª: Establecimiento de sistemas de acreditación supranacionales independientes para las distintas categorías de programas de reducción de la demanda, soportados en un reducido número de criterios “mínimos”, compartidos por el conjunto de socios y entidades colaboradoras

Esta estrategia trataría de hacer prevalecer la adhesión del mayor número posible de entidades a un sistema de acreditación de carácter supranacional, sobre la base de reducir el rigor exigible globalmente a los programas de RDD para su acreditación y de flexibilizar la adscripción de los diferentes países a los sistemas de acreditación de las distintas categorías de programas de RDD.

¹⁴ Posiblemente no-gubernamental, aunque en estos momentos es prematuro aventurar tal grado de detalle, dado que previamente habría que realizar todo tipo de prospecciones, tanto legales como de disponibilidad o fuentes de recursos.

Con esta opción se buscaría facilitar la puesta en marcha de sistemas de acreditación compartidos por el mayor número posible de países iberoamericanos que quisieran adscribirse a cada sistema, reduciendo para ello sensiblemente los criterios básicos o de obligado cumplimiento que integrarían los mismos. En base a los datos aportados en el Estudio de la situación actual de los marcos reguladores nacionales de acreditación de los programas de reducción de la demanda, los criterios “mínimos” a incorporar por el sistema supranacional podrían ser los que se recogen en el ANEXO I.

De forma complementaria a la reducción de los criterios exigibles para la acreditación, las entidades podrían adherirse a uno o más sistemas de acreditación previstos para los distintos tipos de programas (sistemas de acreditación de programas de prevención, sistemas de acreditación de programas de tratamiento, etc.).

OPCIÓN 2ª: Establecimiento de un sistema único de acreditación supranacional para el conjunto de categorías de programas de reducción de la demanda, al que se adscribieran los países en condiciones de implementar todos los criterios acordados para cada una de las categorías de programas de reducción de la demanda.

Esta estrategia se caracteriza por fijar un mayor nivel de exigencia respecto a los contenidos de los sistemas de acreditación, lo que implica asumir que sólo un reducido número de países estarían en condiciones de adherirse a un sistema único de acreditación para el conjunto de programas de reducción de la demanda. Los criterios que integrarían este sistema serían los mismos que los descritos en la Opción 3ª, con la salvedad de que las entidades que decidieran sumarse al mismo establecerían, como básicos o de obligado cumplimiento, todos ellos y no sólo los de ciertas categorías de programas de RDD.

A nivel práctico esta estrategia supone aceptar la existencia de distintos ritmos o velocidades en la puesta en marcha de sistemas supranacionales de acreditación. En una fase inicial sólo podrían adherirse al mismo los países con un mayor grado de consolidación de los programas de reducción de la demanda, si bien en fases posteriores se podrían ir incorporando el resto de países interesados en establecer sistemas de acreditación, a medida que estuvieran en condiciones de exigir los compromisos establecidos para la acreditación,

La imposibilidad inicial de algunos países para integrarse en un sistema supranacional único para la acreditación del conjunto de programas de RDD, no es incompatible con el hecho de que puedan ir implementando sistemas nacionales de acreditación “sectoriales” (de aplicación a los programas de prevención, tratamiento, etc.) soportados en criterios coincidentes con los propuestos en el sistema de acreditación supranacional.

La base del sistema de acreditación la constituirían los criterios que una mayoría cualificada (el 60% o más) de las entidades que participaron en el “Estudio de la situación de los sistemas nacionales de acreditación de los programas de reducción de la demanda” consideran viable implementar en sus países (ANEXO II).

OPCIÓN 3: Establecimiento de sistemas de acreditación supranacionales para las distintas categorías de programas de reducción de la demanda, a los que se adhieran libremente los países que así lo decidan.

La base de estos sistemas la integrarían los mismos criterios que los utilizados en la opción 2ª (ANEXO III). En aras a consolidar el carácter supranacional de estos sistemas, cada país podría comprometerse a aplicar los criterios de acreditación en un único ámbito (por ejemplo, en los programas de prevención) o en varios (por ejemplo, los programas de prevención y tratamiento). Como contrapunto, los países que opten por adherirse a un sistema de acreditación supranacional deberían procurar incorporar a sus sistemas nacionales de acreditación todos los criterios que finalmente se acuerden por consenso.

La estrategia propuesta se caracterizaría por la flexibilidad de cada país en la decisión de adherirse al sistema y por la rigidez en el compromiso de cumplir los criterios pactados entre los socios y entidades colaboradoras.

A continuación se resumen las principales ventajas e inconvenientes de cada una de las opciones anteriormente mencionadas:

Ventajas e inconvenientes de las diferentes opciones presentadas

	VENTAJAS	INCONVENIENTES
ESTRATEGIA N° 3 (OPCIÓN 1ª): PRIMAR EL CONSENSO	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Aumentan las posibilidades de poner en marcha sistemas supranacionales de acreditación de los PRD. ◆ Permite ampliar en el futuro los criterios mínimos de acreditación (a medio y largo plazo puede reforzarse el rigor exigible para acreditar programas). ◆ Flexibilidad: cada entidad o país decide a qué sistemas de acreditación de las distintas categorías de programas de reducción de la demanda se adhiere. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ No asegura que los programas acreditados en base al sistema se ajusten a los criterios de calidad asociados a la efectividad y eficiencia de los PRD, consensuados en los Grupos Delphi. ◆ Los criterios de acreditación sólo serían exigidos para ciertas categorías de programas, aquellas a las que cada entidad decida adherirse, no asegurando que el conjunto de programas de reducción de la demanda dispongan de criterios para su acreditación dentro de cada país.
ESTRATEGIA N° 3 (OPCIÓN 2ª): PRIMAR EL RIGOR TÉCNICO	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Los criterios de acreditación contribuirían a mejorar de forma sustancial la efectividad y eficiencia de los programas de reducción de la demanda. ◆ La totalidad de los programas, con independencia de su tipología, contarían con criterios para su acreditación. ◆ Permitiría dar una respuesta armonizada a las necesidades en materia de acreditación de los países más comprometidos con la búsqueda de la calidad y la excelencia de sus programas. ◆ Podría servir de estímulo o acicate a los países con más retraso en la puesta en marcha de sistemas de acreditación para avanzar en esta dirección. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Sólo los países con un mayor grado de desarrollo y consolidación de los programas de reducción de la demanda podrían incorporarse a un sistema de acreditación supranacional. ◆ Los países con mayor retraso en el establecimiento de sistemas de acreditación quedarían excluidos del proceso.
ESTRATEGIA N° 3 (OPCIÓN 3ª): EQUILIBRIO ENTRE RIGOR Y CONSENSO	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Se adapta a la heterogeneidad en el desarrollo de las políticas y programas a nivel nacional, propiciando que cada país pueda implementar sistemas de acreditación en aquellos ámbitos que considere más necesarios o donde los programas estén más consolidados. ◆ Respeta en general los criterios consensuados a lo largo del Proyecto para la acreditación de los PRD. ◆ Permite avanzar en la implementación de sistemas de acreditación en aquellos ámbitos más consolidados (programas de prevención y de tratamiento). ◆ Facilitaría que el grueso de entidades y países se vincularan a alguno de los sistemas "sectoriales" de acreditación. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Los criterios de acreditación sólo serían exigidos para ciertas categorías de programas, aquellas a las que cada entidad decida adherirse, no asegurando que el conjunto de programas de reducción de la demanda dispongan de criterios para su acreditación dentro de cada país. ◆ Algunos países no podrían adherirse a ninguno de los sistemas de acreditación supranacionales, al no poder exigir el cumplimiento de los criterios consensuados a los PRD nacionales, lo que presionaría en favor de una reducción de los criterios básicos exigibles para la acreditación.

5.3. Repertorio de posibles medidas para apoyar la puesta en marcha de sistemas supranacionales de acreditación de programas de reducción de la demanda

En base a las distintas medidas sugeridas por los expertos/técnicos y representantes institucionales participantes en el Proyecto se formulan una serie de medidas que se considera necesario adoptar para facilitar la puesta en marcha de sistemas supranacionales de acreditación de los programas de reducción de la demanda.

- 1 Difusión de los resultados y conclusiones del Proyecto por parte de las Comisiones o Agencias Nacionales de Drogas de los países que han participado hasta ahora en esta actividad de COPOLAD, entre las instituciones, las organizaciones sociales y los profesionales que trabajan en el campo de la reducción de la demanda.
- 2 Trabajo de sensibilización a cargo de las Comisiones o Agencias Nacionales de Drogas de los citados países a favor de la puesta en marcha de sistemas de acreditación de programas, asociando esta medida con la racionalización de los recursos públicos, la mejora de la efectividad y la eficiencia de los programas y de la calidad de los servicios prestados a los ciudadanos.
- 3 Puesta en marcha, a nivel nacional, de mesas de trabajo sectoriales en las que estén representadas las instituciones y organizaciones sociales más relevantes para promover la implementación de sistemas nacionales de acreditación de los programas de reducción de la demanda (se trata de que el proceso de aprobación y puesta en marcha de los sistemas nacionales de acreditación sea lo más participativo posible).
- 4 Creación de grupos de trabajo supranacionales, que congreguen a países con realidades comunes respecto al grado de desarrollo y consolidación de los programas de reducción de la demanda, para la puesta en marcha de proyectos piloto de sistemas de acreditación supranacionales. Estos grupos de trabajo podrán además avanzar en:
 - a. La definición de unos contenidos de formación destinados a abrir una oferta de capacitación de responsables territoriales para iniciar un plan de formación profesional de ámbito local.
 - b. El diseño de un instrumento de recogida de la información sobre programas, que marque requisitos mínimos a incorporar.
 - c. El desarrollo de instrumentos de apoyo a la planificación de programas en cada ámbito de intervención en RDD.
 - d. La elaboración de guías de implementación de sistemas nacionales de acreditación de programas de RDD.
- 5 Creación de un servicio de asistencia técnica destinado a brindar apoyo a todas las Comisiones o Agencias Nacionales de Drogas de los países socios y las entidades colaboradoras las entidades interesadas en la puesta en marcha de sistemas de acreditación, tanto de ámbito nacional como supranacional (esta medida estaría condicionada al logro de financiación de la misma).

ANEXOS

ANEXO I: CRITERIOS BÁSICOS DE ACREDITACIÓN PREVISTOS EN OPCIÓN N° 1

INTRODUCCIÓN

Para la selección de los criterios “mínimos” que integran esta relación se han utilizado las siguientes normas:

- Que al menos el 70% de los socios y entidades colaboradoras que participaron en el Estudio sobre la situación de los sistemas nacionales de acreditación consideren viable su incorporación a sus respectivos sistemas nacionales de acreditación.
- La exclusión de aquellos criterios que se vinculan específicamente con la mejora de la calidad de los programas.
- Se han eliminado aquellos criterios que se solapan o superponen entre sí o reformulado un nuevo criterio que sintetice ambos.

La aplicación de estas normas implica que los criterios de carácter mínimo para la acreditación de las distintas categorías de programas de RDD que deberían asumir las entidades que se adhirieran al sistema de acreditación supranacional serían los siguientes:

1) Criterios comunes a todos los programas de reducción de la demanda

Tabla 1. Criterios mínimos comunes para la acreditación de los programas de RDD

CRITERIOS ESTRUCTURALES
1) Principios éticos y derechos de las personas beneficiarias de los programas
PRD.2. Las condiciones de acceso y permanencia en el programa o servicio están disponibles para los potenciales participantes, asegurando que no se producen discriminaciones en función del sexo, edad, raza, opiniones políticas, estatus legal o social, religión, condiciones físicas o psicológicas u oportunidades socioeconómicas.
PRD.4. El programa o servicio reconoce a las personas usuarias/beneficiarias del mismo su derecho a: <ul style="list-style-type: none">○ La autonomía, incluyendo la capacidad para decidir participar o no en el mismo.○ La seguridad y respeto a la dignidad humana.○ La salud, la integridad física, psicológica y moral.○ La no discriminación.○ La igualdad de oportunidades, derechos y obligaciones.○ La protección contra tratos degradantes e inhumanos.
PRD.5. Se oferta a los potenciales destinatarios del programa o servicio la intervención más adaptada, adecuada y científicamente comprobada, de acuerdo a su situación personal y otras circunstancias asociadas.
PRD.6. Se informa a las partes interesadas de las posibles desventajas y riesgos para los participantes y se obtiene su consentimiento antes de la intervención.
PRD.7. La participación de menores de edad en programas y servicios cuenta con la autorización previa de los padres o tutores.
PRD.8. Los datos de los participantes en el programa son tratados confidencialmente.

CRITERIOS ESTRUCTURALES

2) Aspectos normativos

PRD.9. El programa/servicio cumple la legislación y la normativa aplicable en materia fiscal, laboral, de protección de datos y de igualdad de oportunidades laborales.

3) Aspectos financieros

PRD.13. Periódicamente se rinden cuentas a las instituciones y organizaciones que financian el programa y a todas las partes interesadas en su desarrollo.

4) Recursos humanos

PRD.14. Se dispone de un número suficiente de personal técnico para asegurar la realización de las actividades previstas en el programa o servicio.

PRD.15. El personal que integra el equipo responsable del desarrollo del programa/servicio dispone de las competencias profesionales necesarias para ello (poseer los títulos y diplomas requeridos y contar con la experiencia profesional necesaria para poder desarrollar el programa).

5) Infraestructuras e instalaciones

PRD.16. Se dispone de las instalaciones y el equipamiento adecuados para alcanzar las metas del programa, de acuerdo con las condiciones generales de desarrollo de la comunidad en que se llevan a cabo.

6) Mecanismos de colaboración y coordinación

PRD.20. El programa o servicio contempla procedimientos de derivación para la atención de las necesidades (educativas, sociales, de salud) de sus beneficiarios a otros recursos o servicios comunitarios.

7) Sistemas de información y documentación

PRD.25. Se mantiene un registro de las personas beneficiarias del programa.

PRD.27. Los sistemas de información y registro del programa incorporan datos sobre variables que resultan claves para realizar una evaluación permanente de las necesidades de las personas que acceden al programa, así como de los cambios o efectos derivados de la participación en el mismo.

PRD.28. El programa contempla la colaboración con los sistemas de información locales, regionales y nacionales existentes en el campo de la reducción de la demanda, mediante la utilización de indicadores y procedimientos de recogida de información estandarizados, la cesión de los mismos a las "unidades centrales de información" para su procesamiento y explotación o su inclusión en bases de datos centralizadas.

PRD.29. Se dispone de guías de procesos y procedimientos que permiten una implementación armonizada de las intervenciones que integran el programa.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

PRD.31. La organización ha diseñado un plan para evaluar el programa, en el que se establecen los siguientes elementos:

- El contenido de la evaluación (evaluación de procesos, cobertura, resultados, etc.).
- Procedimientos e instrumentos a utilizar en la evaluación.
- Indicadores de evaluación.
- El tipo de evaluación a realizar (interna, externa o mixta).
- Usos previstos a dar a los resultados de la evaluación (continuidad del programa, reorientación o modificación del programa, etc.).
- Vías y mecanismos para la difusión de los resultados y destinatarios de sus resultados.

PRD.32. Se realizan mediciones o registros de la situación que la población beneficiaria del programa presenta de forma previa y posterior a su participación en el mismo, a fin de permitir la evaluación de sus resultados.

2) Criterios para la acreditación de los programas de prevención

Tabla 2. Criterios mínimos para la acreditación de los programas de prevención

CRITERIOS FUNCIONALES O DE PROCESO
1) Evaluación y análisis de necesidades
P.1. Se ha reunido y revisado información relevante, actualizada y fiable (“indicadores basales”) sobre el consumo de drogas entre la población a la que se dirige el programa, incluyendo: tipos de drogas consumidas, tasas y tendencias del consumo, edades de inicio, percepción del riesgo, factores culturales relacionados con el consumo de drogas y problemas relacionados con el consumo.
P.3 Se ha realizado un análisis de los recursos disponibles en la comunidad.
P.5. La/s población/es objetivo está/n descrita/s, incluyendo su tamaño, características, cultura y perspectivas en relación con las drogas.
P.6. Si el programa es de prevención selectiva o indicada, se proporcionan unos criterios explícitos de inclusión y de exclusión (socio-demográficos, socioeconómicos, psico-biológicos, geográficos, etc.) que: definan la/s población/es objetivo de manera apropiada, permitan una diferenciación clara entre poblaciones y estén justificados de acuerdo a la evaluación de necesidades.
P.7. Se describen los factores de riesgo y de protección asociados al uso de drogas que inciden sobre la población objetivo del programa y que el programa trata de modificar.
P.9. El programa recurre a un modelo teórico para explicar los consumos de drogas y problemas asociados que: <ul style="list-style-type: none"> ○ Está basado en la evidencia o en una revisión de literatura relevante, ○ Es aceptado en la comunidad científica y/o de prevención, ○ Permite una comprensión de las necesidades específicas relacionadas con las drogas y sus causas. ○ Permite comprender cómo el comportamiento puede ser cambiado.
P.11. Mediante el modelo teórico se establece una relación entre los factores de riesgo y protección y la modificación de los comportamientos relacionados con las drogas.
2) Identificación e implicación de las partes interesadas
P.12. Se han identificado las partes interesadas, que incluyen: la población objetivo, representantes de los organismos financiadores, responsables de recursos comunitarios, representantes del movimiento asociativo, líderes comunitarios, representantes institucionales, medios de comunicación. etc.
P.13. Se establecen alianzas con otras organizaciones, instituciones o grupos comunitarios.
P.14. Si se prevé realizar el programa en una organización receptora (por ejemplo, un centro educativo para un programa escolar): la organización receptora se considera como una parte interesada en el programa, las necesidades de la organización receptora se evalúan para determinar si el programa es el adecuado y la información proporcionada sobre el programa es comprensible y permite a la organización receptora tomar una decisión informada.
3) Evaluación de recursos
P.15. Se evalúa la capacidad de la población objetivo y otras partes interesadas para participar en el programa o apoyar su desarrollo.
P.18. Si el personal no tiene las capacidades necesarias, se define un plan de formación para el mismo.
4) Diseño/formulación del programa
P.19. Existe un plan escrito del proyecto que: es claro, realista, comprensible y accesible para todos los agentes implicados, describe y conecta de forma lógica los principales componentes del programa, informa sobre el modelo teórico adoptado, detalla las estrategias de intervención seleccionadas, la definición de los escenarios, los recursos materiales y personales necesarios, los procedimientos para recabar y mantener los apoyos, los procedimientos para la selección de los participantes, las actividades previstas, los procedimientos para efectuar el seguimiento, el diseño de la evaluación de procesos y de resultados y permite un seguimiento del progreso real del programa durante su ejecución.
P.20. El proyecto define el criterio para la terminación de la intervención (logro de los objetivos, terminación de las actividades previstas, nº de participantes previstos, duración de la intervención).
P.21. Se especifica qué se pretende prevenir o modificar.
P.22. Los objetivos: están determinados en función de la evaluación de necesidades (indicadores basales que se pretende modificar), son claros, comprensibles, realistas, están temporalmente definidos y son cuantificables, mantienen una relación lógica con las variables mediadoras que se pretenden modificar y están relacionados con los factores de riesgo y protección especificados, tienen una relación basada en el modelo teórico utilizado y están formulados en términos de cambio esperado en los participantes (de resultados).
P.23. Los objetivos son compatibles con las prioridades establecidas por las estrategias y políticas locales, regionales, nacionales y/o internacionales en materia de prevención de las drogodependencias.

CRITERIOS FUNCIONALES O DE PROCESO

24 En la selección de las intervenciones existentes se considera:

- Si la intervención elegida es adecuada para el escenario del programa previsto.
- Si las condiciones subyacentes encontradas en la evaluación de las necesidades son similares a las existentes en el programa modelo/prototipo.
- Si los resultados obtenidos por el prototipo encajan con las metas y objetivos del programa previsto.
- Si los recursos necesarios coinciden con los recursos disponibles.
- Los beneficios y desventajas de la intervención, incluyendo sus posibles efectos negativos.
- El equilibrio entre la posible adaptación y la fidelidad al prototipo elegido.
- La viabilidad de la intervención (si las actividades se pueden aplicar, si se dispone de cualificación suficientes, si la complejidad del programa es excesiva, etc.).

P.25. El programa elegido es adecuado y adaptado a las circunstancias relacionadas con: las necesidades de los participantes, el escenario elegido, el entorno operativo, la edad de los participantes y su grado de desarrollo y el género y la cultura de los participantes.

P.26. El diseño de la intervención se ajusta a las características de la población objetivo, mediante la adaptación de: el lenguaje, las actividades y métodos de aplicación, los mensajes de la intervención, la duración, frecuencia y ritmo de la intervención y el número de participantes por actividad.

P.28. El programa original está claramente referenciado y sus autores identificados.

P.31. El contenido de la intervención está basado en la evidencia disponible y en las recomendaciones de buenas prácticas e incorpora los mayores elementos posibles de dichas evidencias y recomendaciones.

P.32. El programa tiene la intensidad y duración adecuadas para el grupo al que va dirigido: a mayor riesgo de consumo, más intensa y duradera debe ser la intervención, y viceversa.

P.34. El programa ayuda a los participantes a descubrir y darse cuenta de sus propios recursos, de modo que: está positivamente orientado hacia los puntos fuertes de los participantes, y pone de relieve las alternativas a las opciones no saludables, apoya a los participantes en el cuidado de su propia salud y se encuadra en un clima positivo de promoción de la salud.

P.35. Se detallan los recursos financieros, personales, materiales y comunitarios disponibles para asegurar las intervenciones previstas.

P.38. Las actividades están adaptadas a las características de la población objetivo y de los participantes.

P.39. Las actividades son coherentes con los objetivos señalados (tienen capacidad para modificar los factores de riesgo y protección previstos en los objetivos).

P.54. El programa incluye un cronograma de las intervenciones/actividades a realizar.

5) Seguimiento del programa

P.41. La intervención es implementada de acuerdo con el plan del proyecto.

P.44. Se especifica cómo se realizará el proceso de seguimiento del programa.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

P.46. Desde la fase de planificación, se ha redactado un plan de evaluación de resultados que incluye:

- Los indicadores que se van a utilizar para medir los resultados.
- Los momentos en que se realizarán las mediciones.
- Los instrumentos de medida y de recogida de datos que se van a utilizar.

P.47. Los indicadores de evaluación de resultados seleccionados están relacionados con los objetivos del programa.

P.48. Los indicadores de evaluación de resultados están claramente descritos y son medibles en términos cuantitativos y/o cualitativos.

P.49. Los métodos y las herramientas utilizadas para la recogida de los datos de resultados:

- Están claramente descritos.
- Aportan información relevante para los indicadores de evaluación.
- Son herramientas existentes probadas anteriormente o nuevas herramientas bien desarrolladas y validadas.
- Son consistentemente utilizadas (se utilizan las mismas herramientas en los distintos momentos en que se realizan las mediciones).

P.51. Los datos de resultados son medidos antes de la intervención y después de la intervención.

P.52. Existe por escrito un plan de evaluación de proceso que incluye:

- Los indicadores que se van a utilizar.
- Los momentos en que se van a medir los indicadores.
- Los instrumentos de medida y de recogida de datos, cuando sean necesarios.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

P.53. Los indicadores de evaluación de proceso:

- Están relacionados con las actividades realizadas.
- Están claramente descritos.
- Son medibles en términos cuantitativos y/o cualitativos.

P.59. Se contempla la realización de un informe final con los principales datos y conclusiones de la evaluación de procesos y de resultados.

P.60. Los mecanismos, procedimientos y herramientas seleccionados para evaluar los resultados del programa permiten comprobar si se han logrado los objetivos “preventivos” del mismo:

- Si se ha mantenido o incrementado la abstinencia al consumo de diferentes drogas.
- Si se ha retrasado la edad de inicio al consumo de diferentes sustancias.
- Si se ha reducido la frecuencia de uso y las cantidades consumidas de ciertas drogas.
- Si se ha reducido el consumo abusivo o perjudicial de ciertas drogas.
- Si se han reducido problemas relacionados con el uso de determinadas drogas.
- Si se han modificado determinadas variables mediadoras.

P.61. Los mecanismos, procedimientos y herramientas seleccionados para evaluar los resultados del programa permiten comprobar si los resultados obtenidos por el programa se mantienen en el tiempo.

P.62. Se contemplan mecanismos de evaluación interna de los resultados.

P.63. Se contemplan mecanismos de evaluación externa de los resultados.

3) Criterios para la acreditación de los programas de reducción de riesgos asociados al consumo de drogas

Tabla 3. Criterios mínimos para la acreditación de los programas de reducción de riesgos asociados al consumo

CRITERIOS FUNCIONALES O DE PROCESO
RR.1. Los programas de reducción de riesgos desarrollados en el ámbito sanitario proporcionan de forma sistemática consejo sanitario de distinta intensidad a los consumidores de riesgo y perjudiciales de alcohol que acuden a los servicios de atención primaria de salud.
RR.3. Se derivan a tratamiento especializado o a programas de asesoramiento a conductores suspendidos del permiso de conducir y en los que se constatan problemas de dependencia o de consumo problemático de alcohol.
RR.4. Los programas de reducción de riesgos asociados al consumo de alcohol en el ámbito laboral incorporan mecanismos que permiten la detección temprana de los consumos de riesgo, la oferta de consejo breve a los trabajadores que mantienen este patrón de consumo y la derivación a servicios especializados de tratamiento de los problemas de abuso y/o dependencia al alcohol.
CRITERIOS DE EVALUACIÓN
RR.5. Las intervenciones para reducir los riesgos relacionados con el consumo de alcohol y tabaco cuentan con un sistema de evaluación periódica interna de procesos y de resultados, dirigido a lograr los siguientes objetivos:
<ul style="list-style-type: none">○ Reducir la proporción de no fumadores expuestos a ambientes cerrados por humo de tabaco.○ Disminuir el número de personas fallecidas y heridas en accidentes de tráfico relacionados con el consumo de alcohol.○ Reducir la tasa de problemas relacionados con el abuso de alcohol: urgencias hospitalarias, homicidios, lesiones por agresión, negligencia y maltrato infantil y personas intoxicadas atendidas en la vía pública. Reducir la morbilidad y mortalidad más directamente relacionada con el hábito de fumar y con consumos de riesgo y perjudiciales de alcohol.

NOTA: el reducido número de criterios de programas podría aconsejar su inclusión, como un sub-apartado, dentro de los criterios de acreditación de los programas de prevención.

4) Criterios para la acreditación de los programas de tratamiento

Tabla 4. Criterios mínimos para la acreditación de los programas de tratamiento.

CRITERIOS ESTRUCTURALES
1) Aspectos normativos
T.1. El centro o servicio cumple las exigencias que la legislación del país establece en materia de licencia de apertura y funcionamiento y de autorización como centro especializado, tanto derivadas de la aplicación de las normas generales que regulan los centros sanitarios y sociales, como de aquellas específicas referidas a los centros de tratamiento de las drogodependencias (existencia de un equipo técnico básico, condiciones de seguridad y salubridad, ausencia de barreras físicas, etc.).
T.2. El programa o centro de tratamiento ha sido autorizado habilitado como tal por parte de la Administración competente para ello.
2) Derechos de los pacientes
T.3. El servicio o centro de tratamiento garantiza un tratamiento adecuado y reconoce a los pacientes que acceden al mismo los siguientes derechos: <ul style="list-style-type: none">○ Al acceso a las prestaciones y servicios de tipo sanitario, psicológico y social que integran el proceso asistencial en unos plazos definidos y conocidos y sin limitaciones por razones de insuficiencia económica.○ A la libre elección entre diferentes ofertas terapéuticas.○ A la voluntariedad para iniciar, mantener y cesar un proceso terapéutico, excepto en los casos señalados por la legislación vigente.○ A conocer la normativa del centro (Reglamento Interno) en todos aquellos aspectos que puedan afectarle, así como el nombre y cualificación profesional de las personas encargadas de su asistencia.○ A la información, verbal o escrita, por parte del equipo terapéutico respecto de los distintos servicios disponibles, el tratamiento propuesto según sus aspectos clínicos y el proceso que está siguiendo, las razones que aconsejan el mismo y los beneficios y riesgos que cabe esperar.○ A que quede constancia por escrito o en otro soporte técnico de:<ul style="list-style-type: none">– Todo su proceso asistencial, información que deberá ser integrada en la historia clínica.– El consentimiento otorgado antes de practicar cualquier procedimiento diagnóstico o terapéutico que suponga riesgos o inconvenientes para su salud.– Los procedimientos diagnósticos o terapéuticos que se le apliquen de carácter experimental o que formen parte de proyectos docentes o de investigación.– A la firma de un contrato terapéutico que explicita el contenido y la justificación del tratamiento a desarrollar, los derechos que asisten a los pacientes y las obligaciones asumidas por los mismos.○ A recibir un informe de alta, una vez finalizado el proceso asistencial.
T.4. Los pacientes que siguen tratamientos de carácter residencial tienen derecho al contacto con familiares o allegados y a recibir visitas de ellos.
3) Accesibilidad a los servicios y programas de tratamiento
T.5. El centro o servicio contempla distintas vías de acceso al tratamiento y dispone de criterios de indicación terapéutica definidos y escritos, basados en un diagnóstico biopsicosocial de los pacientes.
T.8. En el centro o servicio existen unos criterios de inclusión y de exclusión que delimitan adecuadamente el acceso o no de los pacientes a las diferentes modalidades de tratamiento.
T.11. Existen criterios definidos de derivación, inclusión, indicación terapéutica y exclusión para la desintoxicación en entornos hospitalarios.
T.12. Existen criterios definidos de derivación, inclusión, indicación terapéutica y exclusión para el ingreso en comunidad terapéutica.
4) Recursos humanos
T.15. Todos los profesionales que formen parte del equipo multidisciplinar poseen experiencia y formación específica reconocida en materia de drogodependencias
5) Infraestructuras e instalaciones
T.19. El tamaño de las instalaciones se adecúa al volumen de pacientes atendidos.
T.20. Los centros de tratamiento disponen de un depósito de medicamentos debidamente autorizado, una zona segura para el archivo de las historias clínicas y sistemas de protección informáticos para evitar el acceso a los datos de los pacientes por parte de personas no autorizadas.
6) Mecanismos de colaboración y coordinación
T.23. El centro o servicio dispone de procedimientos de coordinación y cooperación con otros centros de asistencia a drogodependientes, así como de interconsulta y derivación a servicios de carácter generalista (servicios sanitarios, sociales, judiciales, red de salud mental, etc.).

CRITERIOS FUNCIONALES O DE PROCESO

7) Organización de los servicios

T.24. El centro/servicio se sustenta en un abordaje multidisciplinario e interdisciplinario de las drogodependencias.

T.25. El diseño del centro/servicio ha estado precedido de una evaluación de necesidades y un diagnóstico de situación.

T.27. Se dispone de un modelo de referencia que establece las funciones que cumple el centro/servicio de tratamiento dentro de la Red Asistencial (perfiles poblacionales atendidos, objetivos, servicios prestados, etc.), los procesos y procedimientos a seguir para acceder al mismo y los mecanismos de derivación de pacientes entre los servicios de la Red.

T.29. Existe un expediente personal de cada paciente en el que se registran los terapeutas responsables de su caso y del que forma parte su historia clínica.

T.30. Se dispone de un sistema de información que permite registrar el conjunto de intervenciones asistenciales realizadas por el centro/servicio, compatibles con los sistemas de información locales, regionales y nacionales

8) Cartera de servicios

T.31. El tratamiento incluye la evaluación diagnóstica, la atención sanitaria, psicológica y social (en el marco de planes terapéuticos individualizados) y el desarrollo de diferentes actividades orientadas a mejorar la salud y la calidad de vida de las personas afectadas, mediante la reducción de la dependencia de las drogas, la disminución de la morbilidad y mortalidad por el uso de estas sustancias, la potenciación de las habilidades y recursos personales y el acceso a programas de incorporación social.

T.32. La cartera de servicios de los centros de tratamiento ambulatorios incluye, como mínimo: información y orientación, evaluación y diagnóstico, tratamiento y control terapéutico, atención familiar y apoyo a la incorporación social.

T.34. Los centros de tratamiento residenciales disponen de un programa para la prevención, identificación y control de las infecciones potencialmente adquiridas en el mismo y/o introducidas desde el exterior.

9) Procesos asistenciales claves

T.35. El centro/servicio dispone de una guía de procesos y procedimientos que permite protocolizar la atención a brindar a la población beneficiaria del mismo, asegurar la equidad y calidad de la atención prestada y facilitar el establecimiento de sistemas de información y la evaluación de la actividad asistencial.

T.36. El centro/servicio identifica, describe y documenta los procesos claves que conforman el proceso de tratamiento y que tienen un mayor impacto sobre los objetivos estratégicos del centro o servicio: recepción/admisión de las demandas, evaluación diagnóstica, formulación de planes terapéuticos individualizados, ejecución de los planes terapéuticos, seguimiento, evaluación y finalización de los tratamientos.

T.38. Se proporciona información al paciente y a sus familiares acerca de las opciones terapéuticas existentes y del contenido de la cartera de servicios disponibles en el centro/servicio, así como de las normas generales de funcionamiento.

T.41. Se realiza una evaluación y diagnóstico integral, de carácter biopsicosocial, de los pacientes que acceden a tratamiento conforme a los manuales, normas, criterios y procedimientos internacionales ya estandarizados.

T.42. Los datos de la evaluación diagnóstica son volcados en la Historia Clínica Integrada del paciente.

T.43. Se diseña un plan individualizado de tratamiento para cada paciente (modalidad de intervención, metas terapéuticas, actividades, recursos a utilizar, duración y fases), basado en un diagnóstico previo en el que se fijan objetivos de mejora o estabilización somática, psicológica, psiquiátrica y de integración social, así como de reducción o abstinencia del consumo de drogas.

T.44. Se tiene en consideración la perspectiva de género en el diseño del plan de tratamiento.

T.45. La propuesta terapéutica es comunicada y pactada con el paciente, recogiendo los términos de los acuerdos alcanzados en un documento escrito que firma el paciente (contrato terapéutico). La propuesta terapéutica incluirá la oferta de intervenciones con los familiares del paciente, en los casos en que proceda.

T.46. El plan terapéutico incluye estrategias para reforzar la adherencia al tratamiento.

T.47. Se le asigna a cada paciente un "profesional de referencia", encargado de centralizar todos los flujos informativos y de responsabilizarse del seguimiento del plan de tratamiento.

T.50. Tanto los centros de tratamiento ambulatorios como las comunidades terapéuticas ofertan un programa terapéutico multicomponente de carácter biopsicosocial, que combina terapia farmacológica y tratamiento psicológico conductual y cognitivo-conductual, terapia de grupo, familiar y de pareja.

T.52. Independientemente de que el objetivo del tratamiento se oriente o no al logro de la abstinencia, a todos los pacientes se les facilitan pautas para la reducción de riesgos y daños asociados al consumo de drogas.

T.53. Se contemplan reuniones periódicas del equipo técnico del centro/servicio para valorar la evolución del tratamiento y formular posibles cambios en el Plan terapéutico, así como con otros servicios implicados para garantizar la continuidad asistencial.

T.54. El profesional de referencia examina periódicamente junto con el paciente la evolución del tratamiento establecido, introduciendo las variaciones necesarias para asegurar el cumplimiento de los objetivos previstos en el Programa Individualizado de Tratamiento.

CRITERIOS FUNCIONALES O DE PROCESO

T.55. La duración del tratamiento vendrá determinada por el grado de cumplimiento de los objetivos perseguidos con la estancia en el centro de tratamiento y en función de los motivos de finalización debidamente definidos (alta terapéutica y voluntaria, derivación, abandono, fuerza mayor).

T.56. El Reglamento Interno del programa o servicio precisa los criterios de expulsión o exclusión del tratamiento de los pacientes y los procedimientos a aplicar en estos casos.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN DE RESULTADOS

T.59. Para evaluar la efectividad de los programas de tratamiento se utilizan métodos e instrumentos que hayan demostrado su utilidad en investigaciones y estudios de evaluación de la actividad asistencial realizados por otras instituciones.

T.60. El centro/servicio contempla la evaluación de resultados del proceso asistencial, identificando los indicadores a utilizar.

T.62. Se dispone de un sistema de evaluación periódica de la actividad asistencial, con base en indicadores objetivos (ocupación, retención de pacientes, altas, resultados obtenidos, etc.).

5) Criterios para la acreditación de los programas de reducción del daño

Tabla 5. Criterios mínimos para la acreditación de los programas de reducción del daño.

CRITERIOS ESTRUCTURALES
1) Accesibilidad a los programas y servicios
RD.5. Los horarios de funcionamiento y apertura de los servicios son amplios y coinciden con las necesidades de los usuarios a los que van destinados
CRITERIOS FUNCIONALES O DE PROCESO
RD.17. El programa contempla la evaluación de las conductas de riesgo relacionadas con la adicción (consumo inyectado, antecedentes de sobredosis, uso de drogas con potencial sinérgico en cuanto a efecto depresor sobre el SNC, uso compartido de drogas o materiales de consumo, consumo en la vía pública).

NOTA: el reducido número de criterios de programas podría aconsejar su inclusión, como un sub-apartado, dentro de los criterios de acreditación de los programas de tratamiento.

6) Criterios para la acreditación de los programas de incorporación social

Tabla 6. Criterios comunes para la acreditación de los programas de incorporación social.

CRITERIOS ESTRUCTURALES
1) Accesibilidad a los programas y servicios
IS.1. Se han establecido criterios precisos de inclusión y exclusión en el programa.
IS.2. La población destinataria del programa está descrita de forma precisa.
IS.3. Se dispone de un protocolo que regula el acceso/admisión de los usuarios al programa o al menos el programa describe los procedimientos previstos para ello.
IS.4. El contenido de la cartera de servicios ofertados por el programa es difundido entre los potenciales beneficiarios y las entidades/servicios que trabajan en el campo de las drogodependencias o la exclusión social.
2) Mecanismos de colaboración y coordinación
IS.8. Existen acuerdos de colaboración con distintos programas y servicios (servicios sociales, empleo, etc.) que permiten el acceso de las personas beneficiarias de los programas de incorporación social a los mismos.
CRITERIOS FUNCIONALES O DE PROCESO
3) Evaluación y análisis de necesidades
IS.9. El programa incluye una adecuada justificación, soportada en un estudio previo de necesidades.
IS.10. Se han evaluado las necesidades y demandas habituales de la población drogodependiente potencialmente beneficiaria del programa, en especial las relacionadas con ciertos problemas sociales y de salud: laborales, económicas, familiares, de vivienda- alojamiento, judiciales-legales, aislamiento social, trastornos mentales asociados a la dependencia de las drogas y minusvalías o enfermedades orgánicas graves.
IS.12. El programa analiza la influencia que el entorno social y económico ejercen sobre los procesos de exclusión e integración social de la población potencialmente beneficiaria del mismo, teniendo en consideración: la coyuntura económica del país, región o comunidad donde se implementará el programa y las políticas de empleo vigentes, las actitudes y estereotipos dominantes entre la comunidad donde se ejecutará el programa hacia las personas drogodependientes y las medidas para apoyar su incorporación social y las políticas sociales existentes para prevenir las situaciones de exclusión social y pobreza y apoyar los procesos de incorporación social.
IS.14. La recogida de la información necesaria para la elaboración del diagnóstico social de las personas beneficiarias del programa se realiza a través de instrumentos estandarizados (Historia sociolaboral, etc.) que permiten valorar las siguientes áreas: antecedentes de participación en otros programas de incorporación social, tipo de alojamiento y características del mismo, tipo de convivencia y relaciones familiares, situación económica y fuente de ingresos, situación laboral actual, antecedentes laborales y actitudes ante el empleo, que sirva de base para obtener un diagnóstico de empleabilidad, nivel formativo, relaciones sociales y redes de apoyo social, formas de ocupación del ocio, situación jurídica-legal, estado de salud (física y mental), grado de autonomía personal, recursos personales, actitud y disposición para el cambio, situación actual de los consumos de drogas y, en su caso, evolución en el tratamiento de la drogodependencia.
IS.18. Se han establecido alianzas con otras organizaciones, instituciones o grupos comunitarios que trabajan a favor de la incorporación social de distintos colectivos: creación de redes y estructuras de cooperación interinstitucional.
4) Diseño/formulación del programa
IS.23. Existe un documento escrito en el que se describen todos los elementos relevantes del programa, en particular: <ul style="list-style-type: none">○ Las conclusiones más relevantes de la evaluación de necesidades y las prioridades que se han establecido a la vista de los resultados del análisis de necesidades.○ Las partes interesadas en el programa y los procedimientos para su participación.○ La población objetivo del programa (población destinataria y población mediadora) y los procedimientos para su selección.○ El modelo teórico en que se apoya el programa.○ Los objetivos que persigue el programa.○ Las estrategias de intervención seleccionadas.○ Los ámbitos en los que incidirá el programa.○ Los recursos humanos, materiales y financieros disponibles.○ Los procedimientos de coordinación internos y externos.○ Las actividades previstas, su duración y el cronograma para su ejecución.○ Los procedimientos para el seguimiento del programa y la evaluación del proceso y resultados.
IS.25. Existe coherencia interna entre el soporte teórico del programa, el análisis de la situación (evaluación de necesidades), los objetivos, las estrategias de intervención y las actividades previstas.

CRITERIOS FUNCIONALES O DE PROCESO

IS.29. El programa incluye objetivos generales, específicos y operacionales, formulados de manera tal que puedan ser evaluados de forma objetiva mediante indicadores.

IS.34. El programa incluye estrategias destinadas a facilitar la accesibilidad de sus potenciales beneficiarios, teniendo en cuenta las barreras organizativas, económicas, estructurales, sociales y culturales que pueden dificultar o impedir el acceso al programa, en especial en el caso de las mujeres, los inmigrantes o las personas sin hogar. Entre otras, el programa incluye estrategias de aproximación activa a aquellos drogodependientes que permanecen alejados de los servicios especializados en el tratamiento de las adicciones y/o de los servicios sanitarios y sociales generales, para evitar la consolidación de situaciones de exclusión y/o marginación.

IS.36. Las estrategias de intervención previstas en el programa asumen la premisa de que la incorporación social en un proceso individualizado, existiendo múltiples itinerarios para lograr esta meta. Los objetivos y contenidos de los itinerarios de incorporación social son flexibles, dependiendo de:

- La posición de partida de la persona (problemas y necesidades, estado de salud física y mental, etc.).
- Su actitud y grado de compromiso para el cambio.
- Los recursos, capacidades y habilidades personales con que cuenta.
- La red social y familiar de apoyo de que dispone.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN (DE PROCESO Y DE RESULTADOS)

IS.48. El programa contempla un plan para evaluar su implementación, cobertura y resultados, en el que se identifican: los datos que serán recopilados para facilitar su evaluación y las fuentes de información a utilizar para su recogida, así como los instrumentos, herramientas y procedimientos a seguir para realizar la evaluación del programa (medición de la situación inicial, intermedia y final de las personas beneficiarias del programa y/o de los distintos servicios que incorpora el mismo).

IS.49. El plan de evaluación del programa describe los indicadores de proceso que permitirán monitorizar las actuaciones desarrolladas en su contexto, entre las que cabe mencionar el número de beneficiarios que:

- Han accedido al programa a través de los diferentes mecanismos o vías establecidos para ello.
- Han accedido/utilizado los distintos servicios o actividades que integran el mismo (orientación laboral, asesoramiento social, formación prelaboral)
- Han sido derivados a centros de tratamiento de las drogodependencias.
- Disponen de programas individualizados de incorporación social.
- Han completado satisfactoriamente el programa individualizado de incorporación social (han realizado todas las actividades previstas y/o alcanzado los objetivos previstos en el PII).
- Participan en programas de tratamiento.
- Derivados a la red de servicios sociales para la atención de necesidades sociales básicas.
- Derivados a los servicios de empleo.

IS.50. El plan de evaluación del programa describe los indicadores que serán utilizados para evaluar la cobertura del programa en relación con la población potencialmente beneficiaria del mismo.

IS.51. El plan de evaluación del programa describe los indicadores que serán utilizados para evaluar los resultados del programa.

ANEXO II: CRITERIOS DE ACREDITACIÓN AVANZADOS PREVISTOS EN LAS OPCIONES N° 2 Y 3

INTRODUCCIÓN

Para la selección de los criterios que integran esta relación se han utilizado las siguientes normas:

- Que al menos el 60% de los socios y entidades colaboradoras que participaron en el Estudio sobre la situación de los sistemas nacionales de acreditación consideren viable su incorporación a sus respectivos sistemas nacionales de acreditación.
- Se han eliminado aquellos criterios que se solapan o superponen entre sí o reformulado un nuevo criterio que sintetice ambos.

La aplicación de estas normas implica que los criterios para la acreditación de las diferentes categorías de programas de RDD que deberían asumir las entidades que se adhirieran al sistema de acreditación supranacional serían los siguientes:

1) Criterios comunes a todos los programas de reducción de la demanda

Tabla 1. Criterios comunes para la acreditación de los programas reducción de la demanda

CRITERIOS ESTRUCTURALES
1) Principios éticos y derechos de las personas beneficiarias de los programas
PRD.2. Las condiciones de acceso y permanencia en el programa o servicio están disponibles para los potenciales participantes, asegurando que no se producen discriminaciones en función del sexo, edad, raza, opiniones políticas, estatus legal o social, religión, condiciones físicas o psicológicas u oportunidades socioeconómicas.
PRD.4. El programa o servicio reconoce a las personas usuarias/beneficiarias del mismo su derecho a: <ul style="list-style-type: none"> ○ La autonomía, incluyendo la capacidad para decidir participar o no en el mismo. ○ La seguridad y respeto a la dignidad humana. ○ La salud, la integridad física, psicológica y moral. ○ La no discriminación. ○ La igualdad de oportunidades, derechos y obligaciones. ○ La protección contra tratos degradantes e inhumanos.
PRD.5. Se oferta a los potenciales destinatarios del programa o servicio la intervención más adaptada, adecuada y científicamente comprobada, de acuerdo a su situación personal y otras circunstancias asociadas.
PRD.6. Se informa a las partes interesadas de las posibles desventajas y riesgos para los participantes y se obtiene su consentimiento antes de la intervención.
PRD.7. La participación de menores de edad en programas y servicios cuenta con la autorización previa de los padres o tutores.
PRD.8. Los datos de los participantes en el programa son tratados confidencialmente.
2) Aspectos normativos
PRD.9. El programa/servicio cumple la legislación y la normativa aplicable en materia fiscal, laboral, de protección de datos y de igualdad de oportunidades laborales.
3) Aspectos financieros
PRD.13. Periódicamente se rinden cuentas a las instituciones y organizaciones que financian el programa y a todas las partes interesadas en su desarrollo.
4) Recursos humanos
PRD.14. Se dispone de un número suficiente de personal técnico para asegurar la realización de las actividades previstas en el programa o servicio.
PRD.15. El personal que integra el equipo responsable del desarrollo del programa/servicio dispone de las competencias profesionales necesarias para ello (poseer los títulos y diplomas requeridos y contar con la experiencia profesional necesaria para poder desarrollar el programa).

CRITERIOS ESTRUCTURALES

5) Infraestructuras e instalaciones

PRD.16. Se dispone de las instalaciones y el equipamiento adecuados para alcanzar las metas del programa, de acuerdo con las condiciones generales de desarrollo de la comunidad en que se llevan a cabo.

6) Mecanismos de colaboración y coordinación

PRD.17. La organización promotora del proyecto propicia sinergias con otras instituciones, asociaciones y colectivos que comparten intereses y estrategias en el campo de la reducción de la demanda de drogas.

PRD.18. Se han establecido mecanismos y procedimientos de colaboración y coordinación con diferentes instituciones y organizaciones sociales que participan en el programa o que apoyan su desarrollo.

PRD.19. El programa se integra dentro de planes amplios ya existentes con los que existe cierta coincidencia estratégica, bien en materia de reducción de la demanda (por ejemplo, planes comunitarios de prevención del consumo de drogas), bien para abordar problemas de carácter transversal (por ejemplo, planes para la prevención de la exclusión social).

PRD.20. El programa o servicio contempla procedimientos de derivación para la atención de las necesidades (educativas, sociales, de salud) de sus beneficiarios a otros recursos o servicios comunitarios.

CRITERIOS FUNCIONALES O DE PROCESO

7) Aspectos organizativos

PRD.21. La organización promotora del programa define su misión y visión.

PRD.22. La organización dispone de una estructura definida y conocida por el conjunto de partes interesadas en el diseño, ejecución y evaluación del programa.

PRD.23. La organización promotora del programa dispone de un sistema de gestión de la calidad para asegurar la prestación del mejor programa o servicio disponible a sus beneficiarios.

8) Sistemas de información y documentación

PRD.25. Se mantiene un registro de las personas beneficiarias del programa.

PRD.27. Los sistemas de información y registro del programa incorporan datos sobre variables que resultan claves para realizar una evaluación permanente de las necesidades de las personas que acceden al programa, así como de los cambios o efectos derivados de la participación en el mismo.

PRD.28. El programa contempla la colaboración con los sistemas de información locales, regionales y nacionales existentes en el campo de la reducción de la demanda, mediante la utilización de indicadores y procedimientos de recogida de información estandarizados, la cesión de los mismos a las "unidades centrales de información" para su procesamiento y explotación o su inclusión en bases de datos centralizadas.

PRD.29. Se dispone de guías de procesos y procedimientos que permiten una implementación armonizada de las intervenciones que integran el programa.

PRD.30. Se utilizan los materiales necesarios para la ejecución del programa (materiales didácticos, manuales de formación del personal, etc.).

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

PRD.31. La organización ha diseñado un plan para evaluar el programa, en el que se establecen los siguientes elementos:

- El contenido de la evaluación (evaluación de procesos, cobertura, resultados, etc.).
- Procedimientos e instrumentos a utilizar en la evaluación.
- Indicadores de evaluación.
- El tipo de evaluación a realizar (interna, externa o mixta).
- Usos previstos a dar a los resultados de la evaluación (continuidad del programa, reorientación o modificación del programa, etc.).
- Vías y mecanismos para la difusión de los resultados y destinatarios de sus resultados.

PRD.32. Se realizan mediciones o registros de la situación que la población beneficiaria del programa presenta de forma previa y posterior a su participación en el mismo, a fin de permitir la evaluación de sus resultados.

2) Criterios para la acreditación de los programas de prevención

Tabla 2. Criterios para la acreditación de los programas de prevención

CRITERIOS FUNCIONALES O DE PROCESO
1) Evaluación y análisis de necesidades
P.1. Se ha reunido y revisado información relevante, actualizada y fiable (“indicadores basales”) sobre el consumo de drogas entre la población a la que se dirige el programa, incluyendo: tipos de drogas consumidas, tasas y tendencias del consumo, edades de inicio, percepción del riesgo, factores culturales relacionados con el consumo de drogas y problemas relacionados con el consumo.
P.3 Se ha realizado un análisis de los recursos disponibles en la comunidad.
P.5. La/s población/es objetivo está/n descrita/s, incluyendo su tamaño, características, cultura y perspectivas en relación con las drogas.
P.6. Si el programa es de prevención selectiva o indicada, se proporcionan unos criterios explícitos de inclusión y de exclusión (socio-demográficos, socioeconómicos, psico-biológicos, geográficos, etc.) que: definan la/s población/es objetivo de manera apropiada, permitan una diferenciación clara entre poblaciones y estén justificados de acuerdo a la evaluación de necesidades.
P.7. Se describen los factores de riesgo y de protección asociados al uso de drogas que inciden sobre la población objetivo del programa y que el programa trata de modificar.
P.9. El programa recurre a un modelo teórico para explicar los consumos de drogas y los problemas asociados que: <ul style="list-style-type: none"> ○ Está basado en la evidencia o en una revisión de literatura relevante, ○ Es aceptado en la comunidad científica y/o de prevención, ○ Permite una comprensión de las necesidades específicas relacionadas con las drogas y sus causas. ○ Permite comprender cómo el comportamiento puede ser cambiado.
P.11. Mediante el modelo teórico se establece una relación entre los factores de riesgo y protección y la modificación de los comportamientos relacionados con las drogas.
2) Identificación e implicación de las partes interesadas
P.12. Se han identificado las partes interesadas, que incluyen: la población objetivo, representantes de los organismos financiadores, responsables de recursos comunitarios, representantes del movimiento asociativo, líderes comunitarios, representantes institucionales, medios de comunicación. etc.
P.13. Se establecen alianzas con otras organizaciones, instituciones o grupos comunitarios.
P.14. Si se prevé realizar el programa en una organización receptora (por ejemplo, un centro educativo para un programa escolar): la organización receptora se considera como una parte interesada en el programa, las necesidades de la organización receptora se evalúan para determinar si el programa es el adecuado y la información proporcionada sobre el programa es comprensible y permite a la organización receptora tomar una decisión informada.
3) Evaluación de recursos
P.15. Se evalúa la capacidad de la población objetivo y otras partes interesadas para participar en el programa o apoyar su desarrollo.
P.18. Si el personal no tiene las capacidades necesarias, se define un plan de formación para el mismo.
4) Diseño/formulación del programa
P.19. Existe un plan escrito del proyecto que: es claro, realista, comprensible y accesible para todos los agentes implicados, describe y conecta de forma lógica los principales componentes del programa, informa sobre el modelo teórico adoptado, detalla las estrategias de intervención seleccionadas, la definición de los escenarios, los recursos materiales y personales necesarios, los procedimientos para recabar y mantener los apoyos, los procedimientos para la selección de los participantes, las actividades previstas, los procedimientos para efectuar el seguimiento, el diseño de la evaluación de procesos y de resultados y permite un seguimiento del progreso real del programa durante su ejecución.
P.20. El proyecto define el criterio para la terminación de la intervención (logro de los objetivos, terminación de las actividades previstas, nº de participantes previstos, duración de la intervención).
P.21. Se especifica qué se pretende prevenir o modificar.
P.22. Los objetivos: están determinados en función de la evaluación de necesidades (indicadores basales que se pretende modificar), son claros, comprensibles, realistas, están temporalmente definidos, son cuantificables, mantienen una relación lógica con las variables mediadoras que se pretenden modificar, están relacionados con los factores de riesgo y protección especificados, tienen una relación basada en el modelo teórico utilizado y están formulados en términos de cambio esperado en los participantes (de resultados).
P.23. Los objetivos son compatibles con las prioridades establecidas por las estrategias y políticas locales, regionales, nacionales y/o internacionales en materia de prevención de las drogodependencias.

CRITERIOS FUNCIONALES O DE PROCESO

24 En la selección de las intervenciones existentes se considera:

- Si la intervención elegida es adecuada para el escenario del programa previsto.
- Si las condiciones subyacentes encontradas en la evaluación de las necesidades son similares a las existentes en el programa modelo/prototipo.
- Si los resultados obtenidos por el prototipo encajan con las metas y objetivos del programa previsto.
- Si los recursos necesarios coinciden con los recursos disponibles.
- Los beneficios y desventajas de la intervención, incluyendo sus posibles efectos negativos.
- El equilibrio entre la posible adaptación y la fidelidad al prototipo elegido.
- La viabilidad de la intervención (si las actividades se pueden aplicar, si se dispone de cualificación suficientes, si la complejidad del programa es excesiva, etc.).

P.25. El programa elegido es adecuado y adaptado a las circunstancias relacionadas con: las necesidades de los participantes, el escenario elegido, el entorno operativo, la edad de los participantes y su grado de desarrollo y el género y la cultura de los participantes.

P.26. El diseño de la intervención se ajusta a las características de la población objetivo, mediante la adaptación de: el lenguaje, las actividades y métodos de aplicación, los mensajes de la intervención, la duración, frecuencia y ritmo de la intervención y el número de participantes por actividad.

P.27. El modelo teórico del prototipo elegido es compatible con: el modelo teórico explicativo utilizado para la intervención y los factores de riesgo y de protección identificados en la población objetivo.

P.28. El programa original está claramente referenciado y sus autores identificados.

P.29. Se han consultado las revisiones de la literatura y/o las publicaciones más relevantes.

P.30. La información revisada es científica, actualizada, relevante para el programa y aceptada por la comunidad científica y/o de la prevención.

P.31. El contenido de la intervención está basado en la evidencia disponible y en las recomendaciones de buenas prácticas e incorpora los mayores elementos posibles de dichas evidencias y recomendaciones.

P.32. El programa tiene la intensidad y duración adecuadas para el grupo al que va dirigido: a mayor riesgo de consumo, más intensa y duradera debe ser la intervención, y viceversa.

P.34. El programa ayuda a los participantes a descubrir y darse cuenta de sus propios recursos, de modo que: está positivamente orientado hacia los puntos fuertes de los participantes, y pone de relieve las alternativas a las opciones no saludables, apoya a los participantes en el cuidado de su propia salud y se encuadra en un clima positivo de promoción de la salud.

P.35. Se detallan los recursos financieros, personales, materiales y comunitarios disponibles para asegurar las intervenciones previstas.

P.36. Están definidos los mecanismos utilizados para reclutar a los participantes.

P.37. Se toman medidas concretas para maximizar el reclutamiento y la retención de los participantes, de modo que el programa: es asequible para la población objetivo, ofrece horarios y lugares adecuados para la población objetivo, garantiza la confidencialidad, evita que se estigmatice a los participantes o la población objetivo más amplia, facilita incentivos materiales para captar a poblaciones en situación de riesgo.

P.38. Las actividades están adaptadas a las características de la población objetivo y de los participantes.

P.39. Las actividades son coherentes con los objetivos señalados (tienen capacidad para modificar los factores de riesgo y protección previstos en los objetivos).

P.54. El programa incluye un cronograma de las intervenciones/actividades a realizar.

5) Seguimiento del programa

P.41. La intervención es implementada de acuerdo con el plan del proyecto.

P.42. Si se ha realizado una aplicación piloto, la misma está debidamente documentada, incluyendo:

- El seguimiento de la aplicación piloto.
- Las dificultades encontradas y las soluciones propuestas.
- Las modificaciones realizadas en el diseño de la intervención.

P.43. La implementación está documentada, incluyendo la misma:

- Datos periódicos de seguimiento de la implementación en línea con el plan del proyecto desarrollado en la etapa de planificación,
- Identificación de obstáculos y/o fracasos, y la forma en que fueron corregidos,
- Ajustes y cambios realizados en el plan original del proyecto,
- Incidentes extraordinarios y las respuestas adoptadas para afrontarlos.

P.44. Se especifica cómo se realizará el proceso de seguimiento del programa.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

P.46. Desde la fase de planificación, se ha redactado un plan de evaluación de resultados que incluye:

- Los indicadores que se van a utilizar para medir los resultados.
- Los momentos en que se realizarán las mediciones.
- Los instrumentos de medida y de recogida de datos que se van a utilizar.

P.47. Los indicadores de evaluación de resultados seleccionados están relacionados con los objetivos del programa.

P.48. Los indicadores de evaluación de resultados están claramente descritos y son medibles en términos cuantitativos y/o cualitativos.

P.49. Los métodos y las herramientas utilizadas para la recogida de los datos de resultados:

- Están claramente descritos.
- Aportan información relevante para los indicadores de evaluación.
- Son herramientas existentes probadas anteriormente o nuevas herramientas bien desarrolladas y validadas.
- Son consistentemente utilizadas (se utilizan las mismas herramientas en los distintos momentos en que se realizan las mediciones).

P.50. La evaluación de resultados sigue un diseño de investigación, permitiendo un análisis claro de la relación entre la intervención y los resultados.

P.51. Los datos de resultados son medidos antes de la intervención y después de la intervención.

P.52. Existe por escrito un plan de evaluación de proceso que incluye:

- Los indicadores que se van a utilizar.
- Los momentos en que se van a medir los indicadores.
- Los instrumentos de medida y de recogida de datos, cuando sean necesarios.

P.53. Los indicadores de evaluación de proceso:

- Están relacionados con las actividades realizadas.
- Están claramente descritos.
- Son medibles en términos cuantitativos y/o cualitativos.

P.57. La audiencia objetivo está especificada, incluyendo a los participantes en el programa y sus evaluaciones y a otras partes interesadas.

P.58. El formato y los medios de difusión adoptados son adecuados para los destinatarios.

P.59. Se contempla la realización de un informe final con los principales datos y conclusiones de la evaluación de procesos y de resultados.

P.60. Los mecanismos, procedimientos y herramientas seleccionados para evaluar los resultados del programa permiten comprobar si se han logrado los objetivos "preventivos" del mismo:

- Si se ha mantenido o incrementado la abstinencia al consumo de diferentes drogas.
- Si se ha retrasado la edad de inicio al consumo de diferentes sustancias.
- Si se ha reducido la frecuencia de uso y las cantidades consumidas de ciertas drogas.
- Si se ha reducido el consumo abusivo o perjudicial de ciertas drogas.
- Si se han reducido problemas relacionados con el uso de determinadas drogas.
- Si se han modificado determinadas variables mediadoras.

P.61. Los mecanismos, procedimientos y herramientas seleccionados para evaluar los resultados del programa permiten comprobar si los resultados obtenidos por el programa se mantienen en el tiempo.

P.62. Se contemplan mecanismos de evaluación interna de los resultados.

P.63. Se contemplan mecanismos de evaluación externa de los resultados.

3) Criterios para la acreditación de los programas de reducción de riesgos asociados al consumo de drogas

Tabla 3. Criterios para la acreditación de los programas de reducción de riesgos asociados al consumo

CRITERIOS FUNCIONALES O DE PROCESO
RR.1. Los programas de reducción de riesgos desarrollados en el ámbito sanitario proporcionan de forma sistemática consejo sanitario de distinta intensidad a los consumidores de riesgo y perjudiciales de alcohol que acuden a los servicios de atención primaria de salud.
RR.2. Los programas que incorporan intervenciones breves dirigidas a consumidores de alcohol disponen de una guía protocolizada para el consejo sanitario breve, la realización de las intervenciones breves y la formación y apoyo a médicos generales, que incluya respuestas a los principales obstáculos percibidos por los profesionales sanitarios para llevar a cabo estas actuaciones.
RR.3. Se derivan a tratamiento especializado o a programas de asesoramiento a conductores suspendidos del permiso de conducir y en los que se constatan problemas de dependencia o de consumo problemático de alcohol.
RR.4. Los programas de reducción de riesgos asociados al consumo de alcohol en el ámbito laboral incorporan mecanismos que permiten la detección temprana de los consumos de riesgo, la oferta de consejo breve a los trabajadores que mantienen este patrón de consumo y la derivación a servicios especializados de tratamiento de los problemas de abuso y/o dependencia al alcohol.
CRITERIOS DE EVALUACIÓN
RR.5. Las intervenciones para reducir los riesgos relacionados con el consumo de alcohol y tabaco cuentan con un sistema de evaluación periódica interna de procesos y de resultados, dirigido a lograr los siguientes objetivos: <ul style="list-style-type: none">○ Reducir la proporción de no fumadores expuestos a ambientes cerrados por humo de tabaco.○ Disminuir el número de personas fallecidas y heridas en accidentes de tráfico relacionados con el consumo de alcohol.○ Reducir la tasa de problemas relacionados con el abuso de alcohol: urgencias hospitalarias, homicidios, lesiones por agresión, negligencia y maltrato infantil y personas intoxicadas atendidas en la vía pública. Reducir la morbilidad y mortalidad más directamente relacionada con el hábito de fumar y con consumos de riesgo y perjudiciales de alcohol.

NOTA: el reducido número de criterios de programas podría aconsejar su inclusión, como un sub-apartado, dentro de los criterios de acreditación de los programas de prevención.

4) Criterios para la acreditación de los programas de tratamiento

Tabla 4. Criterios para la acreditación de los programas de tratamiento.

CRITERIOS ESTRUCTURALES
1) Aspectos normativos
T.1. El centro o servicio cumple las exigencias que la legislación del país establece en materia de licencia de apertura y funcionamiento y de autorización como centro especializado, tanto derivadas de la aplicación de las normas generales que regulan los centros sanitarios y sociales, como de aquellas específicas referidas a los centros de tratamiento de las drogodependencias (existencia de un equipo técnico básico, condiciones de seguridad y salubridad, ausencia de barreras físicas, etc.).
T.2. El programa o centro de tratamiento ha sido autorizado habilitado como tal por parte de la Administración competente para ello.
2) Derechos de los pacientes
T.3. El servicio o centro de tratamiento garantiza un tratamiento adecuado y reconoce a los pacientes que acceden al mismo los siguientes derechos: <ul style="list-style-type: none">○ Al acceso a las prestaciones y servicios de tipo sanitario, psicológico y social que integran el proceso asistencial en unos plazos definidos y conocidos y sin limitaciones por razones de insuficiencia económica.○ A la libre elección entre diferentes ofertas terapéuticas.○ A la voluntariedad para iniciar, mantener y cesar un proceso terapéutico, excepto en los casos señalados por la legislación vigente.○ A conocer la normativa del centro (Reglamento Interno) en todos aquellos aspectos que puedan afectarle, así como el nombre y cualificación profesional de las personas encargadas de su asistencia.○ A la información, verbal o escrita, por parte del equipo terapéutico respecto de los distintos servicios disponibles, el tratamiento propuesto según sus aspectos clínicos y el proceso que está siguiendo, las razones que aconsejan el mismo y los beneficios y riesgos que cabe esperar.○ A que quede constancia por escrito o en otro soporte técnico de:<ul style="list-style-type: none">– Todo su proceso asistencial, información que deberá ser integrada en la historia clínica.– El consentimiento otorgado antes de practicar cualquier procedimiento diagnóstico o terapéutico que suponga riesgos o inconvenientes para su salud.– Los procedimientos diagnósticos o terapéuticos que se le apliquen de carácter experimental o que formen parte de proyectos docentes o de investigación.– A la firma de un contrato terapéutico que explicita el contenido y la justificación del tratamiento a desarrollar, los derechos que asisten a los pacientes y las obligaciones asumidas por los mismos.○ A recibir un informe de alta, una vez finalizado el proceso asistencial.
T.4. Los pacientes que siguen tratamientos de carácter residencial tienen derecho al contacto con familiares o allegados y a recibir visitas de ellos.
3) Accesibilidad a los servicios y programas de tratamiento
T.5. El centro o servicio contempla distintas vías de acceso al tratamiento y dispone de criterios de indicación terapéutica definidos y escritos, basados en un diagnóstico biopsicosocial de los pacientes.
T.6. El centro o servicio resulta accesible a todas las personas con problemas de abuso o dependencia a las drogas, al margen de su estado de salud física o mental, siempre y cuando la demanda de tratamiento se ajuste a los criterios de admisión y exclusión previstos en el centro.
T.8. En el centro o servicio existen unos criterios de inclusión y de exclusión que delimitan adecuadamente el acceso o no de los pacientes a las diferentes modalidades de tratamiento.
T.11. Existen criterios definidos de derivación, inclusión, indicación terapéutica y exclusión para la desintoxicación en entornos hospitalarios.
T.12. Existen criterios definidos de derivación, inclusión, indicación terapéutica y exclusión para el ingreso en comunidad terapéutica.
4) Recursos humanos
T.15. Todos los profesionales que formen parte del equipo multidisciplinar poseen experiencia y formación específica reconocida en materia de drogodependencias.
T.16. Se dispone de un programa de formación continuada y reciclaje permanente de los profesionales del equipo terapéutico.
T.17. Se proporciona a la totalidad del personal de nueva incorporación al centro o servicio adiestramiento y actualización periódica en materia de procedimientos terapéuticos, gestión y evaluación de los problemas asociados al abuso de droga.

CRITERIOS ESTRUCTURALES

5) Infraestructuras e instalaciones

T.19. El tamaño de las instalaciones se adecúa al volumen de pacientes atendidos.

T.20. Los centros de tratamiento disponen de un depósito de medicamentos debidamente autorizado, una zona segura para el archivo de las historias clínicas y sistemas de protección informáticos para evitar el acceso a los datos de los pacientes por parte de personas no autorizadas.

T.22. Los centros de tratamiento residenciales disponen, además de las áreas funcionales comunes a todos los servicios asistenciales, de espacios y equipamientos adecuados a las actividades y tareas propias.

6) Mecanismos de colaboración y coordinación

T.23. El centro o servicio dispone de procedimientos de coordinación y cooperación con otros centros de asistencia a drogodependientes, así como de interconsulta y derivación a servicios de carácter generalista (servicios sanitarios, sociales, judiciales, red de salud mental, etc.).

CRITERIOS FUNCIONALES O DE PROCESO

7) Organización de los servicios

T.24. El centro/servicio se sustenta en un abordaje multidisciplinario e interdisciplinario de las drogodependencias.

T.25. El diseño del centro/servicio ha estado precedido de una evaluación de necesidades y un diagnóstico de situación.

T.26. El servicio de tratamiento está integrado en una red asistencial amplia, en la que participan otros centros de tratamiento, de tipo ambulatorio y residencial.

T.27. Se dispone de un modelo de referencia que establece las funciones que cumple el centro/servicio de tratamiento dentro de la Red Asistencial (perfiles poblacionales atendidos, objetivos, servicios prestados, etc.), los procesos y procedimientos a seguir para acceder al mismo y los mecanismos de derivación de pacientes entre los servicios de la Red.

T.28. Existen unos mecanismos claramente definidos de entrada y salida del circuito asistencial.

T.29. Existe un expediente personal de cada paciente en el que se registran los terapeutas responsables de su caso y del que forma parte su historia clínica.

T.30. Se dispone de un sistema de información que permite registrar el conjunto de intervenciones asistenciales realizadas por el centro/servicio, compatibles con los sistemas de información locales, regionales y nacionales.

8) Cartera de servicios

T.31. El tratamiento incluye la evaluación diagnóstica, la atención sanitaria, psicológica y social (en el marco de planes terapéuticos individualizados) y el desarrollo de diferentes actividades orientadas a mejorar la salud y la calidad de vida de las personas afectadas, mediante la reducción de la dependencia de las drogas, la disminución de la morbilidad y mortalidad por el uso de estas sustancias, la potenciación de las habilidades y recursos personales y el acceso a programas de incorporación social.

T.32. La cartera de servicios de los centros de tratamiento ambulatorios incluye, como mínimo: información y orientación, evaluación y diagnóstico, tratamiento y control terapéutico, atención familiar y apoyo a la incorporación social.

T.33. La cartera de servicios de los centros de tratamiento residenciales incluye, preferentemente, los siguientes servicios: evaluación diagnóstica (en los casos que carezcan de ella o sea incompleta), desintoxicación, deshabitación, intervenciones de apoyo a la incorporación socio-laboral, atención psicológica individual y grupal, atención sanitaria, atención social, apoyo educativo, intervenciones con los familiares de los pacientes y servicio de alojamiento y manutención.

T.34. Los centros de tratamiento residenciales disponen de un programa para la prevención, identificación y control de las infecciones potencialmente adquiridas en el mismo y/o introducidas desde el exterior.

9) Procesos asistenciales claves

T.35. El centro/servicio dispone de una guía de procesos y procedimientos que permite protocolizar la atención a brindar a la población beneficiaria del mismo, asegurar la equidad y calidad de la atención prestada y facilitar el establecimiento de sistemas de información y la evaluación de la actividad asistencial.

T.36. El centro/servicio identifica, describe y documenta los procesos claves que conforman el proceso de tratamiento y que tienen un mayor impacto sobre los objetivos estratégicos del centro o servicio: recepción/admisión de las demandas, evaluación diagnóstica, formulación de planes terapéuticos individualizados, ejecución de los planes terapéuticos, seguimiento, evaluación y finalización de los tratamientos.

T.37. Se dispone de un sistema de registro de las admisiones o ingresos de los pacientes en el centro o servicio de tratamiento, así como de las bajas.

T.38. Se proporciona información al paciente y a sus familiares acerca de las opciones terapéuticas existentes y del contenido de la cartera de servicios disponibles en el centro/servicio, así como de las normas generales de funcionamiento.

T.39. El centro/servicio dispone de un documento de consentimiento informado para la recogida y el tratamiento de la información, así como para el programa terapéutico que va a seguir el paciente.

CRITERIOS FUNCIONALES O DE PROCESO

T.41. Se realiza una evaluación y diagnóstico integral, de carácter biopsicosocial, de los pacientes que acceden a tratamiento conforme a los manuales, normas, criterios y procedimientos internacionales ya estandarizados.

T.42. Los datos de la evaluación diagnóstica son volcados en la Historia Clínica Integrada del paciente.

T.43. Se diseña un plan individualizado de tratamiento para cada paciente (modalidad de intervención, metas terapéuticas, actividades, recursos a utilizar, duración y fases), basado en un diagnóstico previo en el que se fijan objetivos de mejora o estabilización somática, psicológica, psiquiátrica y de integración social, así como de reducción o abstinencia del consumo de drogas.

T.44. Se tiene en consideración la perspectiva de género en el diseño del plan de tratamiento.

T.45. La propuesta terapéutica es comunicada y pactada con el paciente, recogiendo los términos de los acuerdos alcanzados en un documento escrito que firma el paciente (contrato terapéutico). La propuesta terapéutica incluirá la oferta de intervenciones con los familiares del paciente, en los casos en que proceda.

T.46. El plan terapéutico incluye estrategias para reforzar la adherencia al tratamiento.

T.47. Se le asigna a cada paciente un "profesional de referencia", encargado de centralizar todos los flujos informativos y de responsabilizarse del seguimiento del plan de tratamiento.

T.48. Se incluye en la historia clínica del paciente una copia del plan individualizado de tratamiento y del contrato terapéutico pactado con éste.

T.49. Se dispone de Guías clínicas basadas en la evidencia y protocolos específicos aplicables a determinados procesos relevantes del tratamiento (desintoxicación, dispensación de sustitutivos opiáceos, control y tratamiento de enfermedades infecciosas, psicodiagnóstico, abordaje de la patología dual, etc.).

T.50. Tanto los centros de tratamiento ambulatorios como las comunidades terapéuticas ofertan un programa terapéutico multicomponente de carácter biopsicosocial, que combina terapia farmacológica y tratamiento psicológico conductual y cognitivo-conductual, terapia de grupo, familiar y de pareja.

T.52. Independientemente de que el objetivo del tratamiento se oriente o no al logro de la abstinencia, a todos los pacientes se les facilitan pautas para la reducción de riesgos y daños asociados al consumo de drogas.

T.53. Se contemplan reuniones periódicas del equipo técnico del centro/servicio para valorar la evolución del tratamiento y formular posibles cambios en el Plan terapéutico, así como con otros servicios implicados para garantizar la continuidad asistencial.

T.54. El profesional de referencia examina periódicamente junto con el paciente la evolución del tratamiento establecido, introduciendo las variaciones necesarias para asegurar el cumplimiento de los objetivos previstos en el Programa Individualizado de Tratamiento.

T.55. La duración del tratamiento vendrá determinada por el grado de cumplimiento de los objetivos perseguidos con la estancia en el centro de tratamiento y en función de los motivos de finalización debidamente definidos (alta terapéutica y voluntaria, derivación, abandono, fuerza mayor).

T.56. El Reglamento Interno del programa o servicio precisa los criterios de expulsión o exclusión del tratamiento de los pacientes y los procedimientos a aplicar en estos casos.

T.57. Los centros de tratamiento residenciales trabajan con los pacientes la salida del recurso, incidiendo, entre otros aspectos, en la conveniencia de seguir vinculados a un centro de tratamiento ambulatorio que asegure la continuidad asistencial.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN DE RESULTADOS

T.59. Para evaluar la efectividad de los programas de tratamiento se utilizan métodos e instrumentos que hayan demostrado su utilidad en investigaciones y estudios de evaluación de la actividad asistencial realizados por otras instituciones.

T.60. El centro/servicio contempla la evaluación de resultados del proceso asistencial, identificando los indicadores a utilizar.

T.61. El centro/servicio contempla la evaluación de la satisfacción de los pacientes con el tratamiento, de los profesionales y de otras partes interesadas (familiares).

T.62. Se dispone de un sistema de evaluación periódica de la actividad asistencial, con base en indicadores objetivos (ocupación, retención de pacientes, altas, resultados obtenidos, etc.).

T.63. Se dispone de un programa de seguimiento de los pacientes tras la salida del tratamiento, que incluye monitorización periódica de las recaídas por métodos objetivos.

5) Criterios para la acreditación de los programas de reducción del daño

Tabla 5. Criterios para la acreditación de los programas de reducción del daño.

CRITERIOS ESTRUCTURALES
1) Accesibilidad a los programas y servicios
RD.2. Las personas que acceden al programa/servicio son informadas del contenido de la Cartera de servicios que ofrece el mismo y de las condiciones para su utilización.
RD.3. El Reglamento de funcionamiento del servicio y los derechos y deberes de los usuarios están expuestos en un lugar visible y son accesibles para todas las personas que acceden al mismo.
RD.5. Los horarios de funcionamiento y apertura de los servicios son amplios y coinciden con las necesidades de los usuarios a los que van destinados
2) Recursos humanos
RD.11. La composición de los equipos que intervienen en reducción de daños se adapta a las necesidades de la población destinataria y al tipo de programa realizado, contando sus integrantes con la cualificación adecuada a las funciones que habrán de realizar.
CRITERIOS FUNCIONALES O DE PROCESO
RD.17. El programa contempla la evaluación de las conductas de riesgo relacionadas con la adicción (consumo inyectado, antecedentes de sobredosis, uso de drogas con potencial sinérgico en cuanto a efecto depresor sobre el SNC, uso compartido de drogas o materiales de consumo, consumo en la vía pública).

NOTA: el reducido número de criterios de programas podría aconsejar su inclusión, como un sub-apartado, dentro de los criterios de acreditación de los programas de tratamiento.

6) Criterios para la acreditación de los programas de incorporación social

Tabla 6. Criterios comunes para la acreditación de los programas de incorporación social.

CRITERIOS ESTRUCTURALES
1) Accesibilidad a los programas y servicios
IS.1. Se han establecido criterios precisos de inclusión y exclusión en el programa.
IS.2. La población destinataria del programa está descrita de forma precisa, habiéndose definido su perfil y características.
IS.3. Se dispone de un protocolo que regula el acceso/admisión de los usuarios al programa o al menos el programa describe los procedimientos previstos para ello.
IS.4. El contenido de la cartera de servicios ofertados por el programa es difundido entre los potenciales beneficiarios y las entidades/servicios que trabajan en el campo de las drogodependencias o la exclusión social.
IS.5. Se tienen en consideración las barreras que el género puede introducir en la accesibilidad al programa.
2) Recursos humanos
IS.6. El programa dispone de personal especializado capaz de trabajar la mejora de las habilidades personales y sociales, en especial de aquellas relacionadas para la búsqueda de empleo.
3) Mecanismos de colaboración y coordinación
IS.8. Existen acuerdos de colaboración con distintos programas y servicios (servicios sociales, de empleo, etc.) que permiten el acceso de las personas beneficiarias de los programas de incorporación social a los mismos.
IS.18. Se han establecido alianzas con otras organizaciones, instituciones o grupos comunitarios que trabajan a favor de la incorporación social de distintos colectivos: creación de redes y estructuras de cooperación interinstitucional.
IS.19. El programa se integra dentro de planes o estrategias más amplias dirigidas a la prevención de la exclusión social y/o a apoyar la incorporación social de colectivos vulnerables o desfavorecidos.
CRITERIOS FUNCIONALES O DE PROCESO
4) Evaluación y análisis de necesidades
IS.9. El programa incluye una adecuada justificación, soportada en un estudio previo de necesidades.
IS.10. Se han evaluado las necesidades y demandas habituales de la población drogodependiente potencialmente beneficiaria del programa, en especial las relacionadas con ciertos problemas sociales y de salud: laborales, económicas, familiares, de vivienda- alojamiento, judiciales-legales, aislamiento social, trastornos mentales asociados a la dependencia de las drogas y minusvalías o enfermedades orgánicas graves.
IS.12. El programa analiza la influencia que el entorno social y económico ejercen sobre los procesos de exclusión e integración social de la población potencialmente beneficiaria del mismo, teniendo en consideración: la coyuntura económica del país, región o comunidad donde se implementará el programa y las políticas de empleo vigentes, las actitudes y estereotipos dominantes entre la comunidad donde se ejecutará el programa hacia las personas drogodependientes y las medidas para apoyar su incorporación social y las políticas sociales existentes para prevenir las situaciones de exclusión social y pobreza y apoyar los procesos de incorporación social.
IS.13. El programa establece mecanismos y procedimientos que aseguren que las personas que acceden al mismo disponen de un diagnóstico social personalizado que establezca sus necesidades en materia de incorporación social.
IS.14. La recogida de la información necesaria para la elaboración del diagnóstico social de las personas beneficiarias del programa se realiza a través de instrumentos estandarizados (Historia sociolaboral, etc.) que permiten valorar las siguientes áreas: antecedentes de participación en otros programas de incorporación social, tipo de alojamiento y características del mismo, tipo de convivencia y relaciones familiares, situación económica y fuente de ingresos, situación laboral actual, antecedentes laborales y actitudes ante el empleo, que sirva de base para obtener un diagnóstico de empleabilidad, nivel formativo, relaciones sociales y redes de apoyo social, formas de ocupación del ocio, situación jurídica-legal, estado de salud (física y mental), grado de autonomía personal, recursos personales, actitud y disposición para el cambio, situación actual de los consumos de drogas y, en su caso, evolución en el tratamiento de la drogodependencia.

CRITERIOS FUNCIONALES O DE PROCESO

5) Diseño/formulación del programa

IS.23. Existe un documento escrito en el que se describen todos los elementos relevantes del programa, en particular:

- Las conclusiones más relevantes de la evaluación de necesidades y las prioridades que se han establecido a la vista de los resultados del análisis de necesidades.
- Las partes interesadas en el programa y los procedimientos para su participación.
- La población objetivo del programa (población destinataria y población mediadora) y los procedimientos para su selección.
- El modelo teórico en que se apoya el programa.
- Los objetivos que persigue el programa.
- Las estrategias de intervención seleccionadas.
- Los ámbitos en los que incidirá el programa.
- Los recursos humanos, materiales y financieros disponibles.
- Los procedimientos de coordinación internos y externos.
- Las actividades previstas, su duración y el cronograma para su ejecución.
- Los procedimientos para el seguimiento del programa y la evaluación del proceso y resultados.

IS.24. El programa se soporta en un análisis teórico lógico que establece cómo las estrategias y actuaciones que incorpora contribuirán a evitar/reducir las dificultades que la población beneficiaria presenta en materia de incorporación social.

IS.25. Existe coherencia interna entre el soporte teórico del programa, el análisis de la situación (evaluación de necesidades), los objetivos, las estrategias de intervención y las actividades previstas.

IS.26. Se explicitan de forma precisa y clara las metas y objetivos que se pretenden conseguir.

IS.27. Los objetivos guardan una estrecha relación con las necesidades y prioridades identificadas en la evaluación de necesidades.

IS.29. El programa incluye objetivos generales, específicos y operacionales, formulados de manera tal que puedan ser evaluados de forma objetiva mediante indicadores.

IS.30. El programa establece objetivos realistas, que tienen presentes las limitaciones de la población beneficiaria y las características sociales, culturales y económicas del contexto en el que se va a intervenir y que pueden dificultar los procesos de incorporación social.

IS.31. El programa incluye procedimientos y técnicas de intervención de calidad contrastada, perfectamente definidas y documentadas y coherentes con la evidencia disponible y/o las recomendaciones de buenas prácticas establecidas en materia de incorporación social de la población drogodependiente

IS.32. Las estrategias de intervención seleccionadas se ajustan a las características y necesidades de la población beneficiaria.

IS.33. Las estrategias de intervención propuestas son viables teniendo en cuenta el contexto donde deben ser implementadas.

IS.34. El programa incluye estrategias destinadas a facilitar la accesibilidad de sus potenciales beneficiarios, teniendo en cuenta las barreras organizativas, económicas, estructurales, sociales y culturales que pueden dificultar o impedir el acceso al programa, en especial en el caso de las mujeres, los inmigrantes o las personas sin hogar. Entre otras, el programa incluye estrategias de aproximación activa a aquellos drogodependientes que permanecen alejados de los servicios especializados en el tratamiento de las adicciones y/o de los servicios sanitarios y sociales generales, para evitar la consolidación de situaciones de exclusión y/o marginación.

IS.35. El programa incluye el entrenamiento en destrezas y conocimientos básicos, previo al acceso a los recursos y servicios previstos para favorecer la incorporación social.

IS.36. Las estrategias de intervención previstas en el programa asumen la premisa de que la incorporación social en un proceso individualizado, existiendo múltiples itinerarios para lograr esta meta. Los objetivos y contenidos de los itinerarios de incorporación social son flexibles, dependiendo de:

- La posición de partida de la persona (problemas y necesidades, estado de salud física y mental, etc.).
- Su actitud y grado de compromiso para el cambio.
- Los recursos, capacidades y habilidades personales con que cuenta.
- La red social y familiar de apoyo de que dispone.

IS.37. El contenido de los "Programas Individualizados de Incorporación Social" serán consensuados con las personas interesadas, quedando reflejados los acuerdos y compromisos alcanzados en un "contrato de incorporación social" que suscribirán las mismas.

IS.39. Las actividades y la metodología prevista para su desarrollo se ajustan a las características de la población destinataria.

IS.41. Las actividades son coherentes con los objetivos y estrategias previstos del programa.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN (DE PROCESO Y DE RESULTADOS)

IS.48. El programa contempla un plan para evaluar su implementación, cobertura y resultados, en el que se identifican: los datos que serán recopilados para facilitar su evaluación y las fuentes de información a utilizar para su recogida, así como los instrumentos, herramientas y procedimientos a seguir para realizar la evaluación del programa (medición de la situación inicial, intermedia y final de las personas beneficiarias del programa y/o de los distintos servicios que incorpora el mismo).

IS.49. El plan de evaluación del programa describe los indicadores de proceso que permitirán monitorizar las actuaciones desarrolladas en su contexto, entre las que cabe mencionar el número de beneficiarios que:

- Han accedido al programa a través de los diferentes mecanismos o vías establecidos para ello.
- Han accedido/utilizado los distintos servicios o actividades que integran el mismo (orientación laboral, asesoramiento social, formación prelaboral, etc.)
- Han sido derivados a centros de tratamiento de las drogodependencias.
- Disponen de programas individualizados de incorporación social.
- Han completado satisfactoriamente el programa individualizado de incorporación social (han realizado todas las actividades previstas y/o alcanzado los objetivos previstos en el PII).
- Participan en programas de tratamiento.
- Derivados a la red de servicios sociales para la atención de necesidades sociales básicas.
- Derivados a los servicios de empleo.

IS.50. El plan de evaluación del programa describe los indicadores que serán utilizados para evaluar la cobertura del programa en relación con la población potencialmente beneficiaria del mismo.

IS.51. El plan de evaluación del programa describe los indicadores que serán utilizados para evaluar los resultados del programa.

6

ACUERDOS Y RECOMENDACIONES DEL CONSEJO ASESOR DEL PROYECTO

**Madrid, 14 y 15 de octubre de
2013**

6. ACUERDOS ADOPTADOS Y RECOMENDACIONES

Durante los días 14 y 15 de octubre de 2013 se reunió en Madrid (España) el Consejo Asesor del Proyecto (ver listado de instituciones participantes en Anexo I de este bloque 6) con el fin de consensuar acuerdos y recomendaciones sobre los pasos a priorizar para avanzar hacia el establecimiento de sistemas de acreditación de los PRDD, partiendo de las propuestas formuladas a lo largo del proyecto por los diferentes actores implicados e identificando actuaciones y medidas que contribuyan al asentamiento y desarrollo de la acreditación en este ámbito clave de las políticas de sobre drogas.

En el marco de la citada reunión,

Este Consejo Asesor:

- visto el contenido del **Informe Ejecutivo** sometido a la consideración de los integrantes del Consejo Asesor (ver Bloque 5), incluidos los listados de criterios *básicos* (ver Anexo I, bloque 5) y criterios *avanzados* (ver Anexo II, bloque 5) consensuados a lo largo del Proyecto;
- analizada la situación actual del marco legal que regula la acreditación en los diferentes países representados en el Consejo Asesor, e identificados los principales retos existentes a ser abordados por los países para la incorporación de diversos criterios de calidad y base en la evidencia que faciliten el establecimiento de sistemas de acreditación nacionales;
- revisadas las acciones de tipo legal, administrativo y técnico impulsadas hasta el momento por las instituciones y entidades representadas en el Consejo Asesor para favorecer la puesta en marcha de sistemas de acreditación de PRDD, así como las actuaciones previstas a corto plazo; y
- analizada la posición de todas las entidades del Consejo Asesor respecto a la viabilidad de establecer sistemas de acreditación para el conjunto de los PRDD:

Las entidades representadas en el Consejo Asesor coinciden en señalar que la mayoría de los países no cuentan con un Sistema de acreditación específico para los Programas de Reducción de la Demanda, existiendo, en algunos casos mecanismos de regulación para las diferentes áreas de salud y niveles de atención dirigidos a atender a personas con problemas relacionados con el uso de sustancias psicoactivas. Dichos mecanismos se encuentran regulados al interior de cada Estado por diversos organismos gubernamentales y, en ocasiones, esta realidad constituye un desafío para alcanzar la necesaria coordinación interinstitucional.

En este contexto, los principales retos a ser abordados por los países para avanzar hacia el futuro establecimiento de sistemas nacionales de acreditación son:

- a) Afrontar de forma eficiente y operativa la compleja y necesaria articulación interinstitucional e interministerial.
- b) Proporcionar mayor grado de inclusión y de participación a los agentes sociales en la planificación de las estrategias de intervención.
- c) Impulsar procesos de acreditación de programas que actualmente se desarrollan tanto en el ámbito público como privado, ya sea por parte de entidades gubernamentales como de organizaciones de la sociedad civil.

En base a los desafíos identificados, los participantes en la reunión del Consejo Asesor, adoptan los acuerdos y recomendaciones que se presentan a continuación.

ACUERDOS

Los países e instituciones multilaterales representados en el Consejo Asesor muestran su acuerdo con un repertorio de medidas a corto y medio plazo que pueden contribuir a impulsar, tanto la adopción de los criterios de acreditación consensuados en el marco del presente proyecto, como el desarrollo e implementación de sistemas de acreditación de programas de Reducción de la Demanda. Todos los participantes expresan su compromiso para ponerlas en marcha, partiendo del reconocimiento de que se trata de establecer las bases para afrontar un reto cuya consecución a corto, medio y largo plazo requiere voluntad política, una base normativa al interior de cada país, una mínima inversión de recursos, y la realización de acciones de formación, difusión y sensibilización, así como contar con la participación de todos los actores sociales involucrados en el tema.

Algunas de estas medidas se planteaban en el ya citado **Informe Ejecutivo** presentado a la valoración del Consejo Asesor y otras han surgido durante la propia reunión del Consejo Asesor. Dichas medidas son las siguientes:

- 1) Difusión de los resultados y conclusiones del Proyecto entre las instituciones, las organizaciones sociales y los profesionales que trabajan en el campo de la reducción de la demanda. De dicha difusión se hacen responsables las Comisiones o Agencias Nacionales de Drogas de los países que han participado hasta ahora en esta actividad de COPOLAD; las entidades multilaterales colaboradoras del mismo (CICAD, OPS, RIOD); y la Entidad de Coordinación y Ejecución (ECE) de COPOLAD. En estas actividades de difusión de los resultados del Proyecto, se considera de interés incorporar, entre otros actores clave, a los profesionales que participaron en los grupos Delphi.
- 2) Publicación, por parte del Programa COPOLAD, de los criterios básicos para la acreditación de programas de Reducción de la Demanda de Drogas, consensuados en el marco del proyecto, organizados de acuerdo a las diferentes áreas de intervención, para facilitar su difusión y que puedan servir de referente para los países que quieran usarlos.
- 3) Compromiso por parte de los países representados en el Consejo Asesor de:
 - a. Tomar los criterios consensuados en el marco de COPOLAD como referentes para el desarrollo de sus respectivos sistemas nacionales de acreditación. Dependiendo del grado de desarrollo de cada país, se optará por los criterios *básicos* (ver Anexo I, bloque 5) o por los criterios *avanzados* (ver Anexo II, bloque 5).
 - b. El establecimiento progresivo de sistemas nacionales de acreditación en Reducción de la Demanda de drogas, que incorporen como mínimo los ámbitos de prevención, tratamiento e integración social.
- 4) Sensibilización, a cargo de las Comisiones o Agencias Nacionales de Drogas de los citados países, a favor de la puesta en marcha de sistemas de acreditación de programas, asociando esta medida con la racionalización de los recursos públicos, la mejora de la efectividad y la eficiencia de los programas y de la calidad de los servicios prestados a los ciudadanos. Las actividades de difusión y sensibilización a favor de la puesta en marcha de sistemas de acreditación serán más eficaces en la medida que utilicen estrategias diferenciadas en función del público objetivo al que se dirijan y cuenten con la involucración de actores clave en este ámbito.

- 5) Incorporación de criterios de calidad y base en la evidencia, así como de la referencia a la necesidad de poner en marcha sistemas de acreditación de los PRDD, en la Agenda de las organizaciones multilaterales que han participado en este proyecto (CICAD, OPS, RIOD).
- 6) Promoción de acciones tendentes a lograr la cooperación de otros organismos multilaterales, como la Organización de las Naciones Unidas, para apoyar el establecimiento de sistemas de acreditación desde el ámbito de su competencia.
- 7) Desarrollo y fomento del uso de recursos de acompañamiento para dar seguimiento a los avances que se registren en cada país y fortalecer su implementación, con el fin de brindar apoyo a las Comisiones o Agencias Nacionales de Drogas de los países beneficiarios de COPOLAD interesados en la puesta en marcha de sistemas de acreditación, tanto de ámbito nacional como supranacional. Entre dichos recursos, en el marco del Programa COPOLAD, a corto plazo se impulsará:
 - a. La apertura y promoción de una plataforma de intercambio de experiencias en *la e-room* de COPOLAD que facilite la interacción y el debate sobre el desarrollo de sistemas de acreditación, a la vez que permita compartir información sobre buenas prácticas y evidencia disponible en relación con la implementación de sistemas de acreditación para los PRDD; ayudando a los países con un menor avance en la elaboración e implementación de sus sistemas de acreditación.
 - b. El avance de trabajos que permitan ir completando el inventario¹⁵ de los diferentes servicios e intervenciones asistenciales que se aplican en cada país, como paso previo a la implementación de sistemas de acreditación de programas de tratamiento de las drogodependencias.
- 8) En el marco de la cooperación CICAD-OPS, se favorecerá el desarrollo de los sistemas nacionales de acreditación de programas de reducción de la demanda, tomando en consideración los criterios consensuados en el marco de COPOLAD.
- 9) La Organización Panamericana de la Salud (OPS), como organismo responsable de la Salud en el Sistema Interamericano y como Organización Colaboradora en el Consorcio COPOLAD, se compromete a:
 - a. Brindar apoyo técnico al avance del tema de acreditación de programas de reducción de la demanda en la Región de las Américas, en el marco de su Estrategia y Plan de Acción Regional sobre Uso de Sustancias Psicoactivas y la Salud Pública, a través de sus oficinas nacionales de representación y puntos focales en ministerios de salud de los países miembros.
 - b. Articular el desarrollo de sistemas de acreditación de programas de reducción de la demanda, con la implementación del programa “Quality Rights” (QR-WHO), orientado a la evaluación y mejoramiento de la calidad y derechos humanos, en servicios de salud mental y asistencia social, en los países miembros.
 - c. Coordinar con otros organismos e instituciones internacionales (p.ej. CICAD/OEA, RIOD), el apoyo al desarrollo de sistemas nacionales y supranacionales de acreditación de programas de reducción de la demanda.

¹⁵ Este acuerdo tiene respuesta en una actividad ya iniciada en el marco del programa COPOLAD, que consiste en el desarrollo de un directorio de centros y servicios, en el que actualmente ya han empezado a entrar información la mayor parte de países de América Latina. Accesible en: <https://www.copolad.eu/directorio-de-centros-y-servicios>

RECOMENDACIONES

Aunque todas las medidas acordadas por el Consejo Asesor son consideradas como necesarias para consolidar sistemas de acreditación de PRDD, se diferencian bajo este epígrafe de *Recomendaciones* aquellas actuaciones para cuya implementación se requeriría un apoyo adicional por parte de los países u otras instituciones, en forma de recursos humanos o económicos, y que –en parte– podrían contemplarse en una potencial segunda fase del Programa COPOLAD.

- 1) Desarrollo de un glosario de términos relacionados con los procesos de acreditación con el fin de homogenizar el lenguaje y los enfoques.
- 2) Puesta en marcha, a nivel nacional, de mesas de trabajo sectoriales en las que estén representadas las instituciones y organizaciones sociales más relevantes para promover la implementación de sistemas nacionales de acreditación de los programas de reducción de la demanda (se trata de que el proceso de aprobación y puesta en marcha de los sistemas nacionales de acreditación sea lo más participativo posible).
- 3) Impulso de grupos de trabajo supranacionales, que congreguen a países con realidades comunes respecto al grado de desarrollo y consolidación de los programas de reducción de la demanda, para la puesta en marcha de proyectos piloto de sistemas de acreditación. Estos grupos de trabajo podrían además avanzar en:
 - a. La definición de unos contenidos de formación destinados a abrir una oferta de capacitación de responsables territoriales para iniciar un plan de formación profesional de ámbito local.
 - b. El diseño de un instrumento de recogida de información sobre programas, que pueda contribuir a orientar la propia planificación y desarrollo de los programas, a través de los requisitos mínimos a incorporar.
 - c. La difusión de instrumentos de apoyo a la planificación de programas en RDD.
 - d. La elaboración de guías de implementación de sistemas nacionales de acreditación de programas de RDD.
- 4) Elaboración de un *argumentario* en el que se evidencien las ventajas, soluciones y oportunidades de contar con un sistema de acreditación nacional para los PRDD, destacando especialmente los costes de todo tipo que puede suponer la carencia del mismo.
- 5) Impulso de estrategias diferenciadas de difusión/comunicación de la necesidad de establecer sistemas de acreditación para los PRDD y las ventajas que de ellos se derivan, en función del público objetivo (responsables políticos e institucionales, ONGs, profesionales del sector de Reducción de la Demanda, etc.).
- 6) Creación de un instrumento de acompañamiento para facilitar, prestar asistencia técnica a las Agencias Nacionales de Drogas que lo requieran y dar seguimiento y visibilidad a los avances que se registren en cada país.
- 7) Aunque reconociendo las sensibles dificultades que implica el establecimiento de un sistema supranacional de acreditación de PRDD, todos los países concuerdan que sería deseable mantener este objetivo en el largo plazo.

ANEXO I**Instituciones participantes en la reunión del Consejo Asesor del Proyecto****Madrid, 14 y 15 de octubre de 2013**

PAÍS	NOMBRE DE LA AGENCIA
ARGENTINA	Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha Contra el Narcotráfico (SENDRONAR)
BRASIL	Secretaría Nacional de Políticas de Drogas (SENAD)
CHILE	Secretaría Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA)
COSTA RICA	Instituto Costarricense sobre Drogas (ICD)
ECUADOR	Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupeficientes y Psicotrópicas (CONSEP)
ESPAÑA	Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD)
MÉXICO	Comisión Nacional Contra las Adicciones (CONADIC)
PERÚ	Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas (DEVIDA)
PORTUGAL	Serviço de Intervenção nos Comportamentos Adictivos e nas Dependências (SICAD)
URUGUAY	Junta Nacional de Drogas (JND)
SIGLAS ENTIDAD	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN
CICAD	Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas
ECE-COPOLAD	Entidad de Coordinación y Ejecución (ECE), Programa de Cooperación entre América Latina y la Unión Europea en Políticas sobre Drogas
INTRESS	Instituto de Trabajo Social y de Servicios Sociales
OEDT	Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías
OPS	Área de Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental. Organización Panamericana de la Salud
RIOD	Red Iberoamericana de ONG que trabajan en Drogodependencias