

## I. COMUNIDAD AUTÓNOMA

### 1. DISPOSICIONES GENERALES

Consejería de Sanidad

**7132 Orden de 2 de agosto de 2016 de la Consejería de Sanidad, por la que se aprueba el protocolo de acreditación de centros, servicios y establecimientos sanitarios privados de atención al drogodependiente en la Región de Murcia.**

El Decreto 9/2010, de 12 de febrero, por el que se regula la acreditación de los Centros, Establecimientos y Servicios sanitarios de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, se crea la Comisión Regional de Acreditación de Centros, Establecimientos y Servicios Sanitarios y se modifica el Decreto 73/2004, de 2 de julio, por el que se regula el procedimiento de autorización sanitaria de los centros, establecimientos y servicios sanitarios y el registro de recursos sanitarios regionales" dispone en su artículo 5.1:

De conformidad con la habilitación normativa efectuada por la Disposición Final Segunda de la Ley 13/2009, de 23 de diciembre, de medidas en materia de tributos cedidos, tributos propios y medidas administrativas para el año 2010, la Consejería de Sanidad, a propuesta de la Comisión Regional de Acreditación de Centros, Establecimientos y Servicios Sanitarios, aprobará y publicará, mediante Orden de su titular, los criterios y estándares del modelo de acreditación, que deberán ser homologables con los establecidos a nivel estatal y europeo.

La Comisión Regional de Acreditación de Centros, Establecimientos y Servicios Sanitarios en su reunión de 15 de octubre de 2014 estudió el protocolo de Acreditación de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios de Atención al Drogodependiente y aprobó su versión final, tanto para los establecimientos públicos como privados, que es sustancialmente la misma.

A la vista de lo anterior, y una vez aprobada la Orden de fecha 26 de enero de 2015 de la Consejería de Sanidad, por la que se procede a la aprobación del protocolo respecto a los establecimientos del sector público de la Región de Murcia, de Atención al Drogodependiente, la persona titular de la Dirección General de Planificación, Investigación, Farmacia y Atención al Ciudadano ha propuesto que, tras seguir la tramitación reglamentaria, se dicte nueva Orden de esta Consejería de aprobación del protocolo respecto a los establecimientos privados de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

En cumplimiento del trámite de audiencia, el texto ha sido remitido de manera individualizada a todas las entidades titulares de centros privados con oferta sanitaria de atención a drogodependientes que se encuentran inscritas en el registro de recursos sanitarios regionales; además, hay que indicar que el Consejo de Salud de la Región de Murcia, en su condición de máximo órgano de consulta y participación de la Sanidad Regional, ha emitido informe favorable al texto propuesto.

Por todo ello, vista la propuesta de Orden efectuada por la Dirección General de Planificación, Investigación, Farmacia y Atención al Ciudadano, de acuerdo con el Consejo Jurídico de la Región de Murcia y en virtud del artículo 16 de la ley 7/2004, del Estatuto del Presidente y del Consejo de Gobierno de la Región de Murcia,

**Dispongo:**

**Artículo único. Aprobación del protocolo.**

Se aprueba el Protocolo para la acreditación de centros, servicios y establecimientos sanitarios de titularidad privada de atención al drogodependiente en la Región de Murcia, que se recoge como Anexo a la presente Orden.

**Disposición final única. Entrada en vigor.**

La presente Orden entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el "Boletín Oficial de la Región de Murcia".

Murcia, 2 de agosto de 2016.—La Consejera de Sanidad, Encarnación Guillén Navarro.

**ANEXO**  
**PROTOCOLO PARA LA ACREDITACIÓN DE CENTROS, SERVICIOS Y ESTABLECIMIENTOS SANITARIOS PRIVADOS DE LA**  
**COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LA REGIÓN DE MURCIA DE ATENCIÓN AL DROGODEPENDIENTE**

**CENTRO, SERVICIO O ESTABLECIMIENTO SANITARIO:**

**Nº Registro:**

**Fecha de Autorización Sanitaria:**

**Fecha Renovación:**

**EL CUMPLIMIENTO DEL 100% DE LOS ESTÁNDARES OBLIGATORIOS PERMITE OBTENER LA ACREDITACIÓN AVANZADA. EL CUMPLIMIENTO DE ENTRE EL 50% Y EL 75% DE LOS ESTÁNDARES RECOMENDABLES PERMITE OBTENER LA ACREDITACIÓN ÓPTIMA Y SU CUMPLIMIENTO EN UN PORCENTAJE SUPERIOR AL 75% LA ACREDITACIÓN EXCELENTE.**

**Todos los programas estarán homologados por el Plan Regional sobre Adicciones, según criterios de calidad y evidencia en reducción de demanda de drogas. Las referencias que se hacen en el presente anexo a centros se entienden referidas a servicios o establecimientos sanitarios, en su caso.**

**1. AREA DE DIRECCIÓN Y PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA:**

**ESTÁNDARES OBLIGATORIOS DEL AREA 1**

**Los Centros, según su tipo, dispondrán, al menos, de la siguiente Cartera de Servicios:**

	<b><u>SI</u></b>	<b><u>NO</u></b>	<b><u>N/A</u></b>
<b><u>Centros de Salud Mental/Unidades de Atención al Drogodependiente (CSM/UAD):</u></b> Tratamiento integral de las drogodependencias y conductas adictivas.			
<b><u>Centros de Día (C.D):</u></b> Programa de terapia psicológica de las adicciones.			
<b><u>Servicios Sanitarios ubicados en Comunidades Terapéuticas (C.T):</u></b> Programa de terapia psicológica de las adicciones.			
<b><u>Servicios Sanitarios ubicados en Centros de Acceso Directo (S.S.C.A.D):</u></b> Programa de reducción de daños.			
<b><u>Otros Programas Sanitarios (OPS):</u></b> Programa sanitario de intervención en adicciones, que se determinará según las necesidades.			
<b><u>Servicios de Dispensación de Opiáceos (S.D.O f y m):</u></b> Programa de dispensación de sustitutivos opiáceos. Programa de reducción de daños (distribución de jeringuillas, preservativos, etc...), entre la población drogodependiente.			
<b><u>Programas Sanitarios realizados en Instituciones Penitenciarias:</u></b> Programa de terapia psicológica de las adicciones.			
<b><u>Unidades de Desintoxicación Hospitalaria (UDxH):</u></b> Programa de desintoxicación de enfermos drogodependientes.			
<b><u>Unidades de Deshabitación Hospitalarias (UdbH):</u></b> Programa de deshabitación de enfermos con patología dual severa.			

**ESTÁNDARES RECOMENDABLES DEL AREA 1**

	<b><u>SI</u></b>	<b><u>NO</u></b>	<b><u>N/A</u></b>
• Las líneas de actividad para evaluar la Garantía de Calidad incluyen:			
Investigación y evaluación del programa, valorando la coherencia entre la naturaleza teórica del programa y su aplicación práctica.			
Adecuación y desarrollo profesional del equipo técnico, valorando su competencia profesional.			
Revisión de la utilización de los recursos del programa.			



Estudios de Casos y Evaluación de H. Clínicas.			
• El Centro revisa, con periodicidad anual una muestra estadísticamente significativa de sus Hª. Clínicas.			
• El Centro documenta el proceso completo de evaluación de la calidad en la atención al paciente.			
• La información resultante de la encuesta de satisfacción realizada a pacientes y familiares se integra en una lógica de progreso y mejora del programa, y se documenta su utilización en la planificación posterior.			
• El Centro documenta la incorporación de los resultados del estudio de las reclamaciones, quejas y sugerencias al ciclo de mejora.			

## 2. AREA DE GESTIÓN DE TECNOLOGÍA Y RECURSOS MATERIALES:

### ESTÁNDARES OBLIGATORIOS DEL AREA 2.

La estructura e instalaciones propias, y las utilizadas externamente, suministran un espacio adecuado y suficiente para alcanzar las metas del programa y están lo suficientemente diversificadas para permitir el desarrollo continuo y sin interferencias de las actividades del mismo.

Los Centros dispondrán, además, según su tipo:

	<u>SI</u>	<u>NO</u>	<u>N/A</u>
• <b><u>Centros de Salud Mental/Unidades de Atención al Drogodependiente (CSM/UAD)</u></b>			
○ Área Recepción.			
○ Sala Espera.			
○ Consulta Médica y/o Enfermería.			
○ Consulta Psicología y/o Trabajador social.			
○ Sala de Grupos.			
○ Área de Dispensación Opiáceos con zona de recogida de muestras dotada de sistema de control.			
○ Zona de almacén y custodia medicamentos, garantizando el Centro el acceso restringido.			
○ Zona de archivo de documentación clínica, garantizándose el acceso restringido.			
○ Servicios higiénicos suficientes, estando al menos uno de ellos adaptado para personas con discapacidad.			
• <b><u>Centros de Día (C.D) y las Comunidades Terapéuticas (C.T) dispondrán, al menos de:</u></b>			
○ Área Recepción y/o Sala Espera			
○ Consulta.			
○ Sala de Grupos.			
○ Servicios higiénicos suficientes, estando al menos uno de ellos adaptado para personas con discapacidad.			
○ Zona de almacén y custodia medicamentos, garantizándose el acceso restringido.			
○ Zona de archivo de documentación clínica, garantizándose el acceso restringido.			



<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b><u>Servicios Sanitarios ubicados en Centros de Acceso Directo (S.S.C.A.D)</u></b></li> </ul>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Consulta Médica.</li> </ul>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Consulta de Enfermería.</li> </ul>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Zona de almacén y custodia medicamentos, garantizándose el acceso restringido.</li> </ul>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Zona de archivo de documentación clínica, garantizándose el acceso restringido.</li> </ul>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Servicios higiénicos suficientes, estando al menos uno de ellos adaptado para personas con discapacidad.</li> </ul>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b><u>Otros Programas Sanitarios (O.P.S) dispondrán:</u></b></li> </ul>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Consulta Médica y/o Psicología.</li> </ul>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Servicios higiénicos suficientes, estando al menos uno de ellos adaptado para personas con discapacidad.</li> </ul>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Zona de archivo de documentación clínica, garantizándose el acceso restringido.</li> </ul>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b><u>Servicios de Dispensación de opiáceos (S.D.O.f) :</u></b></li> </ul>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Consulta Médica y/o Enfermería.</li> </ul>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Zona de recogida de muestras dotada de sistema de control.</li> </ul>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Zona de almacén y custodia medicamentos, garantizándose el acceso restringido.</li> </ul>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Archivo documentación clínica, garantizándose el acceso restringido.</li> </ul>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Servicios higiénicos suficientes, estando al menos uno de ellos adaptado para personas con discapacidad.</li> </ul>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b><u>Servicios de Dispensación de Opiáceos Móviles (S.D.O.m):</u></b></li> </ul>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Zona de exploración, dotada de camilla.</li> </ul>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Zona de almacén y custodia medicamentos, garantizándose el acceso restringido.</li> </ul>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Archivo documentación clínica, garantizándose el acceso restringido.</li> </ul>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b><u>Programas Sanitarios realizados en Instituciones Penitenciarias:</u></b></li> </ul>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Consulta.</li> </ul>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Sala de Grupos.</li> </ul>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Zona de almacén y custodia medicamentos, garantizándose el acceso restringido.</li> </ul>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Zona de archivo de documentación Clínica, garantizándose el acceso restringido.</li> </ul>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b><u>Unidades de Desintoxicación Hospitalaria (UDxH) y las Unidades de Deshabitación Hospitalarias (UdbH):</u></b></li> </ul>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Control de enfermería.</li> </ul>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Una habitación dotada de sistema de observación desde el Control de Enfermería, bien mediante circuito cerrado de TV o mediante ojos de buey en la puerta.</li> </ul>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Camas.</li> </ul>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Sala Espera.</li> </ul>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Consulta de Enfermería.</li> </ul>			



o Consulta Médica.			
o Sala de Grupos.			
o Servicios higiénicos suficientes, estando al menos uno de ellos adaptado para personas con discapacidad.			
o Zona de almacén y custodia medicamentos, garantizándose el acceso restringido.			
o Zona de archivo de documentación clínica, garantizándose el acceso restringido.			
o Espacio abierto próximo.			
o Protección anti-autolesiones:			
o Ausencia de objetos cortantes y sobresalientes, que soporten un peso mayor de 25 KG.			
o Cristales de seguridad en determinadas zonas.			
<b><u>Requisitos mínimos para atención urgente en el adulto.</u></b>			
- En la atención hospitalaria (UDxH y UDbH) existirá un carro de parada y material electromédico (DEA/DESA), definidos al final de este Anexo.			
- La revisión de los mismos será completa, al menos con periodicidad mensual y después de cada uso.			
- Con constancia documental firmada por la persona que la realiza.			
- Contarán con protocolo actualizado de técnicas de RCP básica instrumental y manejo de DEA/DESA.			
- El personal sanitario de la Unidad deberá acreditar la formación y actualización en la técnica de RCP básica instrumental y manejo de DEA/DESA (En caso negativo, deberá acreditarla en el plazo máximo de un año):			
- La formación/actualización del personal se realizará por Entidades debidamente acreditadas.			
- La recertificación será bianual.			
- Cada turno estará cubierto con al menos, un profesional acreditado en RCP básica instrumental y manejo de DEA/DESA.			
- Está definido el procedimiento que garantice la continuidad asistencial, y el acceso al soporte vital avanzado (SVA).			

**ESTÁNDARES RECOMENDABLES DEL AREA 2:**

	<b><u>SI</u></b>	<b><u>NO</u></b>	<b><u>N/A</u></b>
• <b><u>Instalaciones consistentes con las necesidades del paciente en materia recreacional, cultural y educacional así como con las metas del programa para:</u></b>			
o actividades recreativas			
o deporte			
o hobbies			
o juegos de interior.			

## 3. AREA DE GESTIÓN DE PROCESOS.

**ESTANDARES OBLIGATORIOS DEL AREA 3:**

	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>N/A</b>
• <b><u>La evaluación para la admisión será realizada por el personal clínico del Centro.</u></b>	•	•	•
• <b><u>Existe una descripción de las condiciones y procedimientos de admisión en el Centro, incluyendo:</u></b>	•	•	•
o Criterios de admisión.			
o Procedimientos a seguir para la aceptación de solicitudes de ingreso.			
o La documentación a obtener, previa a la admisión.			
o Criterios de no admisión.			
o Procedimientos a seguir en caso de no admisión.			
• <b><u>Durante el procedimiento de admisión se asegura que el paciente comprende claramente:</u></b>	•	•	•
o La naturaleza y metas del tratamiento en el Centro.			
o Las reglas que se aplican a la conducta, el tipo de infracciones consideradas y las sanciones aplicables.			
• <b><u>Existe Programa Terapéutico escrito.</u></b>			
• <b><u>Existe un Plan de Tratamiento Individualizado (PTI):</u></b>			
o Está basado en las necesidades fundamentales del paciente.			
o Especifica los servicios requeridos por el paciente (dentro y fuera del Centro).			
o Especifica y cuantifica las metas a alcanzar, así como los criterios de finalización del tratamiento.			
o Programa la aplicación personalizada de la terapia.			
o Aplica medidas específicas de prevención y control sanitario, incluidos los dirigidos a TBC, VIH-SIDA y a otras poblaciones especiales.			
• <b><u>El PTI está bajo la responsabilidad directa del personal clínico del equipo. Las actividades dentro y fuera del Centro pueden ser supervisadas por un miembro formado y cualificado del equipo, que colabore con el personal clínico y proporcione información sobre la participación del paciente en las actividades.</u></b>			
• <b><u>1000Existe un procedimiento para el manejo, uso y mantenimiento del material y suministros esterilizados, cuando son utilizados por el programa.</u></b>			
• <b><u>Existe un horario planificado y revisado conjuntamente con los pacientes, con espacios y tiempos comunes para la terapia, actividades, tiempo libre y relación interpersonal.</u></b>			
• <b><u>El Centro no podrá obtener beneficios económicos de las actividades del paciente.</u></b>			
• <b><u>El Centro suministra o facilita el acceso a programas formativos-ocupacionales (dentro y/o fuera del mismo), adaptados a las necesidades de los pacientes.</u></b>			

**ESTÁNDARES RECOMENDABLES DEL AREA 3:**

	<u>SI</u>	<u>NO</u>	<u>N/A</u>
• <u>Existe un procedimiento por escrito estándar que explica las pruebas, instrumentos y protocolos utilizados para la evaluación del caso.</u>	•	•	•
• <u>Al ingreso, el Centro se hace responsable de realizar/ revisar la evaluación completa de las necesidades del paciente en las siguientes áreas: Física, consumo de sustancias, psicológica y psiquiátrica, familiar, social, legal y ocupacional.</u>	•	•	•
• <u>La evaluación física incluye al menos exploración completa, identificación y control de las infecciones.</u>	•	•	•
• <u>Se dispone de evaluación psicológica que incluye:</u>	•	•	•
o Una historia de problemas psicológicos en diversas áreas.			
o Historia familiar.			
o Valoración comportamental mediante observación directa.			
o Personalidad, valoración del desarrollo cognitivo, afectivo y capacidades para el autocuidado.			
o El diagnóstico y tratamiento de las alteraciones severas de la personalidad que puedan influir en el manejo del paciente y en su evolución.			
• <u>Se dispone de evaluación psiquiátrica que incluye la detección de complicaciones que puedan manifestarse durante la estancia, amenazar la salud del paciente y su tratamiento o derivación si procede.</u>	•	•	•
• <u>Se realiza una valoración socio-familiar del paciente que incluye: entorno social y familiar, implicación familiar en el tratamiento y expectativas de la familia sobre el mismo, infancia y adolescencia, situación socioeconómica, uso de drogas en el contexto familiar y composición de la red social.</u>	•	•	•
• <u>Se realizan evaluaciones periódicas del paciente por personal cualificado (en el Centro o por derivación).</u>	•	•	•
• <u>El Centro utiliza instrumentos estandarizados para la evaluación del paciente, utiliza sistemas establecidos de clasificación diagnóstica (DSM-IV, DSM-5, CIE-10, etc.).</u>	•	•	•
• <u>Utiliza un modelo específico para el informe de la evolución del paciente durante el tratamiento.</u>	•	•	•
• <u>La documentación sobre la evaluación del paciente está disponible para el equipo y otros servicios comunitarios que intervienen en el seguimiento, con el consentimiento del paciente y garantizando la confidencialidad.</u>	•	•	•
• <u>Se verifica documentalmente que, antes de la finalización del tratamiento, se ha realizado una evaluación de las necesidades fundamentales del paciente que sirve de base para el seguimiento a largo plazo.</u>	•	•	•

**4. AREA DE GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS:****ESTÁNDARES OBLIGATORIOS DEL AREA 4**

Todos los centros contarán con un organigrama del equipo que especifique las tareas de dirección y del personal. Dispondrán además según su tipo:

	<u>SI</u>	<u>NO</u>	<u>N/A</u>
• <u>Centros de Salud Mental/Unidades de Atención al Drogodependiente (CSM/U.A.D):</u>	•	•	•
o Un Especialista en Psiquiatría/ Médico experto en atención a drogodependientes, que estará en posesión del Master o Especialidad Universitaria en Drogodependencias (El personal ya contratado que realice estas funciones dispondrá hasta 3 años, posteriores a la acreditación, para obtener la titulación correspondiente).			
o Un Psicólogo Clínico /Psicólogo General Sanitario.			
o Un Enfermero/a.			





○ Un Trabajador social.			
○ Régimen de dedicación: Todo el personal: jornada completa y presencia física.			
○ Centros de Día (C.D):			
○ Psicólogo Clínico/Psicólogo General Sanitario.			
○ Régimen de dedicación: Jornada completa y presencia física.			
• <b><u>Comunidades Terapéuticas (C.T):</u></b>	•	•	•
○ Un Especialista en Psiquiatría/ Medico experto en atención a drogodependientes, que estará en posesión del Master o Especialidad Universitaria en Drogodependencias (El personal ya contratado que realice estas funciones dispondrá hasta 3 años, posteriores a la acreditación, para obtener la titulación correspondiente). Régimen de dedicación: localizado.			
○ Un Psicólogo Clínico/Psicólogo General Sanitario. Régimen de dedicación: jornada completa y presencia física.			
• <b><u>Servicios Sanitarios ubicados en Centros de Acceso Directo (S.S.C.A.D):</u></b>	•	•	•
○ Un Especialista en Psiquiatría/ Medico experto en atención a drogodependientes, que estará en posesión del Master o Especialidad Universitaria en Drogodependencias (El personal ya contratado que realice estas funciones dispondrá hasta 3 años, posteriores a la acreditación, para obtener la titulación correspondiente). Régimen de dedicación: Especialista en Psiquiatría/Medico experto en atención a drogodependientes: localizado.			
○ Enfermero/a.: Régimen de dedicación: jornada completa y presencia física.			
• <b><u>Otros Programas Sanitarios (O.P.S):</u></b>	•	•	•
○ Dispondrán del personal sanitario que se determine según las características del programa a desarrollar, que estará homologado por el PRD. Régimen de dedicación: A determinar, según las características del Programa implantado.			
• <b><u>Servicios de Dispensación de Opiáceos Fijos (S.D.O f):</u></b>	•	•	•
○ Especialista en Psiquiatría/Medico experto en atención a drogodependientes (El personal ya contratado que realice estas funciones dispondrá hasta 3 años, posteriores a la acreditación, para obtener la titulación correspondiente). Régimen de dedicación: localizado.			
○ Enfermero/a. Régimen de dedicación, presencia física mientras se desarrolle la actividad.			
○ Vigilante de seguridad. Régimen de dedicación, presencia física mientras se desarrolle la actividad.			
• <b><u>Servicios de Dispensación de Opiáceos Móviles (S.D.O m):</u></b>	•	•	•
○ Especialista en Psiquiatría/Medico experto en atención a drogodependientes y/o Enfermero (El personal ya contratado que realice estas funciones dispondrá hasta 3 años, posteriores a la acreditación, para obtener la titulación correspondiente). Régimen de dedicación: localizado.			
○ Vigilante de seguridad. Régimen de dedicación: Se requiere la presencia física del personal mientras dure la actividad.			
• <b><u>Los Programas Sanitarios de Atención al Drogodependiente realizados en Instituciones Penitenciarias:</u></b>	•	•	•
○ Especialista en Psiquiatría/ Medico experto en atención a drogodependientes, que estará en posesión del Master o Especialidad Universitaria en Drogodependencias (El personal ya contratado que realice estas funciones dispondrá hasta 3 años, posteriores a la acreditación, para obtener la titulación correspondiente). Régimen de dedicación, al menos 5h/semana de presencia física.			



<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Psicólogo Clínico/Psicólogo General Sanitario. Régimen de dedicación, al menos 10h/semana de presencia física.</li> </ul>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Enfermero/a. Régimen de dedicación, al menos 10h/semana de presencia física.</li> </ul>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b><u>Unidades de Desintoxicación Hospitalaria (UDxH):</u></b></li> </ul>	•	•	•
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Un Especialista en Psiquiatría/ Medico experto en atención a drogodependientes, que estará en posesión del Master o Especialidad Universitaria en Drogodependencias (El personal ya contratado que realice estas funciones dispondrá hasta 3 años, posteriores a la acreditación, para obtener la titulación correspondiente). Régimen de dedicación, jornada completa y presencia física.</li> </ul>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Enfermero/a. Régimen de dedicación, presencia física 24 horas mediante turnos.</li> </ul>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Auxiliar de enfermería. Régimen de dedicación, presencia física 24 horas mediante turnos.</li> </ul>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b><u>Unidades de Deshabitación Hospitalarias (UDbH):</u></b></li> </ul>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Especialista en Psiquiatría/Medico experto en atención a drogodependientes (El personal ya contratado que realice estas funciones dispondrá hasta 3 años, posteriores a la acreditación, para obtener la titulación correspondiente). Régimen de dedicación, al menos 5 horas/semana de presencia física.</li> </ul>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Psicólogo Clínico/Psicólogo General Sanitario. Régimen de dedicación, jornada completa y presencia física.</li> </ul>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Enfermero/a. Régimen de dedicación, jornada completa y presencia física, mediante turnos que cubran las 24 horas.</li> </ul>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Auxiliar de enfermería. Régimen de dedicación, jornada completa y presencia física, mediante turnos que cubran las 24 horas.</li> </ul>			

**ESTÁNDARES RECOMENDABLES DEL AREA 4 :**

	<b><u>SI</u></b>	<b><u>NO</u></b>	<b><u>N/A</u></b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b><u>Existe una descripción del equipo técnico, incluyendo profesionales externos, voluntarios y colaboradores que incluye:</u></b></li> </ul>	•	•	•
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Datos personales.</li> </ul>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Tareas y funciones desarrolladas.</li> </ul>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Derechos y obligaciones.</li> </ul>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Cualificación (básica, especialización y experiencia).</li> </ul>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b><u>Existe un procedimiento para la selección de personal, explicando los requisitos necesarios para entrar a formar parte del equipo que se basa en:</u></b></li> </ul>	•	•	•
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mantenga la coherencia entre la función o tarea desempeñada y la cualificación del profesional.</li> </ul>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Las tareas a desarrollar según los objetivos del programa.</li> </ul>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Las características actuales de la población tratada.</li> </ul>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b><u>Se aplican normas documentadas para la comunicación, coordinación y cohesión interna del equipo incluyendo:</u></b></li> </ul>	•	•	•
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Reuniones de la dirección con el equipo.</li> </ul>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Reuniones del equipo con otros equipos.</li> </ul>			

**5. AREA DE GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN, EL CONOCIMIENTO Y LOS ASPECTOS ÉTICOS.****ESTÁNDARES OBLIGATORIOS DEL AREA 5:**

	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>N/A</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b><u>La Historia Clínica consta, además del contenido mínimo estipulado en la Ley 41/2002 de Autonomía del paciente, de los siguientes documentos e informes:</u></b></li></ul>	•	•	•
<ul style="list-style-type: none"><li>○ Informes remitidos por otras instituciones colaboradoras.</li></ul>			
<ul style="list-style-type: none"><li>○ Consentimiento escrito del paciente y/o familiares acerca de la admisión, evaluación, tratamiento, investigación y seguimiento.</li></ul>			
<ul style="list-style-type: none"><li>○ El Plan de Tratamiento Individualizado, sus revisiones y modificaciones, suministrando información para:<ul style="list-style-type: none"><li>○ Historia psicosocial y familiar.</li></ul></li></ul>			
<ul style="list-style-type: none"><li>○ Historia de consumo.</li></ul>			
<ul style="list-style-type: none"><li>○ La revisión, estudio y evaluación del tratamiento suministrado al paciente.</li></ul>			
<ul style="list-style-type: none"><li>○ Un resumen referido a la finalización del tratamiento y al plan de seguimiento que contiene:<ul style="list-style-type: none"><li>○ Resultados significativos del tratamiento.</li></ul></li></ul>			
<ul style="list-style-type: none"><li>○ Curso y progreso del paciente respecto a sus problemas fundamentales.</li></ul>			
<ul style="list-style-type: none"><li>○ Curso del tratamiento individualizado.</li></ul>			
<ul style="list-style-type: none"><li>○ Formulación final con consideraciones generales y un diagnóstico final primario y secundario.</li></ul>			
<ul style="list-style-type: none"><li>○ Recomendaciones para el tratamiento y seguimiento futuros.</li></ul>			
<ul style="list-style-type: none"><li>○ Hoja de registro de eventos inusuales, como:<ul style="list-style-type: none"><li>○ Complicaciones en el tratamiento.</li></ul></li></ul>			
<ul style="list-style-type: none"><li>○ Accidentes o daños sufridos.</li></ul>			
<ul style="list-style-type: none"><li>○ Procedimientos que sitúan al paciente en situación de riesgo.</li></ul>			
<ul style="list-style-type: none"><li>○ Morbilidad y fallecimiento (incluyendo en este caso informe forense).</li></ul>			
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b><u>El Centro elabora una Memoria anual de sus actividades, que incluya:</u></b></li></ul>	•	•	•
<ul style="list-style-type: none"><li>○ N° asistidos.</li></ul>			
<ul style="list-style-type: none"><li>○ N° casos nuevos.</li></ul>			
<ul style="list-style-type: none"><li>○ Permanencia media en programa.</li></ul>			
<ul style="list-style-type: none"><li>○ Costo total del programa.</li></ul>			



**ESTÁNDARES RECOMENDABLES AREA 5:**

	<b><u>SI</u></b>	<b><u>NO</u></b>	<b><u>N/A</u></b>
• <b><u>Existe una descripción de las condiciones y procedimientos de admisión en el Centro, incluyendo estadísticas sobre solicitudes y admisiones.</u></b>			
• <b><u>Durante el procedimiento de admisión se asegura que el paciente comprende claramente:</u></b>			
o El coste del tratamiento.			
o Los derechos y obligaciones del paciente.			
• <b><u>El Centro documenta:</u></b>			
o Preparación de la familia del paciente para la participación en el tratamiento.			
o Régimen de comunicaciones y visitas.			
o Preparación para la salida del programa.			
• <b><u>El Centro dispone de un manual de cumplimentación, uso y acceso a la HC.</u></b>			
• <b><u>El Centro tiene establecido un procedimiento para supervisar la calidad y veracidad de las anotaciones en la HC.</u></b>			
• <b><u>El Centro realiza periódicamente, a los pacientes y familiares, una encuesta de satisfacción.</u></b>			

**6 AREA DE RESULTADOS CLAVE E IMPLICACIÓN DE LA SOCIEDAD:****ESTÁNDARES OBLIGATORIOS DEL AREA 6:**

	SI	NO	N/A
• <u>El Plan de Evaluación incluye: objetivos, recursos, actividades, calendario y mecanismos de reevaluación de las medidas correctoras aplicadas.</u>			
• <u>La Memoria anual contempla las actividades y resultados del Plan de Gestión y Mejora Continua de Calidad, que incluye:</u>			
o Descripción de programas y actividades desarrollados, incluidas las recomendaciones en el Plan de mejora.			
o Composición del equipo.			
• <u>Los criterios y normas sobre la duración de la estancia y finalización son específicos al diagnóstico, problemática del paciente, metas individualizadas del tratamiento y procedimiento a aplicar en el caso individual.</u>			
• <u>En caso de fracaso del tratamiento, expulsión, abandono, o no aceptación de las normas o metas del programa por el paciente, se le ofrece un plan alternativo en el centro, o se posibilita una readmisión.</u>			
• <u>El centro dispone de un régimen de salidas suficiente, ordenado y progresivo para los pacientes.</u>			
• <u>El Centro desarrolla un programa específico de reinserción, o bien tiene convenios con otros recursos sociales con el fin de ayudar a la reinserción del paciente.</u>			
• <u>El Centro especifica criterios para el reingreso y finalización del seguimiento.</u>			

**ESTÁNDARES RECOMENDABLES DEL AREA 6:**

	<u>SI</u>	<u>NO</u>	<u>N/A</u>
• <u>El Centro desarrolla investigaciones internas orientadas a:</u>			
o Valorar y contrastar las hipótesis sobre las que se basa su modelo teórico y de intervención clínica.			
o Identificar características del programa y de los pacientes que están relacionadas con los resultados del tratamiento (Ej. con el abandono prematuro, las recaídas, etc.).			
• <u>Se realizan publicaciones de los estudios en boletines internos.</u>			
• <u>Se realizan publicaciones de los estudios en revistas científicas.</u>			
• <u>El Centro está reconocido como centro de enseñanza.</u>			
• <u>El Centro no es un fin en sí mismo sino que está integrado en una red asistencial, manteniendo una coordinación con redes y servicios de prevención, tratamiento, rehabilitación y reinserción.</u>	•	•	•
• <u>Desarrolla conjuntamente programas de intercambio, coordinación y colaboración orientados al logro de objetivos comunes.</u>			
• <u>El Centro realiza actividades orientadas a la comunidad con el fin de procurar la máxima integración en el entorno social, dando a conocer la naturaleza y recursos del mismo.</u>			
• <u>El Centro desarrolla actividades (y colabora con otras externas) para estimular la acción social, que incluyen:</u>			
o Formación y estímulo al voluntariado.			

<ul style="list-style-type: none"> <li>o Eventos especiales que atraigan el interés de la comunidad así como el reconocimiento y apoyo ciudadano hacia las necesidades del programa.</li> </ul>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>En relación con los problemas asociados a las drogas los miembros del equipo proporcionan formación en programas externos, tales como:</u></li> </ul>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>o Grupos de autoayuda, de familiares y de voluntariado.</li> </ul>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>o Instituciones penitenciarias, centros de trabajo y estudio, etc.</li> </ul>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>o Colegios profesionales.</li> </ul>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>o Escuelas o universidades que imparten formación en su campo específico.</li> </ul>			

**7. AREA DE SATISFACCIÓN DEL CIUDADANO/ DERECHOS DEL PACIENTE:**

**ESTÁNDARES OBLIGATORIOS DEL AREA 7:**

	<u>SI</u>	<u>NO</u>	<u>N/A</u>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>La Carta de Derechos y Deberes se encuentra expuesta en lugares visibles.</u></li> </ul>	•	•	•
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Existe una declaración o procedimiento escrito que describe los derechos del paciente, y los medios por los cuales esos derechos son protegidos y aplicados.</u></li> </ul>	•	•	•
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Se permite al paciente mantener comunicaciones y recibir visitas de familiares y allegados.</u></li> </ul>	•	•	•
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>En caso de restricciones por motivos clínicos, se registra esta salvedad en la HC y se evalúa regularmente la efectividad terapéutica de tal restricción.</u></li> </ul>	•	•	•
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Se realiza anualmente estudio de las quejas, reclamaciones y/o sugerencias de los pacientes, con informes de propuestas a Dirección.</u></li> </ul>	•	•	•

**ESTÁNDARES RECOMENDABLES DEL AREA 7:**

<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Se dispone de un Plan escrito para la Gestión y Mejora Continua de la Calidad, que incluye los siguientes aspectos:</u></li> </ul>	• <u>SI</u>	• <u>NO</u>	• <u>N/A</u>
<ul style="list-style-type: none"> <li>o Descripción general del Plan, incluyendo objetivos, ámbito de aplicación y recursos disponibles.</li> </ul>	o	o	o
<ul style="list-style-type: none"> <li>o Modelo organizativo y criterios de funcionamiento del Plan y de las líneas de actividad.</li> </ul>	o	o	o
<ul style="list-style-type: none"> <li>o Mecanismos de evaluación y seguimiento de la efectividad de las actividades de gestión y mejora continúa implantadas.</li> </ul>	o	o	o
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>El cumplimiento de dicho Plan de Garantía de Calidad forma parte de los objetivos generales de gestión de la Dirección del Centro.</u></li> </ul>	•	•	•
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Dicho Plan de Gestión y Mejora Continua de la Calidad se elabora, al menos cada cinco años, incluidos los objetivos de alcance estratégico para la mejora de la calidad total del centro, fija objetivos anuales para su desarrollo y es revisado a partir de los resultados conseguidos en cada ciclo anual.</u></li> </ul>	•	•	•
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>El Centro cuenta con un Responsable (normalmente un miembro del equipo) que tiene asignada la tarea de impulsar el logro de los objetivos fijados en el Plan de Gestión y Mejora Continua de Calidad.</u></li> </ul>	•	•	•
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>El responsable realiza el seguimiento de dicho Plan y propone líneas de mejora.</u></li> </ul>	•	•	•
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>El paciente recibe una copia escrita de sus derechos y obligaciones, redactada en lenguaje claro y comprensible.</u></li> </ul>	•	•	•

**CARRO DE PARADA BÁSICO Y DESFIBRILADOR AUTOMÁTICO/SEMIAUTOMÁTICO (DEA/DESA)**

DEFINICIÓN: Conjunto instrumental y farmacológico sobre elementos fijos o de baja portabilidad, bajo la supervisión de Enfermería para su uso en zonas donde pueda ser previsible una situación emergente pero en donde la probabilidad de Fibrilación Ventricular o Taquicardia Ventricular sean bajas.

LOCALIZACIÓN: El Carro de Parada y el DEA/DESA estará ubicado en las UDxH y UDbH, y su localización será conocida por todo el personal de la Unidad. Contendrá, de modo orientativo, los siguientes elementos:

**CARRO DE PARADA UNIDADES**• **MEDICAMENTOS:**

- o ADRENALINA. 5 AMPOLLAS
- o ATROPINA. 5 AMPOLLAS
- o CLORURO CÁLCICO 10%. 2 AMPOLLAS
- o LIDOCAINA 2%. 5 AMPOLLAS
- o SALBUTAMOL I.V. 2 AMPOLLAS
- o MIDAZOLÁN 15 MGR. 5 AMPOLLAS
- o GLUCOSA 33%. 2 AMPOLLAS
- o AMIODARONA. 5 AMPOLLAS
- o FLUMACENILO. 5 AMPOLLAS
- o SUCCINILCOLINA 100MGR. (FRIGORIFICO). 2 AMPOLLAS

• **MATERIAL PROPIO DE LA VÍA AEREA: BOLSA A:**

- o TUBO ENDOTRAQUEAL DE 3,0 ORAL/NASAL 4,3. 2 UNIDADES
- o TUBO ENDOTRAQUEAL DE 3,5 ORAL/NASAL 4,3. 2 UNIDADES
- o TUBO ENDOTRAQUEAL DE 4,0 ORAL/NASAL 5,6 2 UNIDADES
- o TUBO ENDOTRAQUEAL DE 4,5 ORAL/NASAL 6,2. 2 UNIDADES
- o TUBO ENDOTRAQUEAL DE 5,0 ORAL/NASAL 6,9 2 UNIDADES
- o TUBO ENDOTRAQUEAL DE 5,5 ORAL/NASAL 7,5. 2 UNIDADES
- o TUBO ENDOTRAQUEAL DE 6,0 ORAL/NASAL 8,2 BALON DE 22MM. 2 UNIDADES
- o TUBO ENDOTRAQUEAL DE 6,5 ORAL/NASAL 8,8 BALON DE 23MM 2 UNIDADES
- o TUBO ENDOTRAQUEAL DE 7,0 ORAL/NASAL 9,6 BALON DE 24MM 2 UNIDADES
- o TUBO ENDOTRAQUEAL DE 7,5 ORAL/NASAL 10,2 BALON DE 26MM. 3 UNIDADES
- o TUBO ENDOTRAQUEAL DE 8,0 ORAL/NASAL 10,9 BALON DE 30MM. 3 UNIDADES
- o TUBO ENDOTRAQUEAL DE 8,5 ORAL/NASAL 11,5 BALON DE 32MM. 3 UNIDADES
- o ROLLO DE GASA 20X20. 1 UNIDAD
- o CÁNULAS DE GUEDEL. TALLA 3. 1 UNIDAD
- o CÁNULAS DE GUEDEL. TALLA 4. 1 UNIDAD
- o MASCARILLA LARINGEA. TALLA 4. PARA 50-70 KG. 1 UNIDAD
- o JERINGA 2 CUERPOS 20 ML / LUER SOLO. 2 UNIDADES
- o FIJADOR PARA INTUBACIÓN 14 FRENCH. 2 UNIDADES
- o TUBO CONDUCCIÓN OXIGENO ESTANDAR. 1 UNIDAD
- o MASCARA OXIGENO ADULTO. 1 UNIDAD
- o CANULA DE ASPIRACIÓN 4,6 MM CH 14 X 500MM. 1 UNIDAD
- o CANULA DE ASPIRACIÓN 5,33 MM CH 16 X 500MM. 1 UNIDAD
- o CANULA DE TRAQUEOTOMIA CON BALON DE BAJA PRESION Nº 6. 1 UNIDAD

• **MATERIAL PROPIO DE LA VÍA VENOSA: BOLSA B:**

- o JERINGA PARA EXTRACCION DE SANGRE ARTERIAL. 2 UNIDADES
- o JERINGA 2 CUERPOS 10 ML / LUER. 5 UNIDADES
- o JERINGA 2 CUERPOS 2 ML / LUER. 5 UNIDADES
- o JERINGA 2 CUERPOS 5 ML. 5 UNIDADES
- o AGUJA 21 G x 25MM. 5 UNIDADES
- o AGUJA 21 G x 40MM. 5 UNIDADES
- o AGUJA 25 G x 16MM. 5 UNIDADES
- o LLAVE DE TRES VIAS. 2 UNIDADES
- o INTROCAN SAFETI 14G x 2. 1 UNIDAD
- o INTROCAN SAFETI 16G x 2. 1 UNIDAD
- o INTROCAN SAFETI 18G x 2. 1 UNIDAD
- o INTROCAN SAFETI 20G x 2. 1 UNIDAD
- o INTROCAN SAFETI 22G x 2. 1 UNIDAD
- o EQUIPO PARA INFUSION IV POR GRAVEDAD. 2 UNIDADES
- o COMPRESOR ELASTICO VERDE. 1 UNIDAD
- o SET DE CATETERIZACION VENOSA CENTRAL DE LUZ VERDE MULTIPLE. 2 UNIDADES

• **OTRO MATERIAL FUNGIBLE: BOLSA C:**

- o MASCARILLA CON VISERA Y CINTAS. 5 UNIDADES
- o VENDA ESLASTICA DE CREPÉ 10x4. 1 UNIDAD
- o PAÑO QUIRURGICO ADHESIVO 75x75 ESTERIL NO LATEX. 1 UNIDAD
- o JERINGA DE 3 CUERPOS 50 ML LUER LOCK. 1 UNIDAD
- o APOSITO DE TELA SIN TEJER USO QUIRURGICO ESTERIL 5 UNIDADES DE 7,5x7,5 30GR. 4 UNIDADES
- o GUANTES QUIRURGICOS CON POLVO TALLA 6. 1 UNIDAD
- o GUANTES QUIRURGICOS CON POLVO TALLA 6,5. 1 UNIDAD
- o GUANTES QUIRURGICOS CON POLVO TALLA 7. 1 UNIDAD
- o GUANTES QUIRURGICOS CON POLVO TALLA 7,5. 1 UNIDAD



- o GUANTES QUIRURGICOS CON POLVO TALLA 8. 1 UNIDAD
- o ESPARADRAPO PLASTICO DE 2,5. 1 UNIDAD
- o SONDA TIPO LEVIN RADIOPACA DE 18 FRENCH. 1 UNIDAD
- o MANGO DE BISTURI FIG-11. 1 UNIDAD
- o HOJAS DE BISTURI DEL 11. 5 UNIDADES
- o HOJAS DE BISTURI DEL 15. 5 UNIDADES
- o HOJAS DE BISTURI DEL 22. 5 UNIDADES
- o GUANTES DE NITRILO SIN POLVO TALLA P. 3 PARES
- o GUANTES DE NITRILO SIN POLVO TALLA M. 3 PARES
- o GUANTES DE NITRILO SIN POLVO TALLA G. 3 PARES
  
- MATERIAL QUE NO IRA DISPUESTO EN LAS BOLSAS PRECINTADAS:
  - o LARINGOSCOPIO Y PALAS RECTAS (Nº 0,1,2) PALAS CURVAS (Nº 2,3,4).
  - o PINZAS DE MAGILL.
  - o PILAS REPUESTO LARINGOSCOPIO.
  - o BOLSA DE VENTILACUION MANUAL CON RESERVORIO Y CON 2 MASCARILLAS DE DISTINTO TAMAÑO.
  - o LUBRICANTE HIDROFOBO.
  - o ANTISEPTICOS. CLORHEXIDINA, BETADINE,...
  - o LINTERNA.
  - o MATERIAL DE CURA.
  
- SUEROTERAPIA:
  - o FISIOLÓGICO DE 500 CC. 2 UNIDADES
  - o FISIOLÓGICO DE 100 CC. 2 UNIDADES
  - o DEXTROSA AL 10%. 2 UNIDADES
  - o RINGER LACTATO. 2 UNIDADES
  - o EXPANSORES DE PLAMA 500 CC. 2 UNIDADES
  - o CLORURO SODICO 20%. 2 AMPOLLAS
  - o MANITOL AL 20%. 1 UNIDAD
  - o BICARBONATO SODICO 1 MOLAR 250 CC. 1 UNIDAD
- MATERIAL ELECTROMEDICO:
  - DESFIBRILADOR AUTOMÁTICO/SEMIAUTOMATICO (DEA/DESA).