



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE
PUERTO RICO
Departamento de Salud

Estado Libre Asociado de Puerto Rico
Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción
Oficina de Planificación
Investigación y Evaluación de Programas

REVISIÓN INDEPENDIENTE DE PARES (IPR) 2014-2015

Centros de Tratamiento con Metadona
Administración Auxiliar de Tratamiento
Administración de Servicios de Salud de Mental y
Contra la Adicción

Centro de Aguadilla
Centro de Bayamón
Centro de Cayey
Centro de Caguas
Centro de San Juan
Centro de Ponce

Revisión Independiente de Pares 2014-2015
42 U.S.C 300x-53(a) y 45.C.F.R 96.136
Informe Preliminar para propósitos de discusión solamente
Sujeto a Revisión



CERTIFICACIÓN

A tenor con las regulaciones federales (42 U.S.C 300x-53(a) y 45.C.F.R 96.136) aplicables a los fondos del Bloque para la Prevención y el Tratamiento de Abuso de Sustancias otorgados por la Administración para los Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA, por sus siglas en inglés), la Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción (ASSMCA) llevó a cabo la Revisión Independiente de Pares (IPR, por sus siglas en inglés). La monitoria se llevó a cabo durante el año 2015 para medir cumplimiento del periodo que comprende desde el 1ro de junio de 2014 al 31 de julio de 2015 en el 100% de los Centros de Tratamiento de Metadona.

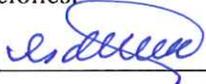
Los monitores del IPR formaron un equipo multidisciplinario compuesto por médicos generalistas, psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales y enfermeras con experiencia en el campo de abuso de sustancias. Cada profesional firmó un documento para certificar que al momento de la monitoria no tenían conflicto de intereses para participar del IPR y que tampoco realizaban funciones administrativas o prestaban servicios en el centro donde se llevaría a cabo la visita de evaluación.

Los Centros de Tratamiento con Metadona evaluados fueron los siguientes:

- Aguadilla
- Bayamón
- Cayey
- Caguas
- San Juan
- Ponce

En carácter de evaluadora, adscrita a la Oficina de Planificación de la ASSMCA y externa a los Centros de Tratamiento con Metadona certifico que he analizado los datos recopilados a través del proceso de IPR e incluyo el informe de resultados de los seis centros monitoreados. El informe incluye la metodología, los resultados, conclusiones y las recomendaciones.

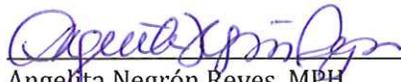
Leida M. Soltero Venegas, MS, PhDc

Firma: 

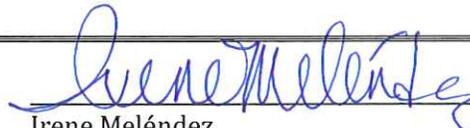
Consultora en Evaluación de Sistemas de Salud
Oficina de Planificación
ASSMCA

Fecha: 24-nov-2015

Certificado y aprobado por:



Angelita Negrón Reyes, MPH
Directora, Oficina de Planificación
ASSMCA



Irene Meléndez
Consultora del Bloque de Sustancias
ASSMCA

Revisión Independiente de Pares 2014-2015
42 U.S.C 300x-53(a) y 45.C.F.R 96.136
Informe Preliminar para propósitos de discusión solamente
Sujeto a Revisión

20/10/2015

Tabla de Contenido

RESUMEN EJECUTIVO	3
METODOLOGÍA	7
Fase de Orientación:	7
Formación de grupo de monitores independientes:	8
Muestra:.....	8
La Revisión Independiente de Pares requiere que anualmente se	8
Monitoria:	8
DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS:.....	9
RESULTADOS	10
A. Proceso de Admisión:	10
B. Evaluación Comprensiva (Evaluación post admisión):.....	12
C. Referidos y orientaciones:	13
D. Facilidades, incluyendo protocolos y procedimientos:.....	15
E. Prevención y Protección de Enfermedades:	18
F. Personal del Centro:.....	19
G. Revisión de Expedientes	21
Plan de Tratamiento	31
Documentación.....	31
Planes de Alta y Seguimiento.....	31
Conclusiones de Cumplimiento de Expedientes.....	32
Áreas de Fortaleza	32
Proceso de Admisión:	32
Evaluación Comprensiva (Evaluación post admisión):.....	33
Referidos y orientaciones:	33
Facilidades, incluyendo protocolos y procedimientos:.....	33
Prevención y Protección de Enfermedades:	34
Personal del Centro:.....	35
Revisión de Expedientes	36
Áreas a mejorar.....	36
Evaluación Comprensiva (Evaluación post admisión):.....	36
Referidos y orientaciones	36

Facilidades, incluyendo protocolos y procedimientos:.....	36
Prevención y Protección de Enfermedades	37
Personal del Centro.....	37
Revisión de expedientes	37
Recomendaciones	39
Referencias.....	41

Lista de Tablas

Tabla 1. Resumen general por Sección: Plan de Tratamiento, Documentación y Plan de Alta y Seguimiento	22
Tabla 2. Resumen general por Sección: Plan de Tratamiento, Documentación y Plan de Alta y Seguimiento por Centro de Metadona	23
Tabla 3. Requisitos del Plan de Tratamiento y Cumplimiento de Expedientes Monitoreados en los Centros de Metadona	28
Tabla 4. Documentación y Cumplimiento de los Seis Expedientes Monitoreados en los Centros de Metadona	29
Tabla 5. Planes de Alta y Seguimiento y Cumplimiento de los Seis Expedientes Monitoreados en los Centros de Metadona	30

Lista de Gráficas

Gráfica 1. Nivel de Cumplimiento de los Expedientes con los Requisitos del Plan de Tratamiento por Centro de Metadona
Gráfica 2 Nivel de Cumplimiento de los Expedientes con la Documentación Requerida por Centro de Metadona
Gráfica 3 Nivel de Cumplimiento de los Expedientes con el Plan de Alta y Seguimiento Requerido por Centro de Metadona

RESUMEN EJECUTIVO

El siguiente informe resume los resultados obtenidos de la Revisión Independiente de Pares (IPR) 2014-2015 requerida por la Ley de Salud Pública Federal Title XIX, Part B, Subpart II, secciones 42 USC 300x-53 (a) 45 CFR 96.136 para aquellos servicios financiados con fondos del Bloque de Prevención y Tratamiento de Abuso de Sustancias "Substance Abuse Prevention and Treatment Block Grant".

La Oficina de Planificación de la ASSMCA en coordinación con la Administración Auxiliar de Tratamiento identificó a profesionales de diversas disciplinas (medicina, enfermería, psicología y trabajo social) a participar como monitores del IPR. Se aseguró que los monitores no tuvieran conflicto de interés para participar. Los datos se recopilaron a través de dos instrumentos para recopilar información. Las áreas que se evaluaron fueron las siguientes; (1) el proceso de admisión, la evaluación comprensiva o evaluación post admisión, (2) los referidos y las orientaciones, (3) las facilidades, incluyendo los protocolos y los procedimientos, (4) la prevención y protección de enfermedades, (5) el personal del centro y (6) la revisión de expedientes. La revisión se enfoca en los servicios de tratamiento para abuso de sustancias. Para propósitos de la monitoria, la calidad se define como el ofrecimiento de los servicios con prácticas estandarizadas que mejoren la salud del participante y su seguridad en el contexto de recuperación. La adecuacidad significa proveer servicios de tratamiento consistentes con las necesidades clínicas y el nivel de funcionamiento del participante.

A continuación se presenta un breve de resumen de los hallazgos más relevantes de los seis Centros de Metadona de la ASSMCA: Aguadilla, Bayamón, Cayey, Caguas San Juan y Ponce. Los seis (100%) centros de metadona **cumplieron** con los siguientes requerimientos federales:

- Existe un orden de prioridad para ser admitido al Centro, con la primera prioridad para mujeres embarazadas usuarias de drogas intravenosas (UDI), otras mujeres embarazadas, otro UDI, mujeres en general y otros participantes.

- Ofrecen orientación/educación sobre temas específicos para la mujer (prevención de embarazo, cuidado prenatal, ETS, destrezas de padres, etc.).
- Coordinan servicios de apoyo para las mujeres en tratamiento (transportación, cuidado de niños, servicios de salud, servicios legales, vivienda y otros).
- Recogen información sobre uso de tabaco/adicción a nicotina del participante. Los Centros han implantado una política de servicios libres de tabaco.
- Existe una política en contra de la distribución de jeringuillas a los adictos para fines de inyectar drogas.
- Se ofrecen servicios de intervención temprana en VIH a los participantes.
- Se exigen o se realizan pruebas de tuberculosis (TB) a todo cliente previo a ser admitido a tratamiento.
- Todos los centros indican que el personal ha recibido orientación sobre los reglamentos del Bloque de Sustancias. San Juan dice que dicha orientación la ofrece el Negociado de Recursos Humanos y Relaciones Laborales.
- Todos los centros indican que el personal, incluyendo los pagados por el Bloque de Sustancias, ha recibido adiestramientos en el último año para mejorar sus destrezas de trabajo.
- Cumplimiento excepcional (6 expedientes) o sobre el promedio (5 expedientes) en los requerimientos de documentación:
 - Los expedientes contienen las hojas firmadas por los participantes autorizando a recibir tratamiento (hoja de consentimiento, ley HIPAA y divulgación de información para fines de evaluación)
 - Los expedientes evidencian que los participantes están ubicados en la modalidad de tratamiento más apropiado para su condición/diagnóstico.

Para aumentar la calidad de los servicios que se ofrecen y lograr la estandarización de los procesos en los Centros de Metadona se identificaron aquellas áreas que se pueden mejorar, según la evidencia encontrada en la monitoria:

- Instrumentos estandarizados: 4 de los 6 centros no se evidenció uniformidad. Se recomienda la estandarización de los instrumentos como parte del proceso de las evaluaciones comprensivas para el diagnóstico de la condición de los participantes (Criterios Revisados de la ASAM y DSM-5).
- Evaluaciones de cernimiento: 3 de los 6 centros no evidencian que se realizan las evaluaciones.
- Evaluaciones de familiares: 3 de los 6 centros no evidenciaron evaluaciones de familiares o amigos para el tratamiento de pacientes.
- Tratamiento o referidos a familiares: 2 de 6 centros no evidenciaron ofrecer tratamiento y refieren a los familiares o amigos de los participantes
- Actividades de alcance comunitario: 1 de 6 centros no evidenció realizar actividades de rescate para identificar y promover la aceptación de tratamiento por parte de mujeres adictas.
- Accesibilidad al centro: En 1 de 6 centros las facilidades no son accesibles.
- Capacidad máxima: 5 de los 6 centros no tienen definidos la capacidad máxima de participantes que pueden admitir.
- Procedimiento de 90% de capacidad: En 2 de los 6 centros no se evidencia que existan procedimientos para reportar cuando el Centro ha llenado el 90 por ciento de su capacidad.
- Participantes en lista de espera: 1 de los 6 Centros no evidencia ofrecer servicios interinos (orientación sobre los riesgos de usar drogas, riesgos de contagio de VIH/EST, la oportunidad de hacerse pruebas, etc.) a los participantes en la lista de espera dentro de 14 a 120 días de su solicitud de admisión. Este es un requisito federal que deben cumplir todos los centros.

- Protocolos servicios de tratamiento: Los centros tienen la necesidad de que se les aprueben los protocolos que han actualizado como guía para el ofrecimiento de servicios.
- Pruebas de Tuberculosis (TB) al personal: En 1 de 6 centros no se evidenció el cumplimiento.
- Compra o distribución de jeringuillas: 1 de los 6 centros indica que el personal del Centro no conoce las reglas en contra de la compra o distribución de jeringuillas u otros aparatos con fondos federales provenientes del Departamento de Salud federal (SAMHSA-Bloque de Sustancias) a participantes para fines de inyectar drogas. Este es un requisito federal que deben cumplir todos los centros.
- Expedientes monitoreados: Se observó un cumplimiento bajo promedio (3 expedientes o menos) en los requerimientos del Plan de Tratamiento y el Plan de Alta.

Resultados de la Monitoria de Pares 2015 en los Centros de Tratamiento con Metadona

El objetivo del Bloque de Prevención y Tratamiento de Abuso de Sustancias es proveer fondos a estados y territorios para apoyar programas para el desarrollo e implantación de actividades y servicios de prevención, tratamiento y recuperación para individuos a riesgo o experimentando trastornos de uso de sustancias según descrito en la Ley de Salud Pública Federal Title XIX, Part B, Subpart II, as amended, Public Law 102-321; 42 U.S.C. 300X; and 45 CFR, Part 96. Las secciones 42 USC 300x-53 (a) 45 CFR 96.136 requiere la Revisión Independiente de Pares (IPR, por sus siglas en inglés) para aquellos servicios financiados con fondos del Bloque de Prevención y Tratamiento de Abuso de Sustancias "Substance Abuse Prevention and Treatment Block Grant". El Equipo de Evaluación e Investigación de la Oficina de Planificación (OP) de la Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción (ASSMCA), coordina el IPR. El objetivo del IPR es monitorear la calidad, eficiencia y adecuación de los servicios de tratamiento de abuso de sustancias.

La revisión se enfoca en los servicios de tratamiento para abuso de sustancias. Para propósitos de la monitoria, la calidad se define como el ofrecimiento de los servicios con prácticas estandarizadas que mejoren la salud del participante y su seguridad en el contexto de recuperación. La adecuación significa proveer servicios de tratamiento consistentes con las necesidades clínicas y el nivel de funcionamiento del participante.

METODOLOGÍA

Fase de Orientación:

La Oficina de Planificación de la ASSMCA en coordinación con la Administración Auxiliar de Tratamiento identificó a profesionales de diversas disciplinas para participar de una orientación inicial. Se seleccionaron profesionales adscritos a Administración Auxiliar de

Tratamiento, la Administración Auxiliar de Promoción y Prevención y de la Oficina de Calidad. La OP coordinó y ofreció la orientación para el desarrollo del IPR. En la orientación se cubrieron las siguientes áreas: Requerimientos Federales, Propósito del IPR, y la Metodología Utilizada, (incluyendo el protocolo, los instrumentos y la muestra), la Formación de Grupos, el Plan de Visitas y las Fechas Límite de las Visitas y Entrega de los Instrumentos.

Formación de grupo de monitores independientes:

Luego de la orientación inicial, se solicitó a los participantes la formación de grupos para visitar los centros seleccionados en la muestra. Cada grupo se formó considerando la asignación de 3 a 4 clínicos por centro. Todos los monitores que participaron firmaron un formulario para documentar algún conflicto de intereses. Aquellos con conflicto o aparente conflicto de interés fueron descalificados del proceso. La Oficina de Planificación validó que los profesionales que participaron del IPR no prestaban o no administraban los servicios en los centros seleccionados para el IPR.

Muestra:

La Revisión Independiente de Pares requiere que anualmente se selecciona al menos una muestra del 5% del total de los centros de la ASSMCA que proveen servicios de tratamiento por uso y abuso de sustancias. La muestra es calculada estratificando por las distintas modalidades de tratamiento (Residencial, Ambulatorio, Metadona, Alcohol, etc.), de manera que sea representativa de la diversidad de servicios provistos en la agencia.

Monitoria:

La monitoria se realizó visitando los centros de tratamiento seleccionados en la muestra. En las visitas se llevaron a cabo entrevistas utilizando un instrumento estandarizado y además se seleccionó una muestra al azar de 6 expedientes para evaluar.

DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS:

Los revisores utilizaron dos instrumentos que entregó la OP a cada grupo. Los dos instrumentos se describen a continuación:

1. INSTRUMENTOS

a. MONITORIA DE CUMPLIMIENTO CON LOS REGLAMENTOS APLICABLES AL BLOQUE DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ABUSO DE SUSTANCIAS

Este se utilizó para entrevistar al personal de los centros. El instrumento contenía seis partes:

A. Proceso de admisión

B. Evaluación post admisión

C. Referidos y orientaciones

D. Facilidades, protocolos y procedimientos, prevención y protección de enfermedades

E. Personal del centro

F. Revisión de expedientes (documentación de los servicios de tratamiento, Planes de tratamiento, Planes de alta y seguimiento),

b. FORMULARIO PARA EL MONITOREO DE CUMPLIMIENTO DE EXPEDIENTES DE PARTICIPANTES

Se desarrollaron cuatro (4) formularios, uno por modalidad de tratamiento. El propósito de este formulario fue determinar el nivel de cumplimiento de los expedientes en las siguientes áreas: documentación requerida, toxicología y medicamentos, plan de tratamiento, revisión de perfiles, psicológicos y examen físico, servicio de medicación en el hogar y otros eventos entre ellos referidos. Con los resultados obtenidos de la evaluación de los seis expedientes los monitores contestaron la parte F del Instrumento número 1.

RESULTADOS

El IPR se realizó en el 100% de los Centros de Tratamiento con Metadona. Los centros monitoreados fueron los siguientes:

Centro de Metadona	Fecha de visita
1. Aguadilla	26 de agosto de 2015
2. Bayamón	26 de agosto de 2015
3. Cayey	9 de septiembre de 2015
4. Caguas	1 de septiembre de 2015
5. San Juan	26 de agosto de 2015
6. Ponce	2 de septiembre de 2015

El cumplimiento se midió considerando seis áreas principales: (1) el proceso de admisión, la evaluación comprensiva o evaluación post admisión, (2) los referidos y las orientaciones, (3) las facilidades, incluyendo los protocolos y los procedimientos, (4) la prevención y protección de enfermedades, (5) el personal del centro y (6) la revisión de expedientes. A continuación se presentan los resultados obtenidos en la monitoria de los Centros de Tratamiento con Metadona.

Con el propósito de facilitar los resultados de la monitoria de cumplimiento se identificó cada centro con la siguiente clave:

a= Caguas; b=Bayamón; c=Cayey, d= Ponce; e=San Juan; f=Aguadilla

A. Proceso de Admisión¹:

1. Personal responsable del proceso de admisión en el centro:
 - a. Personal Clínico, Director y Enfermera de Admisiones
 - b. Personal Clínico
 - c. Personal Clínico, Record médico, control de infecciones
 - d. Personal Clínico, Estudiante/internado, Consejero

¹ CLAVE: a= Caguas; b=Bayamón; c=Cayey , d= Ponce; e=San Juan; f=Aguadilla

- e. Personal Clínico, Director, Personal Administrativo
 - f. Personal Clínico, Consejero, Personal Administrativo, Médico
2. Todos tienen un orden de prioridad para ser admitido al Centro, con la primera prioridad para mujeres embarazadas usuarias de drogas intravenosas (UDI), otras mujeres embarazadas, otro UDI, mujeres en general y otros participantes. Hay una nota en San Juan que se da prioridad también a personas VIH+. Hay una nota en la evaluación de Ponce que menciona “las prioridades de admisión están indicadas en un letrero pero que no está visible a los pacientes”.
 3. Cuatro (67%) centros indican que no se recoge el tiempo que le toma al paciente entre solicitar y ser admitido a los servicios. Solamente dos centros (33%) Bayamón y Cayey indican que sí. Hay una nota en la evaluación de San Juan que menciona “informalmente se mantiene un registro del tiempo que toma los pacientes para ser admitidos”.
 4. Tiempo promedio del paciente entrevistado para iniciar el proceso de admisión:
 - a. Menos de 1 hora
 - b. Una hora a una hora y media
 - c. Menos de 1 hora
 - d. Más de 2 horas
 - e. Más de 2 horas
 - f. Menos de 1 hora

Se observa que en tres centros (50%) el tiempo aproximado fue menor de 1 hora. Hay una nota en San Juan que menciona “entrevistan al paciente el Asistente, Psicólogo y MD, aproximadamente 45 minutos cada uno”.
 5. Todos los centros indican que existen criterios de admisión.
 6. Todos los centros indican que se cumplen con los criterios de admisión.
 7. Todos los centros indican que los participantes son evaluados por un equipo multidisciplinario y/o interdisciplinario.
 8. En cuanto a cómo se determina el nivel de cuidado:

- a. Revisión del caso durante reunión de equipo interdisciplinario, criterios pre-establecidos por el programa, y juicio del personal clínico.
 - b. Juicio del personal clínico
 - c. Criterios pre-establecidos por el programa y juicio del personal clínico
 - d. Revisión del caso durante reunión del equipo interdisciplinario
 - e. Revisión del caso durante reunión del equipo interdisciplinario
 - f. Revisión del caso durante reunión del equipo interdisciplinario y criterios pre-establecidos por el programa
9. Todos los centros indican que existe un procedimiento de lista de espera para aquellos participantes que no pueden ser admitidos a tratamiento.
10. Todos los centros indican que, al ser admitida una mujer embarazada, se coordinan servicios pre-natales con un proveedor de salud autorizado. Hay una nota en San Juan que dice “se coteja tarjeta pre-natal y de no tenerla, se requiere un cotejo mental de asistencia de la participante a citas pre-natales”.

B. Evaluación Comprensiva (Evaluación post admisión):²

Método(s) utilizado(s) para recopilar la información de la evaluación post-admisión:

- a. Revisión de tablas de paciente y entrevistas a administradores
- b. Revisión de tablas de paciente
- c. Revisión de tablas de paciente y entrevistas a administradores
- d. Revisión de tablas de paciente, entrevistas a administradores, observación del área, revisión de documentos del proceso
- e. Revisión de tablas de paciente y entrevistas a administradores
- f. Revisión de tablas de paciente

² CLAVE: a= Caguas; b=Bayamón; c=Cayey, d= Ponce; e=San Juan; f=Aguadilla

Requerimientos Reglamentarios y Comentarios:

1. Todos los centros, menos Ponce y Aguadilla (2 de 6, 33%), indican que utilizan instrumentos estandarizados como parte del proceso de las evaluaciones comprensivas para el diagnóstico de la condición de los participantes (DSM-5).
2. Los centros de Caguas, San Juan y Aguadilla indican que el programa realiza evaluaciones/cernimiento para trastornos mentales y comorbilidades físicas. San Juan comenta que hace una evaluación psicológica; San Juan indica que regularmente realiza tales evaluaciones; y Aguadilla comenta que hace una evaluación integrada. Los centros de Bayamón, Cayey y Ponce no realizan tales evaluaciones/cernimientos (50%).
3. Los centros de Caguas, Bayamón, y San Juan indican que realizan evaluaciones a familiares o amigos para el tratamiento de drogas y alcohol. Caguas comenta que solamente cuando el familiar y el paciente lo autorizan. San Juan comenta que se ofrecen orientaciones a familiares o amigos y se evalúa cuando se hace “cadena de custodia”. Los centros de Cayey, Ponce y Aguadilla indican que no realizan evaluaciones de familiares o amigos para el tratamiento de pacientes (50%).
4. Los centros de Caguas, Bayamón, Cayey y Aguadilla indican que el programa inicia en tratamiento o refiere a tratamiento a familiares o amigos. Caguas comenta que lo hace cuando el familiar o el paciente lo autorizan. Ponce y San Juan indican que no ofrecen tratamiento a familiares o amigos y no se refieren tratamiento a familiares o amigos de los participantes (33%).
5. Todos los centros indican que recogen información sobre uso de tabaco/adicción a nicotina. San Juan comenta que lo hace como parte del perfil socio demográfico.

C. Referidos y orientaciones³:

Los métodos que utilizaron los monitores para recoger información de la evaluación de referidos y orientaciones fueron los siguientes:

³ CLAVE: a= Caguas; b=Bayamón; c=Cayey, d= Ponce ; e=San Juan; f=Aguadilla

- a. Entrevistas a administradores
- b. Entrevistas al personal de consejería y entrevistas a participantes
- c. Entrevistas a administradores
- d. Entrevistas al personal de consejería, observación del área, revisión de documentos del proceso
- e. Entrevistas a administradores
- f. Entrevistas al personal de consejería, revisión de documentos del proceso, Entrevistas a participantes, y entrevistas a administradores

Requerimientos y comentarios:

1. Todos los centros indican que existe coordinación interagencial para los referidos de los participantes a los servicios de apoyo que necesitan.
 - a. Vivienda, acuerdos informales con la comunidad y plan de desarrollo con la comunidad
 - b. Ningún comentario
 - c. Vivienda, acuerdos informales con la comunidad y plan de desarrollo con la comunidad
 - d. Departamento de Salud, Centro Latinoamericano de Enfermedades de Transmisión Sexual (CLETS) y Plan de Salud del Gobierno
 - e. Centro de Hepatitis, Alcoholismo, APS, Hospital de Psiquiatría, MD primario, Centro Latinoamericano de Enfermedades de Transmisión Sexual (CLETS)
 - f. Se han establecido acuerdos colaborativos
2. Todos los centros indican existen acuerdos formales o informales con comunidades de fe (religiosas) para la provisión de servicios de apoyo a los participantes durante su tratamiento.
3. Todos los centros indican que se coordinan servicios de apoyo para las mujeres en tratamiento (transportación, cuidado de niños, servicios de salud, servicios legales, vivienda y otros). Caguas comenta que coordinan servicios de salud pre-natal y

vivienda. Cayey comenta que se coordinan servicios legales, vivienda y salud y que no tienen servicios de transportación o cuidado de niños. San Juan comenta que coordinan servicios de cuidado de niños, vivienda y cuidado de salud. Aguadilla comenta que coordinan transportación a través del municipio con programas de la reforma.

4. Todos los centros indican que se ofrecen orientación/educación sobre temas específicos para la mujer (prevención de embarazo, destrezas de padres, etc.). Caguas comenta que ofrece salud reproductiva y otros tópicos de salud. San Juan comenta que ofrecen estos servicios mensualmente. Aguadilla comenta que se evidencia en expedientes orientaciones relacionadas a destrezas de crianza, cuidado prenatal, y ETS.
5. Todos los centros indican que se ofrecen servicios de orientación y apoyo a los familiares y personas significativas de los participantes del Centro. San Juan comenta que se hace esto por medio de servicios educativos. Aguadilla comenta que “Aunque no es frecuente se sirve a familiares de participantes según la necesidad”.
6. Todos los centros menos San Juan (17%) indican que se realizan actividades de rescate para identificar y promover la aceptación de tratamiento por parte de mujeres adictas. Caguas, Ponce y Aguadilla comentan que se hacen alcance comunitario por medio del Programa De Vuelta a la Vida de ASSMCA. Aguadilla comenta que todo caso referido por este programa es atendido con prioridad. Cayey comenta que tiene un Plan de Relaciones con la Comunidad.

D. Facilidades, incluyendo protocolos y procedimientos⁴:

Métodos que utilizaron para recoger información:

- a. Observación del área y entrevistas a administradores
- b. No marcaron ninguna de las alternativas
- c. Observación del área

⁴ CLAVE: a= Caguas; b=Bayamón; c=Cayey, d= Ponce; e=San Juan; f=Aguadilla

- d. Revisión de documentos y entrevistas a administradores
- e. Entrevistas a administradores
- f. Observación del área, revisión de protocolos, revisión de documentos, entrevistas a participantes, entrevistas a administradores y entrevistas al personal

Requerimientos y Comentarios:

1. Cinco de los seis (83%) centros indicaron que las facilidades del Centro son accesibles a vías de transportación pública. Los monitores informaron que el centro en que las facilidades no son accesibles es Cayey. Según el Gerente de Cayey a accesibilidad siempre ha sido el principal problema. Informan que han trabajado con el Alcalde para mejorar la transportación. San Juan indica que sus facilidades se acceden por la AMA y Tren Urbano. Aguadilla comenta que las facilidades están cerca de la Carretera #2 y que existe transportación pública ya que el centro queda adyacente al Hospital Buen Samaritano. En adición, hay transportación provista desde Mayagüez, Utuado, Moca la cual es coordinada con los Municipios.
2. Todos los centros indican que las facilidades del Centro son accesibles a personas con impedimentos (rampas, ascensores, baños accesibles, etc.). Aguadilla comenta que cuenta con rampas para impedidos.
3. Los monitores indican que las facilidades de todos los centros se observan limpias y con condiciones higiénicas.
4. Los monitores indican que todos los centros cuentan con los permisos de uso de la facilidad y las licencias requeridas. Para Aguadilla indican que el permiso de ASSMCA vence el 10 de febrero de 2015; el de "Opioid Treatment", el 30 de enero de 2016 la acreditación de CARF en enero de 2016; la Licencia de Botiquín el 2 de octubre de 2015; Bomberos el 11 de junio de 2016; Certificado de Registro y Dispensación el 20 de junio de 2016; y el de Calidad Ambiental el 4 de marzo de 2016.

5. Todos los Centros tienen licencias y permisos localizados en un sitio visible y están en fecha de cumplimiento.
6. Cinco (5) de los 6 (83%) centros no tienen definidos la capacidad máxima de participantes que pueden admitir, por lo que no cumplen con este requisito. El Centro de Cayey indica que sirve un máximo de 280 participantes según las Guías de Calidad que se basan en la relación de pacientes y personal psicosocial.
7. Para 4 de los Centros (67%), los monitores indican que existen procedimientos para reportar cuando el Centro ha llenado el 90 por ciento de su capacidad. Para el Centro de Ponce, indican que no se usan, pero existen, y para los centros de San Juan y Aguadilla, indican que este ítem no aplica.
8. En 5 de los 6 Centros (83%), se ofrecen servicios interinos (orientación sobre los riesgos de usar drogas, riesgos de contagio de VIH/EST, la oportunidad de hacerse pruebas, etc.) a los participantes en la lista de espera dentro de 14 a 120 días de su solicitud de admisión. Caguas indica que dichos servicios son ofrecidos vía el proyecto PR-MAI/TC. El Centro de San Juan indica que este ítem no aplica.
9. Cinco (5) de los 6 (83%) centros indican que existe una política en contra de la distribución de jeringuillas a los adictos para fines de inyectar drogas. Caguas indica que dicha política es de los Bloques federales.
10. Los monitores indican que los programas de todos los Centros han implantado una política de servicios libres de tabaco.
11. Todos los centros cuentan con protocolos como guía para el ofrecimiento de servicios de tratamiento ofrecidos, y los mismos están al día (revisados en los últimos 2 años). Para Cayey, indican que son del 2012, pero se han actualizado pero no han sido aprobados todavía. Para Ponce también, indican que los protocolos actualizados no han sido aprobados.
12. En todos los centros existen procedimientos para recibir y orientar a participantes nuevos. Aguadilla indica que forman parte del protocolo de ingreso y se evidencia en el expediente los procedimientos utilizados.

13. En todos los centros, los monitores indican que se protege la confidencialidad de los expedientes de los participantes. Ponce indica que tiene buenos recursos de seguridad. Aguadilla indica que los expedientes se mantienen en área designada para estos fines; que se identifica el funcionario que utiliza el expediente y se registra la fecha y hora de devolución; y los expedientes permanecen bajo llave.

E. Prevención y Protección de Enfermedades⁵:

Métodos utilizados para recopilar la información:

- a. Observación del Área
- b. Revisión de protocolos
- c. Entrevistas a administradores

Requerimientos Reglamentarios y Comentarios:

1. En todos los centros, se ofrecen servicios de intervención temprana de VIH a los participantes. Aguadilla indica que se evidencian los servicios en el expediente.
2. En todos los centros, se exigen o se realizan pruebas de tuberculosis (TB) a todo cliente previo a ser admitido a tratamiento. Caguas y San Juan indican que se la hacen al momento de admisión como parte del protocolo. Aguadilla indica que se evidencia las pruebas en el expediente.
3. Todos los centros verifican las pruebas positivas de TB con placa de pecho como parte del proceso de admisión a tratamiento. Aguadilla indica que se presenta evidencia en el expediente.
4. En todos los centros, se ofrecen, o se coordinan, servicios de tratamiento de TB a todo cliente que resulte positivo a la prueba de TB. Caguas indica que se hace la coordinación anualmente. Aguadilla indica que se evidencia la coordinación de tratamiento en el expediente.

⁵ CLAVE: a= Caguas; b=Bayamón; c=Cayey, d= Ponce ; e=San Juan; f=Aguadilla

5. En todos los centros, excepto Aguadilla, los monitores indican que se exigen o se realizan pruebas de TB al personal del Centro periódicamente. Caguas y Cayey, indican que se hace anualmente, como parte del Programa de Control de Infecciones. Los monitores del centro de Aguadilla expresaron que no se evidencia cumplimiento con este requisito (17%).
6. En todos los centros, existe un protocolo sobre la protección del personal y la clientela contra TB. Aguadilla dice que este protocolo se lleva a cabo bajo el Programa de Control de Infecciones.
7. En todos los centros se coordinan, o se realizan, pruebas y tratamiento de otras ETS a los participantes de los Centros con orientación al respecto.
8. En todos los centros, existe coordinación con el Centro de Prevención de ASSMCA u otros servicios de prevención para atender a los hijos y familiares de los participantes. Caguas dice que se coordinan cuando el familiar y el paciente la autoriza. Aguadilla indica que el Programa de Prevención esta en las mismas facilidades.

F. Personal del Centro⁶:

Métodos utilizados para recopilar información:

- a. Observación del Área
- b. Revisión de documentos
- c. Entrevistas a administradores

Requerimientos y Comentarios:

1. En todos los centros hay personal pagado por fondos del Bloque de Sustancias:
 - a. En Caguas, la mayoría del personal está por Fondos Estatales y los contratos por Fondos Federales (1 Psicólogo, 1 TS, 1 Facilitador, 1 Médico, 1 Administrador de Metadona, y 1 Gerente).

⁶ CLAVE: a=Caguas; b=Bayamón; c=Cayey, d= Ponce ; e=San Juan; f=Aguadilla

- b. En Bayamón, hay 4 Enfermeras, 2 Psicólogos, 3 Médicos, 3 TS's, la Directora, la Administradora, el empleado de Servicios de Mantenimiento, Asistente de Contabilidad, y un Oficial de Metadona son pagados por fondos del Bloque de Sustancias.
 - c. En Cayey, la mayoría del personal está por Fondos Estatales y los contratos por Fondos Federales, incluyendo 1 psicólogo, 1 TS, 1 Medico, y 1 Gerente. Las personas entrevistadas no sabían si tienen empleados bajo Fondos Federales.
 - d. En Ponce, el Gerente, Director Médico, 1 Enfermera, 2 MD's, 2 Psicólogas, Conductor, 1 Facilitador de Servicios y 2 Manejadores de Casos son pagados por Fondos del Bloque de Sustancias.
 - e. En San Juan, 4 Médicos (1 de los cuales es el Director Médico), 4 Psicólogas, 16 Asistentes Psicosociales, 4 Trabajadores Sociales, 9 Enfermeras, 12 Asistentes de Pacientes, el Supervisor de Enfermeras, el Supervisor de Tratamiento, El asistente de Asuntos Gerenciales, 4 Conductores, 3 Asistentes de Mantenimiento, 1 Asistente Administrativo, Asistentes de Servicios de Oficina, un Asistente Sistemas de Manejo de Información, y el Director/Gerente constituyen el personal completo del Centro ya que las personas entrevistadas en la visita de monitoria no tenían los datos sobre su fuente de pago.
 - f. En Aguadilla, 6 empleados por contrato y 3 transitorios son pagados por Fondos del Bloque de Sustancias, incluyendo 2 Enfermeras Asociadas, 1 Asistente de Servicios a Pacientes, 1 Psicólogo Clínico, 1 Técnico de Records, y 1 Facilitador de Servicios.
2. Todos los centros indican que el personal ha recibido orientación sobre los reglamentos del Bloque de Sustancias. San Juan dice que dicha orientación la da Recursos Humanos.

3. Todos los centros indican que el personal, incluyendo los pagados por el Bloque de Sustancias, ha recibido adiestramientos en el último año para mejorar sus destrezas de trabajo. Aguadilla dice que los adiestramientos son parte del plan educativo del empleado. San Juan dice que los adiestramientos fueron provistos por ASSMCA y SAMHSA.
4. Todos los centros indican que el personal clínico conoce los protocolos y los manuales de procedimientos y los usa en su trabajo. Aguadilla dice que esto es evidenciado por las firmas del personal presentadas.
5. Todos los centros excepto Cayey (17%), indican que el personal del Centro conoce las reglas en contra de la compra o distribución de jeringuillas u otros aparatos a participantes para fines de inyectar drogas con fondos del Bloque de Sustancias. Cayey dice que no las conoce.
6. Todos los centros indican que el personal del Centro conoce los procedimientos sobre VIH/SIDA. Aguadilla dice que es establecido dentro del expediente del empleado.
7. Todos los centros indican que el personal conoce los procedimientos sobre TB. Los monitores del Centro de Aguadilla indican que se entrevistaron a los empleados al respecto.
8. Todos los centros indican que se exigen, o se realizan, pruebas de TB al personal del Centro periódicamente por medio del Certificado de Salud. Cayey dice que verifica anualmente. Aguadilla indica que se le exige al personal certificado de salud y se verificó ésta información en el expediente del personal.

G. Revisión de Expedientes

Para la revisión de expedientes cada grupo monitor evaluó seis (6) expedientes utilizando un formulario con una escala para medir cumplimiento con relación los planes de tratamiento, documentación requerida, los planes de alta y los referidos de ser necesario. La escala de tipo Likert consistía de cuatro categorías que se describen a continuación: 1-bajo promedio (3 expedientes o menos - 50% o menos), 2-promedio (4 expedientes - 67%),

3- sobre el promedio (5 expedientes - 83%) y 4- excepcional (6 expedientes - 100%). A continuación se presentan los resultados del análisis de cumplimiento de los seis expedientes.

Tabla 1. Resumen general por Sección: Plan de Tratamiento, Documentación y Plan de Alta y Seguimiento

SECCIÓN G	Min	Max	Cumplimiento Promedio de Expedientes**	SD
I. PLAN DE TRATAMIENTO	1.3	4.0	2.7	1.0
II. DOCUMENTACIÓN	2.8	4.0	3.6	0.5
III. PLAN DE ALTA	1.0	3.8	2.9	1.1

Nivel de cumplimiento de los seis expedientes revisados:

1-BAJO PROMEDIO 3 EXPEDIENTES O MENOS (50% o menos)

2-PROMEDIO 4 EXPEDIENTES (67%)

3- SOBRE EL PROMEDIO 5 EXPEDIENTES (83%)

4- EXEPCIONAL 6 EXPEDIENTES (100%)

Nota:** Redondee a la última decena (Ej. 2.7 son 3 expedientes)

1. En la parte que correspondía al monitoreo de expedientes clínicos, en los requisitos del plan de tratamiento los resultados arrojaron un cumplimiento promedio de 2.7. Es decir, de los seis expedientes evaluados, entre 4 (promedio) y 5 (sobre el promedio) evidenciaban cumplimiento con los requisitos.
2. En la parte que correspondía al monitoreo de expedientes clínicos, en los requisitos de documentación los resultados arrojaron un cumplimiento promedio de 3.6. Es decir, seis expedientes evaluados, entre 5 (sobre el promedio) y 6 (sobre promedio) evidenciaban cumplimiento con los requisitos.
3. En la parte que correspondía al monitoreo de expedientes clínicos, en los requisitos de plan de alta los resultados arrojaron un cumplimiento promedio de 2.9. Es decir, de los seis expedientes evaluados, entre 4 (promedio) y 5 (sobre el promedio) evidenciaban cumplimiento con los requisitos.

Tabla 2. Resumen general por Sección: Plan de Tratamiento, Documentación y Plan de Alta y Seguimiento por Centro de Metadona

Centros de Metadona	PLAN DE TRATAMIENTO	DOCUMENTACIÓN	PLAN DE ALTA
	Promedio de Expedientes	Promedio de Expedientes**	Promedio de Expedientes
CAGUAS	3	4	4
CAYEY	3	3	-
PONCE	4	4	4
AGUADILLA	4	4	3
BAYAMÓN	1	3	3
SAN JUAN	3	3	1

Nivel de cumplimiento de los seis expedientes revisados:

1-BAJO PROMEDIO 3 EXPEDIENTES O MENOS (50% o menos)

2-PROMEDIO 4 EXPEDIENTES (67%)

3- SOBRE EL PROMEDIO 5 EXPEDIENTES (83%)

4- EXEPCIONAL 6 EXPEDIENTES (100%)

Nota:** Redondea a la última decena (Ej. 2.7 son 3 expedientes)

Cuando se analizaron los resultados de la monitoria de expedientes por cada Centro de Metadona los hallazgos fueron los siguientes:

1. Con el Plan de Tratamiento los seis expedientes del Centro de Metadona de Ponce cumplieron con los requisitos. Mientras que el cumplimiento más bajo se observó en los Centros de Cayey (2) y Bayamón (1), en específico, cuatro o menos expedientes cumplieron con los requisitos, respectivamente. En el Centro de Caguas se observó que tres de los seis expedientes no tenían actualizado los planes de tratamiento. En Bayamón 5 de los seis expedientes no se habían revisado seis meses. Ver Gráfica 1
2. Con la Documentación los seis expedientes del Centro de Metadona de Ponce, Caguas y Aguadilla cumplieron con los requisitos. Mientras que el cumplimiento más bajo se observó en los Centros de Bayamón (3). En la sección de documentación requerida los seis expedientes del Centro de Bayamón no evidenciaron cumplimiento con el requisito del perfil sociodemográfico de admisión tomando como referencia el último año a partir de la fecha de la monitoria. Otros documentos

de participantes de Bayamón que no se evidenciaron en el expediente fueron las hojas de discusión de caso (5 de 6 expedientes). Ver Gráfica 2

3. Con los Planes de Alta y Seguimiento ninguno de los expedientes monitoreados en los centros cumplieron con el requisito. Los Centros de Metadona de Caguas y Ponce mostraron el cumplimiento más alto (sobre el promedio 5 expedientes o el 83%). En el caso de Ponce evidencian que se le ofrece seguimiento por teléfono. El Centro de Metadona de Caguas evidencia que ofrece a los participantes evidencia de citas programadas de seguimiento con el personal psicosocial.

Mientras que el cumplimiento más bajo se observó en los Centros de Aguadilla (3) y San Juan (1.0), o sea entre promedio de cuatro (67%) y 3 o menos (50% o menos) expedientes respectivamente. En el Centro de Metadona de Aguadilla el grupo de revisores mencionó que no se evidenciaba que el centro ofreciera a los participantes seguimiento post tratamiento. Es importante mencionar que en el Centro de Metadona de Cayey, los seis expedientes evaluados eran de participantes activos y no tenían criterio para evaluar los Planes de Alta y Seguimiento. En el caso del Centro de Metadona de San Juan en la muestra se seleccionó al azar un solo expediente de alta. Ver Gráfica 3