



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE
PUERTO RICO
Administración de Servicios de
Salud Mental y Contra la Adicción

Guía para desarrollar el Plan de Mejoramiento de los Centros de Metadona

Basado en los hallazgos del “Independent Peer Review” 2015, la Encuesta de Satisfacción de los Participantes de los Centros de Tratamiento de Metadona 2015 y los resultados de los Grupos Focales en los Centros de Tratamiento con Metadona.

Oficina de Planificación, Unidad de Evaluación

2/9/2016



Plan de Mejoramiento

Tabla de Contenido:

Guía para desarrollar el Plan de Mejoramiento de los Centros de Metadona según los hallazgos de los Requerimientos del Bloque de Sustancias.....	1
Importancia del Plan de Mejoramiento para los Centros de Metadona.....	3
Parte I. Modelo de mejoramiento	3
Medición de la ejecutoria	4
Razones por las que se necesita medir la ejecutoria.....	4
Tipos de Medidas de Ejecutoria.....	5
Proceso de Medición de Ejecutoria	6
Modelo para desarrollar un Plan de Mejoramiento.....	6
Parte II. Formato sugerido para desarrollar el Plan de Mejoramiento.....	9
Instrucciones recomendadas para desarrollar el Plan de Mejoramiento	10
Tabla A: Plan de mejoramiento completar la siguiente información	10
Tabla B: Plan de monitoreo del mejoramiento.....	11
Anejo A: Plan de mejoramiento.....	13
Tabla B: Plan de monitoreo del Mejoramiento:	15
Anejo C: Title 45 - Public Welfare. SUBTITLE A - DEPARTMENT OF HEALTHAND HUMAN SERVICES.....	18
Referencias.....	20

Plan de Mejoramiento

Plan de Mejoramiento para los Centros de Metadona

Cada año fiscal, como requisito del Bloque de Prevención y Tratamiento de Abuso de Sustancias de SAMHSA (Ley Federal 45 CFR 96.136)¹, la Unidad de Evaluación de la Oficina de Planificación (OP) de la Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción (ASSMCA) lidera la Monitoria Independiente de Pares (IPR, por sus siglas en inglés) de los servicios financiados con fondos del Bloque de Prevención y Tratamiento de Abuso de Sustancias (“Substance Abuse Prevention and Treatment Block Grant”, o SAPTBG por sus siglas en inglés). La Unidad de Evaluación adscrita a la Oficina de Planificación redactó este documento cuyo propósito es que los Centros de Metadona desarrollen un plan de mejoramiento sobre los hallazgos obtenidos durante el 2015 de tres fuentes: la Monitoria Independiente de Pares (IPR), la Encuesta de Percepción de los Clientes con los Servicios que ofrecen los Centros de Metadona y los Grupos Focales. La primera parte de esta guía presenta información fundamental para el conocimiento de los términos asociados al mejoramiento de los servicios. La segunda explica el formato a seguir para desarrollar el plan de mejoramiento a la luz de los hallazgos obtenidos del IPR, la encuesta y los grupos focales.

Parte I. Modelo de Mejoramiento

El propósito de esta parte es introducir el concepto mejoramiento de la ejecutoria y desarrollar estrategias prácticas para alcanzar la meta de mejoramiento de la calidad de los servicios. La rendición de cuentas (“accountability”) de la ejecutoria ha comenzado a ser crítico para el cuidado de salud. De esta manera es necesario para una agencia contar con herramientas que midan a la ejecutoria y que demuestre el resultado de los servicios. Para llevar un proceso de mejoramiento se necesitan conocer tres conceptos de la infraestructura del mejoramiento de la calidad de los servicios que se definen a continuación:

Medida de ejecutoria: son diseñadas para medir el sistema de cuidado y son derivadas de guías clínica o prácticas. Los datos son definidos en medidas específicas que proveen a la agencia una métrica para medir la calidad del cuidado.

¹ Section 96.136 - Independent Peer Review. Context: Title 45 - Public Welfare. SUBTITLE A - DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. SUBCHAPTER A - GENERAL ADMINISTRATION. PART 96 - BLOCK GRANTS. Subpart L - Substance Abuse Prevention and Treatment Block Grant.)

Plan de Mejoramiento

Medición de la ejecutoria: es un proceso en el cual la agencia monitorea aspectos importantes del programa, sistema o procesos. En este contexto, la medición incluye procesos operacionales utilizados para recopilar los datos necesarios para medir la ejecutoria.

Manejo de la ejecutoria: es un proceso prospectivo utilizado para establecer las metas y verificar el progreso hacia el logro de esas metas. En la práctica, una agencia establece las metas, observa los datos actuales para conocer sus medidas de ejecutoria y actúa en los resultados para el mejoramiento de sus metas.

Medición de la ejecutoria

En el proceso de medición de la ejecutoria, los datos se recopilan para conocer cómo se trabajan los servicios, que información provee y que información utiliza la agencia para llevar a cabo las decisiones en un tiempo determinado. La medición se establece en áreas medulares como las finanzas, operaciones y servicios clínicos.

Por ejemplo:

Finanzas: la agencia mide la eficiencia de las cuentas por cobrar, como recobrar los pagos de los servicios ofrecidos.

Operaciones: la agencia da seguimiento al tiempo que toma a un paciente recibir una cita o medir la satisfacción del paciente con el cuidado recibido.

Cuidado clínico: la agencia mide cuan frecuentemente se ofrece el servicio de acuerdo con las guías de prácticas basadas en la evidencia o cuan efectivo es el cuidado provisto a los resultados del paciente.

Razones por las que se necesita medir la ejecutoria

La medición de ejecutoria provee un proceso confiable de determinar si el sistema de una organización se encuentra trabajando bien. Es importante mencionar que en la economía actual existe una demanda por la transparencia por tanto ha aumentado el escrutinio de las prácticas de una organización. Algunas razones por las que una agencia selecciona sus medidas de ejecutoria son:

- Distinguir entre lo que aparenta ocurrir de lo que realmente ocurre.
- Establecer un “baseline” o medida antes de mejorar.

Plan de Mejoramiento

- Tomar decisiones basadas en la evidencia concreta.
- Monitorear de los cambios de los procesos para asegurar el mejoramiento en un tiempo sostenido.
- Reconocer el mejoramiento de la ejecutoria.
- Demostrar a las organizaciones gubernamentales y las acreditadoras que la agencia utiliza la fuente de ingreso efectivamente y eficientemente.
- Los líderes de las agencias utilizan las medidas de ejecutoria para monitorear y mejorar la administración, el cuidado clínico y los servicios de apoyo.
- Como documentación de su ejecutoria para obtener fondos.

Tipos de Medidas de Ejecutoria

Es útil categorizar las medidas de ejecutoria para entender mejor que sistemas o procesos se miden. Una agencia puede combinar diferentes tipos de medidas para proveer un panorama completo del sistema. Existen cuatro tipos de medidas de ejecutoria.

Medida de proceso: cuantifican los servicios de cuidado de salud provistos al paciente o para el paciente. Es basado en evidencia científica de la eficiencia o efectividad. Cuantifica una prueba realizada o un servicio ofrecido.

Medida de resultado: cuantifica el estado de salud del paciente como resultado de su cuidado de salud. En el área clínica se miden los resultados del paciente comparados a un estándar, como un valor.

Medidas de balance: asegura que los cambios para mejorar una parte del sistema para que no causen nuevos problemas en otras partes del sistema. Estas examinan otras partes del sistema para asegurar que el mejoramiento en un área no tenga consecuencias en otra área.

Medida de la estructura de cuidado: cuantifica una característica de una organización de cuidado de salud (o clínico) importante a la capacidad de proveer el cuidado.

- *Medidas de calidad:* asegura que la matriz de calidad de cuidado Donabedian es una herramienta útil de la estructura para evaluar la calidad del servicio y mejorarlo. Se puede evaluar la estructura de la agencia como por ejemplo el personal clínico, disponibilidad de los servicios. Además se puede evaluar el proceso del cuidado que se enfoca en los componentes técnicos e interpersonales del cuidado. Mientras que

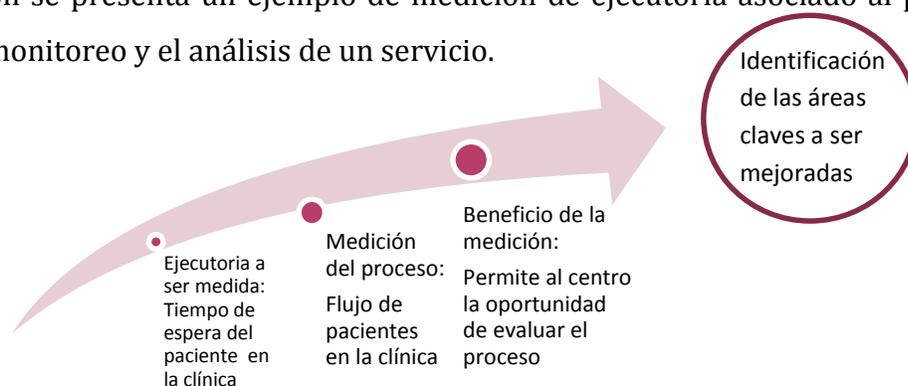
Plan de Mejoramiento

los resultados del cuidado se refleja en los resultados del tratamiento como por ejemplo el cambio en el funcionamiento del cliente, la satisfacción y la costo-efectividad. Cada componente se puede medir. (CMHS: Center for Mental Health Services, 2002)

Proceso de Medición de Ejecutoria

La medición de la ejecutoria es el proceso para establecer metas y verificar continuamente el logro de las mismas. Incluye las actividades que aseguran que las metas organizacionales se cumplan consistentemente. La medición de la ejecución se puede aplicar para conocer la ejecutoria del personal, la ejecutoria del cuidado de salud y los resultados de las medidas de la ejecutoria.

A continuación se presenta un ejemplo de medición de ejecutoria asociado al proceso de medición, el monitoreo y el análisis de un servicio.



Modelo para desarrollar un Plan de Mejoramiento

El modelo del Ciclo de Deming conocido como PDSA (por sus siglas en inglés) es útil para adquirir conocimiento en el mejoramiento de los procesos o productos de un servicio. El modelo PDSA consiste de cuatro pasos sistemáticos: planificar, hacer, estudiar y actuar.

El ciclo comienza con la etapa de planificación (Plan) en la que se identifica una meta o propósito, se formula una teoría, se define la métrica y se pone en acción el plan. La segunda etapa es hacer (Do), en la que se implementa el componente que fue planificado. Estas actividades se siguen por la etapa de verificación (Study), donde los resultados son monitoreados para probar la validez del plan con respecto a características de éxito, progreso, problemas o áreas a mejorar. La etapa de actuar (Act) cierra el ciclo, integrando el aprendizaje adquirido durante el proceso, que puede ser utilizado para ajustar la meta,

Plan de Mejoramiento

cambiar la metodología o reformular la teoría. Estas cuatro etapas se repiten una y otra vez de manera cíclica con el propósito de mejorar continuamente.

PLAN, DO, STUDY, ACT (PDSA) CYCLE ²



Proceso del Plan de mejoramiento

El proceso del mejoramiento es un conjunto de acciones planeadas, organizadas, integradas y sistematizadas que implementa una organización para producir cambios en los resultados de su gestión, mediante el mejoramiento de sus procedimientos y estándares de servicios. Para garantizar que estas acciones sean efectivas deben tener los siguientes atributos:

- Debe haber consenso entre los interesados: Las acciones a ejecutar deben ser debatidas y en acuerdo entre todos los involucrados.
- Coherentes: Las acciones a ejecutar deben ser coherentes con las mejoras identificadas en el proceso de evaluación y los objetivos que se pretenden lograr.
- Realistas: Las acciones deben ser viables para poder realizarlas.
- Flexibles: Las acciones deben ser susceptibles de ser modificadas por imprevistos internos y del entorno, sin que se pierda el objetivo original.
- El Plan de Mejoramiento debe ser difundido y comunicado a todos los integrantes de la organización por el Equipo de Mejoramiento para su conocimiento, apoyo y compromiso colectivo en obtener resultados.

² Deming Wheel, or Deming Cycle, the concept and application was first introduced to Dr. Deming by his mentor, Walter Shewhart of the famous Bell Laboratories in New York. <https://www.deming.org/theman/theories/pdsacycle>

Plan de Mejoramiento

El Plan de Mejoramiento se compone de las siguientes fases:

Fase 1

1. Instituir el Equipo de Mejoramiento
2. Elaborar el Plan
3. Identificar y seleccionar las áreas a mejorar: Para ayudar en este proceso, es recomendable hacer las siguientes preguntas: 1. ¿Cuál es el problema? 2. ¿Por qué se está produciendo? 3. ¿Quién o qué lo está causando?
4. Detectar las principales causas (raíz) de cada problema o área a mejorar identificada: Una vez identificado el problema o área, es necesario conocer las posibles causas que lo originan y seleccionar las alternativas más apropiadas para su solución. Existen diversas herramientas y técnicas de análisis que se pueden aplicar, entre las que citamos las más comunes:
 - Análisis FODA
 - Diagrama causa – Efecto Espina de Pescado
 - El árbol del problema o Diagrama del Árbol
 - El Diagrama de Flujo
 - La Lluvia o Tormenta de ideas
5. Formular el objetivo

Fase 2

Desarrollo del Plan de Mejoramiento: Existen varias herramientas que han mostrado ser efectivas en la etapa de desarrollo del Plan, a los fines de solucionar los problemas o áreas de mejora, una vez identificadas las causas. Una de ellas es el análisis y rediseño de procesos que se aplica mediante la medición del funcionamiento de los procesos, a través del establecimiento de objetivos o estándares (indicadores de procesos). La organización debe centrar su atención en mejorar los procesos críticos, es decir, que inciden directamente en el logro de su misión, visión y objetivos estratégicos, y que por tanto, afecten la prestación de sus servicios.

Fase 3

1. Seguimiento del Plan de Mejoramiento:
 - Seguimiento Externo
 - Seguimiento Interno
2. *Aplicación del Ciclo PDSA en la Solución de Problemas o Áreas a Mejorar:* Según presentado previamente el ciclo PDSA comprende las fases de la gestión orientada a resultados o al mejoramiento continuo, en la cual P corresponde a la fase de Planificación, D a la fase de Implementación o desarrollo, S a la fase de control y verificación para los ajustes necesarios y A, a la fase de ajustes y correcciones.

Plan de Mejoramiento

De modo, que en la solución de los problemas podemos definirlo de la siguiente manera:

P = Identificar el problema, identificar las posibles causas y elaborar el plan de acción

D = Implementación del plan, realización de las acciones

S = Verificación de los avances del plan de acción, confirmar si el problema se solucionó (Si ya se solucionó, se vuelve a la observación o estandarización)

A = Cierre del problema o solución del área de mejora, aprendizaje, aplicación de metodología a otros problemas

Fase 4

Elaboración del Informe de Implantación del Plan

Basado en los informes generados por cada responsable, el Coordinador del Equipo de Mejoramiento elaborará un informe global del proceso realizado, en base al siguiente contenido: Introducción, Integrantes del Equipo con las responsabilidades que le fueron asignadas, las fases del proceso realizado y la duración del mismo, los recursos económicos utilizados, los indicadores que fueron alcanzados, una breve explicación de los inconvenientes durante el proceso y las enmiendas que fueran necesarias.

Parte II. Formato sugerido para desarrollar el Plan de Mejoramiento

El mejoramiento de la calidad es un proceso que conecta el conocimiento, las estructuras, los procesos y resultados para aumentar la calidad a través de una organización.³ A la luz de la discusión de los informes de resultados del “Independent Peer Review 2015”, los resultados de la Encuesta de Satisfacción con los Participantes de los Centros de Tratamiento y los Grupos Focales 2015 con los Coordinadores de los servicios de tratamiento de la Administración Auxiliar de Tratamiento, se recomienda desarrollar planes de acción correctivos para cumplir con los requerimientos del Bloque de Sustancias, según establece la SAMHSA.

Se recomienda desarrollar el Plan de Mejoramiento utilizando el siguiente procedimiento:

1. Seleccione en consenso las áreas del IPR, dominios de la Encuesta de Percepción y/o hallazgos de los Grupos focales que planifica mejorar:

³ Performance Management Glossary, Public Health Improvement Partnership, 2007

Plan de Mejoramiento

- a. Puede seleccionar aquellos criterios de las áreas del IPR (Ej. Área de Expedientes: Plan de Alta y seguimiento con un nivel de cumplimiento bajo promedio= 3 expedientes o menos, 50% o menos).
 - b. Puede seleccionar aquellos dominios de la Encuesta de Percepción (Ej. Dominios con un nivel de satisfacción de 90% o menor). Otra alternativa es seleccionar aquellas premisas del MHISP con niveles de satisfacción del 90% o menor).
 - c. Seleccionar aquellas razones de abandono de los participantes que surgieron del estudio de Grupos Focales.
 - d. Puede seleccionar otras áreas de interés que el equipo elija mejorar.
2. Una vez que llegue a consenso, cada Gerente/Director del Centro de Metadona en acuerdo con el Coordinador de los Centros de Metadona debe discutir las áreas a mejorar entre:
 - a. los criterios de las áreas del IPR
 - b. el nivel de satisfacción de la Encuesta de Percepción (MHSIP)
 - c. las razones de abandono de los participantes de los grupos focales
 - d. otras áreas a mejorar según la experiencia
 3. Para facilitar la redacción del plan de mejoramiento se incluyen dos modelos de tablas en el Anejo.
 - a. La primera tabla es para desarrollar el **Plan de Mejoramiento** de cada Centro de Metadona. (Ver anejo A)
 - b. La segunda tabla es para redactar **Plan de monitoreo** de las áreas a mejorar en los Centros de Metadona, según redactado en el Plan de Mejoramiento. (Ver anejo B)

Instrucciones recomendadas para desarrollar el Plan de Mejoramiento

Tabla A: Plan de mejoramiento completar la siguiente información

1. *Nombre del Centro de Tratamiento* al que se le realizará la acción de mejoramiento con la meta de cumplir con el/los requerimientos del Bloque mejoramiento.
2. *Fecha en que se redactó el plan*

Plan de Mejoramiento

3. *Requerimiento a mejorar:* Área seleccionada a partir de los resultados del IPR, Encuesta de Satisfacción y/o los grupos focales. Haga referencia aquellos requerimientos con bajo nivel a los que darán prioridad.
 - a. *Ejemplos de indicadores de requerimientos* con bajo nivel de cumplimiento: participantes en lista de espera, adiestramiento a los empleados con los requerimientos del Bloque de Sustancias, actualización de protocolos, estandarización de los instrumentos.
4. *Personas responsables del Centro que desarrollaran el plan de mejoramiento y pondrán en acción.* También puede incluir aquellas personas que solicitará asesoría
5. *Acciones* a tomar para mejorar los servicios o procesos
6. *Actividades/ tareas que se llevaran a cabo para lograr el mejoramiento(Estrategias de mejoramiento)*
7. *Fecha en que se implementará el plan de mejoramiento*
8. *Fecha de finalización* del cumplimiento con el plan de mejoramiento
9. *Fechas del monitoreo continuo en las que dará el seguimiento de las actividades y estrategias planteadas (puede ser trimestral)*
10. *Resultado* esperado

Haga referencia al Anejo A de esta guía

Tabla B: Plan de monitoreo del mejoramiento

Las columnas de la tabla B debe llenarse de la siguiente manera

1. Nombre del Centro de Tratamiento
2. Nombre del personal responsable de coordinar el monitoreo
3. Fecha de comienzo del Plan de Monitoreo
4. Periodo en que se hará el monitoreo (Ej; cada 3 meses, marzo-mayo y así sucesivamente en cada columna)
5. Fecha del IPR
6. Resultados obtenidos
7. Metodología utilizada
8. Resultados obtenidos en el monitoreo: fecha y resultado obtenido

La Metodología del Monitoreo puede ser pero no se limita a la siguiente:

Plan de Mejoramiento

- Evidencia de los recordatorios (trimestralmente) para asegurarse del cumplimiento de las actividades
- Monitoreo continuo a través de reuniones, visitas al centro, correos electrónicos, llamadas telefónicas, entrevistas. Anotar fechas y resultados obtenidos.

Hacer referencia al Anejo B de esta guía

Una vez desarrollado el Plan de Mejoramiento y el Plan de Monitoreo, el Director y el Coordinador deben reunirse con la Oficina de Planificación para su revisión y recomendaciones. Durante esta reunión se discutirá la calendarización del periodo de monitoreo de las áreas de mejoramiento.

Instrucciones generales: Para completar la información de cada tabla **puede añadir cuantas líneas sean necesarias**. El documento debe ser entregado en formato electrónico: Documento en Word en **letra Time New Roman tamaño 12. Se necesita que el documento pueda editarse en Word. No se aceptará en formato de PDF.**

El Plan de Mejoramiento (Tabla A) y el Plan de Monitoreo (Tabla B) deben ser completados en antes de la fecha establecida previamente y en mutuo acuerdo. Ambos planes deben ser enviados por correo electrónico en formato electrónico de Word a la Unidad de Evaluación Oficina de Planificación para revisarlo y brindar recomendaciones a:

Leida M. Soltero Venegas, Ph.Dc

Evaluadora

787-763-7575, ext. 1217, 1212

lsoltero@assmca.pr.gov

Personal de la Oficina de Planificación revisará los planes y coordinará una reunión entre el Director del Centro, el Coordinador de los Centros de Metadona para discutir los mismo.

Plan de Mejoramiento

Anejo A: Plan de mejoramiento

Plan de Mejoramiento

EJEMPLO:

Tabla A: Plan de Mejoramiento

Nombre del Centro de Tratamiento: _____

Fecha: _____

Meta a cumplir (problema o área a mejorar) _____

Indicador: Requerimiento a mejorar	Persona(s) Responsable(s)/ Oficina/Centro	Acción(es) a tomar	Actividades/ tareas para el mejoramiento(Estrategias de mejoramiento)	Fecha de implementación	Fecha de finalización del cumplimiento	Fecha de seguimiento de las actividades	Resultados esperados
IPR: Evaluación post admisión: Estandarización de instrumentos como parte del proceso de las evaluaciones comprensivas para el diagnóstico de la condición de los participantes (DSM-5).	1. Administradora Auxiliar de Tratamiento 2. Coordinador de Centros de Metadona 3. Director del Centro de Metadona 4. Equipo multidisciplinario de clínicos 5. Psiquiatra del estado En coordinación con la Oficina de Planificación y la Oficina de Calidad	Crear un comité evaluador los instrumentos Diseñar instrumentos estandarizados Aprobación de los instrumentos por profesionales clínicos y la Oficina de Calidad Implementación de los instrumentos diseñados	1. Reuniones con el personal clínico 2. Establecer uniformidad en el proceso	_ febrero 2015	_ abril 2015	Trimestral- mediante informe de progreso	Evidencia los instrumentos diseñados Evidencia de las evaluaciones y aprobación de los instrumentos Evidencia en el expediente de la implementación de los instrumentos. Cumplimiento en el 100% de los Centros de Metadona

Plan de Mejoramiento

Tabla B: Plan de monitoreo del Mejoramiento:

Plan de Mejoramiento

EJEMPLO

Tabla B. Plan de monitoreo del Mejoramiento:

Nombre del Centro de Tratamiento: _____

Nombre del personal responsable: _____

Fecha de entrega del Plan de Monitoreo: _____

Metodología del Monitoreo

- Realizar recordatorios (trimestralmente) para asegurarse del cumplimiento de las actividades
- Monitoreo continuo a través de reuniones, visitas al centro, correos electrónicos, llamadas telefónicas, entrevistas

Plan de Monitoreo

Periodo	Tres meses	6 meses	9 meses	12 meses
Fecha				
Resultado esperado	Instrumentos diseñados por los clínicos aprobados por los clínicos	Implementación de los instrumentos en el expediente	Implementación de los instrumentos en el expediente	Implementación de los instrumentos en el expediente
Metodología utilizada	Evidencia del instrumento reuniones-correo electrónico	Evidencia de la implementación del instrumento en el expediente del paciente. Mediante muestra.	Evidencia en el expediente de la implementación de los instrumentos estandarizados en el 70% de los pacientes admitidos en el periodo de 3 meses	Sistema de evaluación de los resultados la implementación de los instrumentos estandarizados en el 100% de los pacientes admitidos en 6 meses con la información requerida.

Plan de Mejoramiento

Periodo	Tres meses	6 meses	9 meses	12 meses
Fecha				
			meses con la información requerida	
Resultados obtenidos y fecha: ____	Entrega de los instrumentos a la Oficina de Planificación con el narrativo explicativo	Reuniones o visitas	Reuniones o visitas	Presentación de los resultados finales

Plan de Mejoramiento

Anejo C: Title 45 - Public Welfare. SUBTITLE A - DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES.

SUBCHAPTER A - GENERAL ADMINISTRATION. PART 96 - BLOCK GRANTS. Subpart L - Substance Abuse Prevention and Treatment Block Grant.

Volume: 1 Date: 2004-10-01 Original Date: 2004-10-01 Title: Section 96.136 - Independent peer review. Context: Title 45 - Public Welfare. SUBTITLE A - DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. SUBCHAPTER A - GENERAL ADMINISTRATION. PART 96 - BLOCK GRANTS. Subpart L - Substance Abuse Prevention and Treatment Block Grant.

§96.136 Independent peer review.

(a) The State shall for the fiscal year for which the grant is provided, provide for independent peer review to assess the quality, appropriateness, and efficacy of treatment services provided in the State to individuals under the program involved, and ensure that at least 5 percent of the entities providing services in the State under such program are reviewed. The programs reviewed shall be representative of the total population of such entities.

(b) The purpose of independent peer review is to review the quality and appropriateness of treatment services. The review will focus on treatment programs and the substance abuse service system rather than on the individual practitioners. The intent of the independent peer review process is to continuously improve the treatment services to alcohol and drug abusers within the State system. "Quality," for purposes of this section, is the provision of treatment services which, within the constraints of technology, resources, and patient/client circumstances, will meet accepted standards and practices which will improve patient/client health and safety status in the context of recovery. "Appropriateness," for purposes of this section, means the provision of treatment services consistent with the individual's identified clinical needs and level of functioning.

Plan de Mejoramiento

(c) The independent peer reviewers shall be individuals with expertise in the field of alcohol and drug abuse treatment. Because treatment services may be provided by multiple disciplines, States will make every effort to ensure that individual peer reviewers are representative of the various disciplines utilized by the program under review. Individual peer reviewers must also be knowledgeable about the modality being reviewed and its underlying theoretical approach to addictions treatment, and must be sensitive to the cultural and environmental issues that may influence the quality of the services provided.

(d) As part of the independent peer review, the reviewers shall review a representative sample of patient/client records to determine quality and appropriateness of treatment services, while adhering to all Federal and State confidentiality requirements, including 42 CFR part 2. The reviewers shall examine the following:

- (1) Admission criteria/intake process;
- (2) Assessments;
- (3) Treatment planning, including appropriate referral, e.g., prenatal care and tuberculosis and HIV services;
- (4) Documentation of implementation of treatment services;
- (5) Discharge and continuing care planning; and
- (6) Indications of treatment outcomes.

(e) The State shall ensure that the independent peer review will not involve practitioners/providers reviewing their own programs, or programs in which they have administrative oversight, and that there be a separation of peer review personnel from funding decision makers. In addition, the State shall ensure that independent peer review is not conducted as part of the licensing/certification process.

(f) The States shall develop procedures for the implementation of this section and such procedures shall be developed in consultation with the State Medical Director for Substance Abuse Services.

Plan de Mejoramiento

Referencias

- Bell, S. A., Carroll, K. M., Canning-Ball, M., & Rounsaville, B. J. (2006). Reasons for dropout from drug abuse treatment: symptoms, personality, and motivation. *Addict Behaviour*, 320-330.
- CMHS: Center for Mental Health Services. (2002). *Selecting process measures for quality improvement in mental healthcare*. The evaluation Center@HSRI.
- Creswell, J. W. (2009). *Research Design: Qualitative, Quantitative and Mixed Methods Approaches*. California: SAGE Publications Inc.
- Department Of Health and Human Services. (10 de enero de 2004). *Section 96.136 - Independent peer review.Context: Title 45 - Public Welfare. SUBTITLE A SUBCHAPTER A - GENERAL ADMINISTRATION. PART 96 - BLOCK GRANTS*. Obtenido de US Government Publishing Office: http://www.ecfr.gov/cgi-bin/text-idx?node=45:1.0.1.1.53.12&rgn=div6#se45.1.96_1136
- Mancino, M., Curran, G., Han, X. H., Allee, E., Humphreys, K., & Booth, B. (2010). Predictors of attrition from a national sample of methadone maintenance services. *American Journal of Drug, Alcohol Abuse*, 155-160. doi:10.3109/009*52991003736389
- Palmer, R., Murphy, M., Pisselli, A., & Ball, S. (2009). Substance Abuse treatment drop-out from client and clinician perspective. *Substance Use Misuse*, 1021-1038. doi:10.1080/10826080802495237
- U.S. Department of Health and Human Services Health Resources and Services Administration. (2011). *Performance management and measurement*. HRSA.
- US Department of Health and Human Services. (2014). *Block Grant Application 2014-2015*. Substance Abuse and Mental Health Administration.
- World Health Organization. (s.f.). *Management of substance abuse-Process of translation and adaptation of instruments*. Recuperado el 17 de marzo de 2015, de WHO: http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/tranlation/en