



© Ministerio de Educación y Ciencia



MANUAL DE BUENA PRÁCTICA PARA LA ATENCIÓN A DROGODEPENDIENTES EN LOS CENTROS DE EMERGENCIA

Angel L. Maroto Sáez
(Coord.)



Consejo General
Diplomados en Trabajo Social
y Asistentes Sociales



MINISTERIO
DE SANIDAD
Y CONSUMO

SECRETARÍA GENERAL
DE SANIDAD

DELEGACIÓN DEL
GOBIERNO PARA
EL PLAN NACIONAL
SOBRE DROGAS

Investigación y publicación realizadas con
la financiación de la Delegación del
Gobierno para el Plan Nacional sobre
Drogas

MANUAL DE BUENA PRÁCTICA PARA LA ATENCIÓN A DROGODEPENDIENTES EN LOS CENTROS DE EMERGENCIA



3



©Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.



Organismo Impulsor:

Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de España.

Investigación y publicación financiadas por:

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas

Director de la Investigación:

Angel Luis Maroto Sáez. Diplomado en Trabajo Social.

Equipo de Trabajo:

José Luis Fernández Rodríguez. Educador Social.
David Zaragoza Fernández. Licenciado en Biología.
Carlos Felipe Martíncano Gómez. Licenciado en Psicología.
Oscar García López. Diplomado en Trabajo Social.

4**Apoyo Técnico:**

Maricruz Vergillos Ramos

Edita:

Consejo General de Colegios Oficiales
de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de España.
C/ Reina Victoria nº 37, 2 Centro
C.P. 28003. MADRID
www.cgtrabajosocial.es

Fecha de la Presente Edición:

Febrero 2005

© Ángel Luis Maroto Sáez (coord.), José Luis Fernández, David Zaragoza Fernández, Carlos Felipe Martíncano, Oscar García López.

© De esta edición:

Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de España.
Avda. Reina Victoria nº 37, 2º C
28003 MADRID



© Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.



“Les señala que había otros caminos y el que tomaron no era el único y no era el mejor, o que quizá había otros caminos y el que tomaron era el mejor, pero que quizá había otros caminos dulces de caminar y que no los tomaron o los tomaron a medias...”

CORTAZAR, J. “Rayuela”.

5



© Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.



ÍNDICE DE CONTENIDOS

PRESENTACIÓN,	
Ilma. Sra. Dña. Ana M^a Aguilar Manjón	13
Presidenta Consejo General	
<hr/>	
INTRODUCCIÓN	15
<hr/>	
CAPÍTULO 1: LA GESTIÓN DE CALIDAD EN EL ÁMBITO DE LAS DROGODEPENDENCIAS	21
<hr/>	
1.1.- Evolución del concepto de calidad unido a los sistemas de producción.	23
1.2.- Diferentes acepciones del término Calidad.	24
1.3.- Qué entendemos por Calidad en este Manual.	27
1.4.- La trayectoria histórica de la Gestión de Calidad.	30
1.5.- Iniciativas actuales en materia de implantación de Sistemas de Gestión de Calidad en las Administraciones Públicas españolas.	31
1.6.- Experiencias en Gestión de Calidad en el ámbito de las ONG.	32
1.7.- La Gestión de Calidad en Drogodependencias.	33
CAPITULO 2: UN MANUAL DE BUENA PRÁCTICA PARA LA ATENCIÓN A DROGODEPENDIENTES EN CENTROS DE EMERGENCIA	37
<hr/>	
2.1.- Los Estándares de Calidad y la Buena Práctica.	39
2.1.1.- Modelos de Calidad.	39
2.1.2.- El Por qué de un Manual de Buena Práctica para la atención a Drogodependientes en Centros de Emergencia.	43
2.1.3.- La definición de buenas prácticas para la elaboración de este Manual.	48

7



© Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.



CAPÍTULO 3: CONTENIDO, METODOLOGÍA Y USO DEL MANUAL 49

3.1.- HIPÓTESIS	51
3.2.- OBJETIVOS	51
3.3.- METODOLOGÍA	52
3.4.- DISEÑO DEL ESTUDIO	52
3.5.- PLAN DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO	54
3.6.- PLAN DE TRABAJO	54
3.7.- RESULTADOS PREVISTOS Y APLICABILIDAD DE LOS MISMOS	55
3.8.- USO DEL MANUAL DE BUENA PRÁCTICA PARA CENTROS DE EMERGENCIA	55

8



CAPÍTULO 4: CONCEPTOS Y PRINCIPIOS BÁSICOS EN LOS PROGRAMAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS 57

4.1.- Reducción de Daños. Conceptualización.	59
4.2.- Premisas del modelo de Reducción de Daños.	60
4.3.- Tipología de Programas de Reducción de Daños.	63
4.3.1.- <i>Programas de consumo de menos riesgo.</i>	63
4.3.2.- <i>Programas con sustitutivos opiáceos como los Programas de Mantenimiento con Metadona (PMM) de bajo y alto umbral, fijos y móviles o los Programas de dispensación controlada de heroína.</i>	63
4.3.3.- <i>Programas de promoción de sexo más seguro como los "Talleres de Sexo Más Seguro" (TSMS).</i>	63
4.4.- La eficacia de los Programas de Reducción de Daño.	68



© Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.

4.5.- De los Centros de Emergencia y de las Salas de Consumo Higiénico o Salas de Venopunción.	69	
4.5.1.- De los Centros de Emergencia.	69	
4.5.2.- De las Salas de Venopunción o Salas de Consumo Higiénico.	72	
CAPÍTULO 5: BUENAS PRÁCTICAS LIGADAS AL PROCESO DE INTERVENCIÓN EN LOS CENTROS DE EMERGENCIA.	75	
<hr/>		
5.1.- Definición del Centro de Emergencia.	77	
5.2.- Población Destinataria.	79	
5.2.1.- Criterios de Inclusión.	79	
5.2.2.- Criterios de Exclusión.	80	
5.3.- Reglamento de Régimen Interno.	80	
5.4.- Método Operativo.	83	
5.4.1 Circuito de Llegada. Acogida:	83	
5.4.2 Intercambio de jeringuillas, papel de aluminio, preservativos, compresores y entrega de compresas.	88	
5.4.3 Alimentación Básica.	89	
5.4.4 Higiene Personal.	89	
5.4.5 Venopunción.	91	
5.4.6 Estancia y Descanso Nocturno.	92	
5.5.- DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCESO ASISTENCIAL GENERAL.	93	
5.6.- COORDINACIONES.	94	
5.6.1.- Nivel interno.	94	
5.6.2.- Nivel externo	95	

9



©Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.

5.7.- Buenas Prácticas Ligadas al Proceso de Intervención en Centros de Emergencia.	96
---	----

CAPÍTULO 6: PROGRAMAS QUE SE LLEVAN A CABO EN LOS CENTROS DE EMERGENCIA 101

A. PROGRAMA DE ATENCIÓN SANITARIA ORIENTADO A LA REDUCCIÓN DE DAÑOS Y RIESGOS ASOCIADOS AL CONSUMO DE DROGAS	103
B. PROGRAMA DE ATENCIÓN BÁSICA A USUARIOS DROGODEPENDIENTES	105
C. PROGRAMA SOCIOEDUCATIVO.	106
D. PROGRAMA DE ATENCIÓN SOCIAL	107
E. PROGRAMA DE ATENCIÓN JURÍDICA	107
F. PROGRAMA DE SUPERVISIÓN Y ASISTENCIA PSICOLÓGICA AL PROFESIONAL	108

CAPÍTULO 7: GESTIÓN DE LA CALIDAD EN LOS CENTROS DE EMERGENCIA 109

7.1.- La prestación de servicios por las ONG en el marco del nuevo Estado relacional.	111
7.2.- Implementación de un Sistema de Gestión de la Calidad en los Centros de Emergencia.	115
7.3.- Normativa de Referencia.	117
7.4.- Características de los Servicios que se prestan desde los Centros de Emergencia.	118
7.5.- Alcance del Sistema de Gestión de Calidad.	119
7.5.1.- SISTEMA DE CALIDAD EN ATENCIÓN DEL CLIENTE/USUARIO.	120
7.5.1.1. Consideraciones previas	121
7.5.1.2. Identificación de los clientes. Estrategias de calidad en la atención.	122

10



© Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.



7.5.2.- SISTEMA DE GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS	130
7.5.2.1 Identificación de los Recursos Humanos que Concurren en el Centro de Emergencia.	131
7.5.2.2 Alcance y Objetivos del SGRH.	134
7.5.2.3 Descripción Detallada de Algunos de los Aspectos a Considerar Dentro del Alcance del SGRH.	136
7.5.2.4 Agentes Implicados en los Procedimientos a Desarrollar.	142
7.5.2.5 Base Documental y de Registros de los Procesos.	143
7.5.3.- SISTEMA DE CALIDAD DE GESTIÓN AMBIENTAL (SGMA)	144
7.5.3.1 Compromisos de Centro Trama Hacia la Gestión Medioambiental del Centro de Emergencia:	145
7.5.3.2 Identificación de Aspectos e Impactos. Alcance del SGMA.	146
7.5.3.3 Legislación de Referencia:	147
7.5.3.4 No Conformidades y Situaciones de Emergencia	148
7.5.3.5 Soporte Documental del SGMA.	149
7.5.3.6 Responsabilidades y Autoridades del SGMA.	149
7.5.4.- GESTIÓN DE LA CALIDAD EN LOS PROVEEDORES	150
7.5.4.1 Alcance del Sistema de Gestión de Calidad de Proveedores.	150
7.5.4.2 Identificación de los Proveedores	151
7.5.4.3 Criticidad del Producto.	152
7.5.4.4 La Elaboración de Planes de Ahorro.	153
7.6.- IMPLANTACIÓN DEL SISTEMA DE CALIDAD	154
7.6.1.- CRITERIOS DE IMPLANTACIÓN APLICABLES AL SISTEMA	155
7.6.2.- FASES Y CALENDARIAZIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DEL PLAN	156



© Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.

ANEXOS	159
<hr/>	
ANEXO I: HERRAMIENTAS PARA LA CALIDAD	161
ANEXO II: LOS CÍRCULOS DE CALIDAD	167
ANEXO III: ENLACES DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN SOBRE CALIDAD	169
ANEXO IV: CUESTIONARIO	171
ANEXO V: CENTROS Y ENTIDADES COLABORADORAS	185
BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA	191
<hr/>	

12



© Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.



Presentación

El Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales presenta este Manual de Buena Práctica para la Atención a Drogodependientes en Centros de Emergencia que ahora tenéis en vuestras manos, que no hubiera sido posible sin haber mediado largas horas, frías noches, narración de mil historias, heridas aún por cicatrizar, la asombrosa resiliencia que siempre genera "resistencias", los anhelos y esperanzas compartidos..., la búsqueda sin fin del desaliento.

Este Manual es novedoso respecto a la temática y contenido que plantea debido a que vendría a cubrir un vacío existente en la sistematización de prácticas de intervención en la atención a drogodependientes activos en el primer nivel de asistencia, en un intento de facilitar, que los servicios respondan, en mayor grado, a las necesidades que motivaron su creación redundando en una mayor eficacia y eficiencia de los programas y recursos, así como la adecuación de los mismo a las necesidades de los usuarios-clientes de dichos servicios.

Por tanto su finalidad sería la de facilitar procedimientos y practicas adecuadas con el consecuente ahorro de esfuerzos y optimización de tiempos y recursos.

Así mismo queremos dar las gracias a todos los Trabajadores Sociales, que como pilar fundamental de la atención a los ciudadanos han contribuido a avanzar en el desarrollo de una mejora de las condiciones de vida de aquellas personas que se han visto afectadas por el consumo de drogas.

Vaya nuestro agradecimiento a todos aquellos y aquellas –usuarios y usuarias de drogas- con los que hemos compartido jornadas de trabajo, reflexiones sobre la intervención en los Centros de Emergencia y que nos han hecho llegar sus quejas y reclamaciones para hacer, de estos Centros, recursos ajustados a sus necesidades y demandas. Lugares en los que tome cuerpo el pronombre "nosotros".

Además queremos agradecer a la Asociación Centro Trama, en la figura de su Presidente, la colaboración prestada para la elaboración del presente Manual y por la dedicación de su capital humano al mejoramiento del mismo.

Por supuesto mención especial a la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas que ha financiado la investigación y la edición de este Manual, ayuda sin la cual no hubiera sido posible materializar nuestro trabajo.

Y por último añadir unas breves líneas de recordatorio hacia el personal del Consejo General por su inestimable apoyo en este trabajo.



Ana Mª Aguilar Manjón
Presidenta
Consejo General
CODTS y AASS

13



© Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.



INTRODUCCIÓN

El uso de sustancias psicoactivas es un fenómeno que ha ocurrido en todas las culturas a lo largo de la historia. Así, durante mucho tiempo, en la mayoría de las sociedades el uso de drogas tenía asignadas funciones muy explícitas que cumplir, generalmente consensuadas y conocidas por la mayoría, y unas pautas de consumo delimitadas y seguidas en la mayor parte de los casos. Ya fuera por la caza, en ceremonias religiosas, como elemento terapéutico, o como ritual festivo, los códigos de uso de diversas sustancias eran estrictos y estaban incluidos en el espacio normativo.

Es a partir del siglo XIX, cuando comienza a ser relevante el uso de drogas fuera del marco delimitado socialmente y cuando se incrementan los problemas generados por dicho uso (Comas, 1985). Se pueden tomar como referentes dos casos paradigmáticos: la expansión del opio en el continente asiático gracias a los esfuerzos de los colonizadores ingleses -"Guerra del Opio"- (Escohotado, 1990) y el agravamiento de los problemas originados por el consumo de alcohol en Occidente con la extensión de la revolución industrial y el desarrollo urbano. (Es en este siglo, con el descubrimiento de la jeringuilla hipodérmica, como se hizo posible la administración directa al torrente sanguíneo de las nuevas sustancias producidas en los laboratorios).

En el caso de España, es interesante resaltar que nuestra incorporación a las "pautas modernas" de consumo de drogas es más tardía que la del resto de los países occidentales. Es cierto que a finales del siglo XIX el consumo de alcohol y tabaco comienza a extenderse a la par que se produce el proceso de industrialización en nuestro país. Pero es más adecuado afirmar que su generalización coincide con la etapa de desarrollo económico de los años 50 y la década de los 60, convirtiéndose el tabaco y el alcohol en el eje fundamental del consumo de drogas.

Comienzan a incorporarse nuevas poblaciones (mujeres, adolescentes) y nuevos usos, se incrementan espectacularmente las cantidades, nuevas funciones y expectativas en su consumo. Todo ello nos introduce, en el "modelo consumista" de uso de drogas dominante ya en el resto de países occidentales. Pero, no será hasta la década de los 70 cuando se incorporen a nuestro catálogo de uso, los consumos de hachís (el cannabis hasta entonces sólo consumido en forma de grifa), heroína y otras sustancias no institucionalizadas o ilegales.

Este hecho va a provocar que, a partir del año 1977, se comiencen a habilitar respuestas asistenciales y rehabilitadoras que parten tanto desde la iniciativa privada como social.

15



© Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.



En la década de los 80 el problema alcanza sus cotas más elevadas viéndose reflejado en el endurecimiento legal cuyos efectos prácticos se hacen tangibles mediante la promulgación de diferentes textos legislativos y modificaciones del Código Penal tendentes a la restricción de los consumos.

No sería hasta el año 1985, con la creación del Plan Nacional sobre Drogas y los Planes Regionales y Municipales, como se vería articulada la respuesta pública al problema de las drogodependencias.

Desde principios de los años 70 hasta finales de los 80, el enfoque de intervención estuvo orientado a la abstinencia con los denominados Programas Libres de Drogas (PLDs). Estos programas vendrían definidos por una serie de elementos que señalamos a continuación:

16



- El fenómeno de las drogodependencias se explica como multicausal. Lo que provoca un modelo de atención bio-psico-social organizado en torno a tres núcleos:
 - La **sustancia** como elemento material.
 - Los **procesos individuales** del sujeto que toma posición ante la sustancia.
 - La **organización social y política y la estructura** que la soporta como marco en el que se produce la relación.
- El tratamiento se concibe como un proceso -cadena o circuito terapéutico- que se articula con diferentes niveles de atención y modalidades asistenciales y cuya finalidad es conseguir la total abstinencia por parte de los usuarios de dichos tratamientos.

Tras la experiencia acumulada en los más de quince años en los que se lleva trabajando los PLDs, se han constatado evidentes limitaciones del modelo que señalamos a continuación:

- 1.- **Proporción considerable de drogodependientes que no conecta o acude de manera irregular a los recursos asistenciales de carácter general ni a los de tratamiento especializado de las drogodependencias.**

Esta desconexión se constata a tres niveles:

- 1.1.- Drogodependientes que como consecuencia de su deterioro y de su alto grado de exclusión social no



© Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.



contactan con las redes generales de salud y de servicios sociales.

1.2.- Drogodependientes que tan solo entran en contacto esporádicamente con los servicios hospitalarios de urgencias.

1.3.- Drogodependientes que nunca han establecido contacto con la red de tratamiento especializado en drogodependencias.

2.- **La población española consumidora de opiáceos se encuentra cronificada, lo que se aprecia en el aumento progresivo de la media de edad y en los años de consumo. A su vez se constata un deterioro orgánico considerable.¹**

3.- **Alto deterioro social de la población consumidora de opiáceos.**

Entre los consumidores de opiáceos encontramos elevadas tasas de ingresos en prisión, causas judiciales pendientes, delincuencia, marginalidad cultural, marginalidad social, etc.

4.- **Bajo índice de retención en los programas de tratamiento especializado que provoca el efecto "puerta giratoria".**

Por este efecto, los drogodependientes -fundamentalmente consumidores de opiáceos- entran y salen permanentemente de los recursos de la red especializada de atención, sin ver solucionado su problema de adicción.

El diseño y aplicación de los PLDs ha puesto en evidencia una serie de limitaciones que es preciso corregir si se quiere reducir la tasa de abandonos y el consiguiente fenómeno de la "puerta giratoria":

↳ Todo fracaso terapéutico, y más aun la acumulación de los mismos, afecta negativamente la percepción de autoeficacia² del drogodependiente.

17



¹ El 64,4% de casos de SIDA en España está asociado al consumo de drogas por vía parenteral y la tasa de UDVP infectados con el VIH alcanza el 40% y 50% en algunos grupos. Además, más de un 80% de UDVP han sido infectados por el VHB y entre un 60% y 80% por el VHC, debido a las prácticas de riesgo asociadas al uso compartido de jeringuillas.

² La autoeficiencia puede ser entendida como la percepción que tiene el sujeto sobre su capacidad para introducir cambios en su propia conducta o en su ambiente.



© Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.



18



- ↳ Lo anteriormente señalado está en íntima relación con la motivación del drogodependiente para iniciar el tratamiento y abandonar el consumo de drogas. Muchos programas terapéuticos fuerzan las intervenciones orientadas a la abstinencia en un momento en que el individuo todavía no está preparado para el cambio.
- ↳ Necesidad de mejorar los modelos teóricos e instrumentos de diagnóstico y de predicción de la evolución del tratamiento, para mejorar la asignación de pacientes a las distintas modalidades terapéuticas existentes.
- ↳ Mayor atención al contenido y metodología de los programas terapéuticos.
- ↳ Necesidad de introducir programas de prevención de recaídas en los PLDs, así como la metodología de terapia familiar y de intervención en grupo.

En los últimos años, los daños asociados al uso de opiáceos han aumentado de forma considerable, fundamentalmente por la difusión que la utilización de la vía parenteral tuvo a finales de los años 70 y principios de los 80. Estas condiciones fueron decisivas para la extensión que la infección del VIH adquirió en nuestro país.

Actualmente, en España, como en otros países de nuestro entorno, sigue existiendo un gran número de consumidores de drogas por vía parenteral que continúan compartiendo material de inyección y manteniendo actividades sexuales de riesgo.

Las infecciones de transmisión sanguínea y sexual, especialmente por el Virus de Inmunodeficiencia Humana, la tuberculosis, la hepatitis B y la hepatitis C, constituyen, junto con la sobredosis, las fuentes más importantes de morbilidad y mortalidad de los inyectores de drogas ilegales; así como una fuente de riesgo para la salud pública y comunitaria.

El panorama descrito anteriormente, ha provocado la puesta en marcha -bajo la influencia de países como Reino Unido y Holanda-, de una serie de programas de baja exigencia denominados de reducción del riesgo y daño. La reducción de daños -conocida también como limitación de daños, reducción del riesgo o minimización de los daños- es una política social que da prioridad al objetivo de disminuir los efectos negativos del uso de drogas. Esta estrategia se está convirtiendo en la principal alternativa a los enfoques basados en la abstinencia, cuyo propósito principal es disminuir la frecuencia o incidencia del consumo de sustancias tóxicas que hemos señalado anteriormente.



© Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.



A lo largo de los últimos 20 años, aunque hemos recorrido un amplio camino en lo que se refiere a la intervención desde la perspectiva de reducción del daño y riesgo en drogodependencias, es mucho aún lo que queda por hacer. En este trabajo, las Organizaciones Sociales, Organizaciones No Lucrativas u Organizaciones No Gubernamentales han desarrollado una labor encomiable situándose como agentes privilegiados en el conocimiento de la realidad de las drogodependencias, con una capacidad de actuación mayor que las propias Administraciones Públicas y con una agilidad y flexibilidad en la atención digna de destacar. Poco a poco los Servicios Sociales y Sanitarios, sobre todo aquellos relacionados con la atención a las personas, familias y comunidades que presentan un mayor riesgo de exclusión, han ido siendo externalizados en su gestión recayendo la misma, en buena medida, en ONG. Este es el caso de muchos de los Centros de Emergencia existentes en la actualidad, modelo al que se han ido incorporando en los últimos tiempos organizaciones empresariales.

Hoy somos conscientes de los cambios vertiginosos que se suceden en nuestra sociedad y de la influencia que estos tienen en todos los ámbitos de la convivencia humana. En este sentido, la extensión de métodos de trabajo, la socialización de herramientas de gestión, la mejora en los procesos de intervención y, sobre todo, la extensión de la cultura de la calidad hacia el interior de las organizaciones y en el conjunto de la sociedad es un hecho evidente. En estos momentos, nos vemos impelidos a tener que prestar atención a la calidad en los servicios dotándonos de una gestión eficaz y eficiente y de un aprendizaje compartido donde la gestión del conocimiento se convierta en el eje central de nuestro trabajo.

En esta coyuntura, viene a ver la luz el presente Manual de Buena Práctica para la atención a Drogodependientes en los Centros de Emergencia en el intento de establecer unas guías o principios orientadores que contribuyan a introducir mejoras en los procesos y actividades que tienen lugar en los Centros de Emergencia y que, sin duda, repercutirán en la mejora de las condiciones y la calidad de vida de los usuarios drogodependientes.

19



© Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.



CAPÍTULO 1

LA GESTIÓN DE CALIDAD EN EL ÁMBITO DE LAS DROGODEPENDENCIAS.¹



21



¹ Para el desarrollo de este apartado nos hemos basado, fundamentalmente, en los documentos elaborados por el INTRESS para el Plan de Cohesión y Calidad del IMSERSO, Abril 2003. Así mismo han sido utilizados los apuntes del Curso de Formación Postgrado de la UOC denominado "Técnico de Calidad".



© Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.



1.1.- Evolución del concepto de calidad unido a los sistemas de producción.

El concepto de calidad ha sufrido una evolución constante de forma paralela a la evolución de los sistemas de producción empresariales, que podemos identificar en tres etapas:

⇒ **CONTROL DE CALIDAD:** el control de calidad es el conjunto de técnicas y actividades, de carácter operativo, utilizadas para verificar los requisitos relativos a la calidad del producto o servicio.

⇒ **ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD:** el aseguramiento de la calidad es el conjunto de acciones planificadas y sistemáticas, que son necesarias para proporcionar la confianza adecuada de que un servicio va a satisfacer los requisitos dados sobre la calidad, cuyos principios básicos son:

- ↻ **Prever:** escribir lo que se va a hacer.
- ↻ **Ejecutar:** hacer lo que se ha descrito.
- ↻ **Registrar:** dejar constancia del resultado obtenido.

Un sistema de Aseguramiento de la Calidad debe estar documentado con un manual de calidad y con procedimientos e instrucciones técnicas y debe revisarse su cumplimiento a través de Auditorías. El Aseguramiento de la Calidad no sustituye al Control de Calidad, sino que lo comprende y complementa.

⇒ **GESTIÓN DE CALIDAD TOTAL:** la Gestión de Calidad Total es una estrategia de gestión cuyo objetivo es que la organización satisfaga de una manera equilibrada las necesidades y expectativas de sus clientes:

- ↻ A los que compran los servicios.
- ↻ A los que trabajan en la empresa.
- ↻ A los accionistas.
- ↻ A la sociedad en general, respetando el entorno ambiental y colaborando en su desarrollo.

23



© Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.

La Calidad Total es una filosofía, una cultura, una estrategia, un estilo de gerencia. A continuación presentamos un esquema que diferencia los tres modelos expuestos, a saber:

24



CONTROL DE CALIDAD	ASEGURAMIENTO DE CALIDAD	CALIDAD TOTAL
Proceso de regulación a través del cual se puede medir la calidad real, compararla con las normas o especificaciones y actuar sobre la diferencia.	Todas aquellas acciones planificadas y sistemáticas que proporcionan una confianza adecuada en que un producto o servicio cumpla determinados requisitos. Las normas ISO en su serie 9000 esquematizan los procedimientos y también establecen los requisitos que una empresa debe cumplir para considerar que dispone de una gestión de la calidad basada en el concepto de aseguramiento.	Filosofía, cultura, estrategia y estilo de gerencia de una empresa según la cual todas las personas en la misma estudian, practican, participan y fomentan la mejora continua de la gestión de la empresa. Existen diferentes modelos: ✓ Modelo Deming. ✓ Modelo Malcom Baldrige. ✓ Modelo de Excelencia EFQM.

1.2.- Diferentes acepciones del término Calidad.

Según el diccionario de la Real Academia Española calidad es **“la propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permite apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su misma especie.”** Esta definición muestra las dos características esenciales del término:

LA SUBJETIVIDAD DE SU VALORACION

SU RELATIVIDAD



© Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.



No es una cualidad absoluta que se posee o no se posee, sino un atributo relativo: se tiene más o menos calidad.

Según la Organización Internacional de Estandarización (ISO): **“La calidad es un grado en que la totalidad de las características de un producto, proceso o servicio cumplen los requisitos que brotan del objetivo de uso”.**

El **objetivo de uso** puede ser interpretado como la necesidad de formular los objetivos de un servicio desde la perspectiva del usuario. Es necesario formular los requisitos (criterios, directrices, normas) y es igualmente necesario identificar el proceso o servicio que lleva un producto específico.

El término **grado** implica que deben efectuarse mediciones para establecer la diferencia entre los resultados deseados y los conseguidos en realidad.

La **totalidad de las características** se refiere al hecho de que la calidad está compuesta de muchos aspectos diferentes que deben identificarse e integrarse en su totalidad.

Los objetivos fundamentales de la calidad, como filosofía, son: **satisfacer las necesidades del usuario y la conformidad del servicio que se presta con las especificaciones del diseño.**

Estos objetivos los sintetiza Ishikawa:

“Trabajar en calidad consiste en diseñar, producir y servir un bien o servicio que sea útil, lo más económico posible y siempre satisfactorio para el usuario.”

Esto implica la aceptación y participación de todos los miembros de una Organización, desde el que diseña el servicio hasta el que lo sirve, en el objetivo común de **“trabajar en calidad”**, lo que significa:

- ↳ Excelencia en el Servicio.
- ↳ Eficiencia Operativa.
- ↳ Competitividad e Imagen.

25



© Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.

y se traduce, generalmente, en una buena aceptación del servicio por parte de los usuarios potenciales y el éxito del mismo. Resumiendo, el concepto de calidad tiene dos aspectos básicos:

⇒ CALIDAD TÉCNICA O INTRÍNSECA:

Las características del servicio que, comparadas con las de otros servicios, permiten establecer un juicio al respecto.

⇒ CALIDAD PERCIBIDA:

La valoración o juicio subjetivo que los usuarios hacen sobre la eficacia del servicio en la satisfacción de sus necesidades.

No siempre un alto grado de calidad técnica produce un alto grado de calidad percibida, ya que ésta se encuentra fuertemente condicionada por las variables que influyen en la percepción subjetiva del usuario.

26



A continuación, vamos a considerar de manera sucinta los diferentes conceptos de la calidad expresados por las diversas escuelas que han tratado este tema. Estas manifestaciones son diferentes pero todas presentan orientaciones convergentes expresadas con la finalidad de conseguir productos o servicios que mejoren la organización, a los usuarios y la sociedad.

Las diversas escuelas lideradas por aquellos que podemos llamar gurús de la calidad, nos aportan diferentes definiciones de calidad que exponemos a continuación:

Philip B. Crosby

“Cumplimiento de unas especificaciones o la conformidad a unos requisitos”

Para conseguir los objetivos de calidad del servicio tiene que existir, previamente, una concreción en especificaciones de las necesidades y expectativas del usuario. A partir de la prevención, hay que garantizar las conformidades del usuario del servicio prestado.

Joseph M. Juran

“Idoneidad o aptitud para el uso”

Esta aptitud viene determinada por las características de calidad del bien o servicio que el usuario puede reconocer como beneficiosas tales como tecnológicas, sensoriales, contractuales, éticas, etc.



© Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.



DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS

Armand Feigenbaum

“Satisfacción de las expectativas del cliente”

A partir del concepto de calidad integral, concibe la calidad como el conjunto total de las características de marketing, ingeniería, fabricación y mantenimiento a través del cual el servicio en uso satisface las expectativas del cliente. Esta calidad entendida como tal, viene determinada por el usuario.

W. Edwards Deming

“Un grado predecible de uniformidad y fiabilidad del coste adecuado a las necesidades del mercado”.

Disminuye la variabilidad de las características del servicio para de este modo, garantizar la calidad uniforme y la mejora permanente

Genichi Taguchi

“Pérdida que un servicio causa a la sociedad”

Concibe la calidad desde la vertiente de competitividad y de eficiencia económica. Conseguir más calidad no necesariamente implica un incremento de los costes sino que el objetivo debe ser reducir costes de no calidad y mejorar los beneficios y resultados económicos de la organización.

27



1.3.- Qué entendemos por Calidad en este Manual.

Lo que caracteriza la gestión de los Centros de Emergencia es la producción de servicios (no de bienes o productos) y, aún más, especialmente servicios de carácter personal, servicios que van destinados a reducir los riesgos y daños asociados a las drogodependencias. Este hecho hace que debamos colocar en medio del tapete el **imperativo ético de la calidad**, como aquel **conjunto de valores compartidos por las personas que conforman la organización**. Desde este punto de vista, hemos tomado la siguiente definición de calidad:

“Es dotar a los servicios que se prestan de unas condiciones óptimas para que las necesidades presentes y futuras de los usuarios puedan ser satisfechas dentro de parámetros racionales, orientando la distribución del trabajo hacia la mejora continua y diseñando e implementando medidas orientadas al bienestar personal del usuario y la mejora en su calidad de vida”



© Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.

Pero ¿qué queremos expresar con esta definición de calidad?
En concreto, que:

- ↪ Por encima de todo las entidades gestoras de los Centros de Emergencia deben tener muy presente que la calidad es un compromiso integral e incondicional con el usuario del servicio.
- ↪ Que la gestión está al servicio de este fin.
- ↪ Que la organización del trabajo debe estar orientada a la mejora continua.

Por lo que hemos visto hasta ahora, la calidad es imposible si no descansa en un conjunto de valores compartidos en los niveles individual-profesional, el organizacional o de gestión y el directivo o político. En consecuencia, en este Manual se definen como principios y valores de calidad:

28



1. **La Orientación al cliente/usuario:** Toda actividad, proceso, esfuerzo o recurso empleado revaloriza la finalidad última del servicio de alcanzar la satisfacción del organismo de la Administración Pública que nos concede su confianza.
2. **La Defensa de los derechos presentes y futuros y del interés del usuario:** La razón de ser de nuestras entidades y del propio servicio es el usuario, por tanto se adquiere un compromiso en la defensa de los derechos fundamentales de los mismos, y a anteponer el interés del usuario ante cualquier otra consideración.
3. **La Dignidad humana:** En todas las actividades y servicios del Centro de Emergencia por idénticas razones a las expuestas en el párrafo anterior, se adquiere el compromiso de anteponer la dignidad de los usuarios como clientes finales, por encima de cualquier otro interés, por utilitario que resulte.
4. **La Solidaridad:** Como atributo principal de toda ONG, las entidades no lucrativas que gestionen Centros de Emergencia no renuncian a la solidaridad interna, y se comprometen a mantener los lazos de esta índole con otras entidades.
5. **La Descentralización y participación:** se apuesta por una gestión de los Centros de Emergencia desde el terreno. El servicio debe ser capaz de integrar la participación de las



© Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.



personas que allí conviven y desarrollan su trabajo. La entidad gestora se compromete a respetar el principio de descentralización en la gestión del mismo, no interviniendo salvo en caso de desviación de los objetivos y procedimientos propuestos en el proyecto.

6. **Austeridad y Eficiencia:** Dada la necesidad de marcar prioridades por el elevado número de necesidades y el comparativamente bajo nivel de recursos, no puede plantearse más que una gestión eficiente, orientada a la optimización de los recursos y a la utilización de los mismos de la forma más económica posible.
7. **La Transparencia:** La utilización de recursos públicos y la necesidad de mantener la credibilidad como organización, obliga a respetar al máximo el principio de transparencia, con las únicas reservas debidas a la obligación de privacidad en los datos y secreto profesional. Las limitaciones a la difusión del proyecto , de carácter contractual impuestas por la administración concesionaria del servicio serán escrupulosamente observadas, respondiendo directamente la Dirección del Centro de Emergencia y la propia entidad gestora de forma subsidiaria.
8. **Gestión de la globalidad de la misión del Servicio:** Desde el modelo de gestión total de la calidad, con el que las entidades se comprometen, se buscará la mejora en todos los procesos clave.

29



©Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.



1.4.- La trayectoria histórica de la Gestión de Calidad.

Los antecedentes del interés por la Gestión de Calidad hay que buscarlos en los primeros años de la industrialización masiva en los Estados Unidos a principios del siglo XX. Si observamos la dinámica evolutiva que ha tenido la gestión de la calidad a lo largo de los últimos 100 años, podemos observar tres fases, a saber:



1900-1940 Aplicación de la Estadística al Control de la Calidad del Producto	1940-1980 Implicación de las personas en la Gestión de la Calidad	1980-actualidad Implicación de toda la sociedad en la Gestión de la Calidad
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Taylor introduce la idea de incorporar la ciencia a la gestión de las organizaciones. ▪ Surgen iniciativas destinadas a mejorar los procesos y resultados. ▪ Hacia 1930 Shewart y Juran escriben sobre el control de calidad y su importancia económica. ▪ Se disminuyen los fallos y mejoran los procesos gracias al control estadístico. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ P.Drucker formula –tras la Segunda Guerra Mundial- la primera síntesis entre control de calidad e implicación de las personas. ▪ Con la creación de la revista Industrial Quality Control y la Asociación Americana de Control de Calidad se inicia el reconocimiento de la Gestión de Calidad como disciplina técnica. ▪ Deming, principal teórico de la calidad, se traslada a Japón donde se desarrollan los círculos de calidad. ▪ Surge en 1947 la Organización Internacional de Estandarización –ISO-. ▪ En Europa aparece la European Organization for Quality que desarrolla la cultura de calidad y establece criterios formativos para diferentes niveles de especialistas en Gestión de Calidad. ▪ En 1961 se funda en España la entidad asociada. <p>En torno a 1950 se crea la Joint Comisión, agrupación de hospitales americanos que buscan el establecimiento de estándares de calidad para reducir enfermedades iatrogénicas y todo tipo de problemas que afecten al paciente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se introduce en Estados Unidos la filosofía de la Calidad Total, creándose por Ley en 1987 el Premio Malcom Baldrige. ▪ 1988 se crea la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad y se establece en 1992 el Premio Europeo a la Calidad en base a lo que llaman Modelo de Excelencia en la Gestión. ▪ En los 80 la ISO introduce en el mercado la primera norma internacional, la familia de las normas ISO 9000, sobre gestión de calidad de las organizaciones.. ▪ En 1983 se crea en España la Asociación Española de Calidad Asistencial (SECA), que extenderá los conocimientos y los métodos del movimiento surgido de la Joint Comisión. ▪ En 1989 nace la Fundación Avedis Donabedian. ▪ En 1986 se crea en España AENOR, como entidad de normalización y ENAC en 1992, como entidad de acreditación. ▪ En 1998 la Asociación Española para el Control de la Calidad se convierte en Asociación Española para la Calidad. ▪ En el 2000 la norma ISO de gestión de calidad se adapta a la nueva concepción de Gestión por Procesos, convergiendo con la renovación del modelo EFQM.



© Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.



1.5.- Iniciativas actuales en materia de implantación de Sistemas de Gestión de Calidad en las Administraciones Públicas españolas.

El compromiso que el Ministerio de Administraciones Públicas ha adquirido con la mejora continua y la calidad de sus servicios se ha plasmado en un Plan de Calidad que está siendo desarrollado hace algún tiempo. Dicho Plan supone el desarrollo de tres iniciativas: la elaboración de Cartas de Servicios, la Autoevaluación de las Unidades y Servicios Administrativos y los Premios a la Calidad y a las Mejores Prácticas.

Además, en el Sistema de Salud se han iniciado hace años algunas experiencias para desarrollar programas de calidad asistencial, tanto desde el desaparecido INSALUD como desde los diferentes Institutos Sanitarios de las Comunidades Autónomas –un buen ejemplo es el Plan de Calidad de la Consejería de Sanidad de la Junta de Andalucía que puede ser consultado en la página web www.juntadeandalucia.es/salud-. La novedad más importante es la Ley de Cohesión y Calidad que viene a confirmar y consolidar los sistemas de gestión y evaluación de calidad de una forma homogénea en todo el Estado.

También en el ámbito educativo es preciso señalar la iniciativa del Ministerio de Educación a través del Instituto Nacional de Calidad y Evaluación (INCE) que supone el desarrollo del modelo EFQM en la gestión de los Centros Educativos.

Por otra parte, es preciso señalar la labor que el IMSERSO ha desarrollado mediante la introducción de políticas de calidad de vida en todos sus servicios, desarrollando en algunos de sus centros sistemas de gestión de calidad y la realización de controles de calidad en algunos de sus programas.

Pero quizá sean las Administraciones Autonómicas las que más iniciativas estén desarrollando, en este sentido debemos señalar que la mayoría de estas iniciativas están orientadas a la empresa privada y muy pocas están destinadas al desarrollo e impulso de la calidad en los Servicios Sociales. De entre los organismos o iniciativas más desarrolladas se pueden señalar la Asociación Galega para la Calidade, el Centro Catalá de la Qualitat, la Fundación Vasca para la Calidad, Navarra para la Calidad, Fundación Valenciana para la Calidad, Madrid por la Excelencia, y el Insitut Balear d'Innovació del Govern Balear.

En el ámbito municipal podemos señalar la comisión para la modernización y la gestión de calidad de la Federación Española de Municipios y Provincias, así como la incorporación de la gestión de calidad de los servicios sociales en ayuntamientos como los de Espulgues de Llobregat, Barcelona, Bilbao, Madrid, etc.

31



© Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.



1.6.- Experiencias en Gestión de Calidad en el ámbito de las ONG.

Durante los últimos años se ha ido imponiendo el valor del trabajo bien hecho en todos los ámbitos de la sociedad, también en el ámbito de los Servicios Sociales y Sanitarios. Este valor supone realizar un servicio excelente teniendo como centro las características y expectativas de los ciudadanos y la potenciación de una cultura de responsabilidad con el medioambiente y con las personas.

En el ámbito empresarial, estos requerimientos han ido ganando terreno, ya hace unos años, con la denominada Gestión de la Calidad. Esta cultura se ha ido introduciendo paulatinamente en el ámbito de las Administraciones Públicas y lo está haciendo también en el así denominado Tercer Sector, sector al que la sociedad demanda, cada vez más, una mayor transparencia en su gestión y una mayor calidad en la prestación de servicios.

32



- a) Desde hace varios años ha surgido la iniciativa denominada ONG CON CALIDAD, impulsada por el INTRESS y en la que se cuenta con la colaboración de entidades como FEAPS, Cruz Roja, Secretariado General Gitano y Vínculos. Esta iniciativa surge por la necesidad de construir un marco adecuado a las necesidades de las entidades sociales ya que, los modelos y sistemas existentes, provenían de la empresa privada y, sobre todo, de la empresa privada vinculada a la creación de productos, no de servicios.
- b) El Consejo de ONG, ha impulsado una iniciativa destinada a la elaboración para su posterior aprobación y desarrollo de un Plan Estratégico de la Calidad para las ONG.
- c) Otras experiencias que están apareciendo como la de la Fundación Lealtad, que va destinada a fomentar la transparencia en las ONG aunque puede incidir indirectamente en el estímulo a la gestión eficaz de las ONG.
- d) En este mismo sentido es de destacar el trabajo realizado por la Fundación Luis Vives por encargo del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, consistente en analizar los modelos internacionales de gestión de calidad en Servicios Sociales, especialmente el modelo EFQM y observar sus cualidades para ser aplicadas en el contexto de las ONG.
- e) Además se está desarrollando, simultáneamente, otra iniciativa, en el marco de la Asociación Española de Normalización y Certificación (AENOR), con la participación tanto de las ONG como de las Administraciones



© Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.



Públicas, que pretende elaborar la norma "Sistemas de gestión de ONG y ONL" del AEN/CTN 165 orientada a la gestión ética de este tipo de organizaciones.

1.7.- La Gestión de Calidad en Drogodependencias.

La Gestión de la Calidad en el ámbito de las Drogodependencias está ligada a la evolución del fenómeno del consumo de sustancias adictivas y a las respuestas que se han ido habilitando a través del tiempo de cara a dar cobertura a las demandas/necesidades de los usuarios de drogas.

La calidad se comenzó a plantear en los programas de atención a drogodependientes en la década de los 90 cuando la no-calidad comienza representar un coste económico y social mayor que la calidad iniciándose un paulatino proceso de implantación de procesos de control y ciertos mecanismos de calidad total. Pero habrá que esperar a finales del siglo XX e inicios del XXI para que la importancia concedida a la calidad en la prestación de servicios comience a irrumpir en el ámbito de la atención en drogodependencias, proceso éste unido a la externalización de la gestión de los servicios públicos que conforman las distintas redes asistenciales de atención al drogodependiente en las diferentes Comunidades Autónomas, y que supone –para las entidades gestoras– estar sujetas a un mayor control y exigencia en la gestión y la atención por parte de las Administraciones Públicas.

En esta línea podemos señalar, a nivel europeo, la iniciativa del grupo ERIT sobre **Calidad en Comunidad Terapéutica**. Este grupo, expone un Modelo para el estudio y mejora de la Calidad en programas de asistencia y tratamiento en drogodependencias. Las referencias del modelo son dos trabajos desarrollados recientemente con el apoyo de la Comisión Europea: a) El Modelo Europeo para la Gestión de la Calidad Total desarrollado por la European Foundation for Quality Management (EFQM) y adoptado por la European Foundation for Quality (EOQ), y b) los trabajos realizados durante los años 1997 y 1998 por el mencionado grupo de ERIT. El resultado es un modelo que se basa en las mejores prácticas de desarrollo organizacional aplicadas en Europa y que integra los criterios de calidad aceptados por un amplio número de profesionales y programas europeos de la asistencia a drogodependientes. Se propone el Modelo como una referencia para el estudio, formación y desarrollo de la calidad. Aunque el Modelo incluye principalmente criterios seleccionados por profesionales de programas residenciales (comunidades terapéuticas profesionales) puede ser útil para diferentes tipos de programas asistenciales en drogodependencias.

Ni el modelo en si ni ninguno de sus criterios o elementos es prescriptivo. Asimismo, tampoco es excluyente de otras iniciativas que puedan adoptarse para el estudio y mejora de la calidad en los

33



© Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.



programas (residenciales o no) para la asistencia y tratamiento de drogodependientes. En la fase actual incluye criterios de calidad identificados por el grupo ERIT y aceptados por un elevado número de programas y profesionales europeos, no es un modelo cerrado sino en permanente actualización en sus diferentes criterios, y solo pretende ser una referencia más que sirva al objetivo de difundir una cultura de la calidad en estos programas de intervención.

Otro exponente de la importancia que está adquiriendo la calidad en el ámbito de las drogodependencias lo representa el documento editado por la Red Iberoamericana de Organizaciones que Trabajan en Drogodependencias (RIOD): **“Criterios Mínimos de Calidad en los Programas de Prevención y Tratamiento. Un Reto de las ONG’s que conforman la Red Iberoamericana de Organizaciones que Trabajan en Drogodependencias”** redactado durante el encuentro mantenido en Antigua, Guatemala. Durante el mismo, los grupos de trabajo llegaron a un consenso sobre lo que entienden hoy las organizaciones por el concepto de **Criterios de Calidad**: *“son el conjunto de características de un programa que le confieren calidad científica, técnica, eficiencia y eficacia y que toman en consideración, con mucho esmero, el cumplimiento de los principios éticos y la satisfacción de los usuarios que son beneficiarios de dichos programas, así como también la satisfacción del equipo de profesionales que tiene la responsabilidad de llevar a cabo dichos programas”*. En el documento se establecen un conjunto de criterios en relación a la dimensión administrativa y legal, la estructura organizacional y el trabajo en red.

34



Ya en el ámbito nacional, podemos señalar como ejemplos de la importancia que comienza a otorgársele a la calidad en Servicios de Atención a Drogodependientes el documento **“Criterios de Calidad en Comunidad Terapéutica”** editado por la Fundación Girasol y que puede ser consultado en la página web www.girasolfundacion.es o el **“Manual de Buenas Prácticas en los Centros de Incorporación Social”** que puede ser consultado mediante el acceso a la página www.gizartegaiak.ei-gv.net.

De forma sintética, podemos señalar conforme a las conclusiones de la VI Reunión Nacional de Drogodependencias que llevaba por título **“La evaluación de la calidad en drogodependencias”** celebrada en Alicante los días 30 y 31 de Enero de 2004, algunos principios que deberán ser tenidos en cuenta a la hora de fomentar la Gestión de Calidad en el ámbito de las drogodependencias, a saber:

1.- Las actuaciones en drogodependencias, tanto las relacionadas con la asistencia como las de prevención, deben estar sustentadas en la evidencia científica.



© Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.



2.- Un sistema de Calidad implica la Gestión por Procesos, que garantice la trazabilidad de los errores, posibilitando su identificación y corrección.

3.- La planificación de una estrategia de comunicación adopta una doble vertiente:

- ↳ Externa: fomentar la visibilidad pública de los logros alcanzados.
- ↳ Interna:
 - Vertical: definir vías y medidas que fomenten la comunicación entre líderes y personal.
 - Horizontal: entre los diferentes propietarios del proceso.

4.- Las estructuras autonómicas de Drogodependencias y la DGPNsD deben velar por la Calidad de la Intervención en Drogodependencias, a través de:

- ➔ Promoción de la cultura de la calidad integral.
- ➔ Coordinación y armonización de las políticas públicas.
- ➔ Asesoramiento a aquellas organizaciones que deseen implantar una Gestión de Calidad Total.
- ➔ Evaluación y acreditación.
- ➔ Gestión de una base de datos donde se recojan los resultados de la investigación.

5.- La creación e implantación de los procesos debe ser mixta y la acreditación deberá ser realizada por evaluadores externos.

6.- Los profesionales, tanto de prevención como de tratamiento, deberán acreditar una formación específica en drogodependencias.

7.- Existirán indicadores de estructura y de resultados, prestando especial atención a la calidad de vida, la accesibilidad a los servicios y la satisfacción del usuario.

8.- La evaluación y la acreditación de la calidad de los servicios, es función y responsabilidad de las administraciones.

9.- La acreditación e implantación del programa de calidad es mixto: el profesional define el proceso y el asesor define y colabora en implementar los procedimientos:

- ➔ La acreditación es externa.
- ➔ Para mantener vivo el programa en un mejora continua de calidad se establecen las auditorías:
 - ↳ Internas: (Inter-servicios) para detectar incidencias y programar acciones de mejora.
 - ↳ Externas: para verificar las acciones de mejora y reevaluar el funcionamiento del programa.

35



© Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.



CAPITULO 2

UN MANUAL DE BUENA PRÁCTICA PARA LA ATENCIÓN A DROGODEPENDIENTES EN CENTROS DE EMERGENCIA



37



©Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.



2.1.- Los Estándares de Calidad y la Buena Práctica.

2.1.1.- Modelos de Calidad.

Dentro del ámbito de la Gestión de Calidad existen diversos modelos de calidad de cara a su implementación en Servicios Sociales y Sanitarios. Un Modelo de calidad puede definirse como:

"Un marco de referencia que ayuda a la organización a:

- ↪ *Evaluarse frente a criterios de calidad.*
- ↪ *Cumplir lo importante (para la organización y sus clientes).*
- ↪ *Actuar conforme a normas (normas de calidad, códigos éticos, principios de transparencia, etc.), buenas prácticas (modos de hacer deseables) o estándares (mínimos a garantizar en los servicios).*
- ↪ *Mejorar la manera de hacer y los resultados."*

39



TIPOS	EJEMPLOS
Guías de Estándares de Calidad	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Criterios de Calidad en la Intervención en Comunidad Terapéutica. Fundación Girasol ✓ Fundación Avedis Donabedian: estándares de calidad del ICASS. ✓ Criterios Mínimos de Calidad en los Programas de Prevención y Tratamiento de la RIOD.
Modelos de Buena Práctica o Códigos de Conducta	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Manuales de Buenas Prácticas FEAPS ✓ Código Ético FEAPS ✓ Fundación Lealtad: guía de principios de transparencia y buenas prácticas. ✓ Manual de Buenas Prácticas en los Centros de Incorporación Social.
Normas de Calidad	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Normas ISO: 9001:2000 ✓ Norma ONG con Calidad



© Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.

Modelos de Excelencia

- ✓ EFQM: Modelo Europeo de Calidad.
- ✓ EQRМ: Modelo Europeo de Calidad en Rehabilitación.

MODELOS DE CALIDAD

40



Guías de Estándares de Calidad	
Qué son	
<p>Paneles de indicadores para medir la calidad de servicio de acuerdo a unos objetivos establecidos. Los objetivos o "estándares" indicar el valor mínimo deseable para cada indicador. Por ejemplo: % de UDS cama individual en el área de pernocta del Centro de Emergencia. Estándar: 45% de los usuarios.</p>	
Para qué sirven	
<ul style="list-style-type: none"> ➔ Para conocer el grado de cumplimiento de los estándares de calidad. ➔ Puede elaborarlas la administración pública, cada entidad, etc. ➔ Ayudan a compararnos con otras organizaciones que los apliquen. 	
Ventajas	Inconvenientes
<ul style="list-style-type: none"> ↙ En general, fácilmente aplicables. ↙ Informan de qué mejorar. ↙ Pueden extraerse ideas de los Manuales ya elaborados. 	<ul style="list-style-type: none"> ↙ No disponer de estándares propios del sector, área o actividad. ↙ No informan cómo mejorar.



© Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.



Modelos de Buena Práctica o Códigos de Conducta	
Qué son	
Orientaciones o directrices sobre CÓMO ACTUAR en las organizaciones o en los servicios. Por ejemplo: "realizar una auditoria de cuentas", "favorecer la elección de actividades en el servicio de animación sociocultural".	
Para qué sirven	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Para actuar de acuerdo a unos principios. ➤ Para dar credibilidad frente a terceros sobre el cumplimiento de los principios. ➤ Para consolidar una "forma de hacer" de las entidades y cohesionar el movimiento asociativo. ➤ Para ayudar a cumplir la misión y los valores. 	
Ventajas	Inconvenientes
<ul style="list-style-type: none"> ↪ Pueden ayudar a detectar desviaciones sobre la misión o los valores. ↪ Si se acredita su cumplimiento generan credibilidad y confianza. 	<ul style="list-style-type: none"> ↪ Dificiles de medir si no se complementan con una guía de estándares o de normas para acreditar su cumplimiento.

41



© Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.

42



Normas de Calidad	
Qué son	
<p>Normas que establecen los requisitos de un sistema de gestión de la calidad. Ejemplo de normas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ En ISO 9001:2000: "6.2.2.a. La organización debe determinar la competencia necesaria para el personal que realiza trabajos que afectan a la calidad del servicio". ○ En ONG con Calidad: "03.3.1. La organización debe definir la misión, la política de calidad, los valores en los que se basa, los objetivos y los indicadores". 	
Para qué sirven	
<ul style="list-style-type: none"> ➔ Para implantar una gestión por procesos (sistematizar lo que hace la organización para identificar y satisfacer las necesidades de la persona con drogodependencias y su familia) ➔ Para definir y cumplir lo importante para el usuario, lo que tiene valor. ➔ Para detectar qué cumplimos y qué no cumplimos respecto a la norma. ➔ Para acreditar la calidad. (Certificación). 	
Ventajas	Inconvenientes
<ul style="list-style-type: none"> ↪ Se puede mejorar significativamente, sobretodo en la orientación al usuario. ↪ Los trabajadores se adhieren fácilmente al evidenciarse las mejoras. ↪ La certificación genera confianza interna y externa. 	<ul style="list-style-type: none"> ↪ Costes en tiempo, dedicación de personas, formación, económicos, etc. ↪ Pueden generar "burocracia" si no se simplifica al máximo la gestión de la información. ↪ "Riesgo de dar más importancia a la certificación.



© Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.



Modelos de Excelencia	
Qué son	
Modelos que orientan sobre el camino a seguir para la mejora continua (calidad total). Aportan una visión integral de la organización respecto a lo que hacemos y lo que conseguimos (EFQM, EQRM).	
Para qué sirven	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Para evaluarlos. ➤ Detectar oportunidades de mejora en cualquier área y actividad de nuestra organización. ➤ Conocer nuestro "grado de excelencia" (puntuación). 	
Ventajas	Inconvenientes
<ul style="list-style-type: none"> ↪ Visión integral. ↪ Ayudan a ordenar la organización. ↪ Facilitan la mejora continua. ↪ Posibilidad de presentar premios a la excelencia. 	<ul style="list-style-type: none"> ↪ Costes de dedicación y formación. ↪ Modelo "lejano" para las personas. Requiere formación específica.

43



2.1.2.- El Por qué de un Manual de Buena Práctica para la atención a Drogodependientes en Centros de Emergencia.

La Drogodependencia, considerada por la OMS como una enfermedad crónica recidivante, muchas veces asociada a Patología Dual, afecta a un colectivo de difícil intervención terapéutica: por su marginalidad social, marginación legal y por su atípica demanda de atención. Representa una población de alto riesgo sanitario y social, tanto individual como comunitario; numerosa en el caso de determinadas comunidades autónomas como es el caso de Madrid, País Vasco o Barcelona, en las que acertadamente se ha definido el **Síndrome de Vulnerabilidad Adquirida** (pobreza extrema, dependencia de heroína y otras drogas, tuberculosis y VIH/SIDA).



© Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.



Para abordar el problema, surge la necesidad por parte de los diversos organismos autónomos de crear los Centros de Emergencia o los así también denominados Centros de Encuentro y Acogida. Estos Centros Socio-Sanitarios, para la Atención Primaria del problema crónico de la drogodependencia, formados por Equipos de profesionales, multidisciplinarios, basado en el trabajo en equipo y, con funciones y actividades definidas, sustentadas en Programas y Protocolos/Guías de Actuación, fundamentados en criterios científico-técnicos, mediante los que intervenir sistemáticamente de forma progresiva, gradual y complementaria, facilitando la Emergencia Social y la satisfacción de los usuarios, para poder realizar un abordaje integral y de calidad permitiendo con la búsqueda activa de casos y su seguimiento, una óptima atención al drogodependiente.

Mediante Real Decreto 1991/1999, de 17 de Diciembre se aprueba la Estrategia Nacional sobre Drogas para el período 2000-2008 en un intento de adecuación a la realidad actual del fenómeno de las drogas así como en un afán de adelantarse a los posibles cambios en los usos y hábitos de consumo.

44



La Estrategia Nacional contempla la implementación de intervenciones dirigidas a aminorar los daños ocasionados por los consumos de drogas, fundamentalmente en aspectos sociales y de salud. **En el año 2003, todas las capitales de provincia deberán contar al menos con un Servicio de Emergencia** que dé respuesta a las necesidades básicas de los drogodependientes que no acuden habitualmente a la red asistencial normalizada. A su vez, se deberán poner en marcha **programas de reducción de daños, programas de intercambio de jeringuillas, sexo más seguro y consumo de menos riesgo. Además, se implantarán programas de vacunación sistemática en relación al tétanos, VHB y quimioprofilaxis antituberculosa.**

Como vemos, en un futuro no muy lejano se prevé la implantación de los Centros de Emergencia en todo el territorio nacional para la asistencia a los drogodependientes de cara a la **detección, captación, motivación y derivación de los mismos a los servicios especializados, la atención de las necesidades sociales y sanitarias básicas y la necesaria coordinación con los recursos de segundo y tercer nivel.**

Este hecho debe hacernos reflexionar sobre las prácticas que han venido realizándose en este sentido y abordar un análisis serio sobre las diferentes experiencias que se están llevando a cabo hasta el momento presente en referencia a la atención a drogodependientes desde los Centros de Emergencia, Centros de Encuentro y Acogida, etc, del territorio español con el fin de poder exportar aquellas que se han consolidado como "buenas prácticas".



© Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.



El presente **Manual de Buena Práctica para la Atención a Drogodependientes en Centros de Emergencia** vendría a cubrir un vacío existente en la sistematización de prácticas de intervención en la atención a drogodependientes activos en el primer nivel de asistencia, en un intento de facilitar que los servicios respondan en mayor grado a las necesidades que motivaron su creación redundando en una mayor eficacia y eficiencia de los programas y recursos, así como la adecuación de los mismos a las necesidades de los clientes-usuarios de dichos servicios, en el caso que nos ocupa, usuarios drogodependientes. Esto posibilitaría que los profesionales de los Centros de Emergencia pudieran discutir sobre qué significa hacer bien las cosas en el servicio que prestan y contribuir a la mejora continua del mismo mediante el establecimiento de estándares de calidad.

La finalidad del Manual que tenéis en vuestras manos es construir un elemento de apoyo y un punto de partida para la auto-evaluación de las actividades que se realizan en los Centros de Emergencia actualmente en marcha, incorporando cuestiones relativas a la forma en que producimos y aseguramos el funcionamiento de los servicios, así como los aspectos que se refieren a los objetivos de estos servicios y los resultados de los mismos sobre la calidad de vida de los usuarios drogodependientes. Además, el Manual facilitaría a los Centros de nueva creación los procedimientos y prácticas adecuados para el consiguiente ahorro de esfuerzos y optimización de tiempos y recursos.

De entre los modelos expuestos para implementar la Gestión de la Calidad, hemos optado por elaborar un Manual de Buena Práctica que suponga la presentación de una serie de orientaciones o directrices sobre CÓMO ACTUAR en la organización y gestión de los Centros de Emergencia, desechando así la elaboración de un conjunto de estándares que supusieran introducir indicadores para medir la calidad de servicio de acuerdo a unos objetivos establecidos. La búsqueda de estándares implica la búsqueda de criterios respecto a los cuales realizar el análisis comparativo y emitir un juicio de valor. En el ámbito de la atención a drogodependencias y, concretamente, en el ámbito de actuación de los Centros de Emergencia no existe tradición en el establecimiento de criterios comunes para el análisis de resultados, de los logros del sistema de atención a drogodependientes en su conjunto.

Conforme a la literatura consultada en referencia a la elaboración de manuales de buenas prácticas, podemos decir que existen diversas formas de realizarlos dependiendo del planteamiento concreto de las personas que lo elaboran.

Hemos escogido la forma de Manual de Buena Práctica porque nos permite jugar con una importante libertad a la hora de tomar decisiones sobre sus caracteres y componentes dejándolo abierto

45



© Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.



para su revisión, debate y mejora continua con las aportaciones y reflexiones de todos aquellos profesionales que trabajan en el área de atención a drogodependientes y, sobre todo, a los que forman parte del capital humano de los Centros de Emergencia.

Ajustándonos a las definiciones sobre buenas prácticas recogidas en el "Manual de Buenas Prácticas para Centros de Incorporación Social", podemos decir que existe un continuo de concepciones sobre Manuales de Buenas Prácticas que sin ser excluyentes, exponen diversas finalidades, contenidos y características. A continuación pasamos a expresar las diferentes concepciones así como el gráfico que muestra el continuo señalado.

Redondo, E; Muñoz, R; Torres, B. 1994

"Aplicación de un conjunto de estándares de calidad a la oferta de un determinado servicio. Especificaciones del proceso lo más claras posibles, científicamente fundadas y revisadas periódicamente que nos indiquen cuáles son las pautas de actuación más efectivas ante una situación".

46



Arostegi, Martínez 1999

"Una referencia de valores, principios y procedimientos que aseguren que las personas reciben un servicio de calidad. Prácticas o acciones profesionales que ayudan a la consecución de los resultados".

FEAPS, 2000

"La buena práctica sería aquella forma de hacer que introduce mejoras en los procesos y actividades que tienen lugar en nuestras organizaciones, mejoras orientadas a producir resultados positivos sobre la calidad de vida en las personas".

FEAPS, s.f.

"Acción o conjunto de acciones que, fruto de la identificación de una necesidad, son sistemáticas, eficaces y eficientes, y están pensadas y realizadas por los miembros de una organización con el apoyo de sus órganos de dirección, y que, además de satisfacer las necesidades y expectativas de sus clientes, suponen una mejora evidente de los estándares del servicio. Se puede distinguir entre dos tipos de buenas prácticas:

↳ *Pionera: se introducen por primera vez en un servicio, centro u organización y son innovadoras porque no se han hecho nunca antes.*



© Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.



↳ *Excelencia: retoman buenas prácticas anteriores aprovechando los conocimientos que contienen para mejorar su eficacia y eficiencia."*

ACTE, 2003.

"Una acción que introduce una nueva manera de hacer las cosas, rompiendo con los hábitos y referencias del pasado, y que destaca por los buenos resultados obtenidos. Sus características son: innovación, adecuación al momento, obtención de buenos resultados y capacidad de transferir la experiencia a otras realidades similares".

CONTINUUM EN LAS CONCEPCIONES DE MANUALES DE BUENAS PRÁCTICAS

FINALIDAD	CONTENIDO	CARACTERÍSTICAS
Un referente normativo o de estándar de calidad	Normas precisas que los programas o servicios deben cumplir para ser de calidad.	General: aplicable como criterio a muchas situaciones.
↑	Procedimientos adecuados o pautas aconsejables.	
↓	Acciones o actuaciones innovadoras en las diferentes dimensiones o aspectos de los procesos de trabajo.	
Un referente de ejemplo para suscitar una dirección, sugerir o plantear mejoras.	Experiencias ejemplares que muestran una forma concreta de poner en práctica o desarrollar orientaciones o principios generales.	Concreto: presenta una experiencia que cada uno tiene que buscar su aplicabilidad.

47



© Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.



2.1.3.- La definición de buenas prácticas para la elaboración de este Manual.

De cara a la elaboración del presente Manual de Buena Práctica para la Atención a Drogodependientes en Centros de Emergencia adoptamos la siguiente definición de Buena Práctica:

“Se entiende como Buena Práctica aquella forma de hacer que introduce mejoras en los procesos y actividades que tienen lugar en los Centros de Emergencia y que están orientadas a producir resultados positivos sobre la calidad de vida de los usuarios drogodependientes”.

48



Partiendo de la presente definición se expondrán en el Capítulo 7 las formas de hacer que se proponen como idóneas para introducir mejoras en los procesos y actividades que tienen lugar en los Centros de Emergencia y que se recogerán diferenciadas en cuatro subsistemas, a saber:

- ➔ Satisfacción del cliente/usuario.
- ➔ Recursos Humanos.
- ➔ Gestión Ambiental.
- ➔ Proveedores.



© Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.



CAPÍTULO 3

CONTENIDO, METODOLOGÍA Y USO DEL MANUAL



49



© Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.



En la actualidad se están llevando a cabo diversas experiencias en lo que a Centros de Emergencia de atención a Drogodependientes se refiere sin que exista una sistematización de la práctica de lo acontecido hasta el momento por lo que, todo Centro de nueva creación, se ve en la obligación de tener que "improvisar" y no poder acceder a ninguna experiencia práctica que permita estandarizar procesos de intervención.

3.1.- HIPÓTESIS

El conocimiento por parte del Manual elaborado, nos permitirá obtener información valiosa llegando a poder consensuar un conjunto de acciones, situaciones y actividades a las que se otorga un valor de ejemplo, organizado y estructurado con la intención de que nos permita analizar los procesos más elementales que se producen en los Centros de Emergencia desde la perspectiva de una mejora de la satisfacción de las necesidades de los usuarios y su calidad de vida.

3.2.- OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

↳ Elaborar un Manual de Buena Práctica para la Atención a Drogodependientes en Centros de Emergencia.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

↳ Facilitar un marco de referencia para la mejora de la calidad de los servicios que se realizan en los Centros de Emergencia del territorio español.

↳ Establecer criterios orientadores de lo que puede ser una buena práctica en la atención a drogodependientes en los Centros de Emergencia.

↳ Divulgar las buenas prácticas en la atención a drogodependientes en Centros de Emergencia.

↳ Mejorar la calidad de servicio y atención que se presta a las personas drogodependientes en los Centros de Emergencia promoviendo las buenas prácticas.

↳ Promover en los profesionales de la atención a drogodependientes en programas de Emergencia, un talante de evaluación y mejora continua de los programas.

51



© Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.



3.3.- METODOLOGÍA

Población Estudio

CARACTERÍSTICAS	ÁMBITO DE ACTUACIÓN	CRITERIOS DE SELECCIÓN		TAMAÑO MUESTRAL
Centros De Emergencia que estén en funcionamiento a 1 de abril de 2004 dentro del territorio español y que formen parte de los Planes Regionales de Drogas de las diversas Comunidades Autónomas.	El ámbito de actuación del Centro de Emergencia deberá ser de carácter autonómico o provincial.	Serán incluidos todos aquellos Centros de Emergencia del territorio español cuyo ámbito de actuación sea autonómico o provincial	Serán excluidos aquellos Centros de Emergencia del territorio español cuyo ámbito de actuación sea municipal.	Se elegirá el Centro de Emergencia con mayor capacidad de atención por cada Plan Regional sobre Drogas.

52



3.4.- Diseño del Estudio.

El desarrollo del Manual de Buena Práctica para la atención a Drogodependientes en Centros de Emergencia seguirá las tres fases siguientes:

⇒ PRIMERA FASE:

Desde el Centro de Emergencia para Drogodependientes de "Las Barranquillas" de la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid gestionado por la Asociación CENTRO TRAMA se elaborará un primer borrador que contendrá las siguientes áreas:

- a) La Calidad en el ámbito de la drogodependencias.
- b) Los estándares de calidad y la buena práctica.
- c) Un Manual de Buena Práctica para la atención a Drogodependientes en Centros de Emergencia.
- d) Contenido, Metodología y Uso del Manual.
- e) Conceptos y principios básicos en los Programas de Reducción de Daños.



© Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.

- f) El proceso de intervención en los Centros de Emergencia.
- g) Programas que se llevan a cabo en los Centros de Emergencia.
- h) Organización y Gestión de los Centros de Emergencia.

⇒ SEGUNDA FASE:

De cara a la validación del Manual elaborado se seleccionará una muestra de 1 Centro de Emergencia por Plan Regional. Se elegirá aquel Centro de Emergencia de cada Plan Regional que mayor cobertura de usuarios tenga ya que su cartera de servicios será más amplia y el número de programas en funcionamiento será también mayor. De igual forma, de cada Centro de Emergencia seleccionado se contactará con su Director como informante-clave. Con esta consulta se tratará de que se valoren las propuestas realizadas en la versión preliminar y que se realicen las aportaciones que se consideren oportunas de cara a su mejora.

Cada uno de los Directores recibirá un ejemplar de la versión preliminar, un cuestionario con los estándares propuestos y una carta en la que se explique la demanda realizada. Además se dispondrá de un teléfono de contacto con el Responsable del Proyecto de cara a aclarar eventuales dudas.

53



⇒ TERCERA FASE:

Para la obtención del número, sede social y teléfono de los Centros de Emergencia se contactará con la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas a fin de solicitar listado de los Planes Regionales existentes en la actualidad.

Posteriormente se contactará con los Planes Regionales de cara a solicitar el número de Centros de Emergencia con los que cuenta y se procederá a entrar en contacto con aquel que responda a las características especificadas en el apartado número 5.3.

Para la obtención de datos se ha elegido, además de la entrega del documento preliminar de cara a realizar aportaciones, el cuestionario. Dicho cuestionario será elaborado por el grupo promotor del Centro de Emergencia para Drogodependientes "Las Barranquillas" atendiendo a variables e indicadores de calidad que estén referidos a los diversos programas, acciones, actividades y situaciones que se determinen como valor de ejemplo de buenas prácticas.



© Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.



3.5.- Plan de Análisis Estadístico.

Se ha procedido a la realización de una explotación y análisis estadístico de datos tanto a nivel descriptivo como relacional.

3.6.- Plan de Trabajo.



Temporalización	Fases	Distribución de Tareas
Del 1 de Abril al 30 de Junio de 2004	PRIMERA FASE	Análisis de documentación. Elaboración del documento preliminar.
Del 1 de Julio a 31 de Agosto	SEGUNDA FASE	Selección de los Centros de Emergencia. Selección de los Directores de Centros. Envío del Manual Preliminar. Envío de Cuestionarios. Recogida de aportaciones y propuestas de modificación. Recogida de Cuestionarios. Tratamiento Estadístico.
Del 1 de Septiembre al 1 de Diciembre	TERCERA FASE	Elaboración del Manual definitivo. Edición e impresión del Manual en soporte papel y en CD-Rom. Presentación de Memoria Final de Proyecto. Envío del Manual en ambos soportes al PND. Difusión a cargo del Consejo General a los Planes Regionales, así como a cada uno de los Centros de Emergencia existentes en el territorio español.



© Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.



3.7.- Resultados Previstos y Aplicabilidad de los Mismos.

Con la presente investigación se ha pretendido la elaboración de un Manual de Buena Práctica para la atención a Drogodependientes en Centros de Emergencia y dotar de un instrumento útil a todos aquellos profesionales de la intervención sobre drogas que trabajan en dichos Centros. De igual forma, el trabajo que resulte del presente proyecto será de utilidad para todos aquellos países de la Unión Europea que tengan políticas de Reducción del Daño y hayan puesto en marcha Centros de Emergencia o tengan en previsión su ejecución y apuesten por una atención de calidad en los mismos.

3.8.- Uso del Manual de Buena Práctica para Centros de Emergencia.

A la hora de elaborar el Manual de Buena Práctica que tenéis en vuestras manos no era otra nuestra pretensión que facilitar una herramienta útil que permitiera mejorar la atención que las diferentes entidades gestoras de los Centros de Emergencia vienen prestando a los usuarios de drogas.

El presente Manual ha supuesto la realización de un trabajo de sistematización de diversas prácticas así como el diálogo y la reflexión conjunta. Gracias al trabajo base realizado por el equipo promotor - perteneciente al Centro de Emergencia para Drogodependientes "Las Barranquillas" gestionado por la Asociación CENTRO TRAMA-, ha sido posible llegar a una serie de consensos para someterlos, posteriormente, al estudio y valoración de otros Centros de Emergencia y sus equipos de cara a conformar el presente Manual que, huyendo de particularismos, nace con la pretensión de poder ser aplicado y/o tenido en cuenta en todos y cada uno de los Centros de Emergencia del territorio nacional, de los existentes y de los de futura creación.

A partir de ahora, todo un trabajo por hacer. Cada entidad debe asumir el compromiso por intentar seguir ahondando en la aplicación y mejoramiento de los contenidos del presente manual no teniendo otro horizonte que el de contribuir a mejorar la calidad de vida de los usuarios de drogas.

Sería nuestro interés que cada organización, cada equipo de trabajo y cada profesional en particular asumieran la gestión de la calidad aplicada a los Centros de Emergencia desde el convencimiento de que es gracias a la reflexión permanente sobre nuestras prácticas y una tendencia a la mejora continua, como es posible ajustar dichas prácticas a las demandas y necesidades cambiantes de los usuarios de los Centros de Emergencia que son, en definitiva, los que definen la calidad o no calidad de nuestros programas y servicios.

55



© Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.



CAPÍTULO 4

CONCEPTOS Y PRINCIPIOS BÁSICOS EN LOS PROGRAMAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS.¹



57



¹ El presente apartado está inspirado en el "Documento Marco sobre Reducción de Daños. Conferencia de Consenso". Barcelona, 2002 y la "European Letter on Risk Reduction".



© Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.



4.1.- Reducción de Daños. Conceptualización.

Si bien el objetivo último de los procesos de atención es facilitar a los individuos que participan en el mismo una serie de recursos personales que les permitan hacer frente a los problemas planteados en su vida cotidiana sin necesidad de recurrir al consumo de drogas, existen una serie de factores que determina que la abstinencia no sea siempre un objetivo alcanzable. La ausencia de decisión por parte del drogodependiente para abandonar el consumo de drogas o determinadas características, tales como la existencia de unos estilos de vida totalmente afectados por el consumo de drogas o la existencia de problemas sociales o sanitarios graves, determinan que el objetivo de la abstinencia, aunque sea deseable, no siempre sea posible en todos y cada uno de los casos abordados.

El concepto de "Reducción de Daños" como estrategia de intervención ante los problemas derivados del consumo de drogas comenzó, como hemos visto en la introducción, a finales de los años 80. Su origen se sitúa en la provincia de Mersyside (Inglaterra), zona británica que sufría una gran epidemia por el consumo de heroína y una alta prevalencia de VHB. Observando que el modelo tradicional (represivo) había servido más para agravar la situación que para minimizar el problema, se orientaron las prácticas hacia un nuevo enfoque de las drogodependencias: la reducción de daños. Los Programas de Reducción de Daños (PRDs) basados en el "Mersey Model of Harm Reduction" -modelo que sienta las bases de intervención profesional- establece como metas las siguientes:

- a) Aumentar la calidad de vida de los consumidores de drogas, es decir, mejorar el estado de salud y la situación social del colectivo.
- b) Disminuir la transmisión de la infección por VIH, VHB y VHC desde, entre y hacia los usuarios de drogas.
- c) Incrementar la toma de conciencia de los usuarios de drogas sobre los riesgos y daños asociados a su consumo.
- d) Disminuir o eliminar los riesgos y daños asociados al uso de drogas, así como las conductas sexuales de riesgo entre los consumidores de drogas.
- e) Fomentar y favorecer la aparición de conductas exentas de riesgo frente a la infección por VIH, VHB y VHC.

Clásicamente se ha definido la reducción de daños como **"aquellas estrategias individuales y colectivas destinadas a minimizar**

59



© Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.



los daños asociados al consumo de drogas sin, necesariamente, reducir o eliminar éste". Estos programas pretenden ser un complemento indispensable a los servicios dirigidos a la abstinencia, en ningún caso un sustituto de los mismos.

4.2.- Premisas del modelo de Reducción de Daños.

Las premisas básicas de este modelo señaladas por Marlatt² son:

- 4.2.1.- Se acepta la evidencia de que las personas continuarán consumiendo drogas, de que no todos los consumidores de drogas están en condiciones de realizar un tratamiento de desintoxicación y de que muchos de los que consumen no se acercan ni contactan con los servicios sanitarios existentes. Las políticas y programas no pueden basarse en ideales utópicos sobre una "sociedad libre de drogas" o una sociedad en la cual todas las personas siempre consumen las drogas de forma segura. En esta línea, habría que definir el uso de drogas como un fenómeno complejo y multicausal, que supone un "continuum" desde la dependencia severa hasta la abstinencia; lo que conlleva ampliar las intervenciones a todos los momentos del proceso.
- 4.2.2.- Estos programas, evidentemente, no pueden resolver todos los problemas asociados al consumo de drogas debiendo, por lo tanto, ser considerados como programas integrados en el marco de una política de actuación más amplia frente al consumo de drogas - que incluye también los tratamiento destinados a obtener la abstinencia de los usuarios, la atención a las familias, etc-.
- 4.2.3.- Debe tenerse en cuenta que el potencial de riesgo derivado del consumo de drogas depende del tipo de droga consumida, la frecuencia y cantidad, cómo se administra y las circunstancias físicas y sociales de este consumo. Es importante señalar que en algunos casos las políticas para reducir este consumo pueden aumentar el riesgo asociado con el uso de drogas, como cuando los usuarios de drogas no son informados sobre los servicios sanitarios disponibles o

60



² Marlatt, G.A. "Reducción del Daño: principios y estrategias básicas". V Encuentro Nacional sobre Drogodependencias y su Enfoque Comunitario. Cádiz. Centro Provincial de Drogodependencias de Cádiz. 1998.



©Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.



cuando sólo se ofrecen servicios destinados a la abstinencia.

- 4.2.4.- Las intervenciones de reducción de daños abarcan diferentes niveles: individual, comunitario y sociopolítico. Desde este modelo, se proponen intervenciones que repercutan en cada uno de los niveles dirigidas a modificar las normas y percepciones sociales, los conocimientos, actitudes y comportamientos de las personas, identificando y salvando los obstáculos existentes.
- 4.2.5.- Muchos de los riesgos relacionados con las drogas pueden ser eliminados sin reducir necesariamente el consumo de éstas. Un ejemplo obvio es el consumo intravenoso con equipo de inyección estéril frente a este tipo de consumo con un equipo contaminado con el VIH.
- 4.2.6.- Los daños asociados al consumo de drogas son multidimensionales. El receptor del daño puede ser el propio individuo, su contexto social próximo -familia, amigos, vecinos- o la sociedad en general.
- 4.2.7.- Estos programas se caracterizan por una actitud de acercamiento a los consumidores de drogas por parte de los trabajadores de estas intervenciones, que permita la implicación de los usuarios en los mismos. Sólo de este modo puede esperarse de estos programas un contacto adecuado con una parte importante de la población "oculta" de usuarios, pudiendo convertirse en programas "puente" hacia otros servicios socio-sanitarios.
- 4.2.8.- Se promueve la competencia y la responsabilidad de los propios consumidores de drogas, incluyendo, pero no limitándose al consumo de estas sustancias. Para ello se solicita la opinión de los propios consumidores en el diseño de políticas y programas creados para responder a sus necesidades y su participación activa en los mismos.
- 4.2.9.- Al mismo tiempo, se reconoce que las situaciones de precariedad social, el aislamiento, la marginación y la pobreza afectan a la autonomía de las personas y a sus capacidades para disminuir los daños y actuar de manera saludable.
- 4.2.10.- La reducción de daños es compatible con la creencia de que cada uno tiene el derecho a consumir drogas

61



© Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.



si él o ella lo quiere. Sin embargo, la reducción de daños sí reconoce la posibilidad de que el consumo de drogas puede perjudicar el juicio, y que muchas drogas pueden producir dependencia fisiológica y psicológica.

Por tanto y atendiendo a la Guía para la valoración y respuesta rápida sobre uso de sustancias y conducta sexual, elaborados por T. Rodhes y G. Stimson en 1998 para la OMS, los programas de Reducción de Daños deben dirigir sus actuaciones hacia el:

62



- ⇒ **Cambio de conducta individual** que se manifiesta muchas veces en un contexto interpersonal y que se ve influido por una serie de variables que van más allá de la mera información; por ejemplo, la conciencia y las creencias del individuo sobre los riesgos de una determinada conducta para su salud, las intenciones y motivaciones para cambiar dicha conducta, y la capacidad que tienen para efectuar dicho cambio.
- ⇒ **Cambio a nivel grupal.** Los intentos individuales por cambiar la conducta se ven influidos por las opiniones y acciones de los grupos sociales a los cuales pertenecen los individuos y por los ambientes sociales en los cuales ocurren el uso de sustancias y las conductas sexuales. Es lo que se llama "norma subjetiva o de pares". Las normas del grupo de pares influyen en la manera en que las personas se conducen. Las normas entre iguales son importantes ya que determinan si un comportamiento es aceptable o normal para el individuo y el grupo. Por ejemplo, está muy extendido en algunos grupos de usuarios de drogas inyectadas (UDIs), la falsa creencia de que tener antes la jeringuilla que la droga les trae mala suerte, con lo cual siempre se procuran ésta antes que la jeringuilla, haciendo más fácil el uso compartido de una jeringuilla que esté "a mano". Por lo tanto, el cambio individual se ve facilitado por el cambio en las normas de los iguales. El trabajo con los iguales hace evolucionar las normas de éstos en materia de conducta sexual y uso de drogas, y contempla tanto los cambios de comportamiento en el grupo como los individuales.
- ⇒ **La eficacia de estas intervenciones se ve influida por el más amplio contexto político, legal y estructural.** Donde existan leyes que castiguen las drogas o se exija la abstinencia del uso de drogas, o donde haya farmacias que se nieguen a vender preservativos, podría ser difícil, por ejemplo, desarrollar intervenciones de salud pública en este sentido.



© Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.

Para realizar intervenciones eficaces de salud pública es necesaria la colaboración de los que pueden influir en las políticas públicas, favoreciendo las intervenciones que dan prioridad tanto la reducción de los riesgos asociados al consumo y a las relaciones sexuales, como el cambio de conductas.

4.3.- Tipología de Programas de Reducción de Daños.

4.3.1.- Programas de consumo de menos riesgo. Entre ellos se encuentran:

↳ **Programas de intercambio y distribución de jeringuillas** que se pueden realizar desde diferentes lugares -farmacias, equipos móviles con educadores y "agentes de salud" en la calle, centros de atención primaria, servicios de urgencias de hospitales, centros de encuentro y acogida, etc.-

↳ **Talleres de Consumo de Menos Riesgo (TCMR):** dirigidos a proporcionar educación sanitaria que se pueden llevar a cabo tanto en los centros de atención a usuarios de drogas, como en los locales de las ONGs que trabajan con esta población.

↳ **Programas que suelen actuar en los entornos próximos a los lugares de consumo** (zonas de ventas de drogas, discotecas, etc) y que suelen ofertar materiales preventivos (jeringuillas, agua destilada, alcohol para desinfección, preservativos, etc).

4.3.2.- Programas con sustitutivos opiáceos como los Programas de Mantenimiento con Metadona (PMM) de bajo y alto umbral, fijos y móviles o los Programas de dispensación controlada de heroína.

4.3.3.- Programas de promoción de sexo más seguro como los "Talleres de Sexo Más Seguro" (TSMS) que proporcionan educación sanitaria sobre sexualidad y prevención, así como los programas o campañas que favorecen el acceso a los preservativos.

Aunque en la mayoría de los países los programas de Reducción de Daños se han desarrollado prioritariamente en torno al consumo de drogas inyectables, su campo de acción es más amplio y su metodología es aplicable a cualquier tipo de usuario de drogas y a diversos tipos de daño.

63



© Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.



Los estudios realizados con usuarios de drogas por vía parenteral (UDVPs) en distintos países europeos, demuestran que *las intervenciones de salud pública eficaces, necesitan que los servicios estén disponibles y sean accesibles a los UDVPs, que ofrezcan servicios amigables, que trabajen con personas que continúan utilizando sustancias ilegales, que desarrollen vínculos estrechos con los grupos de usuarios de sustancias, que involucren a éstos en la planificación y desarrollo de los servicios y combinen los enfoques de reducción de los riesgos, prevención y tratamiento.*

Ante la necesidad de que las medidas preventivas lleguen al máximo número de consumidores de drogas, se han desarrollado intervenciones sobre el terreno en el que se encuentran los consumidores con equipos que se desplazan a pie o en vehículos y que realizan intervenciones orientadas a las necesidades de la comunidad. Estos trabajadores de acercamiento realizan su trabajo en el terreno en que se mueven los usuarios. Se trata de una estrategia de búsqueda en contraposición de la espera clásica.

64



Atendiendo a la expansión de los Programas de Reducción de Daño en España, se podría establecer la siguiente clasificación:

A) PROGRAMAS MÓVILES:

Se caracterizan por desplazarse a las zonas marginales o de tráfico y consumo de drogas. El acceso a estas zonas se puede hacer a través de vehículos más o menos sofisticados, o por medio de educadores de calle o agentes de salud, entre los que se pueden encontrar toxicómanos rehabilitados.

Entre las intervenciones desarrolladas por estos programas pueden destacarse las siguientes:

- ↗ Dispensación de jeringuillas y preservativos.
- ↗ Información sobre recursos asistenciales.
- ↗ Servir de nexo de unión entre el consumidor de drogas y la red general de salud y servicios sociales.
- ↗ Apoyo al detenido en comisarías.
- ↗ Realización de cuidados mínimos de enfermería (curas).
- ↗ Seguimiento de posibles complicaciones orgánicas.
- ↗ Información y educación sanitaria.



© Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.

B) CENTROS DE ENCUENTRO Y ACOGIDA:

Se caracterizan por la inmediatez de algunas valoraciones diagnósticas y de algunas respuestas orientadas a mejorar déficits básicos, todo ello dentro de una perspectiva de intervención puntual y ocasional.

C) OTROS PROGRAMAS:

Dentro de esta categoría se pueden señalar diferentes modalidades de intervención, a saber:

- ↪ Programas de Vacunaciones.
- ↪ Asesoría Jurídica e Intervención en Juzgados.
- ↪ Salas de Consumo Higiénico.
- ↪ Programas de suministro de opiáceos, ya sean programas de mantenimiento con metadona de bajo umbral o de suministro de heroína.

Otra posible clasificación sería:

- ➔ **Programas de Intercambio de Jeringuillas.** Su objetivo es la disminución de enfermedades infecto-contagiosas, contactar, sensibilizar y orientar.
- ➔ **Programas de Sustitución. PMM/PTM.** Su objetivo es interrumpir o disminuir el consumo de heroína, disminuir los comportamientos de riesgo, aumentar las posibilidades de inserción familiar, y finalmente el aumento de la calidad de vida.
- ➔ **Centros de Encuentro y Acogida.** Sus objetivos son básicamente contactar, orientar y ofrecer cuidados paliativos.
- ➔ **Salas de Consumo Higiénico.** Estos dispositivos "de última generación", tienen como objetivos el reducir las patologías asociadas a las drogodependencias así como adiestrar a los sujetos en el empleo de técnicas correctas de venopunción.
- ➔ **Programas de Medio Abierto.** Sus agentes son educadores de calle o ex-toxicómanos y pretenden un acercamiento y toma de contacto con colectivos de alto riesgo y difícil acceso desde la red normalizada socio-sanitaria.
- ➔ **Materiales Informativos-Preventivos.** Con el objetivo de disminuir los riesgos de consumo.

65



© Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.

➔ **Programas de ámbito policial o penitenciario.** Destinados a disminuir comportamientos de riesgo, contactar y orientar hacia la red, propiciar cuidados de salud, etc.

➔ **Programas en el ámbito político y de los mass-media.** La representación social en la configuración de políticas y programas de actuación es fundamental, por lo que será importante el intercambio de información veraz y objetiva sobre nuestras prácticas y evaluaciones con estas dos instancias generadoras de opinión. El abogar por una información veraz, es una estrategia eficaz para los Programas de Reducción de Daños.

De este modo constatamos que los *Programas de Reducción del Daño*, suponen una nueva concepción en el abordaje de las drogodependencias, reconociendo que no todos los consumidores de drogas pueden o quieren iniciar un tratamiento orientado a la abstinencia y que no por ello, tenemos que dejar de intervenir y establecer otras estrategias y objetivos de intervención.

66



Se trataría de establecer mayores probabilidades de contacto y relación para disponer a partir de ahí de mayores posibilidades de incidir en la curva de motivación para el cambio y disminuir así el riesgo y daño.

Los objetivos de estos programas requieren, como condición previa, el fomento del desarrollo de políticas sanitarias y sociales mediante la habilitación de una red de asistencia para los drogodependientes adaptada a sus necesidades y demandas y consecuentemente, aumentar su posibilidad de acceso al sistema sanitario. Esto conlleva la creación de recursos para drogodependientes que, por diversas circunstancias, no están en condiciones de iniciar un tratamiento y ayudar en la aceptación de las drogodependencias, como una realidad que, por el momento, no dejará de existir.

En el intento de establecer una distinción de las áreas de intervención objeto de estos programas y los objetivos que se persiguen conseguir en cada una de ellas, destacamos cuatro principales:

a) Sanitaria:

a.1.- Orgánicos:

- Disminución de muertes por sobredosis.
- Disminución de infecciones relacionadas con el consumo de drogas: VHB, VHC, VIH/SIDA, tuberculosis, ETS, etc.



© Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.

- Disminución de patologías relacionadas con el "modus vivendi" de los drogodependientes.

a.2.- Psicológicos:

- Aumento de la capacidad autónoma, autoestima y autoconcepto.
- Intervención en crisis. Soporte emocional.
- Promoción del autocontrol y salud mental.

b) Social:

- Disminución de conductas asociales derivadas del consumo de drogas: delincuencia, prostitución, criminalidad, etc.
- Reducción de la conflictividad legal en términos de juicios, excarcelaciones.
- Contener la degradación marginalizadora.
- Disminución de la alarma social en los barrios próximos a las zonas de consumo y tráfico.
- Derivado de la anterior, reducción del rechazo y aversión hacia la figura del toxicómano.

67



c) Familiar:

- Disminución del desarraigo.
- Reducción de las crisis familiares producidas por la existencia de un miembro drogodependiente.
- Soporte o contención de los familiares.

d) De tratamiento:

- Modificar los hábitos de consumo de drogas: cambio de vía de administración, sustancias, modo de consumos, etc.
- Reducción de consumos.
- Posibilitar en los usuarios el que puedan plantearse objetivos más ambiciosos.



© Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.

- Diversificación en la intervención. Diseño articulación de modos diferentes de intervenir atendiendo a cada usuario y su trayectoria.

4.4.- La eficacia de los Programas de Reducción de Daño.

Son ya numerosos los estudios que señalan la capacidad de los UD's para modificar sus conductas a fin de reducir los riesgos relacionados con su consumo (Pomo, I 1993).

De hecho el introducir Programas de Reducción de Daños ha conseguido la estabilización de la prevalencia del VIH y otras infecciones sanguíneas entre los consumidores de drogas en los lugares donde se han implantado este tipo de Programas. La intervención en salud pública contribuye a fomentar el cambio de conductas por parte de los UD's, y esto a su vez ha ayudado a mantener los niveles de infección por VIH entre los usuario.

68



La evaluación de los PRD's indica que no han producido efectos negativos como algunos presagiaban y, en general, entre los consumidores asistidos se han evidenciado una reducción de la prevalencia de factores de riesgo (consumo de drogas ilegales, inyección, compartir jeringuillas, prácticas sexuales con riesgo) y el riesgo de muerte o infección por VIH. Del mismo modo, estos programas han permitido contactar con muchos consumidores y en algunos casos mantener ese contacto de manera prolongada. De manera general, podemos constatar que los riesgos asociados a los modos de administración de las sustancias han sido muy notorios, mientras que los cambios en las conductas sexuales en base a la mayor disponibilidad de preservativos han sido más modestos.

Hoy por hoy, no se discute la efectividad de los PRD's y se estudia la mejor manera de implementarlos. Los PRD's constituyen una alternativa eficaz para la prevención de la infección y transmisión del VIH, así como de la VHB y del VHC aparte de ser en sí mismos un modelo de acercamiento y tratamiento de los problemas ocasionados por el uso de drogas.



©Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.



De manera sintética podemos afirmar que los **PRDs** han conseguido diferentes **resultados** que redundan en beneficio de los UDIs y de la sociedad en general, a saber:

- ↪ Reducción de la incidencia de infecciones asociadas al consumo de drogas.
- ↪ Aumento del número de usuarios que han sido atendidos en otros recursos y programas.
- ↪ Aumento de las personas drogodependientes que, a partir de sus contactos con la Justicia, inician algún tipo de tratamiento.
- ↪ Disminución de las sobredosis y otras urgencias hospitalarias.
- ↪ Control de enfermedades diversas.
- ↪ Reducción de delitos asociados al modo de vida del drogodependiente.
- ↪ Reducción de la morbilidad y mortalidad.

69



4.5.- De los Centros de Emergencia y de las Salas de Consumo Higiénico o Salas de Venopunción.

4.5.1.- De los Centros de Emergencia.

Este tipo de recursos aparecen citados, por primera vez, en el año 1990 en una propuesta elaborada por la **Comisión Mixta Congreso-Senado** para el Estudio del Problema de la Droga en la que establecía *“habilitar, en las grandes ciudades, centros abiertos 24 horas para situaciones que requieran una atención inmediata”*. La Comisión definió en su momento estos centros como **Centros de Emergencia Social**.

El Plan Nacional sobre Drogas, tomando el testigo de la Comisión, ratificó diversas propuestas respecto al diseño de estrategias a fin de contactar y atender a una tipología poblacional afectada por problemas socio-sanitarios asociados al consumo de drogas. Esta población reunía las siguientes características:

- No acude, o no lo hace de manera regular, a los centros de tratamiento de drogodependencias.
- Reúne características de exclusión comunes a otras poblaciones marginales, agravadas en este caso por presentar importantes problemas de salud (infección por VIH, VHB, VHC, ETS, etc.)



© Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.



- ❑ Constituye una población de alto riesgo sanitario y social, para sí mismo y para los demás.

Sería en el año 1992 cuando el Ministerio de Asuntos Sociales, incluyera en la convocatoria de ayudas con cargo al 0,52% del I.R.P.F., para ONGs, subvenciones para la puesta en marcha de centros de emergencia social, a los que ya definía entonces como **centros de acogida inmediata que proporcionan información, intervenciones de reducción del daño, mejora de la calidad de vida de los usuarios y mediación ante otros recursos**".

En el período comprendido entre 1991 y 1994, la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas trabajó en el estudio y diseño de este tipo de centros, con el fin de elaborar un documento técnico que pudiera servir de referencia en el posterior desarrollo e implementación de estos dispositivos de atención a drogodependientes. Para la realización de dicho documento se tuvo en cuenta la experiencia que, en este tipo de centros, se venía desarrollando en ciudades como Amsterdam, Rotterdam, Zúrich, Barcelona, Palma de Mallorca. Los objetivos de los centros que habían visto la luz en estas ciudades iban orientados a:

70



- ➔ Aceptar el fenómeno social de las drogodependencias.
- ➔ Mejorar la calidad de vida de los consumidores.
- ➔ Reducir los riesgos producidos por el consumo de drogas, tanto los derivados del consumo crónico, como de las condiciones y circunstancias en que se lleva a cabo dicho consumo.
- ➔ Disminuir las posibles barreras para el acceso a los servicios socio-sanitarios (por tanto, no dirigir las intervenciones exclusivamente hacia la desintoxicación) y propiciar que puedan acceder a ellos el máximo número de adictos.
- ➔ Conseguir contactar con adictos que no solicitan ayuda y que se hallan en situaciones de emergencia psicofísica y social.
- ➔ Reducir el número de consumidores.



© Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.

- Crear dispositivos que permitan, a la larga, el acceso a tratamientos libres de drogas o con sustitutivos y la instrumentación de programas de prevención.
- Favorecer medidas que eviten la marginación social y sanitaria a personas con problemas de consumo de drogas.

Este tipo de Centros de Emergencia hay que situarlos en un conjunto de estrategias, tanto individuales como colectivas, que se desarrollan en el ámbito social, sanitario y terapéutico encaminadas a minimizar los efectos negativos relacionados con el consumo de drogas.

Límites de los Centros de Emergencia.

Los límites de los centros de Emergencia vienen dados por las características propias del recurso y por la función que cumplen. A fin de prestar una atención de calidad que responda a los objetivos que marcan las directrices de estos centros, debemos tener en cuenta que un Centro de Emergencia:

Es un Centro especializado de atención a drogodependientes en activo y que, por lo tanto, no supe los Centros de Tratamiento de Drogodependientes.

- ❑ Es un Centro en el que se desarrollan servicios básicos de asistencia sanitaria y social pero que, en ningún momento, suplen los Centros de Servicios Sociales y las prestaciones sociales propias de dichos centros: ayudas económicas, tramitación de pensiones, etc.
- ❑ Es un Centro en el que se presta asistencia básica sanitaria y social pero, de ningún modo, puede suplir a los Centros de Atención Primaria de Salud.
- ❑ Es un centro dirigido a la población drogodependientes con unas características concretas y por lo tanto especializado. De ninguna forma será un recurso destinado a la población en general.
- ❑ Es un centro que requiere la presencia de profesionales con experiencia y unas condiciones determinadas de infraestructuras y espacios.
- ❑ Un límite no menor es la incomprensión de los profesionales de las diferentes redes de atención con las que deberá conectar el recurso.

71



© Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.



- ❑ De igual forma, la incompreensión social ante el hecho de que las personas con problemas derivados del abuso de drogas, reciban atención especializada.
- ❑ La conflictividad vecinal, como muestra de la negativa de aceptar centros de estas características, se convierte también en un límite importante a la hora de poner en marcha un tipo de recurso como el que presentamos a continuación.
- ❑ Diferentes problemas de índole interna al centro: desbordamiento de la demanda, número excesivo de usuarios, problemas de local, desajustes en la realización de tareas, etc: se presentan también como límites.

A continuación, introducimos una breve exposición sobre las salas de venopunción como dispositivos de "última generación" en reducción de daños, abogando por la introducción de cabinas para la venopunción dentro de la carta de servicios de los Centros de Emergencia de cara a ofertar una atención integral a los usuarios drogodependientes.

72



4.5.2.- De las Salas de Venopunción o Salas de Consumo Higiénico.

Las salas de Venopunción -también conocidas como "narcosalas" o salas de consumo higiénico- son dispositivos asistenciales en los que las personas drogodependientes pueden consumir drogas bajo supervisión médica y utilizando materiales estériles proporcionados por el Centro. La sustancia, normalmente heroína, pero también cocaína o la mezcla de ambas- es aportada por los propios consumidores, a quienes se ofrecen además otros servicios como asesoramiento personal, atención médica, cuidados básicos de higiene y alimentación, o derivación, en caso de desearlo, a otros servicios sociales de atención a las drogodependencias.

La primera sala de venopunción, tal y como se entiende en la actualidad, abrió sus puertas en la ciudad de Basilea en 1986. La iniciativa se extiende rápidamente a otras ciudades de Alemania, Suiza y Holanda. La primera sala española, el Dispositivo Asistencial de Venopunción (DAVE) de la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid abrió sus puertas en el año 2000. Existe otro Centro de este tipo en Barcelona y que trabaja en el poblado de Can Tunís denominado Espacio de Venopunción Asistida (E.V.A.). En el mes de Noviembre de 2003 abrió las puertas la última sala de venopunción del territorio español en la ciudad de Bilbao. En 2002 se abrió en Zurich una sala de inhalación de drogas, ya que muchos usuarios de las salas han cambiado la vía de administración, de la inyectada a la fumada o esnifada, y no podían utilizar las salas en principio previstas sólo para la



© Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.



inyección. Numerosos centros, en cualquier caso, admiten tanto la administración inyectada como la inhalada.

Las salas de consumo higiénico -que en inglés se conocen también como salas de inyección segura- no se limitan a ofrecer un lugar para el uso supervisado de drogas. Normalmente, ofrecen además programas de intercambio de jeringuillas, servicios de asesoramiento y orientación personal, y, muy a menudo, atención médica. Tras visitar un conjunto de 20 salas de venopunción en Frnacfort, Hamburgo, Zurich, Berna, Rotterdam, Amsterdam, Arnhem y Sydney, un grupo de investigadores norteamericanos³ destacó que la mayoría ofrecen también, junto a los ya señalados, servicios básicos como café, duchas y lavandería. De las veinte salas alemanas analizadas, en siete se ofrecían además servicios de formación profesional, en tres camas para pernoctar y en otras tres servicios de prescripción de metadona. Normalmente suelen ser gestionadas por entidades sin fines de lucro, concertadas o no con la Administración Pública, y en ellas trabaja personal médico y de atención social. En algunos casos, pero no en todos, la gestión del Centro es realizada por voluntarios.

En el año 2000 se contaban 45 salas de venopunción a lo largo de Europa. Pocos años más tarde, a mediados de 2003, existían 61 salas en 35 ciudades de siete países: Suiza (13 salas), Alemania (22), Holanda (21), España (3), Canadá (1) y Australia (1). Se están preparando además nuevos dispositivos de este tipo en ciudades como Cambera, Luxemburgo y Oslo, y existen proyectos menos avanzados y propuestas de apertura en Dinamarca, Canadá, Francia o Italia. Junto a la evidente proliferación de salas de venopunción, un respaldo importante a la validez de este tipo de centros ha llegado del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, una agencia de la UE con sede en Lisboa, que celebró en Septiembre de 2002, una reunión de expertos sobre el particular y que ha publicado un informe (mirar nota 5 a pie de página) sobre el desarrollo de estos centro, el marco legal en el que se desenvuelven y la evidencia científica disponible sobre su efectividad.

73



³ BROADHEAD, R y OTROS. Saber injection facilities in North America: their place in public policy and health inciatives, *Journal of Drug Sigues*, vol. 32, nº 1, pp 329-356, 2002



©Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.



CAPÍTULO 5

BUENAS PRÁCTICAS LIGADAS AL PROCESO DE INTERVENCIÓN EN LOS CENTROS DE EMERGENCIA



75



© Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.



5.1.- Definición del Centro de Emergencia.

La Drogodependencia, considerada por la OMS, como una enfermedad crónica recidivante¹, muchas veces asociada a Patología Dual², afecta a un colectivo de difícil intervención terapéutica: por su marginalidad social y legal, por su atípica demanda de atención. Representa una población de alto riesgo sanitario y social, tanto individual como comunitario; muy numerosa en Comunidades Autónomas como la Comunidad de Madrid, el País Vasco o Cataluña en la que acertadamente se ha definido el **Síndrome de Vulnerabilidad Adquirida**³ (pobreza extrema, dependencia de la heroína y otras drogas, tuberculosis y VIH-SIDA).

Para abordar el problema, si no con toda eficiencia (criterio no siempre aplicable en Salud Pública), al menos con suficiente efectividad, surge la necesidad del presente recurso socio-sanitario idóneo, con funciones progresivas, graduales y complementarias, esenciales para la Salud Pública.

El **Centro de Emergencia** es un **Centro Socio-Sanitario**⁴, para la Atención Primaria⁵ del problema crónico de la drogodependencia, formado por un Equipo de profesionales, multidisciplinar, basado en el trabajo en equipo⁶ y, con funciones y actividades definidas, sustentadas en **Programas y Protocolos/Guías de Actuación**⁷, fundamentados, en criterios científico-técnicos, mediante los que intervenir sistemáticamente de forma progresiva, gradual y complementaria⁸, facilitando la **Emergencia Social**⁹ y la satisfacción de los usuarios, para poder realizar un abordaje integral y de calidad, permitiendo con la **búsqueda activa de casos** (case finding)¹⁰ y su seguimiento, una óptima **Atención del Drogodependiente**.

77



¹ OMS. Ginebra. 1982.

² CABRERA FORNEIRO, J. "Patología Dual". 1998.

³ "La Tuberculosis. Un problema de Salud Pública". INSALUD. 1999.

⁴ VILLACAMPA, T. "Atención Socio-Sanitaria. Centros Socio- Sanitarios." 1999.

⁵ MARTÍN ZURRO, A, CANO PÉREZ, J.F. "Atención Primaria". 4ª Edición. 1999

⁶ RUÍZ DE ARANDA, R. GÓMEZ GASCÓN, T, FUERTES LEAL, C: "Organización de las actividades asistenciales del EAP". Ed. Doyma. 1993.

⁷ JIMÉNEZ VILLA, J. "Programación y protocolización de actividades". 1993.

⁸ "Guía de Actuación de Atención Primaria". SEMFYC. 1999

⁹ MARCOS FLORES, A. "Abordaje del paciente toxicómano". 2000

¹⁰ MARTÍN ZURRO, A, CANO PÉREZ, J.F: "Atención Primaria" 1999



© Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.



La Atención Primaria prestada al toxicómano en el Centro de Emergencia, se desarrollaría mediante la **función gatekeeper**^{11 12} que permita servir como **puerta de entrada** de usuarios toxicómanos activos, realizando en la **recepción-captación** de los mismos, intervenciones rápidas, comenzando su **normalización** bio-psico-social, para después posibilitar la **gestión de derivaciones** hacia otros recursos del sistema asistencial.

En la **puerta de entrada**, se aceptaría al drogodependiente, independientemente de su conducta adictiva presente, con un código normativo para el usuario de mínima exigencia¹³ y una estrategia de encuentro y acogida, reforzadores ambos de la adherencia al dispositivo y facilitadores por ello de la emergencia social, lo que ayudaría a un conocimiento real de la población toxicómana, que por sus características no acuden a otros recursos especialmente de los más desestructurados, facilitando el abordaje socio-sanitario. Con la **recepción-captación** y sus intervenciones rápidas, **orientadas a la reducción de daño y riesgos asociados al consumo de drogas**¹⁴, fundamentalmente mediante la información para la Educación y Promoción de la Salud; mejora *in situ* del estado de salud y calidad de vida del usuario, al prestarles atención primaria básica y cuidados mínimos, alimentación e higiene básicas y albergue temporal.

78



Con ellas se iniciaría su **normalización biopsicosocial**, que habría de progresar mediante otras actuaciones, factibles y pertinentes, **orientadas al cambio**¹⁵ del drogodependiente, encaminadas a reducir las patologías prevalentes en el colectivo, especialmente el **cribado sistemático**¹⁶ de las enfermedades transmisibles, con la consiguiente disminución de riesgo, individual y comunitario y, la alarma social que generan.

Posteriormente, una vez logradas, al menos una mínima recuperación del usuario, se desarrollaría la **gestión de derivaciones** hacia la red asistencial normalizada, **orientada a la integración socio-sanitaria** del toxicómano, canalizándolo hacia otros recursos

¹¹ El nuevo SNS británico. MIMEO. INSALUD. MADRID. 1998

¹² GÓMEZ DE LA ESCALERA, J.F. "Reformas sanitarias en Europa y su influencia en la APS en España". CUSP. 2000.

¹³ Plan Regional sobre Drogas de la Comunidad de Madrid. CM. 1995.

¹⁴ Plan Regional sobre Drogas de la Comunidad de Madrid. CM. 1995.

¹⁵ "Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud". SEMFYC. 2ª Edición. Tomo I.

¹⁶ Integración Sociosanitaria. UNED. 2000



© Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.



disponibles que posibilitarán su rehabilitación y reinserción/inserción social.

Complementariamente se desarrollaría una **función docente e investigadora**¹⁷, accediendo a un mejor conocimiento del problema de las toxicomanías, tanto en su vertiente científica, como para la intervención terapéutica, y una **función de concienciación social**, que fomentase la **Participación Comunitaria**, haciendo a la sociedad, participe y responsable del problema de la drogodependencia, que implica a todos y lo únicamente al colectivo directamente afectado.

5.2.- Población Destinataria.¹⁸

La población beneficiaria de la carta de servicios con la que cuentan los Centros de Emergencia, está constituida por personas con problemas de drogodependencias que se encuentran en alguna de las siguientes circunstancias:

5.2.1.- Criterios de Inclusión.

- ✓ Que sin haber optado por el abandono del consumo de drogas o la adicción a las mismas, se encuentren desconectados de las redes sanitarias y sociales.
- ✓ Que se encuentren en situación de marginación y crisis grave, presentando situación de abandono y/o ruptura familiar.
- ✓ Que no tengan vivienda estable, presenten problemas judiciales, legales o económicos.
- ✓ Que sufran problemas de deterioro físico debido a los escasos o nulos hábitos higiénicos y alimenticios.
- ✓ Que presenten también en muchos casos diversas patologías infectocontagiosas como VIH, VHC, VHB, VHA, TBC, etc., que se agravan por mantener conductas de riesgo como son: compartir jeringuillas, no usar preservativos en las prácticas sexuales, etc.
- ✓ Con patología psiquiátrica asociada al consumo de drogas.

79



¹⁷ MEJÍA, A "Educación continuada. Marco conceptual, políticas y programas de la OMS". Atención Primaria. 1985.

¹⁸ "Programa de Intervención en los Centros de Encuentro y Acogida de Andalucía" Junta de Andalucía, 2004



© Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.



5.2.2.- Criterios de Exclusión.

No podrá ser atendido en el Centro de Emergencia toda aquella persona que no presente problemas de drogodependencia y que no cumpla con alguno de los criterios de inclusión señalados anteriormente, así como toda persona menor de edad.

Los requisitos exigibles a los usuarios interesados en utilizar los servicios del Centro serán mínimos: prohibición de consumir -salvo la dosis correspondiente para el uso particular destinada a su administración supervisada dentro del espacio habilitado para la venopunción- o traficar drogas y de cualquier expresión de violencia física o verbal. Del mismo modo, el Centro será accesible para cualquier drogodependiente que lo desee. No se le exigirán requisitos previos y se le ofrecerá una acogida inmediata. Sólo en el caso de derivaciones desde otros servicios socio-sanitarios se le solicitará, en la medida de lo posible, una información previa que permita mejorar la atención a dispensar.

80



5.3.- Reglamento de Régimen Interno.

Para poder permanecer en el Centro de Emergencia, y beneficiarse de los servicios que en él se ofrecen, es imprescindible conocer, aceptar y cumplir las normas contempladas en su Reglamento de Régimen Interno. Dicho reglamento, estará encaminado a mantener la convivencia y seguridad de todos los miembros del Equipo, así como la de los usuarios que accedan al dispositivo, considerándolo, según la definición del recurso, como de mínima exigencia, pero de obligado cumplimiento. El citado reglamento deberá atenerse a lo estipulado la legislación vigente reguladora de las actuaciones inspectoras y de control de los Centros de Acción Social, y será elaborado por el Equipo Técnico del Centro de Emergencia teniendo en cuenta, las disposiciones vigentes en cada Comunidad Autónoma que establecen las directrices y líneas generales para la elaboración de planes de prevención y atención frente a potenciales situaciones conflictivas con los ciudadanos en los centros e instituciones sanitarias públicas.

El incumplimiento de todas o alguna de ellas, será sancionado en función de la gravedad de la/s norma/s transgredida/s.

NORMAS

a) Normas cuya transgresión implica falta MUY GRAVE:

- 1.- Amenaza o agresión física y/o verbal a cualquier miembro del Equipo.



© Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.



- 2.- Tenencia y muestra en público de algún tipo de arma u objetos susceptibles de ser utilizados como tales.
- 3.- Consumo, tráfico o incitación al uso de drogas en el Centro.

b) Normas cuya trasgresión implica falta GRAVE:

- 1.- Acceder a determinadas dependencias del Centro, sin autorización expresa (despachos, enfermería, área de Equipo, etc.).
- 2.- Dañar el material y/o mobiliario del Centro.
- 3.- No cumplir los horarios establecidos, o no asistir a las citas programadas.

CONSECUENCIAS

- 1.- Incurrir en cualquiera de las faltas consideradas como MUY GRAVES es motivo de derivación a otro dispositivo de la red por lo que la persona afectada no podrá recibir los servicios del Centro, durante un periodo mínimo de entre UNO a TRES MESES.
- 2.- En caso de expulsión directa por Agresión Física, la derivación a otro dispositivo será por un período mínimo de SEIS MESES.
- 3.- Ante la trasgresión de faltas GRAVES, se decidirá por el Equipo de Profesionales, las sanciones a aplicar en cada caso.

Con el fin de facilitar a los usuarios el conocimiento de estas normas se expondrán en lugares visibles dentro del Centro, además se elaborará una hoja informativa que se facilitara a todo usuario que acceda al Centro con lo que debe recordar del mismo.

DERECHOS Y DEBERES DE LOS USUARIOS.

Los usuarios de los Centros de Emergencia tendrán los siguientes **derechos**:

1. Derecho a la intimidad y no divulgación de los datos personales que figuren en sus expedientes o historiales, todo ello de conformidad con lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

81



© Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.



82



- II. Derecho a la integridad física y moral, y a un trato digno tanto por parte del personal del servicio como de los otros usuarios/as.
- III. Derecho a no ser discriminado en el tratamiento por razón de edad, nacimiento, raza, sexo, orientación sexual, religión, opinión o cualquiera otra condición o circunstancia personal o social.
- IV. Derecho a una atención individualizada acorde con sus necesidades específicas realizada por un equipo multidisciplinar conformado por profesionales acreditados.
- V. Derecho a participar en las actividades que se realicen en el Centro.
- VI. Derecho a formular quejas y reclamaciones a los responsables del Centro a través del Libro de Quejas y Reclamaciones del mismo.
- VII. Derecho a cesar en la utilización de los servicios o en la permanencia en el Centro por voluntad propia.

Los/as usuarios/as de los Centros de Emergencia tendrán los siguientes **deberes**:

- I. Observar una conducta inspirada en el mutuo respeto, tolerancia y colaboración, encaminada a facilitar una mejor convivencia entre los/as usuarios/as y el personal que presta sus servicios en los Centros.
- II. Respetar los derechos de los demás usuarios.
- III. Cumplir con las normas que rijan el funcionamiento interno del Centro.
- IV. Facilitar correctamente los datos que puedan dar lugar al derecho a la prestación o servicios.
- V. Facilitar el ejercicio de las tareas de los profesionales que atienden el Servicio.
- VI. Ser correctos en el trato con las personas que prestan el Servicio, respetando sus funciones profesionales o de otra índole.

Además, existirá en cada uno de los Centros de Emergencia una norma de funcionamiento de cada uno de los servicios/programas/subprogramas con los que cuenta el Centro que deberán cumplir los usuarios y que les será facilitado en el



© Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.



procedimiento de Acogida, el primer día de su llegada al Centro de Emergencia.

Existirá, igualmente, un cuaderno/libro de reclamaciones en el que los usuarios puedan manifestar sus quejas o sugerencias.

5.4. Método Operativo.

De manera genérica, el Centro de Emergencia para Drogodependientes, es un Centro dedicado a la población consumidora de drogas que no se encuentra en el momento de llegada al dispositivo, en tratamiento de su drogodependencia.

Al Centro de Emergencia, se puede acceder directamente a petición propia del usuario, derivado por otro Centro de Red Asistencial de Atención a Drogodependientes propia de cada Comunidad Autónoma o por cualquier otro de la red socio-sanitaria. En ningún caso es obligatoria la derivación desde otro dispositivo.

La permanencia en el Centro de Emergencia no conlleva obligación de participar en todos los servicios que en él se prestan. Se puede acudir demandando un servicio concreto, aunque no esté interesado en el resto de servicios ofertados.

Cuando la demanda supere la capacidad asistencial del Centro de Emergencia, se limitarán las posibilidades de disfrutar los servicios de estancia y descanso nocturno y de utilización de cabina de venopunción. Esta limitación no se aplica en aquellos casos en los que haya una demanda específica de apoyo a su intervención por parte de cualquier otro centro de la red sociosanitaria.

Para ser atendido en el Centro de Emergencia, no es necesario estar en posesión del carnet de identidad, tener cartilla de la seguridad social o cualquier otro documento de identificación.

Cualquier persona que acude al Centro por primera vez, tiene derecho a ser atendido lo antes posible.

Si la demanda no se corresponde con las posibilidades asistenciales del Centro se le derivará al recurso que pueda ayudarle a solucionar sus dificultades.

5.4.1 Circuito de Llegada. Acogida:

- A)** La primera vez que la persona acude al dispositivo, cualquier miembro del Equipo Técnico (entendemos por Equipo Técnico el formado por los profesionales cuya titulación universitaria habilita para ejercer la profesión del perfil profesional requerido: Médico, DUE, Trabajador Social, Psicólogo, Educador Social, Terapeuta Ocupacional, etc), lo recibirá

83



© Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.



haciéndole lo que se denomina la "Acogida" que abarca los siguientes puntos:

1) Asignación del Número de Expediente: cuando se produce la entrada del usuario en el Centro de Emergencia se le preguntará si es la primera vez que acude o ha estado en alguna otra ocasión. Esto se comprobará en la base de datos creada a tal fin.

1.1.- Si es la primera vez que acude al Centro: primero se valorará si cumple el perfil para ser atendido en el Centro. Si lo cumple, se le pide el nombre y se le asigna un número de expediente (nº correlativo de 4 dígitos y personal).

Una vez cumplimentada la "Acogida" se abre la "Carpeta de Usuario" que se identificará con el número de expediente del mismo. (En algunas Comunidades Autónomas, como es el caso de la Comunidad de Madrid, se utiliza el denominado RAD - Registro Acumulado de Datos- que asigna a cada usuario un código compuesto por las dos primeras letras de su primer apellido, más las dos primeras letras de su segundo apellido, más su fecha de nacimiento) Además, si existe sospecha fundada de padecer enfermedad infecto-contagiosa por vía aérea en fase activa, será derivado al personal sanitario del Centro para su valoración diagnóstica.

En el caso de **menores de edad**, si cumple el perfil de población atendida en el Centro, se le ofrecerá los servicios como a cualquier otro usuario, pero tanto en el caso de que sean consumidores como si no, **tenemos la obligación de comunicar su situación** de desamparo ante la institución competente en la materia, así como comunicar al usuario esta obligatoriedad, y en el caso de que el menor esté de acuerdo, gestionar los recursos necesarios para solventar su situación tanto de desamparo como de consumidor de drogas.

En el caso de **gestantes drogodependientes** serán derivadas al personal sanitario del Centro a fin de trabajar con ellas la Reducción de Daños y Riesgo así como la valoración de su estado de Salud.

Cuando se detecten casos de **usuarios drogodependientes inmigrantes** de otros países que no pertenezcan a la Unión Europea, serán derivados a

84



© Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.



la Trabajadora Social del Centro para su valoración y planificación de una intervención individualizada.

Cuando en el momento de la Acogida se detecten casos de posible **patología dual**, es decir, cuando se detecte que un usuario padece algún tipo de trastorno psicológico o psiquiátrico además de la adicción a las drogas, será derivado al Médico del Centro para su valoración e intervención, viendo la posibilidad de trabajar el caso en coordinación con el psicólogo y demás miembros del equipo de atención.

1.2.- Si ha acudido en otras ocasiones al Centro: se confirma si está incluido en la "Base de Datos de Usuarios de Alta en el Centro" creada a tal fin. Si en ese momento hay más usuarios demandantes que plazas disponibles en el Centro se le registrará en la "Lista de Espera" creada al efecto, para permanencia en sala y área de pernocta. En este caso, podrá beneficiarse del resto de servicios del Centro.

Serán incluidos directamente en el "Listado de Usuarios de Alta en el Centro" aquellas personas que, cumpliendo el perfil, acuden directamente procedentes de hospital, Centro de Tratamiento de Drogodependencias o Prisión.

La lista de espera será gestionada por la Dirección, que irá dando de alta a los usuarios por orden en que se apunten en la misma a medida que la capacidad asistencial del Centro lo permita.

Cuando transcurran 15 días sin que el usuario acuda al Centro se le dará de baja y cuando reaparezca se seguirá el procedimiento explicado anteriormente.

El "Listado de Usuarios de Alta en el Centro" se actualizará diariamente en el ordenador y se podrá imprimir cuando finalice cada turno. En este último se constatarán todas las personas que han acudido al Centro y que están de alta en ese momento.

El equipo irá actualizando la tabla "Listado de Ingresos en el Centro" de la base de datos a medida que se produzcan ingresos en el Centro para poder hacer el seguimiento de los mismos y así quede constancia de los usuarios del Centro.

85



©Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.



86



2) Información General del Funcionamiento del Centro: en la "Acogida" se le dará una información general del Centro, de los servicios que puede utilizar y del procedimiento para hacerlo y los profesionales que le van a atender. Se le ofrece la posibilidad de tener citas con el/la Trabajador/a Social, con el/la Médico/a, con el/la Enfermero/a y con el/la Psicólogo/a.

3) Normas del Centro: se explican al usuario las normas básicas que deberá respetar durante su estancia en el Centro para garantizar el buen funcionamiento del mismo y facilitar la convivencia dentro del recurso. Así mismo se le informará del conjunto de derechos y deberes que le amparan, informándole además de que el incumplimiento de las normas conlleva la aplicación de una consecuencia en función de la gravedad.

Junto con los horarios de prestación del servicio se detallarán en un tríptico las normas y los horarios. Este tríptico será emitido por el Director del Centro con una fecha de emisión de tal manera que cada vez que se produzcan modificaciones será responsable de la retirada y de la distribución de la copia en vigor. Las normas y los horarios del Centro se situarán también en zonas visibles del Centro para información de los usuarios.

A cada usuario se le hará entrega de un tríptico informativo.

4) Información de Recursos Sociales Básicos: se hará entrega al usuario de una "Lista de Roperos" y un tríptico de "Direcciones Útiles" que incluirá direcciones de albergues, centros para pasar la noche, comedores, baños públicos y roperos públicos.

5) Valoración de PPD y Realización si procede: se le indicará que a continuación tendrá que ver al sanitario de turno (en caso de que no sea éste el que le esté acogiendo) el cual valorará la pertinencia de realizarle la prueba de Mantoux o PPD y lo realizará en caso afirmativo.

6) Derivación a Trabajadora Social: aquellas personas que acudan al Centro, por el horario o alguna de las prestaciones que se ofrecen, que no sean drogodependientes en activo, serán informados por el personal de turno.

En caso de contar con la presencia en el Centro de la Trabajadora Social, serán derivados a ella y será su función informarles de los recursos a los que pueden acceder, lo que conllevará la realización de una entrevista individualizada y las consiguientes gestiones telefónicas. Además la atención a los usuarios del Centro desde el Trabajo Social está encaminada a recoger la demanda inicial del usuario y, tras valorarla, en



© Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.

muchas ocasiones conjuntamente con el equipo, reconducirla y ponerlos "en contacto" con la red "normalizada" de recursos.

Además, en la primera Acogida, el profesional del Centro que realice la misma, informará al usuario de la existencia de un **Servicio de Consigna**. Este servicio estará a disposición de los usuarios del Centro que vayan a permanecer dentro de la sala de estar o del área de pernocta,. Para este servicio se habilitará una sala con llave en la que los usuarios deberán dejar sus pertenencias durante el tiempo de permanencia en el centro.

A tal fin, se realizará por el profesional que realice la Acogida, la Hoja de Registro de Consigna en el que se hará firmar al usuario un documento que exima al personal del Centro de toda responsabilidad en el caso de que el usuario alegara robo o hurto de sus pertenencias y se introducirán en una caja hermética en la que se apuntará su número de alta en el Centro. Transcurrido el tiempo de estancia del usuario en el Centro, se le hará entrega de sus pertenencias previo cotejo de lo declarado al entrar y de lo que recoge al salir.

Se establecerá un periodo de tiempo tras el cual el usuario deberá retirar sus pertenencias. Si en el plazo requerido el usuario no hubiera retirado sus pertenencias, el Equipo Técnico entenderá que no desea seguir conservándolas procediendo a su depósito en el contenedor de basuras.

87



B) Intervenciones en disminución del daño y de los riesgos:

Los usuarios del Centro de Emergencia recibirán por parte del/los profesional/les que esté/n de turno: Médico, D.U.E., Psicólogo, Trabajador Social o Educador, intervenciones destinadas a la disminución del daño y de los riesgos: inyección higiénica, "Chino" correcto, "Pipa" correcta y "sexo seguro". Así mismo se le ofrecerá la posibilidad de realizarse análisis y de vacunarse. Si procede se realizará en ese momento. También se le derivará al resto de profesionales que no le atienden en ese momento, que le atenderán esa misma noche si están de turno o se le dará cita para el próximo día en el que trabajen.

Los datos del usuario: nombre, nº de expediente, fecha de ingreso se registrarán en el "Registro de Intervenciones Profesionales" creado a tal fin, junto con los objetivos prioritarios que se planteen para el usuario y que se tratarán en las reuniones de coordinación que mantendrá el Equipo Técnico con la periodicidad que se establezca.



© Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.



Al finalizar el turno los profesionales volcarán estos datos y todos los demás datos asociados a la prestación de los servicios asistenciales del Centro en la Base de Datos creada a tal fin.

Cualquier dato personal de los usuarios será tratado de forma confidencial y será guardado bajo secreto profesional. Por ello en la "Acogida" se le pedirá al usuario que firme una autorización previamente "**Consentimiento Informado para el Tratamiento Informatizado de los Datos**" y "**Autorización para derivaciones a los Centros de Tratamiento**".

En caso de que nos autorice podremos dar información verbal (personal o telefónicamente) a parientes o amigos "**Autorización para dar información a parientes o amigos**". Todos los usuarios que la firmen serán incluidos en un listado a fin de tenerlos a mano.

88



En caso de que quieran que alguien recoja su correspondencia firmarán la "**Autorización de recogida de correo**".

5.4.2 Intercambio de jeringuillas, papel de aluminio, preservativos, compresores y entrega de compresas:

El Centro de Emergencia desarrollará un servicio de Intercambio de Jeringuillas, con objeto de facilitar el cambio de hábitos entre los drogodependientes por vía parenteral, intentando que dejen de compartir las jeringuillas y de esta forma contribuir a la prevención de la transmisión del VIH/SIDA y demás enfermedades de transmisión por vía parenteral.

Este intercambio se realizará por los Educadores del Centro.

Las jeringuillas se intercambiarán en forma de KITS. Existirán diferentes modelos de KITS: KITS de 2 chutas, KITS de 3 chutas, etc. Cada KIT estará compuesto por 2 o 3 jeringuillas, el mismo número de agua bidestilada unidosis para inyección y toallitas desinfectantes. Los KITS los prepararán los miembros del Equipo Profesional del Centro introduciendo el material antes citado en bolsas de plástico que después se sellarán.

El intercambio de jeringuillas se realizará siempre que los usuarios lo soliciten. Con objeto de facilitar que los drogodependientes que acuden al Centro entreguen sus jeringuillas usadas y no las tiren en la calle, toda persona que desee llevarse jeringuillas debe depositar las usadas en un contenedor dispuesto a tal fin.



© Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.

Se entregan tantas jeringuillas como se recogen usadas. Esta norma no se aplica la primera vez que acude un drogodependiente al Centro y se le ofrecen las jeringuillas nuevas aunque no traigan las usadas.

En el momento del intercambio, se hará entrega a los usuarios de tantos preservativos como soliciten con sus correspondientes folletos de utilización y correcto uso.

En caso de que el usuario solicite un compresor, el profesional sanitario que esté de turno, facilitará un compresor por usuario que será anotado en el Registro de Intercambio creado a tal fin. A todos los usuarios que hagan uso de las cabinas de venopunción les será facilitado un compresor que deberán devolver una vez concluida la venopunción.

Estos datos se anotarán en el "Listado de Intercambio" y son actualizados al final del turno por cualquiera de los profesionales que ha trabajado en ese turno.

89



5.4.3 Alimentación Básica:

En el Centro se ofrecerá un servicio de alimentación que consiste en tres comidas diarias: desayuno, comida y cena ajustado a una dieta equilibrada en Vitaminas, Hidratos de Carbono de asimilación lenta y rápida y Proteínas.

La alimentación se ofrece en el Centro con los horarios que aparecerá en el tríptico de normas y horarios.

Los servicios de Desayuno, Comida y Cena serán anotados en el "**Registro de Atención Alimentaria Básica**" creado a tal fin.

5.4.4 Higiene Personal:

El Centro ofrecerá un Programa de Higiene Personal que estará compuesto por los servicios de "Lavado de Ropa", "Ropero", "Duchas", "Peluquería", "Entrega de Cepillos y pasta de dientes", "maquinillas y espuma de afeitar", "compresas", así como la "entrega de material de costura" para la reparación de la propia ropa.

Con el servicio de "**lavado de ropa**" se pretende facilitar a los usuarios el lavado individual de su propia ropa como un servicio personalizado y no común. A él pueden acceder todos los usuarios del Centro siempre y cuando hayan tenido un pequeño contacto-entrevista con alguno de los Profesionales del mismo.



© Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.



Los usuarios llevarán su propia ropa a la zona que se habilite como lavandería donde será introducida en dos bolsas especiales para lavadora y secadora. El técnico encargado del servicio le dará un ficha como resguardo de que la ha entregado, que le servirá para recogerla.

La ropa que no se retire en el tiempo estipulado será depositada en el contenedor de basuras entendiéndose que el usuario no desea seguir en posesión de dichas prendas.

Para este servicio se habilitará un **“Registro de Lavado de Ropa”** en el que se contemplarán, al menos, los siguientes items: nº de alta en el Centro, fecha y prendas que entrega para lavado y fecha de recogida.

Con el servicio de **“ropero”** se pretende fomentar en los usuarios del Centro el cuidado personal mediante el cambio de ropa. Sólo se facilitarán las prendas que pueden ser de utilidad a cada usuario/a y no entregando más ropa de la considerada necesaria por persona y temporada. Para este servicio se habilitará el **“Registro de Ropero”** que está compuesto, al menos, por los siguientes items: nº de alta en el Centro, fecha de uso del servicio y prendas entregadas.

Con el servicio de **“ duchas ”** se pretende mejorar el estado higiénico de los usuarios para lo que se cuenta con la posibilidad de acceder a las duchas del Centro.

Para este servicio los Educadores velarán por la intimidad de los usuarios y harán entrega de toallas, champú o gel que estarán contenidos en bolsitas de plástico sellada a tal fin. Además se hará entrega de espuma de afeitar y cuchillas a los usuarios que lo soliciten.

Para el adecuado conocimiento del uso y disfrute de este servicio se habilita el **“Registro Servicio de Duchas”** que contará, al menos, con los siguientes Items: nº de alta en el Centro, fecha, hora de uso, material entregado.

Con la entrega de compresas se pretende fomentar la higiene personal en las mujeres drogodependientes entregando dos compresas por usuaria y día.

A cada usuario le será facilitado un cepillo de dientes así como un tubo de pasta dental por al mes.

Cuando el usuario así lo requiera le será facilitado material de costura para facilitar la reparación de la ropa de uso personal.



©Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.



5.4.5 Venopunción:

El Centro contará con una sala o espacio destinado a la Venopunción. Mediante este servicio se pretende que los drogodependientes que consumen sustancias de abuso por vía parenteral cuenten con el asesoramiento necesario sobre las técnicas correctas de venopunción, en las mejores condiciones posibles de esterilidad e higiene. Asimismo los diferentes profesionales observarán los hábitos de consumo y ofrecerán las indicaciones pertinentes a cada paciente a fin de limitar los riesgos para la salud.

El Centro de Emergencia contará con una área independiente en el que se habilitarán cabinas destinadas a la venopunción supervisada. Los profesionales sanitarios que atenderán las venopunciones trabajarán los factores de riesgo asociados a las prácticas de venopunción tanto en la pre-punción, punción como en la post-punción.

A cada usuario se le hará entrega de un KIT PARA LA VENOPUNCIÓN consistente en una jeringuilla esterilizada, toallitas con alcohol, un compresor, botes con agua bidestilada, una cazuelita de aluminio para la mezcla y un bote para desechos.

Previo a la realización de la venopunción se procederá a la realización de un análisis de la sustancia que aporte el drogodependiente de cara a visar si contiene o no la sustancia requerida, pero no su porcentaje de pureza.

Para poder hacer uso del Programa de Venopunción se establecen las siguientes normas:

- ↪ El usuario de este programa ha de ser mayor de edad.
- ↪ El usuario ha de entrar con su única dosis.
- ↪ Ningún profesional del dispositivo interviene directamente sobre el usuario ni con la sustancia de consumo, salvo en caso de riesgo vital.
- ↪ El usuario de las cabinas lo será voluntariamente y será informado de los riesgos que asume.
- ↪ El usuario voluntaria y personalmente podrá identificar la sustancia que va a consumir.
- ↪ Cada usuario debe auto-administrarse su dosis.

91



© Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.

5.4.6 Estancia y Descanso Nocturno.

Mediante la habilitación de un espacio para estar así como de un espacio para la pernocta o el descanso nocturno se pretende generar una vía más de acercamiento a la población drogodependiente agilizando los medios de acceso al Centro de Emergencia para usuarios de drogas, mediante el establecimiento de un abordaje flexible que frene los procesos de exclusión y marginación social

Además, desde una perspectiva de exigencia progresiva, se concibe el servicio de descanso nocturno como un elemento educativo y movilizador de la situación actual en la que se encuentran los usuarios.

Todo usuario tendrá, en principio, derecho al uso y disfrute tanto de la sala de estancia como del área de pernocta estando limitado el mismo a la capacidad de ambos espacios.

92

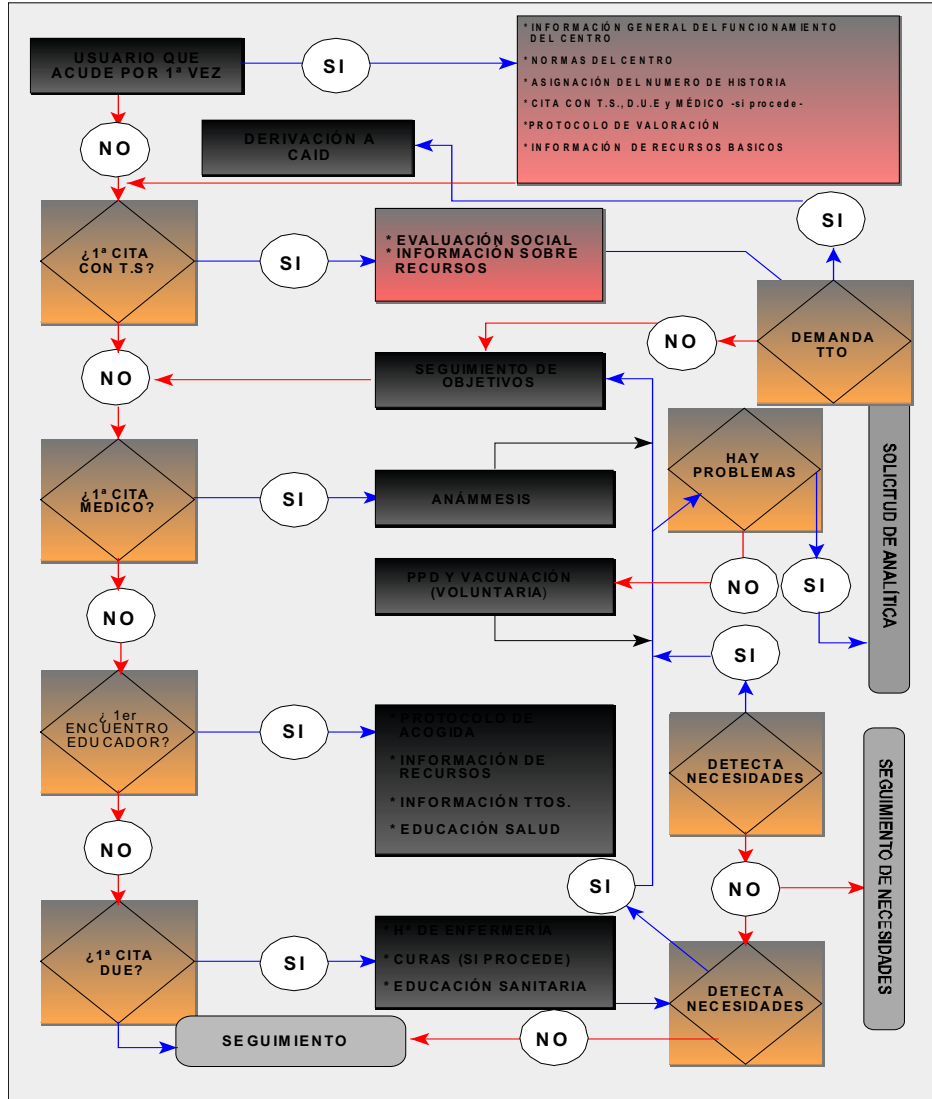


©Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.

5.5. DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCESO ASISTENCIAL GENERAL

A partir de la Acogida se inicia un procedimiento de atención individualizado con cada usuario. La intervención es contemplada de manera integral, en la que son importantes tanto los aspectos sanitarios, como los psicológicos, sociales y educativos; motivo por el que es necesaria la participación de todos los profesionales del Centro de forma coordinada.

El diagrama de flujo es el siguiente:



5.6.- COORDINACIONES.

En el compromiso adquirido de cara a velar por el adecuado cumplimiento y desarrollo del servicio, se garantizarán espacios de coordinación estableciendo dos niveles: uno sería a nivel interno entre los profesionales que integran el equipo de trabajo, y otro a nivel externo con los diferentes profesionales y organismos que se estime oportuno a fin de optimizar los recursos del Centro y la consecución de los objetivos marcados.

5.6.1.- NIVEL INTERNO

A nivel interno se establecerá como mecanismo privilegiado de Coordinación la REUNIÓN DE COORDINACIÓN. Este mecanismo se llevará a cabo distinguiendo dos tipos de reuniones, a saber:

94



- ⇒ **Reunión de Área:** cada área (psico-social, sanitaria y administración-gestión) contará con un responsable de área. Este responsable de área será asignado por la entidad gestora o la dirección del Centro de entre los trabajadores del Centro, y será el encargado de supervisar administrativa y pedagógicamente el trabajo de los profesionales de su área, así como de recoger las posibles demandas y sugerencias en el mantenimiento y mejora tanto del Centro como de las tareas realizadas cotidianamente dentro del área. Para un mayor seguimiento y control de la calidad de prestaciones, las reuniones de coordinación de área se realizará una vez a la semana con una duración no superior a 1 hora y 30 minutos.
- ⇒ **Reunión de Coordinación Inter.-áreas:** el Centro contará con un Director Técnico que será el encargado de velar por el adecuado funcionamiento de los Programas que se lleven a cabo dentro del mismo. A tal fin, se establece la Reunión de Coordinación Interáreas a la que están obligados a asistir los responsables de cada área (social, sanitaria y administración-gestión) bajo la coordinación del Director Técnico. Dicha reunión tendrá lugar una vez a la semana con una duración no superior a 1 hora y 30 minutos.
- ⇒ **Reunión de Coordinación con el Equipo de Apoyo:** con periodicidad quincenal, el Director Técnico de Centro se reunirá con el Psicólogo de Apoyo que esté llevando a cabo la supervisión clínica del personal del Centro con el fin de estar atento a las posibles demandas implícitas de los trabajadores y trabajadoras del Centro.



© Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.

- **Reunión de Coordinación con la Entidad Gestora:** con la periodicidad que se establezca de una manera oficial y siempre que sea necesario, el Director Técnico del Centro mantendrá reuniones de coordinación con dicha entidad a fin de asegurar en todo momento la calidad en el desarrollo del proyecto.

5.6.2.- NIVEL EXTERNO

A nivel externo se establece como mecanismo privilegiado de Coordinación la REUNIÓN DE COORDINACIÓN, aunque se tendrán en cuenta otros como las **visitas personales a determinados recursos**, y la coordinación periódica mediante **llamada telefónica** o **entrevistas puntuales** con determinados profesionales de la Red.

- ↙ **Organismo que en cada Comunidad Autónoma tenga la competencia en materia de drogodependencias y otros trastornos adictivos:** con la periodicidad que se establezca, se mantendrá una reunión con la Comisión de Seguimiento de contrato para el buen desarrollo del programa.
- ↙ **SERVICIOS DE URGENCIAS SANITARIAS Y SOCIALES:** se mantendrá la coordinación oportuna y necesaria para asegurar en todo momento la asistencia urgente a los usuarios del Centro que requieran dicha asistencia fuera del dispositivo
- ↙ **Centros de Atención a Drogodependientes (Atención Ambulatoria):** se mantendrán los contactos pertinentes a fin de asegurar la entrada en la lista de espera de los usuarios del Programa de Metadona y su seguimiento. Así mismo, se mantendrá la coordinación con dichos Centros con el fin de derivar usuarios del Centro Emergencia que deseen iniciar un Programa Libre de Drogas.
- ↙ **Albergues y recursos para personas sin hogar:** se mantendrán los contactos necesarios tanto para derivación, como recepción de usuarios derivados por dichos recursos.
- ↙ **Policía Municipal:** se trabajará en coordinación con la Policía Municipal con el fin de asegurar en todo momento la adecuada convivencia tanto en el Centro como en los alrededores del mismo.
- ↙ **Servicios Sociales Generales:** se mantendrá, siempre que sea necesaria, una coordinación con los Centros

95



© Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.



de Servicios Sociales de Base con el fin de prestar una atención integral a los usuarios del Centro.

- ✚ **Servicios Sociales Especializados (Mujer, Menores, etc):** se mantendrá una coordinación con todos aquellos Servicios Sociales Especializados que sean susceptibles de ser utilizados a fin de mejorar la calidad de vida e integración social de los usuarios del Centro.

5.7.- Buenas Prácticas Ligadas al Proceso de Intervención en Centros de Emergencia.

96



- ✓ El Equipo Técnico del Centro de Emergencia pone en conocimiento de los usuarios todos los servicios y posibilidades de atención del Centro, haciéndolo –siempre que sea posible– en su mismo idioma o en una lengua que este entienda.
- ✓ De no existir la posibilidad de transmitir al usuario en su mismo idioma o lengua que entienda las posibilidades de atención con las que cuenta en el recurso, se tendrá a disposición un díptico u hoja informativa en diferentes lenguas.
- ✓ A la hora de programar las actividades del Centro de Emergencia y operativizar los diferentes programas y servicios, el Equipo Técnico tendrá en cuenta la raza, sexo, orientación sexual, creencias personales (ideología), creencias religiosas o cualquiera otra situación personal del usuario.
- ✓ El Equipo Técnico del Centro basa su trabajo en criterios objetivos recogidos por escrito y a disposición de los usuarios que acceden al Centro de Emergencia.
- ✓ Los criterios objetivos que señalan la posibilidad de utilizar los diferentes servicios estarán expuestos en un lugar visible - dentro del Centro de Emergencia- y en diferentes idiomas.
- ✓ A cada usuario que acceda al Centro de Emergencia se le realizará un **Protocolo de Acogida** en el que figuren, como mínimo, los siguientes ítems:
 - . Nombre y Apellidos.
 - . Fecha de Nacimiento.
 - . Lugar de Nacimiento.
 - . Sexo.
 - . Vía de Acceso al Servicio.
 - . Municipio de Residencia Habitual.
 - . Nivel de Estudios y Formación alcanzado.
 - . Droga Principal: sustancia, frecuencia y vía de consumo.



© Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.

- . Otras Drogas Consumidas: sustancias, frecuencia y vías de consumo.
 - . Tratamientos Previos de Desintoxicación.
 - . Prestaciones Sociales que recibe.
 - . Situación Laboral actual.
 - . Incidencias Legales.
 - . Estado Sexológico frente al VIH.
 - . ETS.
 - . Problemas de Salud Mental.
 - . Otros problemas de salud dignos de mención.
 - . Prácticas de riesgo vinculadas al consumo de drogas.
 - . Prácticas de riesgo vinculadas a prácticas sexuales.
 - . Servicios que solicita.
- ✓ En el momento de la Acogida en el recurso, el Equipo Técnico informará al usuario del deber de confidencialidad de los datos por lo que le hará firmar un **Consentimiento Informado** para manejar informáticamente toda la información referente a su caso.
- ✓ De igual forma, se informará al usuario de que los datos que de él se dispongan en el Centro de Emergencia no serán más que los estrictamente necesarios, no almacenándose los mismos más allá de un período de 5 años, en conformidad con la legislación vigente.
- ✓ Se hará firmar sendos documentos al usuario para **recoger notificaciones judiciales, correo personal y facilitar datos de carácter personal del usuario a las personas que él mismo designe (amigos y/o familiares)** cuando así lo requiera el usuario en el momento de la Acogida.
- ✓ Los datos referentes a los usuarios se guardarán en expedientes personales a los que sólo tendrán acceso los propios interesados y los profesionales que formen parte del Equipo Técnico –incluidos los alumnos de prácticas-, no así el resto del personal del Centro de Emergencia (vigilancia y personal de servicios).
- ✓ Cuando se deban facilitar datos de un usuario a otros Centros o dispositivo de la red asistencial, éstos se entregarán separados de su informe social.
- ✓ De igual forma, cuando se realicen investigaciones y sea autorizado el acceso a los expedientes de los usuarios del Centro por parte de la Administración competente, se omitirán los datos de carácter personal.
- ✓ El Equipo Técnico se guardará muy mucho de realizar comentarios sobre los expedientes y circunstancias personales

97



© Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.



socio-sanitarias de usuarios del Centro de Emergencia en presencia de otros usuarios y/o profesionales no técnicos del Centro.

- ✓ Dentro de las 72 horas siguientes al alta del usuario en el Centro de Emergencia se procederá a la realización de analíticas para determinar su estado en referencia a la TBC.
- ✓ Todo usuario tiene derecho a un **Programa Individualizado de Intervención**. Dicho Programa se realizará co-gestionadamente con los profesionales del Centro de Emergencia fomentando que el usuario sea sujeto activo de su propio cambio, implicándose éste en el estableciendo los objetivos de trabajo, las acciones a desarrollar y los plazos marcados para su consecución.
- ✓ Los profesionales del Centro de Emergencia procederán a revisar los Programas Individuales de Intervención con el usuario en los plazos previamente fijados con el mismo.
- ✓ Cuando el usuario así lo demande o cuando el Equipo Técnico lo estime oportuno en base al Programa Individualizado de Intervención se procederá a la realización de pruebas analíticas para determinar su estado serológico en referencia a VHA, VHB, VHC y VIH.
- ✓ En todos los casos en los que se requiera la realización de las pruebas de estado serológico en referencia al VIH se procederá a la firma por parte del usuario de un **Consentimiento Informado** específico para la realización de dicha prueba.
- ✓ Los profesionales del Equipo Técnico del Centro de Emergencia realizarán actividades socio-educativas (talleres) tendentes a mejorar las prácticas de venopunción, hábitos alimentarios, prácticas sexuales, técnicas de fumado e higiene personal.
- ✓ Igualmente, con cada usuario del Centro de Emergencia se realizará un **Contrato de Acogida** en el que se señalarán las normas mínimas de funcionamiento de los diferentes programas y servicios, así como los derechos y deberes a los que se compromete el usuario durante su estancia en el Centro.
- ✓ De entre los profesionales del Centro de Emergencia se establecerá un **Profesional de Referencia** que será –en la medida de lo posible– el que realice un seguimiento más exhaustivo y pormenorizado de cada caso y que será referente para el usuario en todo momento.

98



©Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.

- ✓ El Equipo Técnico establecerá los mecanismos adecuados para que el derecho a la participación de los usuarios sea real y efectivo.
- ✓ En el Centro de Emergencia se pondrá a disposición del usuario un **Libro de Reclamaciones** así como un **Buzón de Sugerencias**.
- ✓ En el caso de las reclamaciones, el Director del Centro de Emergencia, contestará al/los usuario/os reclamante/es por escrito en un plazo no superior a 72 horas desde el momento en que se realiza la reclamación.
- ✓ La relación que se establezca entre los profesionales del Centro de Emergencia y los usuarios del mismo estará basada en los principios de la relación de ayuda o counselling, primando la acogida incondicional, la empatía y la autenticidad como base de dicha relación.
- ✓ En los casos en que se produzcan disputas/ discusiones/ peleas/ agresiones físicas o verbales entre los usuarios del Centro, los profesionales adoptarán el papel de mediador salvaguardando siempre tanto la integridad física de los usuarios como la suya propia.
- ✓ El usuario del Centro de Emergencia tendrá derecho a causar baja en el momento que lo desee.
- ✓ Se pondrá a disposición de los usuarios **Encuestas de Satisfacción** que permitan evaluar la calidad de atención recibida por parte de los profesionales del Centro, así como la calidad de los diferentes programas y servicios con los que cuenta el Centro de Emergencia.
- ✓ El Equipo Técnico del Centro establecerá una Reunión de Equipo con la periodicidad que se estime oportuna de cara a evaluar tanto la actividad del Centro como las intervenciones realizadas con los usuarios.
- ✓ Establecer un período mínimo de seguimiento por parte de los profesionales del Centro de Emergencia cuando el usuario sea derivado a otro recurso de la red asistencial.
- ✓ Los profesionales del Equipo Técnico del Centro mantendrán coordinaciones con el resto de dispositivos de la red asistencial desde un principio de igualdad.

99



© Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.



CAPÍTULO 6

PROGRAMAS QUE SE LLEVAN A CABO EN LOS CENTROS DE EMERGENCIA



101



© Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.



Como hemos señalado en el Capítulo anterior, el **Centro de Emergencia -también conocido como Centro de Encuentro y Acogida-** es un **Centro Socio-Sanitario**, para la Atención Primaria del problema crónico de la drogodependencia, formado por un Equipo de profesionales, multidisciplinar, basado en el trabajo en equipo y, con funciones y actividades definidas, sustentadas en **Programas y Protocolos/Guías de Actuación**, fundamentados, en criterios científico-técnicos, mediante los que intervenir sistemáticamente de forma progresiva, gradual y complementaria, facilitando la **Emergencia Social** y la satisfacción de los usuarios, para poder realizar un abordaje integral y de calidad, permitiendo con la **búsqueda activa de casos** (*case finding*) y su seguimiento, una óptima **Atención del Drogodependiente**.

Los servicios mínimos con los que deberá contar todo Centro de Emergencia para la atención a Drogodependientes será:

A) PROGRAMA DE ATENCIÓN SANITARIA ORIENTADO A LA REDUCCIÓN DE DAÑOS Y RIESGOS ASOCIADOS AL CONSUMO DE DROGAS.

➤ **Subprograma de Venopunción.**

El **Subprograma de Venopunción** está destinado a los drogodependientes que consumen sustancias de abuso por vía parenteral de cara a contar con el asesoramiento necesario sobre las técnicas correctas de venopunción, en las mejores condiciones posibles de esterilidad e higiene. De igual forma, se observarán los hábitos de consumo y ofrecerán las indicaciones pertinentes a cada paciente a fin de limitar los riesgos para la salud, y se intervendrá en casos de sobredosis o reacciones agudas.

➤ **Subprograma para el Consumo Inhalado y/o fumado de Drogas.**

Mediante el **Subprograma para el Consumo Inhalado y/o Fumado de Drogas** se pretende dar cobertura a la necesidad expresada por los usuarios de drogas de contar con un espacio higiénico y material estéril para el consumo fumado y/o inhalado de drogas. Desde una perspectiva coherente de Reducción de Daños y Riesgos asociados al consumo de drogas, es preciso crear espacios dentro de los Centros de Emergencia que permitan a los usuarios consumir de forma higiénica por vía fumada y/o inhalada evitando así los efectos perversos que pudieran generarse de no existir dichos espacios.

103



© Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.





⇒ **Subprograma de Atención Sanitaria Básica, Información y Atención Sanitaria de Urgencia.**

El **Subprograma de Atención Sanitaria Básica**, está orientado a proporcionar asistencia médica básica, hasta que se pueda asegurar la atención sanitaria de la red general de salud pública a todos los drogodependientes que acceden al Centro. Además, se pretende garantizar la atención inmediata de las sobredosis y realización de curas de urgencia.

⇒ **Subprograma de Entrega de Material Estéril de Inyección y Entrega de Preservativos.**

El **Subprograma de Intercambio de Material Estéril y Entrega de Preservativos** es una de las vías habilitadas a fin de ayudar a los UDVP a modificar sus hábitos, reducir sus riesgos de infección por VIH y otras enfermedades y, en caso de que estén infectados, reducir el riesgo de transmisión a otros. Se incluye dentro de una estrategia más global de reducción de daños que engloba otras actividades relacionadas con la Educación para la Salud. Además del intercambio de jeringuillas, se entregan compresores, papel de aluminio y preservativos.

⇒ **Subprograma de Animación y Educación Sanitaria.**

Mediante el presente **Subprograma de Animación y Educación Sanitaria** se pretende enseñar a los usuarios del Centro, mediante talleres, actividades de animación y contactos informales hábitos saludables y de autocuidado.

Además se persigue ofrecer actividades alternativas a un ocio y tiempo libre vacío de contenido mediante diferentes ofertas lúdicas dentro del Centro, siendo estos espacios informales privilegiados para llevar a cabo una Educación para la Salud eficaz con el colectivo de UDVP.

⇒ **Subprograma de Prevención y Control del VIH/SIDA.**

Los usuarios de los Centros de Emergencia son personas drogodependientes que en su gran mayoría practican o han practicado conductas de riesgo en relación a la transmisión del VIH/SIDA. De ahí la necesidad de desarrollar un subprograma de detección y seguimiento de pacientes con VIH/SIDA, supervisión de tratamientos y educación sanitaria para prevenir la infección de usuarios/as VIH - y mejorar la calidad de vida de los VIH+/SIDA.

⇒ **Subprograma de Vacunación.**

El **Subprograma de Vacunación para Usuarios Drogodependientes** se habilita como estrategia de prevención en la adquisición y transmisión de enfermedades



© Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.

infecto-contagiosas de alta prevalencia en este perfil poblacional.

⇒ **Subprograma de Tuberculosis.**

Con el presente **Subprograma de Tuberculosis** se pretende contribuir a disminuir la morbi-mortalidad por TBC en esta población, mediante el diagnóstico precoz de casos, el tratamiento correcto de los mismos, el control de adherencia al tratamiento, la mejora del seguimiento clínico hasta la curación y el estudio y control de los contactos. Además se pretende acercar a este grupo "diana" a la red de Servicios de Salud, Servicios Sociales y otros recursos comunitarios posibilitando la salida del Centro de Emergencia a través de la realización de la fase activa del tratamiento en aislamiento hospitalario y/o la derivación de los mismos a un programa de tratamiento que se adecue a sus necesidades.

⇒ **Subprograma de Mujer Sana.**

El **Subprograma de Mujer Sana** se dirige a las mujeres drogodependientes que accedan al Centro desde una perspectiva de género y discriminación positiva de cara a propiciar un estilo de vida saludable mediante la Educación para la Salud y el control nutricional de las mujeres drogodependientes, así como Educación para la maternidad y crianza de los hijos.

105



B) PROGRAMA DE ATENCIÓN BÁSICA A USUARIOS DROGODEPENDIENTES.

⇒ **Subprograma de Atención Alimentaria Básica.**

El **Subprograma de Atención Alimentaria Básica** se propone brindar una atención alimentaria básica (comida y bebida reparadora) y normalizada a los drogodependientes en situación de calle que acceden al Centro de Emergencia, así como contribuir a mejorar su calidad de vida mediante una Educación para la Salud que favorezca el autocuidado y la recuperación de hábitos de vida más saludables.

⇒ **Subprograma de Higiene Personal.**

Con el presente **Subprograma de Higiene Personal** se persigue la mejora de la calidad de vida de los drogodependientes mediante el trabajo continuado por la adquisición y/o recuperación de hábitos de higiene y cuidado personal, para lo que se habilitan los servicios de duchas, limpieza de ropa, peluquería, ropero, entrega de cepillos y pasta de dientes, maquinillas y espuma de afeitar, compresas, así como la entrega de material de costura para la reparación de la propia ropa.



© Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.

⇒ **Subprograma de Estancia y Descanso Nocturno.**

El **Subprograma de Estancia y Descanso Nocturno** para usuarios de drogas del Centro de Emergencia, quiere ser una vía más de acercamiento a la población drogodependiente agilizando los medios de acceso al Centro de emergencia mediante el establecimiento de un abordaje flexible que frene los procesos de exclusión y marginación social de los drogodependientes que se encuentran, habitualmente, en situación de calle, mediante la habilitación de un espacio y un tiempo para descansar, tomar algo, ver la televisión, escuchar música, leer, etc. De igual forma, mediante la habilitación de un espacio destinado a la pernocta o descanso nocturno se pretende facilitar techo y cama a fin de descansar bajo cubierto. Además, desde una perspectiva de exigencia progresiva, se concibe el servicio de descanso nocturno como un elemento educativo y movilizador de la situación actual en la que se encuentran los usuarios.

106

C) PROGRAMA SOCIO-EDUCATIVO



⇒ **Subprograma de Captación Activa e Intervención en Medio Abierto. (Outreach).**

Mediante el presente **Subprograma de Captación Activa e Intervención en Medio Abierto** se pretende un acercamiento a los UDVP que están fuera de la red de atención para informarles de los mecanismos de transmisión y prevención de VIH, el modo de prevenir prácticas de riesgo, disponer de educación sanitaria y sexual básica y difusión de material preventivo. El propósito del mismo es atender sus necesidades básicas dentro de los límites del programa, bien facilitando los recursos necesarios "in situ", bien informando, orientando y derivando al Centro de emergencia o a otros servicios donde se les pueda facilitar los recursos adecuados a sus necesidades. De este modo se intentará familiarizarles con la red de servicios socio-sanitarios generales y especializados, a modo de puerta de entrada para mejorar su calidad de vida.

⇒ **Subprograma de Acompañamiento a Usuarios**

El **Subprograma de Acompañamiento a Usuarios** está concebido como una vía para favorecer el acceso de los usuarios a los recursos de la Red de Atención, reforzar sus capacidades de interacción fuera del mundo de las drogas, facilitar el hecho de acudir a determinadas citas con los diversos dispositivos y permitirles realizar encuentros informales con los profesionales del Centro en espacios que no son los habituales.



© Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.

⇒ **Subprograma de Coordinación con otros recursos.**

Las drogodependencias son un problema de todos y son todas las instituciones y organismos (laborales, sociosanitarios, educativos, políticos, etc) quienes deben aportar sus conocimientos, mediaciones, etc; en un proceso de sinergias permanente. Por ello, el presente **Subprograma de Coordinación** se dirige a potenciar los índices de coordinación con los organismos y recursos, tanto sanitarios, como sociales de su ámbito comunitario. El objetivo de este subprograma es conseguir una mejora global de la atención a los usuarios drogodependientes que se encuentran en una clara situación de exclusión social mediante el funcionamiento coordinado de todos los recursos que puedan ser necesarios de cara a implementar el trabajo terapéutico-educativo.

D) PROGRAMA ATENCIÓN PSICO-SOCIAL

⇒ **Subprograma de Trabajo Social.**

El presente **Subprograma de Trabajo Social** se habilita como "puerta de entrada". Mediante el mismo se pretende facilitar información y orientación sobre los Servicios del Centro de Emergencia y explicar al usuario las normas de funcionamiento del mismo que serán de mínima exigencia pero de obligado cumplimiento. Además, se realizará una atención diversificada que facilite la derivación e incorporación al proceso de intervención terapéutica más idóneo.

⇒ **Subprograma de Asesoramiento Psicológico.**

Con la puesta en marcha de este **Subprograma de Asesoramiento Psicológico** se pretende habilitar un espacio en el que recibir soporte y apoyo emocional mediante una relación de ayuda y de intervención en crisis, basada en la empatía, la congruencia y la aceptación incondicional para con el sujeto drogodependiente.

E) PROGRAMA DE ATENCIÓN JURÍDICA

El objetivo principal que anima el servicio es coadyuvar en la función re-integradora y re-socializadora, además de asistencial que justifica la existencia del Centro de Emergencia, por lo tanto se incardina dentro de los objetivos generales del dispositivo y los comparte, configurándose como un recurso más de los ofertados por el Centro, operando en coordinación con el Equipo Técnico del mismo. Este objetivo general se materializa en actividades de orientación y asesoramiento jurídico tanto a usuarios como a los profesionales del Centro o de otras entidades colaboradoras.

107



© Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.



F) PROGRAMA DE SUPERVISIÓN Y ASISTENCIA PSICOLÓGICA AL PROFESIONAL.

Las características del trabajo diario en este tipo de dispositivos llevan consigo, con frecuencia, una carga emocional y altas demandas hacia nuestras habilidades personales y profesionales. Todo ello, mantenido en el tiempo, en ocasiones puede derivar en dificultades como exceso del nivel de estrés, problemas de ansiedad, problemas emocionales, problemas con la red de amigos y familiares, etc.

Por ello, el presente programa se articula en torno a dos servicios fundamentalmente:

- ➔ **Consulta psicología personal:** para paliar dificultades o trastornos relacionados directa o indirectamente con el trabajo en el Centro de Emergencia.
- ➔ **Formación:** cursos breves relacionados con temas como habilidades sociales, toma de decisiones, estrés, cohesión grupal, etc.

108



Este último programa no está dirigido a los usuarios del Servicio sino al capital humano del mismo. Desde una perspectiva coherente con la Gestión de Calidad y los valores esgrimidos en el apartado correspondiente, creemos del todo necesario dotar a los profesionales que trabajan en los Centros de Emergencia con un servicio de supervisión que garantice la calidad de vida de los profesionales y permita así una prestación de servicios de calidad óptima.



© Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.

CAPÍTULO 7

GESTIÓN DE LA CALIDAD EN LOS CENTROS DE EMERGENCIA



109



© Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.



7.1.- La prestación de servicios por las ONG en el marco del nuevo Estado relacional.

En el ámbito de los Servicios Sociales a partir de la crisis energética y fiscal de los años 70 se impusieron las políticas neoliberales y se insistió en un concepto opuesto al de la etapa anterior: los fallos del Estado parecían superiores a los fallos del mercado. Se pasó del Estado Interventor al Estado Liberal y, respecto a las políticas sociales, al Estado Asistencial; también a los servicios sociales les alcanzó la desregulación, la liberalización y la privatización. Posteriormente surgió la crítica al neoliberalismo y la revalorización del Estado de Bienestar, nunca del todo abandonado en los países occidentales gracias al declarado apoyo de la ciudadanía a su perduración y a la respuesta de los políticos a esta reclamación, de forma que, según Gregorio Rodríguez Cabrero "el Estado de Bienestar se encuentra desde hace dos décadas sometido a un proceso profundo de reestructuración, que no de desmantelamiento".

El Estado de Bienestar sigue jugando un papel fundamental como factor institucional de legitimación política, estabilidad económica y cohesión social. Al mismo tiempo, continúa la revalorización del papel de la sociedad civil como cooperador y complementario al de la Administración pública. En efecto, con una economía globalizada y para asegurar el crecimiento sostenido y sostenible y para mantener las ventajas conseguidas, los países desarrollados han tendido a redefinir los papeles de los diferentes estamentos en la búsqueda de un equilibrio. Se intenta encontrar la fórmula ideal para el llamado "combinado de bienestar", "welfare mix" o "Estado Relacional".

Dentro de este nuevo "Welfare Mix", nos encontramos que las Administraciones Públicas tienen el deber -conforme señala, por ejemplo, la Ley de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid en su artículo 3.a- "de promover, planificar, coordinar, controlar, ejecutar y evaluar los Servicios Sociales..", por lo que constituye un reto en el nuevo mapa de actores -sector público, sector privado lucrativo y la iniciativa social- "la búsqueda de un **nuevo modelo de servicios sociales cohesionado que aproveche la experiencia de todos los sectores involucrados y permita que los ciudadanos y ciudadanas reciban unos servicios de calidad y en condiciones de igualdad efectiva**"¹

Siguiendo con el mapa de actores dentro del nuevo "Estado Relacional", nos encontramos en España con la presencia de un número nada despreciable de entidades sin ánimo de lucro en el área

111



¹ Discurso del Director General del IMSERSO en la presentación del Plan IMSERSO de Cohesión y Calidad. Madrid, 2 de Abril de 2003.



© Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.



de la acción social -11.000 según datos del Plan Nacional de Inclusión Social-. En el ejercicio de su función de provisión de servicios, las ONG concurren en igualdad de condiciones que las empresas mercantiles a los contratos que la Administración Pública convoca para ofrecer servicios públicos. Es de todos conocido que, hoy por hoy, la mayoría de los Servicios Sociales O Socio-Sanitarios –como es el caso de los Centros de Emergencia- de nueva creación, son sometidos a un proceso de externalización de su gestión sacando a concurso público la misma y a los que pueden acceder tanto las Organizaciones No Gubernamentales como las empresas privadas. De esta forma en una misma red asistencial para la atención a drogodependientes, nos podemos encontrar que los recursos pueden estar en manos de empresas privadas dedicadas a la gestión de servicios sociales y/o sanitarios, o ser gestionados por Organizaciones No Gubernamentales.

Las ONG, como consecuencia de los ajustes sufridos por el Estado de Bienestar y la expansión de una nueva sensibilidad en materia de cooperación internacional, han experimentado en el último decenio un auge espectacular en su capacidad de actividad y en la diversificación de las actividades y servicios que pueden ofrecer.

112



Dentro de esta parte de lo que se ha venido a llamar el Tercer Sector, las ONG de servicios sociales han adquirido a su vez mayores responsabilidades en la gestión de servicios que afectan directamente a la vida de los ciudadanos en situación de dificultad mayor desventaja o vulnerabilidad social.

Dentro de las funciones a desarrollar por las entidades pertenecientes al sector **non for profit** está el prestar servicios respondiendo a tres formas muy distintas:

- 1.- Satisfaciendo una carencia / ausencia de servicios.
- 2.- Permitiendo al usuario una elección entre varios servicios.
- 3.- Introduciendo y desarrollando hasta la máxima dimensión posible el concepto de participación del usuario en la definición y gestión del servicio.

La ausencia de servicios puede constituir una carencia sentida por la población o por cierto tipo de personas siendo necesaria una respuesta, bien por parte de las Administraciones Públicas, bien por parte de las entidades no lucrativas. Muchas asociaciones se han visto en la "necesidad" de entrar en la dinámica marcada por el sector público, que ha considerado ventajoso fomentar la provisión de servicios a través de entidades voluntarias a las que financia mediante conciertos, convenios o subvenciones diversas, la mayoría de las veces



©Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.



a costes inferiores que los generados por los servicios públicos de gestión directa.

Por todo lo anterior, el auge ha venido acompañado de altas expectativas por parte de la sociedad, no solo en lo referente a la correcta gestión de los servicios desde los parámetros de eficiencia-eficacia, sino también en el papel diferencial que una ONG debe jugar respecto al de una empresa del sector privado, y que se relaciona directamente con la sensibilidad de la organización hacia las actitudes y el grado de solidaridad de los ciudadanos.

Según el Consejo Económico y Social Francés, el valor de las entidades no lucrativas en nuestra sociedad queda marcado por las siguientes notas:

“La función de las entidades sin ánimo de lucro consiste en hacer aflorar a la conciencia colectiva necesidades sociales hasta entonces ignoradas o mal conocidas, bien sea por medio de iniciativas concretas o de llamadas y reivindicaciones que éstas formulan...”

“Portador, alternativa o conjuntamente, de ideas y de demandas, promotor de innovaciones, deslindador de nuevos campos, operador en el terreno, administrador de servicios colectivos, el sector asociativo ejerce de este modo funciones que se sitúan a la cabeza y en el corazón del desarrollo de las políticas de acción educativa, social, sanitaria, etc...”

“A estas funciones se encuentra estrechamente ligada la que desempeña la vida de las entidades no lucrativas en el desarrollo de una cierta cantidad de vida social y de solidaridad, en la que la autonomía y la identidad de cada individuo pueden afirmarse en el seno de conjuntos de envergadura humana, basados en relaciones contractuales...”

“Las entidades no lucrativas cumplen una función de mediación no solamente entre los individuos, y entre los individuos y los poderes públicos, sino también entre “mundos” que en una sociedad cada vez más compleja tienden a codearse sin comunicarse verdaderamente: “mundos” de la producción por una parte, de la educación y la formación por otra, de lo económico y de lo social, de lo social y de lo médico, del asalariado y del voluntariado, de lo privado y de lo público, etc “.

113



©Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.



Cinco son las funciones que se señalan como principales a desarrollar por las entidades no lucrativas, a saber:

- ➔ Aportar innovaciones.
- ➔ Prestar servicios.
- ➔ Actuar como defensores de los derechos de los usuarios.
- ➔ Garantizar valores.
- ➔ Estructura mediadora.

La prestación de servicios por parte de entidades no lucrativas supone un reto, pues al no actuar como actividad mercantil, con su cuenta de pérdidas y ganancias, los métodos de gestión modernos son si cabe más necesarios que en el propio sector privado con ánimo lucrativo.

114



Visto el papel que juegan las ONGs en el nuevo orden socioeconómico, no podemos seguir funcionando obviando los cambios producidos en los últimos años y los retos y nuevas exigencias que se nos plantean si queremos ofrecer una intervención psico-bio-social en la que nuestra última finalidad sea proporcionar a cada uno de los usuarios de nuestros servicios una excelente calidad, a pesar de que inicialmente debido al estado en que se encuentran, estos tengan una baja exigencia en lo que a calidad de las prestaciones de los Centro de Emergencia se refiere.

Por ello planteamos la gestión de un sistema de calidad propio, basado en las dinámicas, métodos y técnicas de aplicación en otros sectores de producción, pero incorporando criterios específicos de aplicación a las ONG, y adaptándolas a la realidad del servicio a prestar.

El marco de referencia específico que hemos valorado como más aplicable se encuentra dentro del proyecto ONG CON CALIDAD: Proyecto promovido desde el Ministerio de Trabajo Asuntos Sociales, y en el que colaboran entidades como Cruz Roja, FEAPS, Secretariado General Gitano e INTRESS, que tiene como objetivo el redactar una norma de calidad para Entidades Sin Ánimo de Lucro (ESAL) aceptada tanto por las propias entidades como por la Administración Pública.



©Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.



En todo caso podemos decir que la calidad aplicable a los Centros de Emergencia será válida en tanto que contribuya a que éstos:

- ❑ Orienten toda su actividad a la satisfacción del usuario y de la Administración que concede la gestión del mismo, ofreciéndoles productos y servicios de calidad.
- ❑ Desarrolle el aprendizaje organizativo, tanto en el seno del Centro de Emergencia como en los procesos de transferencia tecnológica que reviertan en conjunto de la Asociación.
- ❑ Consiga un grado máximo de eficacia en el funcionamiento del Centro de Emergencia.
- ❑ Aumente la seguridad, la salud laboral y el respeto al medio ambiente.
- ❑ Consiga la legitimación social desde la transparencia y la capacidad de difundir los logros conseguidos.
- ❑ Mejore y lo haga permanentemente, adaptándose constantemente a la realidad y necesidades del entorno donde se desarrolla el servicio.

115



7.2.- Implementación de un Sistema de Gestión de la Calidad en los Centros de Emergencia.

La norma ISO 8402 define un sistema de calidad como **“el conjunto de la estructura de organización, responsabilidades, procedimientos y recursos que se establecen para llevar a cabo la Gestión de la Calidad”**. Por otro lado, en la misma norma se define el aseguramiento de la calidad como **“el Conjunto de acciones planificadas y sistemáticas que son necesarias para proporcionar la confianza adecuada de que un producto o servicio satisfará los requisitos dados sobre calidad”**.

El primer paso para la implantación de un sistema de gestión de calidad que garantice un funcionamiento ajustado y compatible de los elementos que definen el Centro de Emergencia, es el de tomar las medidas necesarias para que sean entendidas determinadas cuestiones básicas relativas a la gestión y supervisión de la calidad en este tipo de dispositivo.

De esta manera, es fundamental para el inicio del proceso, una primera definición estratégica que permita la comprensión del alcance del sistema de calidad, los principios generales y las opciones políticas y técnicas que lo integran, las funciones y responsabilidades



© Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.



de cada nivel en el posterior desarrollo, aplicación o revisión del sistema, etc.

Este documento pretende ser una guía que muestre un conjunto de prácticas para la gestión de calidad de los Centros de Emergencia.

No debe entenderse este documento como una guía de evaluación de la intervención, ya que abarca un concepto más amplio, refiriendo además procesos y acciones que se definen más como instrumentos auxiliares o colaterales a la misma.

Este documento pretende jugar un triple papel:

- a) Como instrumento de integración en las rutinas de funcionamiento de los Centros de Emergencia de requisitos esenciales relacionados con la gestión ambiental y la prevención de riesgos.
- b) Como herramienta de trabajo que define la misión del servicio, la trazabilidad del sistema de gestión de calidad y las orientaciones generales en cuanto a la política de calidad de este servicio.
- c) Como programa abierto, que relaciona a un nivel estratégico los objetivos, recursos y principios metodológicos que regirán la implantación del sistema de gestión de calidad del servicio.

116



Habitualmente estamos acostumbrados a encontrarnos con documentos de diseño de proyectos muy centrados en los aspectos de la intervención, en la evaluación de la misma, etc.

Quizá por una cuestión de tradición y cultura profesional en el sector, se tiende a olvidar en los diseños de los proyectos el aspecto de la gestión, lo que se refleja en la desproporción que se ofrece en la información que un proyecto suele dar sobre como, porque y para que se gestiona, y la descripción de los aspectos y procedimientos de atención de intervención al drogodependiente, generalmente documentados y descritos con mucha más profusión de orientaciones y detalles.

Además, debemos pensar que un modelo de gestión de calidad no solo se centra en la atención que se da desde los distintos programas, sino que aporta una visión de conjunto centrándose en los procesos.

Que el centro de interés en el diseño este situado en torno a los aspectos de atención al usuario directo es lógico en tanto que es protagonista de las situaciones de dependencia que se quieren



© Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.



solventar y de muchas de las soluciones que deben plantearse, ya que el fin último de la existencia de un dispositivo de atención es el bienestar de la persona que reclama directa o indirectamente nuestra ayuda.

Ahora bien, tampoco debe olvidarse que todo el proceso de atención directa descansa y se nutre del correcto desempeño de las funciones de gestión, que en definitiva aseguran, apoyan, orientan e inciden en el como, cuanto, y cuando de la atención directa.

Aunque este documento no se ajusta a ninguno de los estándares reconocidos de normalización y homologación de la calidad. Para su elaboración se han considerado varias normas de calidad nacionales e internacionales, así como otros documentos de reconocido valor en el mundo de la calidad y/ o de la servucción (producción de servicios) aplicada a ONG.

7.3.- Normativa de Referencia.

Entre ellos cabe destacar los siguientes:

- I. La normativa ISO 9000, 9001, y 9004.
- II. La norma ISO 10011 aplicada a auditorías de servicio.
- III. La norma ISO 14001. Referida a la gestión medioambiental.
- IV. El modelo EFQM, aplicado a la implantación del Plan de Calidad de la Comunidad de Madrid.
- V. Decreto 85/2002 de aprobación de los criterios de calidad de la actuación administrativa en la Comunidad de Madrid.
- VI. Diversos documentos sobre códigos éticos para las organizaciones.
- VII. Estándares de calidad de la Joint Comisión para servicios de salud.
- VIII. Convenios Colectivos de sectores relacionados.
- IX. Propuesta de sistema de gestión de la calidad para las Organizaciones No Gubernamentales de servicios sociales.
- X. Normativa sobre derechos y deberes de los menores y usuarios de la Red de atención a Drogodependientes.
- XI. Normativa legal básica que afecta a:

117



© Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.



- ↪ Seguridad e higiene en el trabajo.
- ↪ Manejo de residuos.
- ↪ Servicios Sociales en la Comunidad de Madrid.
- ↪ Contratos de la Administración Pública.
- ↪ Normativa de la Comunidad de Madrid relativa a la Elaboración de Cartas de Servicios.

XII. Fonética, Norma para la Ética de las Organizaciones.

7.4.- Características de los Servicios que se prestan desde los Centros de Emergencia.

118



Desde los Centros de Emergencia lo que se presta, en definitiva, son servicios. Un servicio es el resultado de un acto o hecho aislado o una secuencia de actos trabados, de duración y localización definidos, realizados gracias a medios humanos y materiales puestos a disposición de un cliente (usuario) individual o colectivo, según procesos, procedimientos y comportamientos codificados que tienen un valor económico. El conjunto de servicios que se presten desde el Centro emergencia vendrán marcados por una serie de características comunes, saber:

- 1.- **LA PROPIEDAD:** los usuarios no adquieren la propiedad sino el uso o disponibilidad del servicio.
- 2.- **EL CONTACTO DIRECTO:** en este tipo de servicios donde la relación directa es elevada, el servicio ha de *PERSONALIZARSE* al máximo para tener calidad, máxime si pensamos que el reducido número de usuarios forma parte de su diseño inicial con este objetivo.
- 3.- **LA PARTICIPACIÓN DEL USUARIO:** en los servicios la producción y el consumo son inseparables. Aunque la participación de los usuarios en la producción de un servicio socio-sanitario es una de las características fundamentales, en general no se facilita ni fomenta la participación de los mismos. Por ello, mediante el área de reclamaciones y sugerencias, pretendemos dar una participación real y efectiva en la producción de servicios (servucción) del Centro; así como la medición periódica de la satisfacción de los usuarios mediante cuestionarios aleatorios.
- 4.- **LA INTANGIBILIDAD:** los servicios no existen ni permanecen almacenados más que en la medida en que son producidos y consumidos. En los servicios sanitarios y sociales -como es el caso que nos ocupa-, si bien algunos procesos están normalizados, la atención constituye un servicio diferenciado, personalizado, que cambia según determinadas variables como la edad, el sexo, la patología o los medios disponibles.



© Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.

- 5.- LA INSEPARABILIDAD DEL PROCESO PRODUCCIÓN-CONSUMO:** el servicio se elabora, comercializa y consume en el mismo momento. El proceso producción-consumo es simultáneo y por tanto en la servucción se necesita integrar el factor humano y el factor técnico (equipos, métodos y procedimientos).

Un servicio bien diseñado puede fallar en el momento de llegar al usuario y mal prestado es irreparable. Existe una fuerte implicación del factor humano.

La calidad se alcanza en el momento de la interacción profesional/usuario, lo que dificulta el control externo de calidad del servicio.

- 6.- LA HETEROGENEIDAD:** todos somos diferentes. No hay dos usuarios iguales ni dos profesionales idénticos. Es difícil garantizar una conducta consistente y uniforme en las personas que prestan los servicios, pero la necesaria heterogeneidad obliga al personal en contacto con los usuarios a realizar un esfuerzo para PERSONALIZAR los servicios, incluso aquellos que están normalizados.

- 7.- OTRAS CARACTERÍSTICAS DE LOS SERVICIOS:** que también influyen en su gestión y en el control de calidad:

- ↳ Salvo algunas excepciones, son difíciles de medir.
- ↳ Implican la fiabilidad humana. El problema de la calidad del servicio es prevenir el error, corregirlo y controlarlo.
- ↳ La calidad es tanto objetiva como subjetiva.

119



7.5.- Alcance del Sistema de Gestión de Calidad.

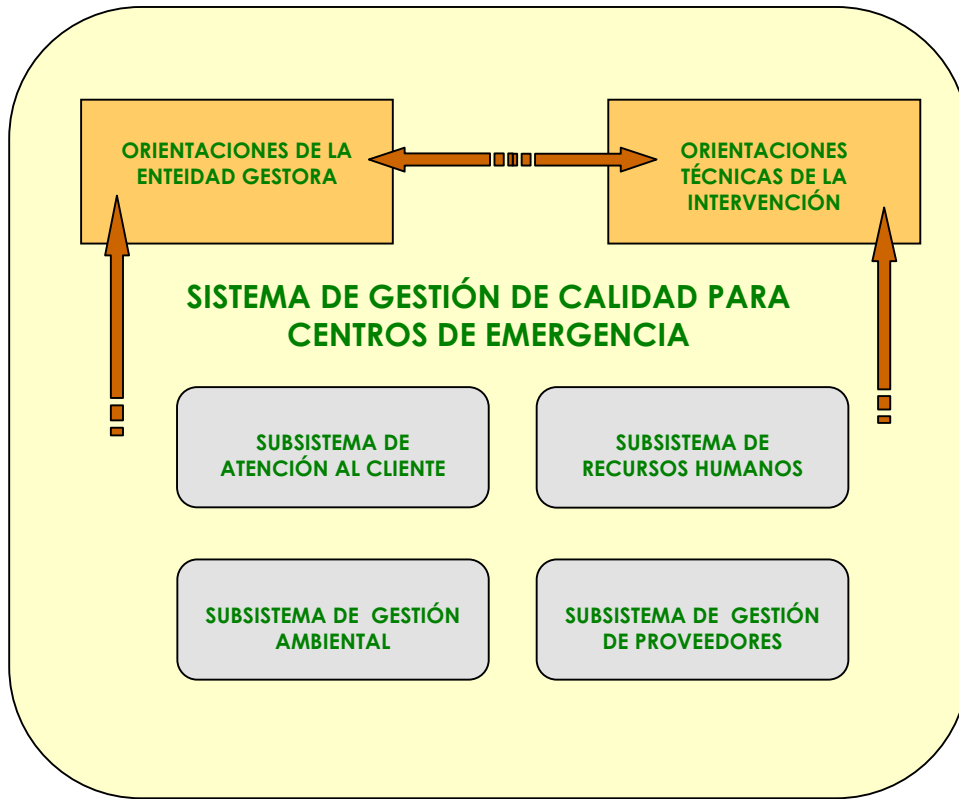
En esta parte del documento, se procede a la descripción de cada uno de los aspectos contemplados como factores de calidad en el servicio prestado a través del Centro de emergencia. Cada uno de estos aspectos supone un sistema de gestión en sí mismo, por lo que se les denomina como subsistemas de gestión de calidad.

El alcance del sistema de Calidad global del dispositivo se compone, pues de 4 subsistemas, que definen su alcance o ámbito de aplicación:

- 7.5.1.- Satisfacción del cliente.
- 7.5.2.- Políticas de personal, Seguridad E Higiene (Recursos Humanos).
- 7.5.3.- Gestión ambiental.
- 7.5.4.- Proveedores.



© Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.



7.5.1.- SISTEMA DE CALIDAD EN ATENCIÓN DEL CLIENTE/USUARIO.

El concepto de calidad que se maneja en este documento esta íntimamente ligado a la capacidad de dar una respuesta adecuada a las demandas de sus clientes/usuarios. Hay que añadir además la consideración de que el servicio que se presta es de **carácter público** y con una proyección social clara, tanto por la naturaleza de sus servicios y de los destinatarios de los mismos, como por la naturaleza de las partes implicadas en la contratación (la entidad gestora -como entidad no lucrativa en la mayoría de las ocasiones- y el organismo encargado de las prestaciones en materia de drogodependencias y otros trastornos adictivos en cada Comunidad Autónoma). Lo que implica la necesidad de dar el servicio evitando las repercusiones negativas en el resto de la sociedad, ya sea a nivel de imagen o repercusiones sociales de una gestión errónea.

Otro aspecto previo a tener en cuenta a propósito del carácter publico del servicio es la necesidad del mantenimiento de un equilibrio entre la atención a la demanda de los clientes y el mantenimiento de los servicios ofrecidos: ofrecer más de lo que se pide o necesita supone un despilfarro de recursos, pero también lo es no llegar a las expectativas fijadas por los mismos. La experiencia nos dice que esta



© Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.

consideración es especialmente importante en el marco de la prestación de unos servicios públicos, cuya razón de ser consiste en prestar servicios de calidad conforme a las demandas y derechos de los ciudadanos.

7.5.1.1.- Consideraciones previas

No existe una definición homogénea del término "satisfacción" si nos referimos a productos o servicios. Todas las definiciones apuntan a la asociación entre lo que se desea ver cumplido (expectativas) y la percepción de lo cumplido. Desde el marco referencial EFQM, y en sintonía con la literatura científica, se encuentra también una asociación entre satisfacción y expectativa en relación con la utilización de servicios. Tal y como se operativiza el término en este documento se considera la satisfacción como una forma de medir los resultados de la calidad de un producto o servicios desde la óptica de la persona o entidad que los utiliza. Desde esta definición, consideramos 4 factores asociados al concepto de satisfacción, y que se consideran como los atributos que debe reunir un servicio público desde el marco conceptual EFQM:

1. Necesidad del servicio prestado: Los servicios prestados en el CENTRO DE EMERGENCIA, están encaminados a la satisfacción de necesidades sociales.

Desde esta relación satisfacción-necesidad, existirá satisfacción cuando el Centro de Emergencia resuelva las necesidades socio-sanitarias para las que ha sido definido.

2. Imagen del servicio: La imagen del servicio existe independientemente de la utilización del mismo. La imagen del servicio debe ser centro de interés y atención tanto para la entidad concesionaria como para el adjudicatario del servicio.

3. Calidad del servicio: Habrá calidad cuando haya satisfacción, y esta existirá cuando se cubra la necesidad de la forma y manera en que el cliente o el usuario consideran que es la mejor posible en cada momento.

4. Importancia del servicio público: Entendido como un amplio factor de calidad, que tiene en cuenta la importancia concedida por los usuarios, así como elementos de representación social simbólica asociados al servicio.

121



©Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.



7.5.1.2.- Identificación de los clientes. Estrategias de calidad en la atención.

El modelo de calidad definido en este documento considera la existencia de tres clientes:

1. El cliente inmediato: La entidad Jurídica de carácter público que contrata la gestión del servicio.

2. El cliente destinatario: Al que denominaremos "Usuario del Centro de Emergencia", constituido por el conjunto de la población a que va directamente dirigidos la cartera de servicios ofrecida.

3. El cliente interno: Este colectivo estaría constituido por los proveedores, el personal del Centro de Emergencia, el personal en prácticas y el voluntariado del mismo. Las cuestiones relativas a los clientes internos se **tratan pormenorizadamente en las secciones dedicadas a Proveedores y Recursos Humanos.**

122



1. El cliente inmediato:

Teniendo en cuenta el carácter público de la entidad concesionaria del servicio. En función de ese carácter las expectativas consideradas a priori vendrían en función de:

- ⇒ El marco legal y competencial general, marcado por el Estatuto de Autonomía, La ley de Servicios Sociales, así como las directrices técnicas marcadas por los Planes territoriales de Drogas.
- ⇒ El marco legal y competencial específico, definido por, las respectivas leyes de ordenación sanitaria en cada Comunidad Autónoma, y la leyes sobre Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos de cada territorio.
- ⇒ El marco contractual definido por las características técnicas del contrato de adjudicación, la oferta técnica de la Entidad Adjudicataria del Servicio y las condiciones generales marcadas en los pliegos de prescripciones técnicas y de cláusulas administrativas particulares.
- ⇒ El marco jurídico marcado por el R.D.L. 2/2000 de Contratos de Las Administraciones Públicas y el Reglamento General de Contratación de Estado, así como las normas específicas en esta materia emanadas de la Comunidad Autónoma correspondiente.



© Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.

No obstante existirán otras expectativas fuera del marco formal, que deben ser detectadas, ajustadas y definidas, y que estarían relacionadas con:

- ↵ La coherencia y compatibilidad del funcionamiento del Centro de Emergencia con los planteamientos de la Administración Pública de que se trate para este tipo de recursos asistenciales.
- ↵ El cumplimiento de los compromisos contractuales con los clientes internos.
- ↵ La aportación regular de información fiable y la presentación de referentes de logro.
- ↵ El mantenimiento de un clima positivo de coordinación y colaboración.
- ↵ La identificación clara de las expectativas de la entidad adjudicataria en cuanto tal.

123



1.1. Objetivos y Compromisos de Calidad Respecto al Cliente Inmediato:

1. Cumplimiento del contrato de adjudicación.
2. Tratamiento sistematizado de las modificaciones y concreciones a que hubiera lugar.
3. Elaboración y actualización de un soporte documental que permita recoger, ajustar, definir y actualizar los compromisos mutuos.
4. Elaboración de un documento al estilo de las "Cartas de Servicios", elaborado en lo posible bajo los criterios y directrices EFQM.
5. Tramitación inmediata de las quejas y situaciones de no conformidad detectadas por la Administración Pública contratante, en tanto que entidad adjudicadora y con competencias en la evaluación y el seguimiento del Servicio, con el compromiso de informar puntualmente de la implantación de las medidas correctoras a que haya lugar.
6. Orientar el global de la gestión del Centro de Emergencia a la satisfacción de las expectativas definidas en el punto anterior.



© Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.

1.2. Instrumentos para el Desarrollo de los Compromisos:

1. Reuniones de revisión periódica de resultados, previa emisión de informes en los términos previstos en el Proyecto Técnico presentado a concurso por la entidad adjudicataria y en el pliego de prescripciones técnicas.
2. Contactos entre la Gerencia o Presidencia de la entidad adjudicataria y el correspondiente organismo autonómico.
3. Incorporación de los resultados de las reuniones al proceso de planificación y ajuste del Centro de Emergencia, a través de informes de conformidad o no-conformidad incorporados a las agendas de trabajo de los Círculos de Calidad que se establezcan.
4. Realización por parte del organismo público contratante de cuantas visitas de inspección y supervisión determine, en los términos descritos en el pliego de prescripciones técnicas.
5. Participación en los foros de coordinación de la red socio-sanitaria de su zona de influencia convocados por el organismo público contratante.

124



1.3. Agentes Implicados en los Procedimientos a Desarrollar:

- ↗ Persona que se determine del organismo público contratante .
- ↗ Presidente/Gerente de la entidad adjudicataria.
- ↗ Dirección del Centro de Emergencia
- ↗ Círculos de Calidad.



© Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.

1.4. Base Documental y de Registros de los Procesos:

<p>Normativa de aplicación</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Legislación de aplicación (Ver puntos anteriores). ✓ Fichas de normativas. ✓ Pliegos de condiciones y contrato de adjudicación.
<p>Registros</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Registro de conformidades y no conformidades. ✓ Informes trimestrales de funcionamiento. ✓ Otras peticiones de información demandadas por el cliente. ✓ Registro de reuniones de coordinación con otros recursos sociosanitarios.

125



2. El cliente destinatario o usuario:

El cliente destinatario del servicio esta constituido por el colectivo de usuarios potenciales del Centro de Emergencia, familiares y/o representantes legales de los mismos, en los términos previstos por el Programa correspondiente y profesionales en general, demandantes de información especializada sobre consumo de sustancias toxicas y su tratamiento.

2.1 Instrumentos para el Desarrollo de los Compromisos:

La identificación del binomio expectativas-satisfacción del usuario se verificará a través de 4 procedimientos:

- ↪ Captación de datos a través de análisis cuantitativos y cualitativos, buzones y Unidad de Atención al Usuario.
- ↪ Atención de quejas y sugerencias, relacionadas con no-prestación de servicios, a través de la Unidad de Atención al Usuario.



© Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.

- ↳ Atención de sugerencias y quejas, relacionadas con la mejora de un servicio prestado, a través de la Unidad de Atención al Usuario.
- ↳ Tramitación y registro de las reclamaciones, según su naturaleza, a través de la Dirección del Centro de Emergencia a alguna de las comisiones que se definirán a tal efecto:
 - ✓ Evaluación de Historias Clínicas.
 - ✓ Evaluación de Expedientes Sociales y Educativos.
 - ✓ Técnicas y Modos de Intervención.
 - ✓ Evaluación de protocolos.

126



Como **sugerencias** entendemos aquellas manifestaciones del cliente/usuario que quiere o espera algo más de lo que recibe, pero sin creer que tiene derecho a ello.

Como **queja** se entiende una expresión de disconformidad con el servicio que el cliente se cree con derecho a recibir.

La **reclamación** es la queja presentada formalmente, con la exigencia de recibir una reparación por el daño o malestar causado por el servicio.

2.2 Acciones Correctoras y Preventivas:

La constatación de situaciones de no-conformidad respecto a la satisfacción de los destinatarios debe ir pareja a la implantación de acciones correctoras impulsadas desde la Dirección del Centro de Emergencia.

Esta debe definir un procedimiento descriptor de las pautas a seguir para la implantación de estas medidas, que tendrán siempre como objetivos últimos:

- ✓ La satisfacción del usuario y la recuperación de su confianza.
- ✓ La identificación de las causas básicas de la reclamación.
- ✓ Evitar la recurrencia de situaciones de no-conformidad similares.
- ✓ Implantar las medidas correctoras en el plazo lo menos dilatado posible.



© Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.

- ✓ Informar a los usuarios que formularon la reclamación o sugerencia, de las medidas implantadas.

En todo caso, las acciones correctoras deberán implantarse de forma especialmente rápida y eficaz ante los siguientes casos:

- ↪ Recurrencia de situaciones de no-conformidad.
- ↪ Quejas graves del usuario, especialmente las que afecten a sus derechos fundamentales o se relacionen con una lesión de sus intereses.
- ↪ Deficiencias encontradas en los procedimientos de supervisión o en la realización de las auditorías externas de Seguridad e Higiene o de Procedimientos de intervención.
- ↪ Semestralmente, el Director elevará un Informe de no conformidades, donde se registrarán los siguientes datos:

- ❑ Número de reclamaciones, quejas y sugerencias y distribución por áreas y tiempos.
- ❑ Procedencia de las mismas.
- ❑ Clasificación según los aspectos del proceso de atención sobre los que se reclama.

127



2.3. Objetivos y Compromisos de Calidad Frente al Usuario:

Como ya se apuntó anteriormente, el Centro de Emergencia presta servicios a drogodependientes que, por su situación física, psíquica y social, pueden que no alberguen inicialmente altas expectativas de sobre el mismo.

Aquí, la lógica del binomio expectativa satisfacción, subyacente en el binomio clásico de calidad (ISO, EFQM) entra en crisis, pues siguiéndola, no haríamos más que conformarnos con estándares de calidad muy por debajo del nivel que por otra parte sería aceptable. Por ello y por su carácter diferencial de Entidad Sin Ánimo de lucro, la entidad gestora opta por la elaboración de su propio modelo de calidad, que aborda la cuestión del compromiso ante el usuario desde otro enfoque.



© Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.



Las entidades gestoras de Centros de Emergencia, en su mayoría ONG, deberían suscribir los principios anotados en el punto 1.3 de este documento, especialmente los que señalan como factor de calidad el compromiso con:

- ❑ La defensa de los intereses y Derechos presentes y futuros del usuario.
- ❑ La dignidad humana.
- ❑ El criterio de solidaridad.

La identificación con los principios y valores de calidad propuestos encuentran su concreción en el compromiso de:

- ➔ Cumplimiento del contrato terapéutico establecido con cada usuario, respetando los principios de individualización y exigencia progresiva.
- ➔ Cumplimiento del Reglamento de Régimen Interno y otras normas de uso del Centro de Emergencia.
- ➔ Implantación de un sistema para la comprensión, tratamiento y tramitación de las quejas, sugerencias y reclamaciones, contestando a todas ellas por escrito en un plazo no superior a 15 días.
- ➔ Cumplimiento de los objetivos, servicios y plazos determinados en el contrato de concesión.
- ➔ Mantenimiento de un clima de relación respetuoso, atento y coherente con los principios básicos de la **Relación de Ayuda**.
- ➔ Protección de la intimidad y reserva de datos personales en los términos en los que señala la ley, habilitándose instrucciones y procedimientos de seguridad y protección de los datos.

128



2.4.- Agentes Implicados en los Procedimientos a Desarrollar

- ✓ Dirección del Centro Asistencial.
- ✓ Círculos de calidad.
- ✓ Unidad de Atención al usuario.
- ✓ Coordinadores de Programa.
- ✓ Usuarios directos y familiares o representantes.



© Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.

2.5.- Base Documental y de Registros de los Procesos:

<p>Normativa de aplicación</p>	<p>Legislación de aplicación:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ L.O. 15/99 de 13 de Diciembre de Protección de datos de carácter personal. ✓ Ley de Protección de datos de la Comunidad Autónoma correspondiente y posteriores desarrollos y modificaciones. ✓ Ley sobre Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos de la Comunidad Autónoma Correspondiente. ✓ Fichas de normativas.
<p>Registros</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Registro de informes de conformidades y no conformidades de Unidad de Atención al usuario. ✓ Registros de recepción y atención. ✓ Registros de consulta e información al usuario. ✓ Registro de quejas, reclamaciones y sugerencias de usuarios, representantes y familiares. ✓ Registro de contestaciones escritas a quejas sugerencias y reclamaciones. ✓ Registro de instrucciones de acciones correctoras. ✓ Informes de encuesta a usuarios sobre utilización de los servicios.
<p>Instrucciones, procedimientos y prácticas</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Prácticas de atención al usuario por Programas. ✓ Procedimiento de recepción, atención y tramitación quejas. ✓ Instrucciones de elaboración de cartas de contestación a reclamaciones, sugerencias y quejas. ✓ Instrucciones sobre uso de las instalaciones y servicios. ✓ Instrucciones, procedimientos y prácticas: Cartas de servicios general y específicas de cada programa. ✓ Carta de Servicio del Programa. ✓ Instrucciones procedimientos y buenas prácticas sobre admisión e incorporación de usuarios.

129



© Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.



7.5.2- SISTEMA DE GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS

Los recursos humanos del Centro de Emergencia son la pieza más valiosa del Proyecto que aquí presentamos, tanto desde el punto de vista cuantitativo, como cualitativo. En tanto que estructura orientada a la prestación de servicios a terceras personas, el factor humano se revela como el principal factor de calidad del sistema global del Servicio, sin el cual no puede entenderse el funcionamiento del mismo.

Todos los aspectos y procedimientos descritos en este apartado irán encaminados a la implementación de una política y SGRH capaz de conseguir que los profesionales y voluntarios estén en condiciones de:

- ➔ **QUERER INTERVENIR**, para lo que se debe estar de acuerdo con la finalidad de las acciones a realizar. Implica tener información básica sobre:
 - la estructura, funcionamiento y objetivos del Centro de Emergencia.
 - la necesidad y expectativas de los usuarios.

Conlleva **“sentirse parte”** del Servicio, de los proyectos a realizar -sentido de pertenencia- y tener la posibilidad de participación real. Los peores enemigos de la calidad son las actitudes en la realización del trabajo que se verbalizan con los consabidos **“ya vale”**, **“déjalo ya”** y que expresan una actitud ante el trabajo de realizarlo de forma aceptable, siempre dentro de unos parámetros medios y por tanto, limitando la calidad del servicio.

- ➔ **SABER INTERVENIR**, lo que exige tener la formación, conocimientos y habilidades necesarios, para saber **QUÉ** hay que hacer y **CÓMO** hay que hacerlo. Es responsabilidad de la Dirección facilitar las condiciones para la formación continuada y la formación en el Servicio y es una responsabilidad ética de los trabajadores la puesta al día y mejora de sus conocimientos y habilidades.
- ➔ **PODER INTERVENIR**, lo que precisa de la debida autoridad para hacerlo y los medios necesarios. Es necesario que exista claridad en la descripción de los puestos de trabajo y por tanto en las áreas de responsabilidad y que se fomente el trabajo en equipo de forma efectiva.

130



© Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.

En línea con los criterios validados en materia de gestión de calidad, debemos considerar a los trabajadores como proveedores y clientes los unos de los otros, dentro de la cadena de servicios que definen al Centro de Emergencia, lo que implica entre otras cosas la consideración de las cuestiones relativas a política de personal y SGRH en los términos aplicables a los clientes internos del Centro de Emergencia en lo que se refiere a la relación directa entre expectativas y satisfacción.

7.5.2.1 Identificación de los Recursos Humanos que Concurren en el Centro de Emergencia.

El SGRH deberá diferenciar, en función del tipo de relación contractual que mantienen con la entidad adjudicataria, cuatro tipos de figuras dentro del Centro de Emergencia. Cada una de ellas deberá recibir un tratamiento diferenciado en los aspectos específicos, pero deben identificarse igualmente aspectos y criterios comunes a todas ellas:

a) Profesionales del Centro de Emergencia:

A los cuales se vincula la entidad mediante una relación laboral, y cuyos perfiles funciones y estructura funcional se encontrarán suficientemente desarrollados en el Proyecto Técnico presentado a concurso.

b) Personal proveniente de la subcontratación de servicios:

Personas fuertemente integradas en las dinámicas del Centro de Emergencia, pero bajo el ámbito de organización y dirección de un proveedor externo. Dentro de esta categoría nos encontraríamos:

- Vigilancia.
- Servicio externo de prevención de Riesgos Laborales.
- Limpieza, en ocasiones.

c) Alumnos en prácticas profesionales:

Uno de los objetivos que planteamos es el "**posibilitar a los alumnos de las diferentes Universidades y Centros de Formación Profesional, la oportunidad de realizar sus prácticas profesionales en los Centros de Emergencia complementando así su formación teórica.**"

131



© Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.



La consecución del objetivo mencionado, conlleva por parte de los profesionales un plus de esfuerzo al tener que dedicar parte de su tiempo a la supervisión de los alumnos en prácticas. Además, requiere un despliegue de medios económicos y materiales por parte de las entidades gestoras que requiere ser mencionado a fin de reconocer el esfuerzo que ello supone a nivel de gestión de recursos.

Los profesionales de lo socio-sanitario y educativo (enfermeros, psicólogos, médicos, trabajadores sociales, educadores sociales, etc..) que nutren nuestros programas, han obtenido su capacitación gracias a la posibilidad de realizar prácticas profesionales en diferentes programas y servicios por lo que actitudes en contra de contar con alumnos en prácticas no deben ser secundadas.

132



d) Voluntariado:

"El voluntariado es una forma de participación organizada de los ciudadanos en la solución de problemas que afectan a la sociedad en su conjunto mediante la asunción de un compromiso de cooperación. La ley 6/96 de 15 de Enero, del Voluntariado, reconoce que la acción voluntaria se ha convertido hoy en día en uno de los instrumentos básicos de la participación de la Sociedad Civil en el ámbito social, correspondiendo a los poderes públicos facilitar, promover y apoyar la participación ciudadana en acciones de voluntariado".

En el intento de dar respuesta a los desafíos que la sociedad actual nos plantea, se produce un aumento de la implicación individual, adoptando la forma de voluntariado y ello por diferentes razones:

- ✓ mayor disponibilidad de Tiempo Libre.
- ✓ aumento de las necesidades con la crisis del Estado de Bienestar.
- ✓ desencanto de los partidos políticos y sindicatos.
- ✓ la confianza de la sociedad en las ONGs.

Este incremento del voluntariado se ha dado en llamar el "fenómeno de la Solidaridad"; un fenómeno que encuentra su más claro ejemplo en la creación y



©Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.

consolidación de numerosas Asociaciones y ONGs que tienen un papel fundamental actuando de forma directa sobre las causas y los efectos de las desigualdades sociales generadoras de exclusión y marginación social.

Nuestra opción en favor de la promoción y el desarrollo del voluntariado enraíza en la cultura de la ciudadanía en la que el individuo se constituye como una realidad autónoma y soberana cuya expresión se concretiza en el ejercicio de las libertades individuales.

El voluntariado que intentamos promover, es la persona que, consciente de sus derechos individuales pretende garantizarlos y tutelarlos en los más desfavorecidos.

La existencia del voluntariado es necesaria mientras que se requiera la solidaridad con los colectivos que sufren el rigor de la exclusión social y existan grupos que sólo pueden reducir su vulnerabilidad mediante la proximidad y la cercanía.

La entidad gestora dispondrá de un Plan de Voluntariado, que integre bajo una perspectiva de gestión de procesos, las diferentes acciones de captación, selección, incorporación, seguimiento, formación y motivación del voluntariado.

El voluntariado se incorporará bajo los mismos criterios generales y principios de calidad expresados en este documento, lo que asegura la participación responsable, informada y no diletante de un pequeño colectivo de personas participando en el proyecto desde funciones concretas de forma desinteresada y aportando el referente de solidaridad y compromiso necesario en un proyecto de este tipo.

Los voluntarios que participen en las labores a realizar dentro del Centro de Emergencia, recibirán la misma formación que el resto de profesionales y alumnos en prácticas, adaptándola en todo momento a las tareas que vayan a llevar a cabo dentro del mismo.

133



©Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.



El voluntariado en drogodependencias:

Uno de los servicios más duros y difíciles que se pueden plantear dentro de la acción voluntaria es la del mundo de las toxicomanías.

La convivencia, desde la implicación personal que el voluntariado conlleva por definición, con situaciones de extremo desarraigo, de patente injusticia o de severos conflictos morales y afectivos, puede acarrear en la persona serios desequilibrios vitales.

Si el enfrentarse a la tarea día a día conlleva un innegable desgaste en profesionales experimentados y preparados, podemos imaginar en una persona sin una preparación específica o en un nivel madurativo incipiente.

134



Es necesario por tanto tener en cuenta esta realidad a la hora de determinar cual será el perfil del voluntariado que colabore en el desarrollo de los programas del Centro de Emergencia, tanto en lo que se refiere a su maduración personal, como al tipo de tarea a realizar y el compromiso previo exigible de participar en los procesos formativos básicos, aquellos de carácter específico relacionados con aspectos claves para la seguridad, y en los procesos de acompañamiento profesional convenientemente adaptados.

Por otra parte, no debemos olvidar que la prestación de las tareas voluntarias, en los términos señalados en la Ley del Voluntariado de la Comunidad Autónoma que corresponda, obliga a las entidades a mantener políticas de voluntariado contrarias a la ocupación de puestos de trabajo profesionales.

7.5.2.2 Alcance y Objetivos del SGRH.

Los aspectos que se integran bajo el alcance del SGRH afectan al conjunto de procedimientos relacionados con:

- ➔ La captación y selección de personal, tanto profesional como voluntario.
- ➔ La formación.
- ➔ La incorporación y seguimiento y la definición de políticas de incentivos.



© Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.

- La Seguridad e Higiene en el trabajo y la prevención.
- El tratamiento específico del Burnout mediante la práctica profesional tutorizada.

El conjunto de elementos que integran y definen el SGRH deberá tener presente en todo momento como factor e indicador de calidad la consecución de los siguientes objetivos:

1. Cumplir por ambas partes la legislación vigente en las siguientes materias:

- 1.1. Condiciones contractuales de la relación laboral.
- 1.2. Seguridad e Higiene.
- 1.3. Horarios y situaciones de turnicidad.
- 1.4. Condiciones del desempeño para personal en prácticas y voluntariado.

2. Crear una cultura de trabajo basada en la implicación y vinculación del personal con los objetivos y compromisos del Centro de Emergencia.

3. Actuar desde el marco de la prevención con el objeto de disminuir:

- 3.1. El absentismo y la rotación.
- 3.2. Situaciones de desmotivación y tensión en las relaciones.
- 3.3. Situaciones de conflictividad laboral.

4. Potenciar la satisfacción del profesional y su percepción de realización personal a través del desempeño de su función, fomentando la presencia de factores higiénicos en la relación laboral:

- 4.1. Organización racional y consensuada del trabajo, basada en la monitorización de los procedimientos establecidos.
- 4.2. Supervisión con enfoque constructivo.
- 4.3. Fomento de las relaciones interpersonales.
- 4.4. Seguridad en el puesto de trabajo.



© Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.



5. Potenciar la satisfacción del profesional y su percepción de realización personal a través del desempeño de su función, fomentando los factores motivadores en la relación laboral:

- 5.1. La coordinación orientada al logro de objetivos.
- 5.2. El reconocimiento de los méritos y capacidades.
- 5.3. La formación y el desarrollo profesional.
- 5.4. La participación de los trabajadores, asumiendo no solo funciones, sino también responsabilidades.
- 5.5. El fomento de la autonomía y la responsabilidad a través de relaciones de confianza.

136

7.5.2.3 Descripción Detallada de Algunos de los Aspectos a Considerar Dentro del Alcance del SGRH.



A. La formación:

Las entidades no lucrativas, deben mirar al ámbito empresarial y trabajar en sinergia valiéndose de las técnicas y estrategias útiles para convertir nuestra actuación en una acción social más efectiva y eficiente. Dentro de estas estrategias y como indicador de una ONG con futuro se encuentra su talante de "**aprendizaje permanente**".

Desde la intervención psicosocial que llevamos a cabo es necesario trabajar en pos de una calidad de vida y una vida de calidad; por ello, la formación tanto básica como permanente de nuestros profesionales y voluntarios es un elemento fundamental para su consecución.

Desgraciadamente, este tipo de atención ha sido considerada un coste. Pero la miopía respecto a estas cuestiones está siendo corregida a marchas forzadas. Hoy la diferencia se encuentra, también dentro de las ONGs, en su capital humano, y si este es nuestro factor diferenciador debemos invertir en su formación.

Invertir esfuerzos, tiempo y dinero en la preparación y capacitación teórico-práctica de los profesionales es invertir también en salud organizacional.

Situamos la formación al nivel de estrategia, requiriendo la implicación de la entidad, del Director del Centro de Emergencia y de cada uno de los profesionales de primera línea.



© Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.



La formación no es un fin, es un medio, para mejorar, cualificar, perfeccionar, la intervención; en definitiva, para ganar en calidad de prestación del servicio.

La Dirección será la encargada de implementar un plan de formación que, trascendiendo el criterio meramente cualificador, tenga en cuenta a los profesionales del Centro de Emergencia, siendo capaz de :

- ✎ Identificar cuáles son sus necesidades.
- ✎ Conocer sus problemas.
- ✎ Ayudar a resolverlos.
- ✎ Escuchar sus opiniones.
- ✎ Prestar atención a sus iniciativas.
- ✎ Mejorar su comunicación.
- ✎ Fomentar su aprendizaje permanente.

137



Más concretamente las propuestas formativas se estructurarán en cuatro niveles diferenciados:

1.- FORMACIÓN BÁSICA: esta formación se realizará por todos los profesionales y voluntarios que vayan a formar parte del equipo del Centro de Emergencia, y tendrá lugar previa a su incorporación efectiva al dispositivo y en los meses inmediatamente posteriores a su adjudicación.

La formación de los profesionales del Centro de Emergencia debe atender al las drogodependencias.

2.- FORMACIÓN ESPECÍFICA: esta formación irá destinada a capacitar a los profesionales para poder realizar las actividades concretas dentro del Centro de Emergencia. La programación de dicha formación tendrá un carácter dinámico, y estará de acuerdo con las características del servicio al que se incorporan y de los usuarios receptores. Los temas podrán ser, de forma orientativa, los siguientes: Los Programas y recursos de la Red de Atención a Drogodependientes. Los Usuarios de Drogas Legales e Ilegales. Diferentes Perfiles y pautas de relación: patologías asociadas. La Atención al Usuario Drogodependiente: soporte, contención e intervención en crisis. La Calidad en la Atención al Drogodependiente. Aspectos legales, psicológicos y socioeducativos en la atención a drogodependientes.



© Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.

3.- FORMACIÓN ESPECIALIZADA: una vez que los profesionales estén incorporados al Centro de Emergencia y comenzado su trabajo, se realizará un diagnóstico de necesidades formativas por perfiles profesionales y por puestos -ajustado lo más posible a las actividades que se realizan en el Centro de Emergencia- a fin de conseguir el grado de especialización que se requiere para el desarrollo de dichas actividades.

4.- FORMACIÓN PERMANENTE: será la formación, que bajo la modalidad de Encuentros, Jornadas, Congresos, Seminarios, Cursos de Postgrado, será puesta en conocimiento y disponibilidad de los profesionales del Centro de Emergencia a lo largo del año con el fin de promover el conocimiento, el diálogo, la reflexión sobre la práctica así como el compartir espacios y tiempos diferentes a los habituales entre los profesionales del Centro de Emergencia, además de mejorar los niveles globales de capacitación.

138



B. El tratamiento personalizado a través de la práctica del Counselling.

Como mencionábamos en los párrafos anteriores, nuestro capital humano es nuestro mayor activo. El personal socio-sanitario de este tipo de recursos acusan, con frecuencia, la existencia de muchas distorsiones profesionales que tienen que ver no con su saber, o su saber hacer sino con lo que son cómo personas y lo que, desde ahí, supone entrar en relación con personas en procesos de exclusión y/o marginación social.

Desde nuestra experiencia, hemos tomado conciencia de la importancia que tiene la existencia de un profesional externo al equipo del Centro de Emergencia con quien poder ventilar los conflictos o problemas, tanto si son referidos a las tareas de intervención, como al estrés provocado por las situaciones, como a las relaciones interpersonales.

Mediante la supervisión de apoyo se trata de complementar la supervisión administrativa y de aprendizaje ejercida por el Director Técnico del Centro de Emergencia.

Es importante que el supervisor de apoyo ayude al supervisado a controlar la parte afectiva de su persona en el trabajo, trabajando con él: las proyecciones, transferencias, contra-transferencias y aprovechar las disfunciones profesionales como punto de aprendizaje personal y laboral.

Además, la supervisión de apoyo tiene una función preventiva en el sentido de poder trabajar los factores precipitantes del estrés profesional habilitando estrategias encaminadas a la resolución satisfactoria de tensiones debidas al agotamiento profesional.



© Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.

El bienestar de los profesionales que intervienen en Servicios como los Centros de Emergencia es importante para que se dé una buena comunicación y se alcance la satisfacción de los objetivos de dichos proyectos. Pero el trabajo en estos proyectos puede estar sometido a un estrés elevado y puede ser caldo de cultivo del **"síndrome de agotamiento profesional"** (S.A.P.), también conocido como **"Burnout"** o **"estar quemado"**. El S.A.P. puede definirse como **"pérdida de interés o entusiasmo en el trabajo"**, lo cual puede conllevar una serie de actitudes negativas, como disminución de la autoestima, desánimo y tedio en el trabajo diario. Puede incluir cansancio o hastío en relación con la profesión, despersonalización y reducción de la capacidad personal y puede ocurrir en personas que están en contacto directo con la gente como es el caso que nos ocupa.

Se manifiesta por agotamiento emocional que se refiere a una reducción de nuestros recursos emocionales y al sentimiento de que no tenemos nada que ofrecer a los demás psicológicamente. Puede tener manifestaciones somáticas y psicológicas, como abatimiento, ansiedad e irritabilidad. La despersonalización se refiere al desarrollo de actitudes negativas y de insensibilidad hacia la población objeto de nuestros servicios y hacia nuestros compañeros de trabajo o supervisores, que nos pueden conducir a pensar que son la fuente de nuestros problemas. Se asocia con una actitud cínica e impersonal, con el aislamiento de los demás, con el uso de etiquetas despectivas para calificar a los otros, y con el intento de culpabilizarlos de nuestra frustración.

Para prevenir este sentimiento de hastío se deben tener en cuenta los elementos que configuran el síndrome de agotamiento profesional en un proyecto como este:

- ➔ Contacto continuo con población que se mueve en ámbitos marginales.
- ➔ Establecimiento de vínculos afectivos con algunos usuarios.
- ➔ Sensación de impotencia ante determinadas actitudes.
- ➔ Frustración ante la falta de cambio de conductas de riesgo y ante la aparente falta de preocupación por la salud de los usuarios, lo que conlleva la dificultad de realizar el trabajo educativo-preventivo.
- ➔ No reconocer nuestras propias limitaciones y querer abarcar más allá de nuestras posibilidades.

139



©Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.



- ➔ Monotonía en el trabajo y ausencia de creatividad.

Además, en muchas ocasiones a los problemas mencionados se unen otros de tipo laboral:

- ➔ horarios duros debido a la necesidad de adaptarse a las necesidades de los usuarios.
- ➔ exceso de trabajo por escasez de personal.
- ➔ baja remuneración y, para quien le interese, escasas posibilidades de promoción.
- ➔ dificultad de formación.

140



De acuerdo a las características señaladas, se hace necesario el apoyo externo de un profesional de la psicología o del trabajo social que prevenga y atienda las situaciones perturbadoras que generan pautas de pensamiento, emociones y conductas que problematicen la intervención y lleven a los profesionales a no saber afrontar de manera adecuada determinadas situaciones.

Este profesional, en el marco del **Programa de Supervisión y Asistencia Psicológica Profesional**, interactuaría con el Servicio Externo de Prevención y el de Vigilancia de la Salud.

C. La Prevención de Riesgos laborales.

La Ley 31/1995, de 8 de Noviembre de Prevención de Riesgos Laborales, tal y como en ella se plasma en la Exposición de Motivos, tiene como objeto la determinación del cuerpo básico de garantías y responsabilidades, preciso para establecer un adecuado nivel de protección de la salud de los trabajadores, frente a los riesgos derivados de las condiciones de trabajo, y ello en el marco de una política coherente, coordinada y eficaz de prevención de riesgos laborales.

Se considera que la protección del trabajador frente a los riesgos laborales exige una actuación en la empresa que desborda el mero cumplimiento formal de un conjunto predeterminado, más o menos amplio, de deberes y obligaciones empresariales y, más aún, la simple corrección a posteriori de situaciones de riesgo ya manifestadas.

La planificación de la prevención, la evaluación de los riesgos inherentes al trabajo, la ordenación de un conjunto coherente y globalizador de medidas de acción preventivas, adecuadas a la



© Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.



naturaleza de los riesgos detectados y el control de la efectividad de dichas medidas, constituyen los elementos básicos del enfoque en la prevención de riesgos laborales que la Ley 31/1995 plantea.

Asimismo la ley prevé la posibilidad y necesidad de contar con un servicio externo de prevención y vigilancia de la salud.

La primera fase de implantación del Plan de Prevención de Riesgos Laborales comienza con la realización de una evaluación inicial de riesgos.

Una de las acciones que contendrá el Plan será la de la formación del personal. Esta formación se integrará en el Plan de Formación del dispositivo, y se realizará a tres niveles:

1. **Formación específica** en riesgos aplicable a todo el personal profesional y voluntario del Centro de Emergencia, cuyos contenidos serán recogidos de cara a la elaboración de procedimientos y documentos de buenas prácticas relativos a la prevención de riesgos.
2. **Formación del personal** al que la entidad gestora asignará tareas específicas relativas a este aspecto del SGRH. Esta formación se realizará para la cualificación del nivel básico e intermedio, según los estándares que marca la Ley.
3. **Formación de los representantes** de los trabajadores, que actúen como Delegados de Prevención en los términos que la ley prevé.

Una vez realizada la evaluación inicial y terminado el proceso formativo del personal directamente implicado en las tareas de prevención, se constituirá un comité de prevención, que con la asistencia técnica de la Dirección del Centro de Emergencia y el Profesional de apoyo estará encargado de elaborar un Plan que deberá contener:

- ↪ Criterios generales.
- ↪ Compromisos de la entidad gestora.
- ↪ Compromisos de los trabajadores.
- ↪ Compromisos del cliente inmediato.

141



© Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.



- ↵ Identificación de los riesgos.
- ↵ Temporalización de las medidas
- ↵ Procedimientos de identificación de los requerimientos.
- ↵ Procedimientos de detección y subsanación de no conformidades.
- ↵ Procedimientos de información a los trabajadores.
- ↵ Identificación de los medios necesarios.
- ↵ Responsabilidades y autoridades.

142



7.5.2.4 Agentes Implicados en los Procedimientos a Desarrollar

- ✓ Dirección de la entidad gestora.
- ✓ Área de Gestión de Personal de la entidad gestora.
- ✓ Dirección del Centro de Emergencia.
- ✓ Círculos de calidad.
- ✓ Unidad de Atención al usuario.
- ✓ Personal profesional externo e interno.
- ✓ Voluntarios.
- ✓ Alumnos en prácticas.



© Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.

7.5.2.5 Base Documental y de Registros de los Procesos:

<p>Normativa de aplicación</p>	<p>Normativa externa de aplicación:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ La Ley 31/1995, de 8 de Noviembre de Prevención de Riesgos Laborales ✓ R.D. 39/1997 de Reglamento de los Servicios de Prevención. ✓ Convenio colectivo para "Establecimientos Sanitarios de Hospitalización, Asistencia Sanitaria, Consultas y Laboratorios de Análisis Clínicos". ✓ Ley 6/1996 del Voluntariado. ✓ Ley del voluntariado en la Comunidad Autónoma correspondiente. <p>Normativa interna de aplicación:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Plan de voluntariado de la entidad gestora. ✓ Procedimientos de selección, admisión y seguimiento de personal profesional. ✓ Circulares diversas. ✓ Fichas de normativas.
<p>Registros</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Evaluación inicial de riesgos. ✓ Planes de seguimiento y corrección de no conformidades en riesgos. ✓ Plan de evacuación. ✓ Registros normalizados de selección, admisión y seguimiento de personal profesional. ✓ Registros normalizados relativos a procedimientos de vacaciones, cambios de turnos, etc. ✓ Registros contemplados en el Plan de voluntariado relativos a la incorporación de personal voluntario en programas de toxicomanías y de menores en conflicto social. ✓ Registro de diseño y asistentes de Programas de formación específicos de carácter interno. ✓ Registros de realización de actividades de vigilancia de la salud. ✓ Cuestionarios al personal sobre su satisfacción en esta materia.
<p>Instrucciones, procedimientos y prácticas</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Manual de buenas prácticas en Seguridad e Higiene, tanto a nivel general como por puestos de trabajo. ✓ Procedimientos y criterios de selección, admisión y seguimiento de personal profesional. ✓ Procedimientos y criterios de selección, admisión y seguimiento de personal voluntario. ✓ Circulares diversas. ✓ Manual de buenas prácticas en supervisión profesional. ✓ Procedimientos de participación en actividades de Intercambio.

143



© Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.



7.5.3.- SISTEMA DE CALIDAD DE GESTIÓN AMBIENTAL (SGMA)

Los Centros de Emergencia se suelen encontrar en entornos naturales poco degradados, donde una excesiva presión ambiental sería rápidamente evidenciada, y relativamente cerca de una población de origen eminentemente rural, que observará con más interés que el urbanita un Centro de esta clase.

Una Centro de este tipo difícilmente mirará con comprensión una gestión irresponsable con el medio ambiente, acostumbrada como está a valorar su medio como la fuente principal de sus ingresos y su medio de vida.

Además, no debemos olvidar que entre las barreras que limitan el espacio del Centro Asistencial transcurrirán una gran parte de las horas del día tanto para los usuarios como para los profesionales que allí desarrollan su labor.

144



Que duda cabe que la calidad del medio, la conservación de este, el mejor estado posible y la capacidad de personalización y adaptación de los espacios influirá sustancialmente en la calidad de vida de las personas que allí se encuentran y sin duda contribuirá en gran medida al éxito de los procesos terapéuticos que allí se desarrollan.

Además, debemos valorar el valor pedagógico que el ejemplo tiene como base fundamental del aprendizaje vicario. Será más sencillo inculcar a los usuarios determinados valores, si ellos perciben que estos no se quedan en el vacío discurso de la ideología, sino que se llena de contenido en la observancia diaria de determinados principios y normas de acuerdo con nuestra responsabilidad ante el medio ambiente.

Estas son las razones por las que pensamos que es especialmente importante abordar este aspecto dentro de la definición del alcance del Sistema Global de Calidad. Sin embargo existen otras:

La primera nace de la consideración sobre el carácter público de los servicios que se prestan en el Centro de Emergencia. Este hecho implica:

- ➔ La necesidad de la Administración Pública de mantener el compromiso con los criterios medioambientales, en tanto que recurso público.
- ➔ La necesidad de la entidad gestora de ser coherente con los principios y valores propuestos en los borradores de norma de gestión de la calidad para ONGs, con los que ya hemos



© Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.

señalado, nos sentimos en acuerdo y compromiso.

- ➔ La necesidad común a ambas entidades de dotar a la gestión del dispositivo de un valor añadido que refuerce su imagen de servicio público ante la sociedad.

Otra motivación se relaciona directamente con los usuarios del dispositivo y el potencial educativo y terapéutico de propuestas de rutinas donde se aplican valores de respeto al medio como aplicación a la vida cotidiana.

Por otra parte, independientemente de lo deteriorado que pueda estar el medio físico donde se ubique nuestro trabajo, no implica la liberación de la responsabilidad de no contribuir a un mayor deterioro, ni debe hacernos olvidar la consideración de que el compromiso hacia la conservación del medio ambiente parte de la aplicación a lo local de criterios globales.

7.5.3.1 Compromisos de Centro Trama Hacia la Gestión Medioambiental del Centro de Emergencia:

1. Cumplimiento de la legislación vigente en materia de gestión medioambiental y gestión de residuos.
2. Elaboración e implementación de medidas tendentes a reducir en lo posible la producción de residuos.
3. Elaboración e implementación de medidas tendentes a reducir en lo posible el consumo de recursos naturales y especialmente energéticos.
4. Gestionar en colaboración con la Administración Pública, y en el marco de sus competencias y responsabilidades específicas como titular del dispositivo, los residuos generados, fomentando y facilitando protocolos de reciclaje y recogida selectiva de materiales.
5. Implementación de medidas de control interno y de ajuste de las no-conformidades, tendentes a la mejora continua.
6. Concienciar y sensibilizar a los empleados y usuarios a través de la información y la realización de documentos de buenas prácticas.

145



© Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.



7.5.3.2 Identificación de Aspectos e Impactos. Alcance del SGMA.

La relación entre aspecto e impacto se explica a través de un paralelismo entre causa-efecto. Así el **aspecto** sería la causa de una situación de no-conformidad en el SGMA, y **el impacto** sería el efecto provocado de deterioro del medio.

Una correcta aplicación de los principios de calidad en gestión medioambiental comienza por la identificación de todos los aspectos que generan impacto. Que en el contexto del Centro de Emergencia serían:

146



- Emisiones a la atmósfera de dióxido de Carbono , vapor de agua y gases de combustión a causa de calefactores, vehículos, etc.
- Vertidos a la red integral de saneamiento de aguas de limpieza, de uso de instalaciones sanitarias, fitosanitarios, etc.
- Residuos biológicos procedentes de actividades del área médica, residuos procedentes del consumo de bienes y servicios por parte de usuarios y personal del Centro de Emergencia y residuos provenientes de pertenencias desechadas por los usuarios.
- Consumo de agua, energía y materiales como papel, consumibles de oficina, plásticos de envases, material sanitario, etc.

La determinación de los umbrales de aceptabilidad y las situaciones de no-conformidad se pueden determinar por parte de la Dirección y los Servicios médicos y de Prevención del Centro de Emergencia utilizando en el futuro valores aproximativos de referencia, basados en promedios de años anteriores. A corto plazo se deberán utilizar como referencias:

- **Para emisiones:** Valores guía y valores máximos admisibles por la legislación, especialmente en vehículos y calefactores.
- **Para vertidos:** Valores y calidades de referencia según la legislación vigente.



© Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.

- ➔ **Para residuos:** Se utilizarían dos criterios:
 - Valores de referencia como pequeño productor de residuos según la legislación vigente.
 - Peligrosidad del residuo generado.
- ➔ **Para consumos:** Establecimiento de valores medios de consumo por usuario en función de épocas del año y otras variables.

7.5.3.3 Legislación de Referencia:

➔ **Legislación comunitaria:**

- ↳ Reglamento 2037/2000
- ↳ Reglamento 2038/2000
- ↳ Reglamento 2039/2000: Todas estas normas de referencia afectan a sustancias que dañan la capa de ozono.

➔ **Legislación nacional:**

- ↳ Ley 10/98 de Residuos.
- ↳ Orden 13.10.89 de caracterización de residuos.
- ↳ R.D. 833/1988 de Residuos tóxicos y peligrosos (RTP).
- ↳ R.D. 952/1997 RTP
- ↳ Resolución 13.01.2000 Plan nacional de residuos urbanos.
- ↳ R.D. 484/1995 sobre aguas.
- ↳ Ley 11/1995 sobre vertidos.
- ↳ R.D. 509/1996 Legislación subsidiaria sobre vertidos en defecto de la ordenanza municipal.
- ↳ Ley 11/1997 Envases y residuos de envases
- ↳ R.D. 782/1998 Sobre envases.

147



© Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.



↳ Ley 38/1972 de Protección del medio ambiente atmosférico.

↳ Decreto 833/1975 de Protección del medio ambiente atmosférico.

7.5.3.4 No Conformidades y Situaciones de Emergencia

Las situaciones de no-conformidad respecto a las especificaciones que se determinen pueden tener su origen en:

- ➔ Una detección propia.
- ➔ Una detección por parte del cliente o los usuarios.
- ➔ Una detección por inspección.
- ➔ Por supervisión de Dirección o cualquier otro personal del Centro de Emergencia
- ➔ Otras vías.

148



La detección de una situación de no-conformidad generará un documento Informe de situación de no-conformidad que como mínimo contendrá la siguiente información:

- ➔ Sistema afectado (En este caso SGMA) y aspecto afectado.
- ➔ Descripción.
- ➔ Análisis de las causas.
- ➔ Acciones reparadoras necesarias. Responsable.
- ➔ Acciones correctoras necesarias. Responsable.
- ➔ Implantación de medidas y plazos, Instrucciones de validación.

En lo referente a situaciones de emergencia medioambiental, se prevén en principio las siguientes incidencias:

1. Vertidos accidentales de residuos sanitarios.
2. Vertidos o escapes de combustible o gas.
3. Incidencias por mala práctica de desratización o desinsectación por parte del proveedor.



© Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.

La Dirección del Centro de Emergencia, en colaboración con el área médica, se encargarán de la elaboración de protocolos de acción en cada caso, así como de la elaboración de los mismos aplicables a otras situaciones de emergencia previsibles.

7.5.3.5 Soporte Documental del SGMA.

La Dirección del Centro de Emergencia, en colaboración con el área médica, se encargarán de elaborar, completar y sistematizar un soporte documental que contendrá de forma jerarquizada y ordenada, los siguientes tipos de documentos:

- ↗ Fichas de identificación de requisitos legales del sistema.
- ↗ Informes de no-conformidad de SGMA
- ↗ Programa de implantación de SGMA.
- ↗ Manuales de buenas prácticas.
- ↗ Instrucciones de la Dirección del dispositivo
- ↗ Procedimientos
- ↗ Registros de actividades relacionadas con el mantenimiento del SGMA.

149



7.5.3.6 Responsabilidades y Autoridades del SGMA.

- ➔ **Dirección de la entidad gestora:** Sancionar la política de GMA del Centro de Emergencia, Coordinación con la Administración Pública, elaboración de acuerdos y determinación conjunta de responsabilidades de ambas entidades.
- ➔ **Área Sanitaria del Centro de Emergencia:** Elaboración de protocolos, actualización de las fichas, Apoyo técnico a la Dirección.
- ➔ **Dirección:** Impulso y diseño del SGMA. Concienciación y formación de los trabajadores del dispositivo, diseños de procedimientos, instrucciones a los niveles subordinados.



© Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.



7.5.4.- GESTIÓN DE LA CALIDAD EN LOS PROVEEDORES

Los materiales y productos comprados, así como los servicios subcontratados forman parte del conjunto de productos y servicios del Centro de Emergencia. Son un elemento de alto interés estratégico desde el punto de vista de la gestión de la calidad, al afectar directamente a la satisfacción del usuario, al entorno interno de trabajo y al medio ambiente.

7.5.4.1 Alcance del Sistema de Gestión de Calidad de Proveedores.

La áreas de interés o aspectos relacionados con la política de calidad hacia proveedores afectaría a :

150



- ➔ El modo de relación con los proveedores, ya que son considerados como clientes internos, y por tanto les son aplicables los mismos principios de calidad-satisfacción definidos para el cliente y los usuarios.
- ➔ El control del flujo de insumos en forma de bienes o servicios, necesarios para el normal funcionamiento del Centro de Emergencia.
- ➔ El control del correcto uso y de la disponibilidad física de los insumos.
- ➔ El mantenimiento de los materiales, estableciendo los procedimientos, registros y prácticas de revisión supervisión y validación necesarios.
- ➔ La evaluación de proveedores y contratistas respecto a los criterios de:
 - ➔ Capacidad de cumplimiento.
 - ➔ Criticidad del producto o servicio.
 - ➔ Evidencias históricas del proveedor.
 - ➔ Existencia de sistemas de calidad certificados.
 - ➔ Sistema de precios del producto o servicio.
 - ➔ Modos de pago.
 - ➔ El correcto almacenaje, identificación y etiquetado de productos según embalajes y zonas de almacenaje.



© Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.

- Elaboración de propuestas de planes de ahorro.

7.5.4.2 Identificación de los Proveedores

El sistema de gestión de calidad de proveedores (SGP) prevé dos tipos de proveedor: El propio cliente inmediato y otros proveedores de bienes y servicios.

A) CLIENTE INMEDIATO.

La Dirección del Centro de Emergencia:

- Identificará en coordinación con la entidad gestora los insumos aportados por el cliente, así como las responsabilidades de cada parte en cuanto al mantenimiento y revisión de equipos, estructura del edificio, etc
- Elaborará procedimientos específicos que definan las pautas a seguir para el control, almacenamiento y mantenimiento de los insumos suministrados por el cliente.
- La Dirección del Centro de Emergencia, elaborará procedimientos y rutinas de revisión, dirigidas a asegurar que los productos no se dañen ni se pierdan, adquiriendo el compromiso de informar al cliente de cualquier incidencia. Dichas rutinas deben ser registradas y archivadas una vez se verifiquen.
- La dirección, junto con el área médica, identificará y registrará en fichas los requisitos legales y las instrucciones, directrices y procedimientos marcados por la Administración Pública para productos específicos, como la metadona u otras sustancias y productos sensibles o de distribución controlada.

151



B) PROVEEDORES DE SERVICIOS Y PRODUCTOS

En general se considerará factor de calidad el establecimiento de relaciones con los proveedores basadas en la confianza y la integración.

Los modelos actuales de referencia en gestión de calidad incorporan la figura del proveedor entendido como cliente interno, al que le es aplicable los mismos criterios de ajuste de expectativas satisfacción que al cliente inmediato y los usuarios.



© Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.

No obstante se intentará definir y documentar las responsabilidades mutuas, dirigiéndose la política de compras a minimizar la dependencia del Centro de Emergencia de un proveedor único. Para ello la Dirección mantendrá al día un archivo de proveedores con histórico clasificado por productos y servicios.

Asimismo, se determinarán procedimientos documentados de validación y conformidad tanto para recepciones de productos y realización de servicios como para validaciones por parte del personal del Centro de emergencia encargado del uso, mantenimiento, etc. de un producto o supervisión directa o indirecta de un servicio.

La Dirección de la entidad gestora elaborará por su parte, unos protocolos de capacidad de gasto, donde se especificará la capacidad, periodicidad y procedimientos de aprobación de gasto, en función de la disponibilidad presupuestaria, la función y responsabilidades profesionales y la urgencia del suministro.

152



7.5.4.3 Criticidad del Producto.

Se considerarán productos o servicios críticos aquellos que inciden directamente y a corto plazo en la viabilidad del servicio o en alguno o varios de los siguientes aspectos funcionales del Centro de emergencia:

- ➔ Productos o servicios relacionados directamente con las condiciones de seguridad e higiene en el trabajo:
 - ↳ Vigilancia.
 - ↳ Equipos de protección.
 - ↳ Mantenimiento y suministro de materiales de protección contra el fuego.
 - ↳ Servicios de desratización y desinsectación.
 - ↳ Servicio externo de Prevención
- ➔ Productos y servicios relacionados directamente con los servicios médicos y asistenciales del Centro de Emergencia:
 - ↳ Medicamentos y equipamiento sanitario.
 - ↳ Recogida de residuos urbanos y RTP.



© Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.

- Productos y servicios imprescindibles a corto plazo para el normal funcionamiento del Centro de Emergencia:

↳ Limpieza

En función del grado de criticidad del producto, la Dirección del Centro de Emergencia, en colaboración con los receptores últimos de uso habilitarán procedimientos especiales de control de servicios y suministros dirigidos a:

- La detección, y especialmente la prevención de incidencias por suministros y servicios defectuosos.
- La comunicación inmediata al proveedor de anomalías. Determinando responsabilidades y capacidad de subsanación o reparaciones a que hubiera lugar a corto plazo.
- La realización de las oportunas reclamaciones en caso de noconformidad con los términos del suministro efectuado.
- La elaboración de propuestas de medidas de corrección o en su caso, de proveedores alternativos.

153



7.5.4.4 La Elaboración de Planes de Ahorro.

El control de los gastos generales es hoy en día una prioridad de las organizaciones. En tanto que gestores de un equipamiento público, las entidades gestoras deben incorporar los criterios de austeridad, ahorro, rigor y control de gasto de las administraciones públicas.

Los planes de ahorro son un concepto desarrollado a partir del modelo EFQM, constituyendo además un factor de calidad que afecta al sistema de gestión de proveedores y al SGMA.

La elaboración de Planes de Ahorro deben basarse fundamentalmente en cinco estrategias:

1. El abaratamiento de los costes de suministro a través de convenios, acuerdos estratégicos, ofertas, opciones de Leasing, etc.
2. El control del consumo y la racionalización en el uso y distribución de los insumos.
3. El suministro a los usuarios de los productos incluidos dentro de los servicios con criterios funcionales, racionales, educativos, e igualitarios.



© Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.



4. La vinculación del uso de determinados recursos a las actividades y procedimientos que desarrollan, así como al perfil profesional de quien los desempeña.
5. La sensibilización y las estrategias de adhesión de los profesionales a las prácticas de los Planes de Ahorro.

Las principales partidas que deberían contemplarse dentro de los planes de ahorro serían:

- Reparación y conservación del equipamiento.
- Energía eléctrica y otros gastos energéticos.
- Agua.
- Servicios telefónicos y otras comunicaciones.
- Gastos de papel y materiales de oficina.
- Trabajos de limpieza.
- Vigilancia y seguridad.
- Gastos de mantenimiento de vehículos y carburante.

154



7.6.- IMPLANTACIÓN DEL SISTEMA DE CALIDAD

Uno de los aspectos claves del sistema de gestión para el aseguramiento de la calidad es la definición del proceso de implantación del conjunto de prácticas y sistemas de trabajo que conlleva.

Determinar al completo los contenidos del sistema de gestión de calidad de un Centro de Emergencia, de la que además son escasas las referencias de experiencias anteriores, en los momentos previos al inicio del proyecto es imposible, ya que existen multitud de datos necesarios que solo pueden determinarse y completarse una vez que el proyecto ya se haya puesto en marcha, al no existir referentes anteriores.

Pero no solo sería extremadamente dificultoso, es que además es contraproducente, si tenemos en cuenta que los sistemas de gestión de calidad deben implementarse con la participación directa del personal que trabaja en el Centro de Emergencia.



© Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.



El nivel de definición alcanzado por este documento debe ser, por tanto, completado en las fases iniciales de puesta en marcha del Servicio, y revisado y ampliado en función de las directrices aportadas por el mismo en un proceso de evaluación constante y abierto, en el que participen todos los agentes implicados en cada uno de los subsistemas que componen el global.

Este principio, resultado de la aplicación directa de las normas EFQM, ONG con calidad, y de la Norma de Calidad para ONGs, no implica en absoluto confundir **“proceso abierto con proceso indefinidamente pospuesto”**, por ello, el método de implantación si debe aportar una serie de pautas e hitos de carácter general, con referentes concretos de tiempo y logros relacionados entre sí.

7.6.1.- CRITERIOS DE IMPLANTACIÓN APLICABLES AL SISTEMA

Una de las claves estratégicas para la correcta implantación del sistema de aseguramiento de calidad es el criterio de liderazgo:

- Capacidad de impulso por parte de los líderes del proyecto para transmitir la importancia de la misión del sistema de calidad en el conjunto del funcionamiento del Centro de Emergencia.
- Capacidad de aunar voluntades y esfuerzos de forma coordinada.
- Capacidad de percibir, recoger e intercambiar el conocimiento generado por el colectivo de personas que confluyen en el Centro de Emergencia.
- Capacidad de impulsar y reforzar las iniciativas colectivas e individuales, apoyando y reconociendo el valor de las iniciativas y correctos desempeños.
- Capacidad de la propia asociación para impulsar y mantener los procesos descritos en este documento, tanto a los recursos humanos, como a proveedores, usuarios y cliente inmediato.
- Compromiso a todos los niveles de la asociación y del Centro de Emergencia con los criterios y principios expuestos en este documento.

Otro criterio fundamental de implantación debe ser el de desarrollo y revisión permanente de estrategias, procedimientos y prácticas de calidad. Esto debe conseguirse desde:

155



© Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.



- La capacidad de transmisión de la política y estrategia a todo el personal, según proceda.
- El establecimiento de metas, objetivos y prioridades en la gestión de calidad, trasmitiéndolas al personal y proveedores.
- Evaluación constante de la comprensión del personal respecto a las estrategias.
- Establecer los procesos clave y los responsables de los mismos.

7.6.2.- FASES Y CALENDARIAZIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DEL PLAN

156



Para la implantación del sistema de gestión se estima un periodo de tiempo de seis a ocho meses.

La implantación del sistema pasará por una serie de fases:

1. Identificación de los procesos clave en el funcionamiento del Centro de Emergencia, establecimiento de mecanismos de revisión y corrección prioritaria de no conformidades y medición de los indicadores de evaluación de procesos críticos.

2. Identificación, concreción y registro en fichas de los requisitos legales y contractuales, creando una base de datos de acceso bajo perfil de usuario.

3. Operativización de metas, objetivos e indicadores de calidad en cada uno de los procesos, priorizando de mayor a menor criticidad.

4. Formación inicial de los profesionales, presentación del sistema a través de un módulo específico dentro del proceso de formación previo a la incorporación.

5. Creación y organización de la base documental y canales de comunicación:

- ↳ Creación de la documentación base del sistema, compuesta por manual de calidad del servicio, descripción de los procedimientos, instrucciones y registros.
- ↳ Sistematización y ordenación jerárquica de los registros y documentos definidos en el sistema.



© Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.

- ↪ Asignación de responsabilidades en lo que se refiere a la confección y cumplimentación de los documentos.
- ↪ Determinación de los criterios y responsables de validación de los mismos.
- ↪ Implementación y situación de los archivos físicos y magnéticos.
- ↪ Información y asesoramiento al personal responsable sobre los registros relacionados con cada procedimiento según prioridades marcadas por el funcionamiento.
- ↪ Establecimiento de los sistemas de buzón para la recogida de quejas, sugerencias y reclamaciones.
- ↪ Formación de la Unidad de Atención al Usuario.
- ↪ Implantación completa del SGP, en políticas de proveedores y a nivel administrativo.

6. Formación/sensibilización sobre procedimientos:

- ↪ Participación del personal en el proceso de evaluación de riesgos y formación específica en riesgos. Formulación de procedimientos y prácticas de seguridad e higiene.
- ↪ Utilización del tablón de anuncios y panel con mapas conceptuales y flujogramas de los procedimientos más relevantes en cada puesto de trabajo.
- ↪ Puesta en marcha de los círculos de calidad como espacio de evaluación permanente.
- ↪ Puesta en marcha de un boletín de buenas prácticas en prevención de Burnout.
- ↪ Inclusión de espacios de información, feedback sobre comprensión, y revisión de procedimientos en las reuniones de equipo.
- ↪ Información al personal sobre la ubicación, contenidos y utilidades de los procedimientos escritos y las fichas de requerimiento relacionadas con cada puesto, así como de la posibilidad permanente de consulta.
- ↪ Inclusión en los procesos formativos de contenidos relacionados con el sistema y subsistemas de gestión de calidad, tanto en modalidad transversal como específica.

157



7. Fase de plena implantación:

- ↪ Realización de auditorías parciales de proceso.
- ↪ Emisión de los primeros informes de conformidad y no conformidad.



© Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.



- ↳ Revisión con la persona designada por la entidad gestora de la implantación de las fases anteriores.
- ↳ Realización de los primeros planes de ahorro.
- ↳ Creación de nuevos procedimientos no contemplados en el plan original.
- ↳ Recopilación de la base para la elaboración definitiva del manual de procedimientos del Centro de Emergencia.

8. Fase de desarrollo:

- ↳ Generación de documentación propia.
- ↳ Normalización de las rutinas relacionadas con el sistema de aseguramiento de calidad.
- ↳ Presentación de los resultados del sistema y de los distintos elementos de los subsistemas (Counselling, círculos de calidad, etc.)
- ↳ Eventual entrada en proceso de certificación normalizada.
- ↳ Realización de auditorías temporales de procesos en función del subsistema de referencia. Realización de una auditoría anual general de todo el sistema de Aseguramiento de Calidad.
- ↳ Identificación y realización de proyectos de mejor.

158



© Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.

ANEXOS



159



© Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.



ANEXO I: HERRAMIENTAS PARA LA CALIDAD

En el trabajo de cara a fomentar la calidad en los programas y servicios pueden ser utilizadas un conjunto de técnicas que han sido contrastadas con la práctica concreta. De entre todas ellas hemos seleccionado las más relevantes estructurándolas en cuatro grupos, a saber:

- Técnicas para la Planificación.
- Técnicas para el Control.
- Técnicas para la mejora y resolución de problemas.
- Técnicas de calidad en servicios.

Existen técnicas de calidad que se pueden emplear tanto en la fase de planificación, como en la fase de control en la de mejora. En estos casos, la herramienta se ha incluido en aquel apartado cuya finalidad sea más destacada.

a) TÉCNICAS PARA LA PLANIFICACIÓN.

- ↵ **Benchmarking:** proceso sistemático y continuo de medición y comparación de una organización con las mejores prácticas con el objetivo de obtener información que permita a la organización mejorar su desempeño.
- ↵ **DOE:** Desing of Experiments, **DEE,** Diseño de Experimentos. Método empleado para la optimización de procesos. Con su implantación se reduce el número de pruebas, con el que el desarrollo de servicios puede ser organizado de forma más económica.
- ↵ **FMEA:** Failure Mode and Effets Análisis, **AMFE:** Análisis Modal de Fallos y Efectos. Método preventivo, cuyo uso sistemático permite la identificación e investigación de las causas y los efectos de los posibles fallos y debilidades en el servicio o proceso y para la formulación de acciones correctivas tendentes a minimizar dichos efectos.
- ↵ **QFD:** Quality Función Deployment, Despligüe de la Función de Calidad. Técnica que identifica los requisitos del cliente y proporciona una disciplina para asegurar que estos requisitos estén presentes en el diseño del producto y en el proceso de planificación. Reduce los ciclos de desarrollo de productos, aumentando la calidad y disminuyendo los costes.

161



© Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.

b) TÉCNICAS PARA EL CONTROL.

- ↵ **SPC:** Statistical Process Control. **CEP,** Control Estadístico de Procesos. Herramienta para asegurar la calidad de los servicios mediante el control de los procesos. Se sustituye la preocupación de controlar el servicio una vez producido por el interés de prevenir la aparición de defectos o errores en su servucción (proceso de creación del servicio).
- ↵ **Auditoría de Calidad:** examen metódico e independiente que se realiza para determinar si las actividades y los resultados relativos a la calidad satisfacen las disposiciones previamente establecidas y para comprobar que estas disposiciones se llevan a cabo eficazmente y que son adecuadas para alcanzar los objetivos previstos. Fuente AENOR.

Según su ámbito de aplicación se dividen en: auditorías del producto, auditorías de proceso y auditorías de sistema.

Según su ámbito de actuación se dividen en: auditoría interna (realizada por el personal propio de la organización) y auditoría externa (realizada por personal ajeno a la organización).

162



c) TÉCNICAS PARA LA MEJORA Y RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS.

- ↵ **Brainstorming o Tormenta de Ideas:** herramienta utilizada por un grupo de personas para hacer aflorar el máximo número de ideas relacionadas con un concepto. Se basa en el respeto de todas las ideas de los participantes con la finalidad de estimular la participación y creatividad de todos los miembros del grupo.
- ↵ **Los cinco por qué:** técnica de análisis que consiste en ir preguntando "¿Por qué?", hasta encontrar la causa raíz de los problemas. Normalmente es necesario preguntar cinco veces, de ahí el nombre de la herramienta, pero este número es tan sólo orientativo.
- ↵ **Reingeniería:** reinención fundamental y rediseño radical de procesos para alcanzar mejoras espectaculares en medidas críticas y contemporáneas de rendimiento, tales como costes, calidad, servicio y rapidez.
- ↵ **Ciclo PDCA** (Plan, Do, Check, Act): ciclo de planificación, realización, control y actuación que actúa como guía para llevar a cabo la mejora continua y lograr de una forma sistemática y estructurada la resolución de problemas.



© Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.

↳ Las 7 Herramientas:

Las siete herramientas tienen su origen en Japón, cuando Deming, a principio de los años 50 comienza a inculcar a los japoneses los principios del análisis estadístico. Los japoneses recopilaron entonces unas técnicas o herramientas que pudieran ser usadas fácilmente por cualquier persona de la organización:

- ✓ **Hoja de recogida de datos:** hoja de registro o verificación. Herramienta utilizada para la recopilación ordenada y estructurada de toda la información relevante que se genera en los procesos.
- ✓ **Diagrama de Flujo:** herramienta utilizada para representar, mediante la utilización de símbolos estándares, las secuencias e interrelaciones de actividades que conforman un proceso.
- ✓ **Histograma:** Gráfico de barras que muestra de forma visual la distribución de frecuencias de datos cuantitativos de una misma variable.
- ✓ **Diagrama de Correlación o de dispersión:** gráfico que muestra la existencia o no de una relación entre dos variables.
- ✓ **Diagrama de Pareto:** Gráfico de barras organizado de mayor a menor frecuencia, que compara el nivel de importancia de todos los factores que intervienen en un problema o cuestión.
- ✓ **Diagrama de Ishikawa:** diagrama causa-efecto o diagrama de espina de pez: representación gráfica de las relaciones lógicas que existen entre las causas y subcausas que producen un efecto determinado.
- ✓ **Cartas de Control:** representación gráfica de los distintos valores que toma una característica correspondiente a un proceso. Permite observar la evolución de este proceso en el tiempo y compararlo con unos límites de variación fijados de antemano que se usan como base para la toma de decisiones.

163



↳ Las 7 Nuevas Herramientas:

Las siete nuevas herramientas de gestión y planificación surgieron como un conjunto de técnicas para servir de apoyo a gestores y directivos de las organizaciones en el camino emprendido hacia la calidad total. En los años 70 la JUSE (Unión Japonesa de



© Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.

Científicos e Ingenieros) recopiló las siguientes herramientas como las siete nuevas herramientas:

- ✓ **Diagrama de afinidad o Método KJ:** herramienta utilizada para organizar datos en forma de ideas y opiniones en torno a una serie de ideas principales que las agrupan.
- ✓ **Diagrama de Relaciones:** herramienta empleada para identificar las relaciones causales existentes entre los diferentes factores. Los elementos de este diagrama se relacionan por medio de flechas para indicar su orden causa-efecto.
- ✓ **Diagrama de Árbol:** herramienta empleada para ordenar de forma gráfica las distintas acciones o gestiones que se deben llevar a cabo para solventar el problema o situación sometido a estudio.
- ✓ **Diagrama Matricial:** herramienta que ordena gráficamente grupos de datos representando los puntos de conexión lógica existentes entre ellos. Las disposiciones más comunes son: diagrama matricial en "L", diagrama en "A" o matriz triangular, diagrama matricial en "T", diagrama matricial en "Y" y diagrama matricial en "X".
- ✓ **Diagrama Matricial para el Análisis de Datos:** o matrices de priorización. Herramienta empleada para la toma de decisiones en base a la priorización de actividades, temas, características de productos, etc., según criterios de ponderación conocidos. Se utiliza una combinación de las técnicas de diagrama de árbol y diagrama matricial.
- ✓ **Diagrama de Decisión:** herramienta cuyo objetivo es identificar, representar y eliminar todos los problemas posibles que pueden suceder en el proceso de implantación de soluciones a un problema.
- ✓ **Diagrama de Flechas:** herramienta utilizada para planificar y controlar el desarrollo y progreso de cualquier actividad mediante una representación en red.

164



© Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.

d) TÉCNICAS DE CALIDAD EN SERVICIOS

Las técnicas de calidad vistas hasta ahora han ido surgiendo en entornos industriales. Algunas de ellas se han adaptado para aplicarlas a servicios, pero además han ido apareciendo otra serie de técnicas de la calidad específicas para los servicios como las que enumeramos a continuación:

- ↳ **Modelo GAP:** se basa en que el cliente percibe la calidad de un servicio como la diferencia entre lo que espera del mismo y lo que realmente percibe. Esta diferencia es la suma de una serie de diferencias parciales:
 - **Gap 1:** diferencia entre el servicio esperado por el cliente y lo que la dirección percibe que el cliente espera.
 - **Gap 2:** diferencia entre lo que la dirección percibe que el cliente espera y las especificaciones que se marcan para el servicio.
 - **Gap 3:** diferencia entre las especificaciones y el servicio realizado.
 - **Gap 4:** diferencia entre el servicio realizado y el servicio percibido por el cliente.
- ↳ **Técnica de la Viñeta:** técnica empleada en el desarrollo de nuevos servicios. El método consiste en elaborar varias variantes para el servicio (viñetas), a partir de las características más relevantes para los clientes. Dichas viñetas se emplean para realizar una encuesta y elegir la opción favorita de los clientes.
- ↳ **Blueprinting:** método empleado para localizar las posibles fuentes de fallos de un servicio a partir de la representación gráfica del mismo. Ayuda a juzgar la calidad de un servicio.
- ↳ **Método Secuencial de Incidentes:** método empleado para conocer la opinión del cliente en cada fase del proceso. Se determinan las fases del proceso y se recogen los comentarios de los clientes, tanto favorables como desfavorables, sobre cada una de estas fases. De esta forma se consigue un conocimiento más profundo del servicio.
- ↳ **Encuestas a los Clientes:** desarrollo de cuestionarios cuyo análisis ayuda a conocer mejor y a acercarse a la identificación de las necesidades y expectativas de los clientes.

165



© Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.

166



- ↵ **Serv-Qual:** método empleado para medir la satisfacción del cliente con el servicio y priorizar las acciones de mejora. Al cliente se le pregunta la importancia que para él tiene cada uno de los atributos del servicio recibido y el grado de satisfacción con cada uno de estos atributos. Estos datos – importancia del atributo y prestación recibida- se representan en un diagrama, llamado Diagrama IP (Importante Performance), para determinar el orden de prioridades en la actuación para la mejora del servicio.

- ↵ **Análisis de Relevancia de Frecuencias:** método empleado para establecer prioridades. Tras elaborar una lista con los posibles problemas, se elabora una encuesta en la que se pregunta a los clientes la frecuencia de aparición/detección y la importancia de los problemas planteados. Se procede al análisis de los datos recogidos y a su visualización para determinar prioridades y sacar una serie de conclusiones sobre la actuación.

- ↵ **AMFE para Servicios:** método empleado para la prevención y el perfeccionamiento del servicio. Se buscan los posibles errores del proceso y las posibles consecuencias de dichos errores. A continuación se trata de buscar las posibles causas de los errores y se elabora un plan de acción para eliminarlos.

- ↵ **Gestión de Quejas:** acciones sistemáticas y estructuradas que llevan a cabo las organizaciones para la recogida, evaluación y búsqueda de soluciones a las quejas de sus clientes.



© Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.

ANEXO II: LOS CÍRCULOS DE CALIDAD

Dentro de las herramientas para la calidad nos encontramos con un instrumento privilegiado por lo que tiene de útil y sencillo en su aplicación. La implantación en los Centros de Emergencia de los "Círculos de Calidad", responde a la necesidad de crear células de trabajo compuestas por pocas personas de las que trabajan en una determinada área del Centro (Educativa, Sanitaria, Psico-Social, etc) que se reúnan de manera periódica, con el fin de señalar y objetivar problemas y dificultades que aparecen en el trabajo cotidiano.

La filosofía de esta modalidad de trabajo se sintetiza en las siguientes ideas básicas:

- Nadie conoce mejor una tarea que quien la realiza cotidianamente.
- El respeto al individuo, su inteligencia y su libertad.
- La potenciación de las capacidades individuales a través del trabajo en equipo.
- La aceptación de que aquellos que realizan cotidianamente las tareas pueden contribuir a mejorar los servicios del Centro de Emergencia.
- La aceptación de que para mejorar los servicios es preciso generar ideas innovadoras.

Desde la Dirección del Centro de Emergencia se debe reconocer la competencia de todos y cada uno de los profesionales que trabajan en el mismo y habilitar un mecanismo formal en el que puedan expresar sus opiniones y sugerir modificaciones para la mejora de su trabajo cotidiano.

"La suma de muchas pequeñas mejorar produce grandes resultados"

La Metodología que se ha de seguir para la utilización de esta sencilla herramienta consiste en el seguimiento de los 9 pasos que se señalan a continuación:

- 1.- Elección de un Objetivo: problema o área de estudio.
- 2.- Razonamiento de los motivos de su elección.
- 3.- Análisis de la situación actual: recopilación y examen de los datos.
- 4.- Identificación de las causas del problema.
- 5.- Establecimiento de medidas correctoras.
- 6.- Evaluación de los resultados.
- 7.- Prevención de los problemas resueltos.
- 8.- Estudio de los problemas pendientes de resolución.
- 9.- Planificación de acciones futuras.

167



© Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.



ANEXO III: ENLACES DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN SOBRE CALIDAD

INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN SOBRE CALIDAD

- Asociación Española de la Calidad.- www.aec.es
- European Foundation for Quality Management (EFQM).- www.efqm.org
- International Standardization Organization (ISO).- www.iso.ch
- Entidad Nacional de Acreditación (ENAC).- www.enac.es
- Asociación Española de Normalización. (AENOR).- www.aenor.es
- Investors in People.- www.investorsinpeople.com
- European Organization for Quality.- (EOQ).- www.eoq.org
- TÜV Rheinland. www.tuv.es
- Madrid Excelente.- www.madridexcelente.es
- Glosario de términos en www.qualityadvisor.com
- European Society for Quality in Health Care.- www.esqn.net
- Criterios de Calidad en Comunidades Terapéuticas.- www.girasolfundación.es
- Buenas Prácticas en Centros de Incorporación Social.- www.gizartegaiak.ei-gv.net.
- Asociación Galega para a Calidade.- www.agac.es
- Centre Català de la Qualitat.- www.cidem.com/ccq
- Fundación Vasca para la Calidad.- www.euskalit.net
- Fundación Navarra para la Calidad.- www.qnavarra.com
- Fundación Valenciana para la Calidad. www.gcva.es/fvq
- Institut Balear de Desenvolupament Industrial.- www.idi.es/qualitat
- Proyecto Norma ONG con Calidad.- www.ongconcalidad.org.
- Club Asturiano de Calidad.- www.clubasturiadodecalidad.es
- Club Gestión de la Calidad.- www.clubdecalidad.es
- Observatorio de Calidad para los servicios públicos.- www.arrakis.es
- Fundación Lealtad.- www.fundacionlealtad.org
- Fundación Luis Vives.- www.fundacionluisvives.org

169



ANEXO IV: CUESTIONARIO



171



MANUAL DE BUENA PRÁCTICA PARA LA ATENCIÓN DE DROGODEPENDIENTES EN CENTROS DE EMERGENCIA



Consejo General

Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales



CUESTIONARIO

1.- DATOS DE LA ENTIDAD GESTORA DEL CENTRO DE EMERGENCIA

Nombre: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____
Fax: _____
E-mail: _____
Página Web: _____

2.- DATOS DEL PROGRAMA

Nombre del Centro de Emergencia: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____
Fax: _____
E-mail: _____
Capacidad de atención (Nº de plazas): _____
Programas/Servicios con los que cuenta: _____

Horario de atención: _____
Condiciones y formas de acceso: _____
Equipo Profesional (Nº y titulación requerida): _____
Personal de Servicios (Nº y titulación requerida): _____
Director/a del Centro de Emergencia: _____
Otros datos de interés: _____

3.- CONTENIDOS DEL MANUAL

(Marca con una X la opción que desees)

En tu opinión ¿crees que es un manual que ayude en la gestión de los Centros de Emergencia?

SI NO

En tu opinión ¿te parece un Manual bien estructurado?

SI NO

En tu opinión ¿crees que era necesaria la existencia de un Manual de estas características?

SI NO

173



El presente Manual ¿ha contribuido a mejorar tus conocimientos sobre la Gestión de Calidad?

SI NO

En el presente Manual hemos optado por la siguiente definición de calidad: "Calidad es dotar de identidad al pronombre "nosotros". Es domar a la bestia de las variaciones involuntarias. Es situar bajo un control benigno y bien intencionado la fuerza de producción completa que se esconde en la organización, de manera que cada paso productivo, cada inversión en recursos, cada solicitud realizada a cada trabajador individual sirva a objetivos comunes"

¿Estás de acuerdo con esta definición?

SI NO

En caso de no estar de acuerdo ¿cuál sería tu definición de calidad?

En el punto 1.3. del Manual hemos señalado los principios y valores de la calidad aplicados a los Centros de Emergencia ¿estás conforme con los principios planteados?

SI NO

En caso de no estar de acuerdo contrario ¿cuáles añadirías? ¿Cuáles suprimirías?

174



En el punto 2.1.3. del Manual hemos recogido la siguiente definición de Buena Práctica "Se entiende como Buena Práctica aquella forma de hacer que introduce mejoras en los procesos y actividades que tienen lugar en los Centros de Emergencia y que están orientadas a producir resultados positivos sobre la calidad de vida de los usuarios drogodependientes".

¿Estás de acuerdo con dicha definición?

SI NO

En caso contrario ¿Cuál sería tu propuesta de definición de Buena Práctica?

En referencia a la definición de Centro de Emergencia expuesta en el apartado 5.1. del Manual ¿Crees que es una definición que se ajusta a la realidad de los Centros de Emergencia, sus objetivos y funciones?

SI NO

En caso contrario ¿Cuál podría ser una definición alternativa?

En los puntos 5.2.1. y 5.2.2. se señalan los criterios de inclusión y de exclusión en referencia a la población atendida en los Centros de Emergencia ¿Cuál es tu grado de conformidad con los mismos? (Marca con una X la opción que desees)

Criterios de Inclusión:

	Fundamentalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Poco de acuerdo	En desacuerdo
Que sin haber optado por el abandono del consumo de drogas o la adicción a las mismas, se encuentren desconectados de las redes sanitarias y sociales.				
Que se encuentren en situación de marginación y crisis grave.				

Que no tengan vivienda estable, presenten problemas judiciales, legales o económicos.				
Que sufran problemas de deterioro físico debido a los escasos o nulos hábitos higiénicos y alimenticios.				
Que presenten también en muchos casos diversas patologías infectocontagiosas como VIH, VHC, VHB, VHA, TBC, etc., que se agravan por mantener conductas de riesgo como son: compartir jeringuillas, no usar preservativos en las prácticas sexuales, etc.				

¿añadirías alguno?

SI

NO

¿Cuál?

Criterios de Exclusión

175

	Fundamen- talmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Poco de acuerdo	En desa- cuerdo
No podrá tener acceso al Centro de Emergencia toda aquella persona que no presente problemas de drogodependencia y que no cumpla con alguno de los criterios de inclusión señalados anteriormente.				



¿añadirías alguno?

SI

NO

¿Cuál?

En el apartado 5.3. se hace referencia al Reglamento de Régimen Interno de los Centros de Emergencia, muestra tu grado de acuerdo o desacuerdo con la normativa expuesta. (Marca con una X la opción que desees)

NORMAS

a) Normas cuya transgresión implica falta MUY GRAVE:

	Fundamen- talmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Poco de acuerdo	En desa- cuerdo
1.- Amenaza o agresión física y/o verbal a cualquier miembro del Equipo.				
2.- Tenencia y muestra en público de algún tipo de arma u objetos susceptibles de ser utilizados como tales.				
3.- Consumo, tráfico o incitación al uso de drogas en el Centro.				

b) Normas cuya transgresión implica falta GRAVE:

	Fundamen- talmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Poco de acuerdo	En desa- cuerdo
1.- Acceder a determinadas dependencias del Centro, sin autorización expresa (despachos, enfermería, área de Equipo, etc.).				
2.- Dañar el material y/o mobiliario del Centro.				
3.- No cumplir los horarios establecidos, o no asistir a las citas programadas.				

CONSECUENCIAS

	Fundamen- talmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Poco de acuerdo	En desa- cuerdo
1.- Incurrir en cualquiera de las faltas consideradas como MUY GRAVES es motivo de derivación a otro dispositivo de la red por lo que la persona afectada no podrá recibir los servicios del Centro, durante un periodo mínimo de entre UNO a TRES				
2.- En caso de expulsión directa por Agresión Física, la derivación a otro dispositivo será por un período mínimo de SEIS MESES.				
3.- Ante la trasgresión de faltas GRAVES, se decidirá por el Equipo de Profesionales, las sanciones a aplicar en cada caso.				

176



En referencia a los derechos y deberes de los usuarios ¿Cuál sería tu grado de acuerdo o desacuerdo? (Marca con una X la opción que desees)

DERECHOS

	Fundamen- talmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Poco de acuerdo	En desa- cuerdo
I. Derecho a la intimidad y no divulgación de los datos personales que figuren en sus expedientes o historiales, todo ello de conformidad con lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.				
II. Derecho a la integridad física y moral, y a un trato digno tanto por parte del personal del servicio como de los otros usuarios/as.				
III. Derecho a no ser discriminado en el tratamiento por razón de edad, nacimiento, raza, sexo, orientación sexual, religión, opinión o cualquiera otra condición o circunstancia personal o social.				

IV. Derecho a una atención individualizada acorde con sus necesidades específicas.				
V. Derecho a cesar en la utilización de los servicios o en la permanencia en el Centro por voluntad propia.				

¿añadirías o suprimirías alguno?

SI

NO

¿Cuál?

DEBERES

	Fundamen- talmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Poco de acuerdo	En desa- cuerdo
I. Observar una conducta inspirada en el mutuo respeto, tolerancia y colaboración, encaminada a facilitar una mejor convivencia entre los/as usuarios/as y el personal que presta sus servicios en los Centros.				
II. Respetar los derechos de los demás usuarios.				
III. Cumplir con las normas que rijan el funcionamiento interno del Centro				
IV. Facilitar correctamente los datos que puedan dar lugar al derecho a la prestación o servicios.				
V. Facilitar el ejercicio de las tareas de los profesionales que atienden el Servicio.				
IV. Ser correctos en el trato con las personas que prestan el Servicio, respetando sus funciones profesionales o de otra índole.				

177



¿añadirías o suprimirías alguno?

SI

NO

¿Cuál?

En referencia a las Buenas Prácticas referidas al Proceso de Atención a Drogodependientes en Centros de Emergencia muestra tu grado de acuerdo o desacuerdo. (Marca con una X la opción que desees)

	Fundamen- talmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Poco de acuerdo	En desa- cuerdo
El Equipo Técnico del Centro de Emergencia pone en conocimiento de los usuarios todos los servicios y posibilidades de atención del Centro, haciéndolo –siempre que sea posible– en su mismo idioma o en una lengua que este entienda.				

178



De no existir la posibilidad de transmitir al usuario en su mismo idioma o lengua que entienda las posibilidades de atención con las que cuenta en el recurso, se tendrá a disposición un díptico u hoja informativa en diferentes lenguas.				
A la hora de programar las actividades del Centro de Emergencia y operativizar los diferentes programas y servicios, el Equipo Técnico tendrá en cuenta la raza, sexo, orientación sexual, creencias personales (ideología), creencias religiosas o cualquiera otra situación personal del usuario.				
El Equipo Técnico del Centro basa su trabajo en criterios objetivos recogidos por escrito y a disposición de los usuarios que acceden al Centro de Emergencia.				
Los criterios objetivos que señalan la posibilidad de utilizar los diferentes servicios estarán expuestos en un lugar visible -dentro del Centro de Emergencia- y en diferentes idiomas.				
Los criterios objetivos que señalan la posibilidad de utilizar los diferentes servicios estarán expuestos en un lugar visible -dentro del Centro de Emergencia- y en diferentes idiomas.				

A cada usuario que acceda al Centro de Emergencia se le realizará un **Protocolo de Acogida** en el que figuren, como mínimo, los siguientes ítems.
(Marca con una X la opción que desees)

	Fundamen- talmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Poco de acuerdo	En desa- cuerdo
. Nombre y Apellidos.				
. Fecha de Nacimiento.				
. Lugar de Nacimiento.				
. Sexo.				
. Vía de Acceso al Servicio.				
. Municipio de Residencia Habitual.				
. Nivel de Estudios y Formación alcanzado.				
. Droga Principal: sustancia, frecuencia y vía de consumo.				

. Otras Drogas Consumidas: sustancias, frecuencia y vías de consumo.				
. Tratamientos Previos de Desintoxicación.				
. Prestaciones Sociales que recibe.				
. Situación Laboral actual.				
. Incidencias Legales.				
. Estado Sexológico frente al VIH.				
. ETS.				
. Problemas de Salud Mental				
. Otros problemas de salud dignos de mención.				
. Prácticas de riesgo vinculadas al consumo de drogas.				
. Prácticas de riesgo vinculadas a prácticas sexuales.				
. Servicios que solicita.				

179



	Fundamentalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Poco de acuerdo	En desacuerdo
En el momento de la Acogida en el recurso, el Equipo Técnico informará al usuario del deber de confidencialidad de los datos por lo que le hará firmar un Consentimiento Informado para manejar informáticamente toda la información referente a su caso.				
De igual forma, se informará al usuario de que los datos que de él se dispongan en el Centro de Emergencia no serán más que los estrictamente necesarios, no almacenándose los mismos más allá de un período de 5 años, en conformidad con la legislación vigente.				
Se hará firmar sendos documentos al usuario para recoger notificaciones judiciales, correo personal y facilitar datos de carácter personal del usuario a las personas que él mismo designe (amigos y/o familiares) cuando así lo requiera el usuario en el momento de la Acogida.				
Los datos referentes a los usuarios se guardarán en expedientes personales a los que sólo tendrán acceso los propios interesados y los profesionales que formen parte del Equipo Técnico –incluidos los alumnos de prácticas–, no así el resto del personal del Centro de Emergencia (vigilancia y personal de servicios).				

180



Cuando se deban facilitar datos de un usuario a otros Centros o dispositivo de la red asistencial, éstos se entregarán separados de su informe social.				
De igual forma, cuando se realicen investigaciones y sea autorizado el acceso a los expedientes de los usuarios del Centro por parte de la Administración competente, se omitirán los datos de carácter personal.				
El Equipo Técnico se guardará muy mucho de realizar comentarios sobre los expedientes y circunstancias personales socio-sanitarias de usuarios del Centro de Emergencia en presencia de otros usuarios y/o profesionales no técnicos del Centro.				
Dentro de las 72 horas siguientes al alta del usuario en el Centro de Emergencia se procederá a la realización de analíticas para determinar su estado en referencia a la TBC.				
Todo usuario tiene derecho a un Programa Individualizado de Intervención . Dicho Programa se realizará co-gestionadamente con los profesionales del Centro de Emergencia fomentando que el usuario sea sujeto activo de su propio cambio, implicándose éste en el estableciendo los objetivos de trabajo, las acciones a desarrollar y los plazos marcados para su consecución.				
Los profesionales del Centro de Emergencia procederán a revisar los Programas Individuales de Intervención con el usuario en los plazos previamente fijados con el mismo.				

	Fundamentalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Poco de acuerdo	En desacuerdo
Cuando el usuario así lo demande o cuando el Equipo Técnico lo estime oportuno en base al Programa Individualizado de Intervención se procederá a la realización de pruebas analíticas para determinar su estado serológico en referencia a VHA, VHB, VHC y VIH.				
En todos los casos en los que se requiera la realización de las pruebas de estado serológico en referencia al VIH se procederá a la firma por parte del usuario de un Consentimiento Informado específico para la realización de dicha prueba.				
Los profesionales del Equipo Técnico del Centro de Emergencia realizarán actividades socio-educativas (talleres) tendentes a mejorar las prácticas de venopunción, hábitos alimentarios, prácticas sexuales, técnicas de fumado e higiene personal.				
Igualmente, con cada usuario del Centro de Emergencia se realizará un Contrato de Acogida en el que se señalarán las normas mínimas de funcionamiento de los diferentes programas y servicios, así como los derechos y deberes a los que se compromete el usuario durante su estancia en el Centro.				

De entre los profesionales del Centro de Emergencia se establecerá un Profesional de Referencia que será –en la medida de lo posible- el que realice un seguimiento más exhaustivo y pormenorizado de cada caso y que será referente para el usuario en todo momento.				
El Equipo Técnico establecerá los mecanismos adecuados para que el derecho a la participación de los usuarios sea real y efectivo.				
En el Centro de Emergencia se pondrá a disposición del usuario un Libro de Reclamaciones así como un Buzón de Sugerencias .				
En el caso de las reclamaciones, el Director del Centro de Emergencia, contestará al/los usuario/os reclamante/es por escrito en un plazo no superior a 72 horas desde el momento en que se realiza la reclamación.				
La relación que se establezca entre los profesionales del Centro de Emergencia y los usuarios del mismo estará basada en los principios de la relación de ayuda o counselling, primando la acogida incondicional, la empatía y la autenticidad como base de dicha relación.				
En los casos en que se produzcan disputas/discusiones/peleas/agresiones físicas o verbales entre los usuarios del Centro, los profesionales adoptarán el papel de mediador salvaguardando siempre tanto la integridad física de los usuarios como la suya propia.				
El usuario del Centro de Emergencia tendrá derecho a causar baja en el momento que lo desee.				

181



	Fundamen- talmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Poco de acuerdo	En desa- cuerdo
Se pondrá a disposición de los usuarios Encuestas de Satisfacción que permitan evaluar la calidad de atención recibida por parte de los profesionales del Centro, así como la calidad de los diferentes programas y servicios con los que cuente el Centro de Emergencia.				
El Equipo Técnico del Centro establecerá una Reunión de Equipo con la periodicidad que se estime oportuna de cara a evaluar tanto la actividad del Centro como las intervenciones realizadas con los usuarios.				
Establecer un período mínimo de seguimiento por parte de los profesionales del Centro de Emergencia cuando el usuario sea derivado a otro recurso de la red asistencial.				
Los profesionales del Equipo Técnico del Centro mantendrán coordinaciones con el resto de dispositivos de la red asistencial desde un principio de igualdad.				

En el Capítulo 6 del Manual se señala la Carta de Servicios que debería tener un Centro de Emergencia organizada en Programas y Subprogramas, teniendo en cuenta tanto a los usuarios de los Centros como a sus equipos profesionales. Muestra tu grado de conformidad con cada uno de los Programas. Señala aquellos que consideras indispensables y aquellos que consideras susceptibles de valoración para su puesta en marcha.

PROGRAMA DE ATENCIÓN SANITARIA ORIENTADO A LA REDUCCIÓN DE DAÑOS Y RIESGOS ASOCIADOS AL CONSUMO DE DROGAS

	Indispensables	Susceptibles de valoración
<i>Subprograma de Venopunción.</i>		
<i>Subprograma para el Consumo Inhalado y/o fumado de Drogas.</i>		
<i>Subprograma de Atención Sanitaria Básica, Información y Atención Sanitaria de Urgencia.</i>		
<i>Subprograma de Entrega de Material Estéril de Inyección y Entrega de Preservativos.</i>		
<i>Subprograma de Animación y Educación Sanitaria.</i>		
<i>Subprograma de Prevención y Control del VIH/SIDA.</i>		
<i>Subprograma de Vacunación.</i>		
<i>Subprograma de Tuberculosis.</i>		
<i>Subprograma de Mujer Sana.</i>		

PROGRAMA DE ATENCIÓN BÁSICA A USUARIOS DROGODEPENDIENTES.

	Indispensables	Susceptibles de valoración
<i>Subprograma de Atención Alimentaria Básica.</i>		
<i>Subprograma de Higiene Personal.</i>		
<i>Subprograma de Estancia y Descanso Nocturno.</i>		

PROGRAMA SOCIO-EDUCATIVO

	Indispensables	Susceptibles de valoración
<i>Subprograma de Captación Activa e Intervención en Medio Abierto. (Outreach).</i>		
<i>Subprograma de Acompañamiento a Usuarios</i>		
<i>Subprograma de Coordinación con otros recursos.</i>		

PROGRAMA ATENCIÓN PSICO-SOCIAL

	Indispensables	Susceptibles de valoración
<i>Subprograma de Trabajo Social.</i>		
<i>Subprograma de Asesoramiento Psicológico.</i>		

182



	Indispensables	Susceptibles de valoración
PROGRAMA DE ATENCIÓN JURÍDICA		
PROGRAMA DE SUPERVISIÓN Y ASISTENCIA PSICOLÓGICA AL PROFESIONAL.		

En el Capítulo 7 se define el Sistema de Gestión de Calidad para Centros de Emergencia , en el punto 7.5.1. se definen los compromisos para con el cliente inmediato y para con el usuario final ¿estás de acuerdo con los compromisos señalados para con el cliente inmediato?

SI NO

¿Por qué?

¿estas de acuerdo con los compromisos para con el usuario?

SI NO

¿Por qué?

En el punto 7.5.2.- Se define el sistema de Gestión de Recursos Humanos. ¿estás de acuerdo con la presencia de voluntarios en los Centros de Emergencia?

SI NO

¿Por qué?

¿estás de acuerdo con la presencia de alumnos en prácticas?

SI NO

¿Por qué?

En el punto 7.5.2.2. Se define el alcance y objetivos del Sistema de Gestión de Recursos Humanos muestra tu grado de conformidad. ¿Qué añadirías?

En el punto 7.5.3. se define el sistema de calidad de gestión ambiental y en el punto 7.5.3.1.- los compromisos de la entidad gestora muestra tu grado de acuerdo.

	Fundamentalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Poco de acuerdo	En desacuerdo
1. Cumplimiento de la legislación vigente en materia de gestión medioambiental y gestión de residuos.				
2. Elaboración e implementación de medidas tendentes a reducir en lo posible la producción de residuos.				
3. Elaboración e implementación de medidas tendentes a reducir en lo posible el consumo de recursos naturales y especialmente energéticos.				



4. Gestionar en colaboración con la Administración Pública, y en el marco de sus competencias y responsabilidades específicas como titular del dispositivo, los residuos generados, fomentando y facilitando protocolos de reciclaje y recogida selectiva de materiales.				
5. Implementación de medidas de control interno y de ajuste de las no-conformidades, tendentes a la mejora continua.				
6. Concienciar y sensibilizar a los empleados y usuarios a través de la información y la realización de documentos de buenas prácticas.				

En el punto 7.5.4. se establece el sistema de gestión de calidad de proveedores. En cuanto al cliente inmediato ¿añadirías algún criterio a los ya señalados

SI NO

¿Cuál?

184



En cuanto a proveedores de servicios y productos ¿añadirías algún criterio a los ya señalados?

SI NO

¿Cuál?

En referencia a la elaboración de Planes de ahorro (punto 7.5.4.4.) ¿añadirías algún criterio a los ya señalados?

SI NO

¿Cuál?

OBSERVACIONES

Agradecemos tu colaboración

ANEXO V: CENTROS Y ENTIDADES COLABORADORAS

Ref. 1: Cáritas Diocesanas (CIUDAD REAL)

1.- DATOS DE LA ENTIDAD GESTORA DEL CENTRO DE EMERGENCIA

Dirección:	C/ Caballeros, nº 7
Teléfono:	926.25.12.13
Fax:	926.27.0064
E-mail:	caritas_cuidad_real@telefonica.net

2.- DATOS DEL PROGRAMA

Nombre del Centro de Emergencia:	Casa de encuentro y acogida Siloé
Dirección:	C/ Pedrera baja, nº 44
Teléfono:	926.22.03.04
Capacidad de atención (Nº de plazas):	Centro de día: 8-10; Piso tutelado 8; El resto sin determinar

Programas/Servicios con los que cuenta:

Educación de calle; Centro de día; Piso tutelado; Intervenciones en crisis; Seguimiento: acompañamiento a la vida; Prevención en jóvenes; Coordinación, sensibilización y formación.

Equipo Profesional (Nº y titulación requerida):

1 Psicóloga, 2 Trabajadores Sociales, 4 Educadores, 1 Pedagoga y 3 Educadores de noche.

Ref. 2: Comisión Ciudadana Anti-Sida (ALAVA)

1.- DATOS DE LA ENTIDAD GESTORA DEL CENTRO DE EMERGENCIA

Dirección:	C/ San Francisco, nº 2-1º
Teléfono:	945.25.41.91
Fax:	945.26.74.45
E-mail:	sidalava@sidalava.org
Página Web:	www.sidalava.org

2.- DATOS DEL PROGRAMA

Nombre del Centro de Emergencia:	Centro de día Estrada
Dirección:	C/ Fuente de la Salud, nº 4
Teléfono:	945.266.820
E-mail:	estrada@sidalava.org
Capacidad de atención (Nº de plazas):	30

Programas/Servicios con los que cuenta:

Centro de reducción de daño. Programa de intercambio de jeringuillas. Preservativos. Talleres ocupacionales. Zona de hábitos higiénicos, zona de "estar", office- cafetería. Apoyo psicológico. Trabajo Social.

Equipo Profesional (Nº y titulación requerida):

10 profesionales diplomados universitarios. De estos profesionales 3 poseen formación adecuada y provienen del mundo de la reinserción.

185



© Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.



Ref. 3: Colectivo La Huertecita para el seguimiento de jóvenes y adultos (MURCIA)

1.- DATOS DE LA ENTIDAD GESTORA DEL CENTRO DE EMERGENCIA

Dirección:	C/ Príncipe de Asturias, nº 48-1º D 30204 Cartagena (Murcia)
Teléfono:	968.52.46.56
Fax:	968.12.01.98
E-mail:	colectivo@lahuertecita.com
Página Web:	www.lahuertecita.com

2.- DATOS DEL PROGRAMA

Nombre del Centro de Emergencia:	Casa de encuentro y acogida
Dirección:	C/ Cuatro Santos, nº 9-Bajo 30202 Cartagena (Murcia)
Teléfono:	968.12.34.14
Fax:	868.09.11.81
E-mail:	ceacarta@lahuertecita.com
Capacidad de atención (Nº de plazas):	659

Programas/Servicios con los que cuenta:

- Programa de información y orientación.
- Programa de disminución del riesgo y daños (subprograma de intercambio de jeringuillas usadas -PIJ- por nuevas, distribución de preservativos, etc) y subprograma de talleres monográficos: venopunción higiénica, sobredosis y sexo seguro.
- Programa de café-contacto.
- Programa de higiene: ducha, lavandería, ropero y peluquería.
- Programa médico-sanitario (Subprograma de atención sanitaria básica, información y atención de urgencia, Subp. Integral de cuidados básicos, Subp. de tuberculosis, etc.).
- Programa formativo y educacional:
 - Talleres de educación para la salud.
 - Asambleas espontáneas: espacio de debate, propuestas, sugerencias, opiniones, quejas. Abierto a opiniones sobre el servicio, la realidad de la calle, actualidad, cuestiones de salud, etc.
 - Tarde de cine: Cine-Forum, actividad de ocio.
 - Actividades manuales-creativas.
 - Taller de habilidades sociales y taller terapéutico.
 - Trabajo de calle y taller "Reco.je"
 - Etc.
- Programa de formación ocupacional: Cursos de Habilidades Sociales.
- Programa de orientación socio-laboral.
- Programa de asesoramiento jurídico.
- Programa de supervisión y apoyo terapéutico del equipo profesional y del voluntariado.
- Programa de formación continua del equipo profesional.

Equipo Profesional (Nº y titulación requerida):

1 coordinadora. Pedagoga; 1 directora. Diplomada en trabajo social; 1 médico
1 enfermera. DUE; 1 mediadora socio-laboral; 1 educadora social

Personal de Servicios (Nº y titulación requerida):

- 1 auxiliar de limpieza
- Servicio externo de implantación proyecto ISO: 9001:2000
- Servicio externo de prevención de riesgos laborales
- Servicio externo de auditoria contable
- Servicio externo de asesoría fiscal
- Servicio externo de asesoría laboral
- Servicio externo de mantenimiento informático

Otros datos de interés:

1 voluntaria peluquera; 2 voluntarias estudiantes de educación social; 1 voluntaria;
47 alumnos de prácticas en 2004

186



© Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.



Ref. 4: Cruz Roja Española (ILLES BALEARS)**1.- DATOS DE LA ENTIDAD GESTORA DEL CENTRO DE EMERGENCIA**

Dirección: C/ Arquitecte Bennassar, nº 73

Teléfono: 971.29.50.00

Fax: 971.75.26.89

E-mail: baleares@cruzroja.esPágina Web: www.cruzroja.es**2.- DATOS DEL PROGRAMA**Nombre del Centro de Emergencia: **Centre de contacte i acollida per a toxicomans Actius "Sa Placeta"**

Dirección: C/ General Riera, nº 67 07010 Palma

Teléfono: 630.77.34.08/ 609.32.45.54

Capacidad de atención (Nº de plazas): 60

Programas/Servicios con los que cuenta:

Centro de día o "club social"; Programa Residencial.

Equipo Profesional (Nº y titulación requerida):

1 médico (1/2 jornada); 1 Psicólogo-coordinador; 1 Trabajador Social; 1 Educador Social; 1 Auxiliar enfermería, 1 administrativo; 7 monitores; 1 limpieza.

Equipo Profesional (Nº y titulación requerida):

3 vigilantes de seguridad.

Ref. 5: Ayuntamiento de La Línea de la Concepción (CÁDIZ)**1.- DATOS DE LA ENTIDAD GESTORA DEL CENTRO DE EMERGENCIA**

Dirección: Avd. España, s/n

Teléfono: 956.761.694

Fax: 956.761.693

E-mail: cealine@yaho.es**2.- DATOS DEL PROGRAMA**Nombre del Centro de Emergencia: **Centro de encuentro y acogida La Línea**

Dirección: Virgen de la Luz / Virgen de la Palma, s/n

Teléfono: 956.761.694

Fax: 956.761.693

E-mail: cealine@yaho.es

Capacidad de atención (Nº de plazas): ilimitadas

Equipo Profesional (Nº y titulación requerida):

Psicóloga (1); Trabajador Social (1); Médico ½ Due (1); Educadores (2); Monitores(2); Administrativa (1); Cocinera (1); Limpieza (1); Director (1)

187



© Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.



Ref. 6: Asociación Centro Trama (MADRID)

1.- DATOS DE LA ENTIDAD GESTORA DEL CENTRO DE EMERGENCIA

Dirección:	C/ Fco. De la fuente, nº 3MADRID (28031)
Teléfono:	91.331.20.54/ 91.332.78.41
Fax:	91.301.32.56
E-mail:	centrotrama@trama.org

2.- DATOS DEL PROGRAMA

Nombre del Centro de Emergencia:	CESS "Las Barranquillas"
Dirección:	Camino de la Magdalena, s/n
Teléfono:	91.778.93.62
Fax:	91.77.89.93.69
Capacidad de atención (Nº de plazas):	150

Programas/Servicios con los que cuenta:

Programa de alimentación; Programa de higiene; Programa sanitario; programa Social; Programa de descanso nocturno; programa Psicológico.

Equipo Profesional (Nº y titulación requerida):

36 profesionales con titulación propia del puesto (Diplomaturas y Licenciaturas)

Personal de Servicios (Nº y titulación requerida):

16 profesionales con titulación específica

Ref. 7: Fundación Salud y Comunidad (CASTELLÓN)

1.- DATOS DE LA ENTIDAD GESTORA DEL CENTRO DE EMERGENCIA

Dirección:	C/ Ali Bel, nº 25 -3º
Teléfono:	932.44.05.70
Fax:	932.44.05.73
E-mail:	fsyc@fsyc.org
E-mail:	www.fsyc.org

2.- DATOS DEL PROGRAMA

Nombre del Centro de Emergencia:	Centro de encuentro y acogida Castellón
Dirección:	Avd. Vila Real, nº 18
Teléfono:	964.21.50.26
Fax:	964.21.50.26
Capacidad de atención (Nº de plazas):	No delimitado

Programas/Servicios con los que cuenta:

PIJ; Vacunación; Talleres; Alimentación; Programa de Atención Psicológica, Social y medica; Programa de atención VIH/SIDA.

Equipo Profesional (Nº y titulación requerida):

12 profesionales diplomados-licenciados

Personal de Servicios (Nº y titulación requerida):

4 personas sin titulación

Otros datos de interés:

Estancia no acotada temporalmente

188



©Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.



Ref. 8: Cruz Roja Española (BARCELONA)**1.- DATOS DE LA ENTIDAD GESTORA DEL CENTRO DE EMERGENCIA**

Dirección: Avd. Trasanas, 13-15

Teléfono: 934430373

E-mail: infsaps@creuroja.org**2.- DATOS DEL PROGRAMA**Nombre del Centro de Emergencia: **Serv. Att. Y Prevención
Sociosanitaria**

Dirección: Avd. Trasanas, 13-15

Teléfono: 934430373

E-mail: infsaps@creuroja.orgCapacidad de atención (Nº de plazas): 2 Sala Venopunción, 14-16
Club; 1-2 en despachos y
enfermería 1-2**Programas/Servicios con los que cuenta:**Venopunción; Intercambio jeringuillas; Preservativos; Atención Sanitaria un
médico 2 días por semana; Atención Social; Talleres; Club social;
Lavarropa, duchas y aseos. Educación sanitaria.2 camas concertadas en pensiones y Programa "Recoge" (recogida
jeringuillas)**Equipo Profesional (Nº y titulación requerida):**4 enfermeros, 2 Educadores Sociales; 2 Agentes de salud, 1 Asistentes
Social; 1 monitor; 1Psicólogo-Sociólogo; 1 Administrativo; 1Médico y 1
abogado (personal de apoyo).**Personal de Servicios (Nº y titulación
requerida):**

Servicio de Limpieza

Ref. 9: Cruz Roja Española (Salamanca)**1.- DATOS DE LA ENTIDAD GESTORA DEL CENTRO DE EMERGENCIA**

Dirección: C/ Cruz Roja, nº 1

Teléfono: 923.22.10.32

E-mail: salamanca@cruzroja.es**2.- DATOS DEL PROGRAMA**Nombre del Centro de Emergencia: **Centro de emergencia social**

Dirección: Pza. San Vicente, nº 1

Teléfono: 923.26.89.88

Capacidad de atención (Nº de plazas): 45

Programas/Servicios con los que cuenta:Talleres; Atención sanitaria; Atención Social; Alimentación básica; Sala de
descanso; Lavarropa y Aseo personal.**Equipo Profesional (Nº y titulación requerida):**

3 profesionales: Psicólogo, Trabajador Social y Educador Social (Monitor)

**Personal de Servicios (Nº y titulación
requerida):**

Voluntariado

189



© Todos los derechos reservados. La reproducción total o parcial de este Manual, en cualquier forma que sea, no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.



