

Estándares Generales del Programa

Descripción:

Para que una organización logre servicios de calidad, las personas atendidas participan activamente en la planificación, priorización, implementación y evaluación continua de los servicios que se ofrecen. El compromiso a la calidad, y la participación de las personas atendidas se extiende a través del tiempo que la persona atendida está involucrada con la organización. El proceso de planificación de los servicios es individualizado, estableciendo metas y objetivos que incorporan las fortalezas, necesidades, habilidades y preferencias únicas de las personas atendidas. Las personas atendidas tienen la oportunidad de hacer una transición fácil a través de un sistema de cuidado.

A. Estructura del Programa y Servicios

Una responsabilidad fundamental de organización es proveer una estructura programática abarcadora. El patrón de personal está diseñado para maximizar las oportunidades para que las personas atendidas puedan obtener y participar de los servicios que se proveen.

Política- Documento que se debe tener por escrito.

Procedimiento- Se puede explicar a menos que el estándar establezca que debe ser por escrito.

1. Cada programa/servicio:
 - a. Documenta los siguientes parámetros en relación con el alcance de los servicios:
 1. Población (es) atendida.
 2. Lugar de servicio.
 3. Horas de servicio.
 4. Días de servicio.
 5. Frecuencia de los servicios.
 6. Fuentes de pago.
 7. Costos.
 8. Fuentes de referido.
 9. Los servicios específicos que se ofrecen, incluyendo si los servicios se ofrecen directamente o por referido.
 - b. Comparte información importante sobre el alcance de los servicios que se ofrecen con:

1. Las personas atendidas.
 2. Familias, sistemas de apoyo, de acuerdo con lo escogido por las personas atendidas.
 3. Fuentes de referido.
 4. Pagadores y fuentes de ingreso.
 5. Otras personas interesadas.
 6. El público en general.
- c. Revisa el alcance de los servicios que se ofrecen por lo menos anualmente.
- d. Actualiza el alcance según sea necesario.
2. La organización provee los recursos necesarios para apoyar el alcance general de cada programa/servicio.
3. Basándose en el alcance de cada programa/servicio que se provee, la organización documenta:
 - a. Los criterios de admisión.
 - b. Los criterios de transición, cuando proceda.
 - c. Los criterios de alta/salida.
4. Cuando una persona no es elegible para los servicios:
 - a. Se le informan las razones a la persona.
 - b. De acuerdo con la elección de la persona atendida:
 1. Se le informa las razones a la familia/sistema de apoyo.
 2. Se le informa las razones a la fuente del referido.
 - c. Se hacen recomendaciones para otros servicios.
5. Los modelos y estrategias de prestación de servicios se basan en prácticas aceptadas dentro del campo e incorporan la investigación, prácticas basadas en evidencia, artículos revisados por pares en publicaciones científicas, guías de prácticas clínicas y/o en consenso de expertos profesionales.
6. Para facilitar la prestación de servicios integrados, cada programa/servicio pone en práctica mecanismos de comunicación relacionados a las personas atendidas:
 - a. Tomando en consideración:
 1. Aspectos que surgen de momento.
 2. Aspectos que son continuos.
 3. Continuidad de servicios, incluyendo:
 - a. Planificación de contingencia.
 - b. Planificación hacia el futuro.
 4. Decisiones relacionadas a la persona atendida.
 - b. Asegurando el intercambio de información en relación con plan centrado en la persona.

7. El Programa/servicio demuestra:
 - a. Conocimiento sobre la autoridad legal para la toma de decisiones por la persona atendida.
 - b. Que provee información a las personas atendidas sobre los recursos disponibles relacionados a la autoridad legal en la toma de decisiones, cuando corresponda.
8. Cuando se proveen servicios desde o dentro de una unidad móvil, se ponen en práctica procedimientos escritos que toman en consideración, como mínimo, los aspectos únicos sobre las siguientes áreas relacionadas al ambiente móvil:
 - a. Responsabilidades de:
 - (1) Los choferes.
 - (2) Los proveedores de servicios.
 - b. Confidencialidad de:
 - (1) Expedientes de las personas atendidas.
 - (2) Comunicación.
 - c. Privacidad con relación a la prestación de servicios.
 - d. Accesibilidad.
 - e. Disponibilidad de información sobre los recursos disponibles para que las personas puedan resolver asuntos que no se pueden manejar en la unidad móvil.
 - f. La seguridad de:
 - (1) Los medicamentos que se dan en o desde la unidad, cuando corresponda.
 - (2) Equipo y suministros que se usan en la prestación de servicios.
 - (3) La unidad móvil cuando no se está usando.
 - g. Seguridad de:
 - (1) Expedientes de las personas atendidas.
 - (2) Personal.
 - h. Mantenimiento de:
 - (1) Equipo.
 - (2) Vehículos.
9. Cada programa para el cual la organización está buscando la acreditación, tiene una descripción escrita del programa que dirige la prestación de servicios e incluye:
 - a. Descripción del programa.
 - b. Filosofía del programa.
 - c. Metas del programa.
 - d. Las modalidades de servicio o tratamiento que se proveerán para alcanzar los objetivos del programa, incluyendo:

- (1) Descripción del servicio/modalidades de tratamiento.
 - (2) Las credenciales del personal cualificado para brindar las modalidades de servicios o tratamientos.
 - e. Identificación o descripción de las poblaciones especiales, y los mecanismos para cumplir con sus necesidades.
10. Cuando corresponda, hay políticas y procedimientos escritos para abordar los enfoques positivos que usa el programa en las intervenciones conductuales, incluyendo:
- a. Énfasis en desarrollar relaciones positivas con las personas atendidas.
 - b. Evaluación del ambiente.
 - c. Interacciones apropiadas con el personal para:
 1. Promover la mitigación de tensiones o crisis.
 2. Manejar la conducta.
 - d. Ayudar a que las personas atendidas puedan manejar su propia conducta.
11. Cuando corresponda, el programa pone en práctica procedimientos escritos que:
- a. Regulan el uso de intervenciones especiales de tratamiento.
 - b. Se asegura que los procedimientos invasivos se proveen de manera segura, tomando en consideración:
 - (1) El historial físico de la persona atendidas.
 - (2) El historial de desarrollo de las personas atendidas.
 - (3) El historial de abuso de la persona atendida.
 - (4) El historial de trauma de las personas atendidas.
 - c. Describe un proceso para evaluar regularmente:
 - (1) Cualquier restricción de los privilegios de las personas atendidas.
 - (2) Métodos para reinstalar los privilegios perdidos o restringidos.
 - (3) El propósito o beneficio de cualquier tipo de restricción de privilegios.
12. La organización pone en práctica una política que identifica para cada programa, el alcance de los servicios de medicación, incluyendo si se provee o no:
- a. Control de los medicamentos.
 - b. Administración de medicamentos.
 - c. Receta de medicamentos.
13. El programa recibe consultoría médica sobre políticas o procedimientos médicos, cuando sea apropiado.
14. La organización pone en práctica una política para cada programa, que identifica:
- a. Como va a responder si las personas atendidas presentan conductas peligrosas.
 - b. Si:

- (1) Se usa aislamiento.
 - (2) Se usan restricciones.
 - c. Bajo que circunstancias, cuando proceda:
 - (1) Se va a usar aislamiento.
 - (2) Se va a usar restricción.
- 15. De acuerdo con la población que sirven, y según corresponda, todo el personal de servicio directo recibe adiestramiento documentado basándose en sus competencias:
 - a. En la orientación.
 - b. Por lo menos anualmente.
 - c. Que toma en consideración la prevención de conductas peligrosas, incluyendo:
 - (1) Factores que contribuyen o causas que puedan llevar a conductas peligrosas.
 - (2) Condiciones de salud que pueden contribuir a conductas peligrosas.
 - (3) Como las interacciones interpersonales pueden afectar la conducta de las personas atendidas, incluyendo:
 - (a) Como interactúan entre si las personas atendidas.
 - (b) Como el personal interactúa con las personas atendidas.
 - (c) Como el personal interactúa entre sí.
 - (4) El uso de intervenciones alternas en un esfuerzo para evitar el uso de aislamiento o restricciones físicas.
- 16. El programa se asegura que provee información y educación que es importante a las necesidades de las personas atendidas.
- 17. A las familias se les:
 - a. Motiva para que participen de programas de educación que la organización provee.
 - b. Invita a participar en programas clínicos o servicios con las personas atendidas, con el consentimiento o por derecho legal.
- 18. El programa pone en práctica procedimientos escritos para intervención en crisis que:
 - a. Evitan daño.
 - b. Aseguran intervenciones centradas en la persona.
 - c. Son sensitivas al potencial de trauma de las personas atendidas.
 - d. Se diseñan para garantizar la seguridad de:
 - (1) Personas atendidas.
 - (2) Personal.
- 19. Para llenar las necesidades de las personas atendidas, el programa demuestra como usa la tecnología para:

- a. Aumentar el acceso a los servicios.
 - b. Aumentar el apoyo.
 - c. Mejorar o ampliar los servicios.
20. Respecto al personal que provee servicio directo, la organización incluye lo siguiente en la evaluación escrita de sus capacidades y adiestramientos basados en competencias:
- a. Áreas que reflejen las necesidades específicas de las personas atendidas.
 - b. Destrezas clínicas que son apropiadas para la posición.
 - c. Desarrollo de un plan centrado en la persona.
 - d. Destrezas de entrevista y comunicación.
 - e. Investigación relacionada al programa basada en enfoques de tratamiento.
 - f. Identificación de factores de riesgo clínicos, incluyendo:
 - (1) Suicidio.
 - (2) Violencia.
 - (3) Otras conductas de riesgo.
 - g. Plan de seguridad.
21. Los miembros del equipo, en respuesta a las necesidades de las personas atendidas:
- a. Ayudan al apoderamiento de cada persona atendida para participar activamente con el equipo para promover su recuperación, progreso o bienestar.
 - b. Proporcionan servicios consistentes con las necesidades de cada persona atendida, interactuando directamente con esa persona y/o con los individuos identificados por esa persona.
 - c. Son competentes en aspectos culturales y lingüísticos.
 - d. Se reúnen tan frecuentemente como sea necesario para cumplir con las responsabilidades de toma de decisiones.
 - e. Documentan:
 - (1) La asistencia de los participantes a las reuniones del equipo.
 - (2) Los resultados de las reuniones de equipo
22. Se designa a una persona para que asista en la coordinación de servicios para cada persona atendida:
- a. Asumiendo la responsabilidad de asegurar la implementación de un plan centrado en la persona, cuando proceda.
 - b. Asegurándose que a la persona atendida se le orienta sobre los servicios que se van a dar.
 - c. Promoviendo la participación de la persona atendida de forma continua en discusiones sobre sus planes, metas y estatus.

- d. Identificando y cerrando brechas en la prestación de servicios.
 - e. Compartiendo información de cómo acceder los recursos de la comunidad que son de importancia a la persona.
 - f. Abogando por la persona atendida, cuando corresponda.
 - g. Comunicando información relacionada al progreso de la persona atendida a las personas adecuadas.
 - h. Facilitando el proceso de transición, incluyendo la coordinación para los servicios de seguimiento.
 - i. Involucrando a la familia, guardianes o cuidadores, cuando corresponda.
 - j. Coordinando servicios que se proveen fuera de la organización.
23. La organización pone en práctica una política para la supervisión clínica de todas las personas que proveen servicios directos.
24. La supervisión continua del personal clínico o de servicio directo:
- a. Se documenta.
 - b. Toma en consideración:
 - (1) Cuan certeras son las destrezas de evaluación y referido.
 - (2) Cuan apropiadas son las intervenciones de servicio o tratamiento seleccionado respecto a las necesidades específicas de cada persona atendida.
 - (3) La efectividad del servicio o tratamiento, según se refleja en el cumplimiento de las metas identificadas en el plan centrado en la persona por la persona atendida.
 - (4) Factores de riesgo para suicidio y otras conductas de riesgo.
 - (5) Cuestiones de ética, aspectos de índole legal respecto a la práctica clínica y estándares profesionales.
 - (6) Cuestiones de documentación clínica que se identifican a través de un proceso continuo de revisión de expedientes.
 - (7) Competencia cultural.
 - (8) Fidelidad del modelo, cuando se establecen prácticas basadas en la evidencia.
 - c. Provee retroalimentación (“feedback”) al personal de forma tal que sus destrezas puedan mejorar.
25. El programa pone en práctica políticas y procedimientos que toma en consideración:
- a. Como se manejan artículos que se traen al programa:
 - (1) Por:
 - (a) Las personas atendidas.
 - (b) Personal.

- (c) Visitantes.
 - (2) Incluyendo:
 - (a) Drogas o sustancias ilegales.
 - (b) Drogas o sustancias legales.
 - (c) Medicinas recetados.
 - (d) Armas.
 - (e) Otros artículos que no están permitidos.
 - b. El uso de productos que contengan nicotina en todos (as):
 - (1) Sus localidades.
 - (2) Vehículos que son propiedad de la organización, o que ésta opera.
- 26. El programa de tratamiento de opioides lleva a cabo una revisión de sus políticas y procedimientos programáticos por lo menos anualmente.
- 27. El programa de tratamiento de opioides provee los siguientes servicios en su localidad principal:
 - a. Servicios médicos.
 - b. Servicios de consejería.
 - c. Servicios vocacionales.
 - d. Servicios educativos.
 - e. Otros servicios que las personas atendidas puedan necesitar, incluyendo:
 - (1) Evaluación.
 - (2) Tratamiento.
- 28. El programa de tratamiento de opioides tiene un director (gerente), cuyas responsabilidades incluyen:
 - a. Cumplir con todas las leyes locales, estatales y federales.
 - b. Proveer edificios y equipos que estén limpios, seguros, operacionales, y que ofrezcan:
 - (1) Una localización accesible.
 - (2) Oficinas privadas para dar consejería.
 - (3) Seguridad continua de los expedientes.
 - (4) Instalaciones adecuadas para:
 - (a) Dispensar medicinas.
 - (b) Exámenes físicos.
 - (5) Un área que sea sensitiva a las necesidades de los niños de las personas atendidas.

- c. Proveer un ambiente estable y terapéutico, incluyendo:
 - (1) Personal asignado consistentemente, incluyendo:
 - (a) Médicos, que pueden incluir a psiquiatras.
 - (b) Personal no médico.
 - (c) Personal de enfermería, tal como enfermeras graduadas (RN) o enfermeras prácticas licenciadas (LPN).
 - (d) Especialistas de adicción, según sea aplicable.
 - (e) Consejeros en adicción.
 - (f) Personal clínico que no son médicos.
 - (g) Personal de seguridad, según sea apropiado.
 - (2) Actividades programadas de rehabilitación.
 - (3) Servicios que llenen las necesidades de la mayoría de las personas atendidas.
 - (4) Horas de operación que llenen las necesidades de la mayoría de las personas atendidas.
 - (5) Servicios que se proveen por un equipo multidisciplinario de personal cualificado y experimentado, integrado mínimamente por:
 - (a) Un médico licenciado.
 - (b) Una enfermera y/o un farmacéutico licenciado.
 - (c) Un consejero primario.
- d. Asegurar que los derechos de las personas atendidas tomen en consideración:
 - (1) Los estándares de la sección 1.K. del manual, Derechos de las Personas Atendidas.
 - (2) La prestación de cuidado/servicios en el ambiente menos restrictivo.
 - (3) Que todo el personal del programa ofrezca servicios de forma considerada, respetuosa, humana en todo momento y en todas las circunstancias.
 - (4) Información basada en evidencia sobre tratamientos alternativos, medicinas y modalidades de servicio.
 - (5) Que la persona atendida tenga acceso a su expediente, con la supervisión del personal clínico.
 - (6) Respuesta en un tiempo razonable a los pedidos de las copias de los expedientes de las personas atendidas.
 - (7) El proteger contra interrupciones debido a conducta inapropiada de parte de personas atendidas.
 - (8) Que todas las personas con necesidad tengan acceso a tratamiento por igual, sin importar raza, etnicidad, género, edad (en relación a

políticas que tienen que ver con menores de edad), orientación sexual y fuente de pago.

- (9) Que las personas atendidas tengan derecho a:
 - (a) Ser informados sobre los procedimientos de apelación.
 - (b) Hacer apelaciones.
 - (c) Tener acceso a que los procedimientos de querrela se anuncien en lugares visibles.
 - (d) Recibir la decisión por escrito.
 - (e) Apelar a fuentes imparciales.
29. El programa consistentemente pone en práctica las políticas y los procedimientos escritos que tratan sobre:
- a. El manejo de la medicina, incluyendo:
 - (1) Tomar la medicina sin supervisión.
 - (2) Administración de la medicina en casos de emergencia.
 - (3) Procedimientos para medicar a las personas que están viajando.
 - (4) Prácticas seguras para almacenar la medicina sin supervisión, incluyendo el uso de envases resistentes o a prueba de niños.
 - (5) Manejo seguro de la medicina.
 - b. Procedimientos de pruebas toxicológicas, incluyendo:
 - (1) Abordaje individualizado al ordenar pruebas toxicológicas, incluyendo:
 - (a) La frecuencia de la prueba basada en las necesidades de la persona atendida.
 - (b) Por lo menos ocho pruebas al azar por año para cada persona que recibe tratamiento asistido por medicinas.
 - (c) Recogido y análisis de muestras durante retirada supervisada médicamente y otros tipos de retirada.
 - (d) Un mínimo de una prueba inicial cuando se hace una desintoxicación a corto plazo.
 - (e) Un mínimo de una prueba al mes para personas que están en una desintoxicación de largo plazo.
 - (f) Para personas que están en tratamiento interino (“interim treatment”), se hace un cernimiento toxicológico inicial, seguido por lo menos por dos pruebas adicionales durante el período máximo de 180 días.
 - (2) Recoger las muestras de orina y otros muestreos toxicológicos de forma respetuosa.
 - (3) Análisis toxicológico de las pruebas para las drogas de abuso, incluyendo, pero no limitándose a:

- (a) Opioides.
 - (b) Metadona (y sus metabolitos).
 - (c) Buprenorfina, cuando sea indicado.
 - (d) Barbitúricos, cuando esté médicamente indicado.
 - (e) Benzodiacepinas.
 - (f) Otras drogas según lo determinado por estándares de la comunidad, variación regional, o la indicación clínica.
- (4) Procedimientos que aseguren que los resultados de la prueba toxicológica no se usen:
- (a) Como el único criterio para tomar decisiones de tratamiento.
 - (b) Como el único criterio para la terminación de tratamiento.
- (5) Procedimientos que aseguren que el resultado de la prueba toxicológica se usa como herramienta en el tratamiento, y sea:
- (a) Discutido con las personas atendidas de forma que ayude en la modificación del uso de drogas.
 - (b) Documentado en el expediente de la persona atendida.
 - (c) Revisado para:
 - (i) Resultados que son falso-negativos.
 - (ii) Resultados que son falso-positivos.
- (6) Procedimientos para minimizar la falsificación durante la toma de la muestra de la orina.
- (7) Procedimientos orientados de forma médica sobre el manejo de la muestra.
- c. Procedimientos para retirar la medicina, incluyendo la documentación sobre la necesidad de hacer:
- (1) Retiro voluntario, supervisado médicamente.
 - (2) Retiro en contra consejo médico.
 - (3) Retiro administrativo involuntario.
- d. Que el uso continuo de drogas no sea de por sí la única razón del alta, a menos que la persona atendida rechace una recomendación de niveles de tratamiento intensivos.
- e. Que el terminar o salir del programa se inicia únicamente por pedido de la persona atendida, excepto en casos de retirada administrativa.
30. El programa mantiene un plan actualizado de control de desvío que:
- a. Tiene medidas específicas para reducir la posibilidad de desvío de sustancias controladas de su legítimo uso, que toma en consideración problemáticas generales:
 - (1) Ambiente del programa.

- (2) Dosificación y la medicación en casa (take-home)
 - (3) Prevención de matricularse en varios programas.
 - (4) El mal uso de medicinas recetados.
 - (5) Otras áreas según sean identificadas, basándose en las necesidades del programa y la comunidad.
- b. Asigna responsabilidades específicas al personal médico y administrativo para llevar a cabo medidas y funciones según se describen en el plan.
31. El programa pone en práctica políticas y procedimientos para regir el uso y la respuesta a la información del programa de monitoreo de medicinas recetados (PDMP) para el control de desvío, cuando proceda.
32. La proporción de pacientes por personal clínico:
- a. Refleja una mezcla clínica apropiada.
 - b. Permite que el programa proporcione adecuadamente:
 - (1) Evaluación psicosocial.
 - (2) Planificación de tratamiento.
 - (3) Consejería individual.
 - c. Permite que se asigne un consejero primario.
 - d. Permite la programación regular de sesiones de consejería
33. El programa provee acceso a personal de apoyo las 24 horas al día, 7 días a la semana.
34. El programa tiene un director médico cualificado quien es responsable de:
- a. Monitorear y supervisar todos los servicios médicos, de enfermería y de salud conductual.
 - b. Asegurarse de que el programa esté cumpliendo con todas las regulaciones locales, estatales y federales relacionadas al tratamiento médico de la adicción a opioides.
 - c. Estar disponible un número horas suficiente para cumplir con las necesidades de:
 - (1) Personas atendidas.
 - (2) Programa.
35. El director médico demuestra uno de los siguientes:
- a. Experiencia en el tratamiento relacionado a opioides.
 - b. Un plan que lo capacite en el tratamiento de los opioides en un plazo de 12 meses, incluyendo:
 - (1) Educación médica continua en medicina de adicciones.
 - (2) Supervisión por la autoridad designada.
36. El programa pone en práctica un plan de relaciones con la comunidad que incluye:

- a. Educación a la comunidad sobre los trastornos por consumo de sustancias y el uso de la metadona o de otras medicinas agonistas en el tratamiento.
 - b. Identificar miembro (s) del personal para servir en actividades de relaciones con la comunidad.
 - c. Procedimientos escritos para atender y resolver problemas de relaciones con la comunidad, tales como personas que merodean en los alrededores o desvío de medicinas, y asegurar que el funcionamiento del programa no afecte adversamente la vida en la comunidad.
 - d. Solicitar a la comunidad que haga comentarios sobre el programa de tratamiento asistido por medicinas y su presencia en la comunidad.
37. Cuando el programa está planificando o preparándose para relocalizarse, el programa pone en práctica una política que toma en consideración como:
- a. Va a medir y minimizar el impacto negativo que la mudanza del programa pueda tener en una comunidad.
 - b. Promueve la coexistencia pacífica entre el programa y la comunidad.
38. El programa pone en práctica procedimientos escritos para medir y minimizar el impacto negativo que pueda tener en la comunidad, que incluye:
- a. Necesidades e impacto de la comunidad al seleccionar donde ubicar el programa.
 - b. Comentarios de la comunidad sobre el posible impacto que un programa puede tener en un vecindario.
 - c. Mantener facilidades limpias y ordenadas que no interfieran con el flujo de peatones y tráfico.
 - d. Identificar y mantener vías de comunicación con líderes de la comunidad con el propósito de promover buenas relaciones con la comunidad.
39. Un archivo de recursos de la comunidad se:
- a. Desarrolla.
 - b. Mantiene.
 - c. Usa adecuadamente para:
 - (1) Referidos de las personas atendidas.
 - (2) Ubicación de las personas atendidas.

Servicios de Apoyo de Pares

Los servicios de apoyo de pares (que incluyen apoyos para jóvenes o familiares) pueden abarcar una amplia gama de actividades planificadas para ayudar a las personas atendidas a ejercer control sobre sus propias vidas y su proceso de recuperación o fortalecimiento de la resiliencia. El apoyo de pares puede incluir mentoría o el asesoramiento entre pares, iguales, el conectar con recursos, la facilitación y el liderazgo en la recuperación, grupos educativos y de apoyo, la defensa de la persona/familia atendida y/o la creación de apoyos comunitarios. Dado que los apoyos entre iguales se

basan en una experiencia vivida, los especialistas en apoyo de pares son personas que comparten con otros basándose en esa experiencia para alentar, motivar y apoyar a las personas atendidas y/o sus familias. Pueden ser denominados especialistas en apoyo para jóvenes o familiares, mentores, entrenadores de recuperación, guías, especialistas en recursos de pares, intervencionistas de servicios entre pares o títulos similares. Los servicios de apoyo de pares para jóvenes están diseñados para que las personas con experiencia vivida trabajen directamente con las personas atendidas. Los servicios de apoyo familiar están diseñados para para que las personas que han tenido experiencias vividas a través de la participación de un miembro de su familia en los servicios trabajen directamente con la familia de las personas atendidas.

40. La organización pone en práctica políticas y procedimientos que son inclusivos de una fuerza laboral de pares.
41. Los especialistas de apoyo de pares asisten en:
 - a. El diseño.
 - b. El desarrollo.
 - c. La implementación de los servicios.
42. La organización demuestra un clima de recuperación y resiliencia a través del:
 - a. Respeto al rol particular de los especialistas de apoyo de pares.
 - b. Adiestramiento al personal sobre el rol del especialista de apoyo de pares durante la orientación.
43. Los especialistas pares reciben adiestramiento basado en competencias que se documenta y que:
 - a. Se basa en un currículo que sea reconocido, diseñado y desarrollado con la ayuda de los especialistas de apoyo de pares.
 - b. Se provee con la ayuda de especialistas de apoyo de pares.
 - c. Incluye:
 - (1) Adiestramiento inicial en los siguientes tópicos:
 - (a) Abogar por los derechos personales.
 - (b) Compromiso.
 - (c) Principios de recuperación y resiliencia.
 - (d) Conexiones y apoyos en la comunidad.
 - (e) El uso efectivo de compartir experiencias de vida.
 - (f) Destrezas como padres.
 - (2) Adiestramiento continuo en prácticas de apoyo de especialistas de pares.
 - d. Se proveen de manera que:
 - (1) Se entienden.
 - (2) Apropriados a la capacidad del especialista de pares que recibe el adiestramiento.

44. Los códigos escritos de conducta de la organización específicamente toman en consideración las fronteras en relación con los servicios de apoyo de pares.
45. Basándose en las necesidades y preferencias de las personas atendidas. El apoyo de pares:
 - a. Se provee consistente con, o complementario al plan de cada persona, cuando corresponda.
 - b. Incluye los siguientes servicios directos que llevan a cabo los especialistas de apoyo de pares, según sea aplicable:
 - (1) Enganchar a la persona atendida.
 - (2) Apoyando las metas personales de recuperación o fortaleciendo la resiliencia.
 - (3) Fortaleciendo las redes en la comunidad.
 - (4) Abogando con y para las personas atendidas.
 - (5) Destrezas de parentesco.
 - (6) Mentoría.
 - (7) Como tender puentes y lograr alianzas.
 - c. Incluye las siguientes actividades educativas para las personas atendidas, según corresponda:
 - (1) Autogestión.
 - (2) Bienestar.
 - (3) Destrezas de vida.
 - (4) Establecer metas.
 - (5) Destrezas sobre toma de decisiones.
46. Los servicios de apoyo de pares se proveen en lugares que cumplen con las necesidades de las personas atendidas.

B. Cernimiento y Acceso a los Servicios

El proceso de cernimiento y evaluación está diseñado para determinar la elegibilidad de una persona a recibir servicios, y la capacidad de la organización para proporcionar esos servicios. Un proceso de evaluación centrado en la persona ayuda a maximizar las oportunidades para que las personas atendidas accedan a los programas y servicios de la organización. Cada persona atendida participa activamente y desempeña un papel significativo en el proceso de evaluación. Las evaluaciones se realizan de manera que identifican la información pasada y presente de la persona atendida, así como sus fortalezas, necesidades, habilidades y preferencias. Los datos de la evaluación pueden recopilarse mediante diversos medios, como el contacto cara a cara, la telemedicina o material escrito, y de diversas fuentes, como la persona atendida, la familia u otras personas significativas, o recursos externos

1. El cuidado enfocado en la persona se demuestra a través el proceso de cernimiento y/o evaluación.
2. El programa demuestra los esfuerzos para minimizar el tiempo entre el primer contacto, cernimiento, y admisión o referido.

Cernimiento/Elegibilidad

3. La organización pone en práctica procedimientos escritos que definen:
 - a. Si se hace/como se hace un cernimiento.
 - b. Elegibilidad para los servicios.
 - c. Como las admisiones se:
 - (1) Llevan a cabo.
 - (2) Se le dan prioridad, si es necesario.
 - d. Quien es responsable de hacer la decisión de admisión.
 - e. Criterios de exclusión o ilegalidad.
4. Cuando la organización lleva a cabo cernimientos, estos:
 - a. Se documentan.
 - b. Incluyen una revisión de la elegibilidad de admisión de cada persona basada en:
 - (1) Problemas que presentan.
 - (2) Criterios legales de la elegibilidad, cuando sean aplicables.
 - (3) Disponibilidad de fuentes de financiamiento, cuando proceda.
 - c. Identifica:
 - (1) Si la organización puede dar los servicios adecuados que se necesitan.
 - (2) Recursos alternos cuando los servicios no se pueden dar.
 - d. Incluye:

- (1) Una entrevista con la persona que busca servicios o con la fuente de referido.
 - (2) Cuando es apropiado, una visita de preadmisión por la persona a la organización y sus programas.
 - e. Se aseguran de que, al ponerse en práctica:
 - (1) El instrumento de cernimiento se administran de forma uniforme.
 - (2) El personal es adiestrado en cómo usar el instrumento antes que se administre.
5. Si el cernimiento identifica una necesidad crítica y o urgente, se toma acción adecuada inmediatamente.
6. Si se mantiene una lista de espera, la organización:
 - a. Documenta:
 - (1) La fecha en que se puso a la persona en la lista.
 - (2) Las necesidades que se identifican.
 - b. Mantiene la información en lista de espera actualizada a través de:
 - (1) Revisión continua y actualización de la lista.
 - (2) Poner en práctica los procedimientos identificados para referir a las personas en crisis a los servicios necesarios.
 - c. Documenta todos los contactos que se tenga con la persona en la lista de espera.
 - d. Responde a listas de espera a largo plazo a través de:
 - (1) Planificación estratégica o basada en la comunidad.
 - (2) Participación en los servicios de apoyo.
 - (3) Referido a servicios de apoyo disponibles en la comunidad.
7. El programa de tratamiento a opioides tiene criterios de admisión que son consistentes con aquellos delineados en la definición del Trastorno por Consumo a Opioides del Manual de Diagnósticos y Estadísticas (edición actual).
8. Todas las admisiones al programa incluyen documentación de la necesidad de tratamiento y elegibilidad al programa para el tratamiento de opioides, incluyendo:
 - a. Evidencia de tolerancia a un opiode.
 - b. Cumplir con los criterios diagnósticos de tener un trastorno activo por consumo de opioides de moderado o severo, estar en remisión de un trastorno por consumo de opioides, o estar a riesgo elevado de tener una recurrencia o sobredosis.
 - c. Uso diario y en múltiples ocasiones de un opiode.
9. Cuando el programa del tratamiento de opioides admite a **personas menores de 18 años** a tratamiento de mantenimiento, el programa documenta un consentimiento informado por escrito de un padre, tutor legal, o adulto responsable designado por la autoridad adecuada del estado, o la persona atendida (si el

estado autoriza a personas menores de 18 años a que sean admitidos a un programa de tratamiento de opioides sin el consentimiento de un padre o tutor legal).

10. Cuando se proveen **servicios a adolescentes**, el programa:
 - a. Provee, de acuerdo con el desarrollo:
 - (1) Evaluaciones.
 - (2) Servicios educativos.
 - (3) Servicios de consejería.
 - b. Garantiza la seguridad de los adolescentes servidos.
 - c. Identifica y divulga abuso o negligencia bajo las leyes apropiadas/aplicables.
 - d. Provee los referidos para necesidades especiales.
 - e. Facilita la consejería familiar.
11. Los servicios de examen médico inicial incluyen:
 - a. Un examen físico completo, documentado en su totalidad por un médico o profesional de salud autorizado antes de la admisión al programa.
 - b. Pruebas de laboratorio relacionadas, que:
 - (1) Se hacen dentro de los primeros 14 días de admisión.
 - (2) Incluyen, como mínimo:
 - (a) Prueba toxicológica inicial
 - (b) Prueba de cernimiento para:
 - (i) Infecciones sexualmente transmisibles.
 - (ii) VIH
 - (iii) HCV
 - (iv) Tb.
 - (v) Otras condiciones comúnmente coexistentes
12. Las pruebas de laboratorio que no se hacen al momento de admisión en el programa, se han hecho en los últimos 30 días.
13. Hay políticas y procedimientos que aseguran que cada persona atendida da un consentimiento informado por escrito para recibir servicios de tratamiento antes de recibirlos.
14. El programa pone en práctica políticas y procedimientos escritos relacionados a consentimiento informado que incluyen:
 - a. Participación voluntaria en el programa.
 - b. Cumplimiento con las regulaciones federales de confidencialidad.
 - c. Una explicación sobre los beneficios y riesgos referentes a todos los procedimientos de tratamiento, incluyendo el uso de medicinas opioides agonistas

- d. Una explicación de las siguientes expectativas:
 - (1) La meta global de la terapia con medicinas agonistas es mejorar la calidad de vida y estar libre del uso de drogas ilícitas.
 - (2) Periódicamente, y en consulta con la persona atendida, el programa discutirá:
 - (a) Nivel de funcionamiento actual.
 - (b) Curso del tratamiento.
 - (c) Metas futuras.
- 15. El programa tiene guías claras y documenta los esfuerzos para evitar que personas se matriculen en más de un programa de tratamiento de opioides al mismo tiempo.

Orientación

- 16. Cada persona atendida recibe una orientación que:
 - a. Se provee en un tiempo razonable, basándose en:
 - (1) La condición que presenta la persona.
 - (2) Los tipos de servicio que se proveen.
 - b. La persona atendida entiende.
 - c. Se documenta.
 - d. Incluye, según corresponda:
 - (1) Una explicación de:
 - (a) Los derechos y las responsabilidades de la persona atendida.
 - (b) Procedimientos de querrela y apelación.
 - (c) Formas en que se pueden hacer sugerencias.
 - (d) Sobre la organización, cuales son/que es:
 - (i) Las políticas de confidencialidad.
 - (ii) Intención/consentimiento a tratamiento.
 - (iii) Expectativas sobre la conducta de las personas atendidas.
 - (iv) Procedimientos y criterios de transición.
 - (v) Criterios de alta.
 - (vi) Respuesta a cuando se identifican riesgos potenciales a la persona atendida.
 - (vii) Acceso a servicios después de las horas de trabajo.
 - (viii) Estándares de conducta profesional relacionado a los servicios.

- (ix) Requisitos para reportar y/o dar seguimiento a la persona atendida, sin importar el resultado de alta.
 - (e) Cualquier obligación económica, cargos, o arreglos económicos para los servicios que la organización provee.
 - (f) Las políticas de salud y seguridad del programa sobre:
 - (i) El uso de restricciones o aislamiento.
 - (ii) El uso de productos de nicotina.
 - (iii) Sustancias legales o ilegales que se traen al programa.
 - (iv) Medicinas recetados que se traen al programa.
 - (v) Armas que se traen al programa.
 - (g) Las reglas y expectativas del programa sobre las personas atendidas que identifiquen lo siguiente:
 - (i) Cualquier restricción que el programa le pueda poner a la persona atendida.
 - (ii) Eventos, conductas o actitudes y sus consecuencias probables.
 - (iii) Cómo la persona atendida recupera los privilegios que se han restringido.
 - (2) Familiarización con los alrededores del lugar, incluyendo las salidas de emergencia, equipo para extinguir incendios, equipo de primeros auxilios.
 - (3) Educación en relación con directrices anticipadas (advance directives), cuando sea indicado.
 - (4) Identificar el propósito y proceso de evaluación.
 - (5) Una descripción de:
 - (a) Como se va a desarrollar el plan centrado en la persona.
 - (b) La participación de la persona para desarrollar y lograr metas.
 - (c) El curso probable de los servicios de tratamiento.
 - (d) Como se pueden usar incentivos motivacionales, cuando proceda.
 - (e) Expectativas sobre citas requeridas por ley, sanciones, o notificaciones de la corte, cuando proceda.
 - (f) Expectativas sobre la participación de su familia.
 - (6) Identificar la (s) persona (s) responsable (s) de coordinar los servicios.
17. La orientación sobre el tratamiento de opioides:
- a. Se documenta.
 - b. Incluye una explicación de:
 - (1) La naturaleza de trastornos adictivos.
 - (2) Los beneficios del tratamiento y el proceso de recuperación, incluyendo las fases de tratamiento.

- (3) Las reglas y regulaciones del programa, incluyendo cargos y procedimientos de facturación.
- (4) Procedimientos cuando no hay cumplimiento y alta, incluyendo el alta administrativa.
- (5) Signos y síntomas de la sobredosis, y cuando se debe buscar asistencia de emergencia.
- (6) La medicina que la persona está usando, incluyendo los efectos secundarios, mitos comunes sobre la medicina y los resultados esperados.
- (7) Aspectos de seguridad de la medicina, incluyendo la posibilidad de una sobredosis o envenenamiento cuando se le da a otra persona.
- (8) Infecciones transmisibles sexualmente, del espectro de VIH, otras enfermedades infecciosas como la hepatitis C y Tb.
- (9) Acuerdos que se necesitan para compartir información dentro la red de consultores y organizaciones referidas de acuerdo con las regulaciones HIPAA y el CRF 42 Parte 2.
- (10) Derechos de las personas atendidas.
- (11) Confidencialidad y como se permite compartir información de acuerdo con el CRF 42 Parte 2.
- (12) Procedimientos para las pruebas toxicológicas.
- (13) La dispensación y la forma adecuada de guardar medicinas cuando se recibe "take home".
- (14) Las posibles interacciones entre medicinas.
- (15) Programa de monitoria de medicinas (PDMP) si está disponible, y como el programa lo usa.
- (16) Registro central de admisiones y como el programa lo usa, de estar disponible.

Evaluación

18. Las evaluaciones se llevan a cabo por personal cualificado:
 - a. Con conocimiento para evaluar las necesidades específicas de las personas atendidas.
 - b. Adiestradas en el uso de instrumentos, pruebas, o herramientas aplicables, antes de usarlos.
 - c. Capaces de comunicarse con las personas atendidas.
19. Cuando la evaluación lleva a un diagnóstico (s), el (los) diagnóstico (s) lo hace una persona legalmente cualificada para hacerlo, de acuerdo con las leyes y regulaciones aplicables.
20. El proceso de evaluación incluye información que se obtiene de:

- a. La persona atendida.
 - b. Miembros de la familia/guardián, cuando sea aplicable y permitido.
 - c. Otras fuentes colaterales, cuando sea aplicable y permitido.
 - d. Fuentes externas, cuando se necesiten evaluaciones específicas que el personal de la organización no puede proveer.
21. El proceso de evaluación:
- a. Se enfoca en las necesidades específicas de la persona.
 - b. Identifica las metas y expectativas de la persona atendida.
 - c. Responde a las necesidades cambiantes de las personas atendidas.
 - d. Incluye un cernimiento para riesgo suicida para todas las personas atendidas de más de 12 años, usando una herramienta validada para la población.
 - e. Incluye que se comuniquen los resultados de las evaluaciones a:
 - (1) La persona atendida/guardián legal.
 - (2) Personal que corresponda.
 - (3) Otros según sea apropiado.
 - f. Provee la base para notificaciones que sean legalmente requeridas, cuando sea aplicable.
 - g. Recoge información relacionada a directrices anticipadas, cuando sea aplicable.
 - h. Ocurre dentro de un marco de tiempo establecido por la organización o requisitos regulatorios externos.
 - i. Refleja cambios significativos de estatus o vida de la persona atendida.
22. El proceso de evaluación recoge y documenta suficiente información para desarrollar un plan abarcador centrado en la persona atendida, incluyendo la siguiente información sobre la persona:
- a. Los problemas que presenta desde la perspectiva de la persona atendida.
 - b. Fortalezas.
 - c. Necesidades individuales.
 - d. Habilidades o capacidades e intereses.
 - e. Preferencias.
 - f. Servicios de salud mental recibidos anteriormente, incluyendo:
 - (1) Historial de diagnóstico (s).
 - (2) Historial de tratamiento.
 - g. Estado mental.
 - h. Medicinas, incluyendo:
 - (1) Perfil de uso de medicina, incluyendo uso actual.

- (2) Eficacia de medicinas usados actual o anteriormente.
- (3) Alergias o reacciones adversas a medicinas.
- i. Aspectos de salud física, incluyendo:
 - (1) Historial de salud.
 - (2) Las necesidades médicas actuales.
 - (3) Embarazo actual y cuidado prenatal.
 - (4) Condiciones médicas.
- j. Uso de tratamiento alternativo o complementario.
- k. Discapacidades y trastornos coexistentes.
- l. Nivel de funcionamiento actual.
- m. Información pertinente actual e histórica sobre su situación de vida, incluyendo:
 - (1) Edad.
 - (2) Género.
 - (3) Orientación sexual.
 - (4) Expresión de género.
 - (5) Cultura.
 - (6) Creencias espirituales.
 - (7) Historial de educación.
 - (8) Historial de empleo.
 - (9) Historial militar.
 - (10) Situación de vivienda.
 - (11) Problemas legales.
 - (12) Historial familiar.
 - (13) Relaciones, incluyendo familiares, de amistades, miembros de la comunidad u otras personas interesadas.
 - (14) Determinantes sociales de salud.
- n. Historial de trauma:
 - (1) Que:
 - (a) Que la persona ha sido víctima.
 - (b) Que la persona ha sido testigo.
 - (2) Incluyendo:
 - (a) Abuso.
 - (b) Negligencia.
 - (c) Violencia.

- (d) Agresión sexual.
 - o. Uso de alcohol, y/o otras drogas, incluyendo:
 - (1) Uso actual.
 - (2) Uso histórico (pasado).
 - p. Uso de nicotina, u otros productos relacionados, incluyendo:
 - (1) Uso actual.
 - (2) Uso histórico.
 - q. Factores de riesgo para
 - (1) Suicidio.
 - (2) Otro tipo de auto agresión o conductas de riesgo.
 - (3) Violencia hacia otros.
 - r. Nivel de escolaridad.
 - s. Necesidad de asistencia de tecnología para la prestación de servicios.
 - t. La necesidad de, y la disponibilidad de apoyos sociales.
 - u. Ajuste psicológico y social a discapacidades y o trastornos.
 - v. Diagnósticos, si se identifican.
23. El proceso de evaluación incluye la preparación de un resumen interpretativo escrito que:
- a. Se basa en la información de la evaluación.
 - b. Identifica:
 - (1) Trastorno (s).
 - (2) Trastorno (s) concurrentes.
 - (3) Comorbilidades.
 - (4) Riesgo de suicidio, violencia, u otra conducta peligrosa.
 - c. Se usa en el desarrollo de un plan centrado en la persona.
24. La clínica provee o refiere a los servicios adecuados a las personas que tienen condiciones concurrentes (coexistentes) de salud física y/o mental.

Servicios a Mujeres y Embarazadas

25. Al proveer servicios a mujeres, el programa:
- a. Provee tratamiento respetuoso y seguro.
 - b. Provee consejería relacionada a:
 - (1) Aspectos generales de la salud de la mujer.
 - (2) Violencia de familia o abuso de pareja íntima.

- (3) Abuso sexual.
 - (4) Aspectos de la salud reproductiva.
 - (5) Expresión de género u orientación o identidad sexual.
- c. Asigna consejeros y personal especializado basándose en las necesidades de las mujeres atendidas.
- d. Provee o hace referidos a todas las mujeres atendidas y sus parejas, según sea apropiado, para:
- (1) Servicios de salud reproductiva.
 - (2) Destrezas de crianza a padres.
26. Una persona embarazada que busca tratamiento en un programa de tratamiento de opioides se le da prioridad a la admisión, o se documenta la razón para negar la admisión.
27. Con respecto al uso de medicinas en personas atendidas que están embarazadas, dependientes a opioides o en tratamiento para opioides, el programa:
- a. Se asegura que la dosis inicial de metadona para una persona que acaba de quedar embarazada, que, en el proceso de inducción y mantenimiento subsiguiente, se correspondan los mismos principios de dosificación efectiva que se usan para todas las personas atendidas.
 - b. Vigila la dosis de metadona cuidadosamente, especialmente en el tercer trimestre.
 - c. Mantiene a la persona atendida que queda embarazada durante su tratamiento en la dosis que tenía antes del embarazo, de ser efectiva, y se maneja usando los mismos principios de dosificación que se usan para personas atendidas no embarazadas.
 - d. **N/A** Se asegura que si una persona embarazada atendida elige salir de tratamiento con metadona:
 - (1) Un médico con experiencia en medicina de adicción supervisa el proceso de retirada.
 - (2) Lleva a cabo evaluaciones fetales con regularidad, según apropiado para la edad gestacional, como parte del proceso de retirada.
 - (3) La retirada de la medicina no se inicia antes de las 14 semanas o después de 32 semanas.
28. El programa provee a personas embarazadas atendidas: **(N/A)**
- a. Educación sobre la retirada médicamente supervisada (MSW).
 - b. Educación con respecto al impacto de los servicios de retirada médicamente supervisada MSW en la salud y el bienestar de los niños sin nacer.
29. El programa tiene un mecanismo para apoyar la decisión de amamantar durante su tratamiento, a menos que esté médicamente contraindicado.
30. El programa se asegura de que cada persona embarazada tenga la oportunidad de recibir cuidado prenatal, educación prenatal, y seguimiento postparto en:

- a. La clínica (el centro), o
 - b. Refiriendo a proveedores de salud apropiados.
31. Si no hay cuidado prenatal apropiado disponible en la clínica o por referido, o si la persona embarazada no puede pagar o rechaza los servicios de cuidado prenatales, el programa:
- a. Le ofrece educación prenatal básica sobre:
 - (1) Cuidado de la madre.
 - (2) Cuidado físico.
 - (3) Cuidado dietético.
 - b. Documenta en el expediente clínico que se proveyeron estos servicios.
32. Si una persona embarazada rehúsa los servicios prenatales directos o referidos para recibir tales cuidados, el programa documenta que estos servicios se ofrecieron, pero fueron rechazados.
33. El programa se asegura que una persona embarazada con infección de VIH:
- a. Se le informa que actualmente se recomienda ofrecer tratamiento para VIH durante su embarazo para reducir la transmisión perinatal.
 - b. Se le den los referidos y manejo de caso necesarios para este tratamiento.
34. El programa pone en práctica políticas y procedimientos, incluyendo el consentimiento informado, para asegurar la coordinación del cuidado con los proveedores de cuidado primario para la madre, y el cuidado del bebé, según corresponda.
35. Si se da de alta a una persona embarazada:
- a. El programa identifica el médico específico o profesional de salud autorizado, según sea apropiado, a quien el paciente se va a dar de alta.
 - b. Se documenta en el expediente de la persona el nombre, dirección, y número de teléfono del proveedor a cargo de cuidar a la persona después del alta,
36. **N/A** Cuando se proveen servicios de retirada con supervisión médica (MSW) a las personas embarazadas cuyos síntomas de retirada no pueden ser eliminados, se hacen los referidos a programas médicos hospitalarios.

C. Plan Centrado (Enfocado) en la Persona (Plan de Tratamiento)

Cada persona atendida participa activamente y tiene un papel importante en el proceso de la planificación centrada en la persona y en la determinación de la dirección del plan. El plan centrado en la persona tiene metas y objetivos que incorporan las fortalezas, necesidades, habilidades, y preferencias únicas de la persona atendida, así como los retos identificados y las posibles soluciones. El proceso de planificación es dirigido por la persona y centrado en la persona. El plan centrado en la persona también puede denominarse plan de servicios individuales, plan de tratamiento o plan de atención. En un programa centrado en la familia, el plan puede ser para la familia y se identifica como un plan centrado en la familia.

1. El proceso de desarrollar un plan centrado (enfocado) en la persona se:
 - a. Desarrolla con:
 - (1) La participación activa de la persona atendida.
 - (2) La participación de la familia o guardián legal de la persona atendida, cuando corresponda o sea permitido.
 - (3) La participación de otros servicios/proveedores de tratamiento, cuando corresponda.
 - b. Se basa en la información obtenida del proceso de evaluación.
 - c. Se basa en:
 - (1) Las fortalezas de la persona.
 - (2) Las necesidades de la persona.
 - (3) Las destrezas de la persona.
 - (4) Las preferencias de la persona.
 - d. Se enfoca en la integración e inclusión de la persona atendida en:
 - (1) Su comunidad
 - (2) La familia, cuando sea apropiado.
 - (3) Sistemas de apoyo natural.
 - (4) Otros servicios que se necesitan.
 - e. Se le comunica a la persona atendida de una manera que se entienda.
2. Para aquellas personas que están en tratamiento interino, se hace un plan para que el tratamiento continúe después de 180 días, documentándose en el expediente de la persona antes de los 120 días en tratamiento.
3. La documentación del proceso de planificación enfocado en la persona:

- a. Incluye los siguientes componentes:
- (1) Identificar las necesidades y deseos de la persona atendida a través de metas que:
 - (a) Se expresan en las palabras de la persona atendida.
 - (b) Las personas atendidas entienden.
 - (c) Reflejan opciones informadas de la persona atendida o padres/tutores.
 - (2) Objetivos específicos de tratamiento servicio que:
 - (a) Reflejan las expectativas de:
 - (I) La persona atendida.
 - (II) El equipo del tratamiento.
 - (b) Reflejan:
 - (I) La edad de la persona.
 - (II) El desarrollo de la persona.
 - (III) La cultura y etnicidad de la persona.
 - (c) Son sensibles a las discapacidades/trastornos o preocupaciones de la persona.
 - (d) La persona atendida entiende.
 - (e) Se pueden medir.
 - (f) Se pueden alcanzar (realizar).
 - (g) Se establece un tiempo específico para hacer.
 - (h) Son apropiados al lugar de servicio/tratamiento.
 - (3) Los servicios que se van a proveer describen:
 - (a) Intervenciones específicas.
 - (b) Modalidades que se van a usar.
 - (c) Frecuencia.
 - (4) Cuando corresponda, información de, o condiciones para:
 - (a) Cualquier necesidad más allá de lo que el programa puede proveer.
 - (b) Referidos a servicios adicionales.
 - (c) Transición a otros servicios en la comunidad.
 - (d) Opciones de servicios en la comunidad disponibles para personas en programas de apoyo residencial a largo plazo.
 - (e) Opciones de cuidado postratamiento, cuando se necesiten.

- (5) Cuando corresponda, identificar:
 - (a) Los requisitos legales.
 - (b) Los honorarios establecidos legalmente.
 - b. Se le provee a la persona atendida, cuando corresponda.
4. El programa pone en práctica procedimientos escritos donde se establecen los plazos para hacer, revisar y modificar la documentación para la planificación centrada en la persona, asegurándose que para cada persona atendida:
 - a. El plan refleje la situación actual.
 - b. El plan mantiene su pertinencia.
5. Cuando la evaluación identifica un riesgo potencial de suicidio, violencia, u otra conducta peligrosa, se hace un plan de seguridad:
 - a. De acuerdo con un protocolo establecido.
 - b. Con la persona atendida.
 - c. Tan pronto como sea posible,
 - d. Que incluye:
 - (1) Señales de aviso.
 - (2) Destrezas para el manejo de situaciones.
 - (3) Que va a hacer para:
 - (a) Responder a períodos cuando hay mayor dolor emocional.
 - (b) Hacer el medio ambiente más seguro.
 - (4) Las intervenciones que se necesitan para:
 - (a) Proveer seguridad personal.
 - (b) Proveer seguridad pública.
 - (5) Personas disponibles que puedan asistir/apoyar, cuando sea necesario.
6. Cuando la evaluación identifica que la persona atendida usa en la actualidad productos con nicotina, el programa ofrece uno o más de los siguientes:
 - a. Educación sobre los riesgos de nicotina para la salud, el posible impacto en la recuperación de la persona, y la salud a largo plazo.
 - b. Consejería y apoyo.
 - c. Medicinas que apoyen la reducción o eliminación del uso.
 - d. Servicios para dejar de fumar.
7. Cuando la persona atendida tiene trastornos concurrentes o discapacidades y/o comorbilidades:
 - a. El proceso de planificación del plan centrado en la persona específicamente atiende esas condiciones de forma integrada.

- b. Se proveen servicios por personas que están cualificadas a proveer servicios a personas con trastornos o discapacidades concurrentes, dentro de la organización o por referido,
8. Las notas de progreso:
- a. Documentan:
 - (1) El progreso hacia el cumplimiento de:
 - (a) Los objetivos identificados.
 - (b) Las metas identificadas.
 - (2) Eventos significativos o cambios en la vida de la persona atendida.
 - (3) La prestación y resultados de intervenciones específicas, modalidades y o servicios que apoyan el plan centrado en la persona.
 - (4) Cambios en:
 - (a) La frecuencia de los servicios.
 - (b) Los niveles de cuidado.
 - b. Están:
 - (1) Firmadas.
 - (2) Con fecha.

D. Transición/Alta

La planificación de la transición, el alta, o el cuidado luego del alta, ayuda a que las personas atendidas se muevan de un nivel de tratamiento a otro dentro de la organización, o a obtener servicios que se necesitan pero que no están disponibles en la organización. El proceso de transición se planifica con la participación activa de cada persona atendida. La transición puede incluir el alta planificada, pasar a un estado inactivo, moverse a un nivel servicio o intensidad de cuidado diferente, o un programa de reinserción en un sistema de justicia penal.

El plan de transición es un documento que se desarrolla con y para la persona atendida y otras partes interesadas en guiar a la persona atendida en actividades luego de la transición/alta, para apoyar los logros obtenidos durante la participación en el programa. Se prepara con la participación activa de la persona atendida cuando se transfiere a otro nivel de cuidado, programa de cuidado post alta o servicios basados en la comunidad. El plan de transición está destinado a ser un plan que la persona atendida use para identificar el apoyo que necesite para prevenir la recurrencia de síntomas o la disminución en el funcionamiento. Se espera que la persona atendida reciba una copia del plan de transición.

El resumen de alta es un documento clínico escrito por el personal del programa que está involucrado en la prestación de servicios que se le dan a la persona atendida, y se hace cuando la persona deja la organización (ya sea planificado o no). Es un documento que se hace para el expediente de la persona atendida, y se provee, con la autorización adecuada, para describir el curso de los servicios que la organización proporcionó y la respuesta de la persona atendida.

Así como la evaluación es crítica para el éxito del tratamiento, los servicios de transición son críticos para el apoyo de la recuperación continua y el bienestar de la persona. La organización intenta proactivamente conectar (enlazar) a la persona atendida con el (los) proveedor (es) de servicios que se van a recibir después de la transición formal o el alta, para luego poder obtener la información necesaria relacionada con el estado de la persona atendida luego al alta. La información de alta se revisa para determinar la efectividad de sus servicios y si se necesitaban servicios adicionales.

La planificación de la transición puede incluirse como parte del plan centrado en la persona. El plan de transición y/o el resumen de alta pueden ser un documento combinado o parte del plan para la persona atendida, siempre que esté claro si la información se relaciona con la planificación de la transición o pre-alta o identifica el alta o la salida de la persona del programa.

1. El programa pone en práctica procedimientos escritos para:
 - a. Referidos
 - b. Traslados a otro nivel de cuidado.
 - c. Traslados a otros servicios.

- d. Alta.
 - e. Seguimiento.
 - f. Identificando:
 - (1) Cuando se hace la planificación de transición.
 - (2) La persona responsable para coordinar el traslado o el alta.
 - (3) Que se va a hacer para asegurar la coordinación con organizaciones externas cuando se haga el traslado o alta.
 - (4) Donde se documenta lo siguiente:
 - (a) Planificación de transición.
 - (b) Resumen de alta.
2. La planificación de transición se inicia con la persona atendida tan pronto como sea clínicamente apropiado en la planificación centrada en la persona durante el proceso de prestación de servicios.
3. El plan de transición escrito:
- a. Se prepara o actualiza para asegurar una transición sin interrupciones cuando una persona atendida:
 - (1) Se transfiere a otro nivel de cuidado o a un programa de seguimiento.
 - (2) Se prepara para un alta planificada.
 - b. Identifica como está la persona actualmente respecto a:
 - (1) Su progreso en la recuperación o para lograr su bienestar.
 - (2) Los logros alcanzados durante su participación en el programa.
 - c. Identifica la necesidad de sistemas de apoyo u otros tipos de servicios que van a ayudar en su recuperación, bienestar o integración a la comunidad.
 - d. Incluye información sobre continuar las medicinas de la persona, de ser relevante.
 - e. Incluye información de referidos, como el nombre de la persona contacto, número de teléfono, localización, horas y días de servicios, de ser relevante.
 - f. Incluye la comunicación de información sobre opciones y recursos disponibles en caso de que los síntomas regresen, o en caso de que se necesiten servicios adicionales, de ser relevante.
 - g. Incluye:
 - (1) Sus fortalezas.
 - (2) Sus necesidades.
 - (3) Sus habilidades.
 - (4) Sus preferencias.
 - h. Identifica la persona responsable de coordinar el traslado o alta.

4. El plan de transición escrito:
 - a. Se desarrolla con la participación de y tomando en consideración:
 - (1) La persona atendida.
 - (2) La familia/guardián legal, cuando corresponda y esté permitido.
 - (3) Un representante legal autorizado, de ser relevante.
 - (4) Miembros del equipo.
 - (5) La fuente de referido, de ser apropiado y permitido.
 - (6) Otros servicios de la comunidad, de ser apropiado y permitido.
 - b. Se les da a las personas que participan en desarrollar el plan de transición, de ser relevante.
5. El programa pone en práctica procedimientos para referidos y traslados:
 - a. Para asegurar que el proceso se complete de forma efectiva.
 - b. Para vigilar la efectividad del programa.
6. Para todas las personas que dejan los servicios, se prepara un resumen de alta escrito que:
 - a. Incluye la fecha de admisión.
 - b. Describe los servicios que se proveyeron.
 - c. Identifica la condición al inicio de tratamiento.
 - d. Describe hasta qué punto se lograron las metas y objetivos.
 - e. Describe las razones del alta.
 - f. Enumera las recomendaciones para servicios o apoyos.
 - g. Incluye la fecha del alta del programa.
 - h. Incluye información sobre los medicamentos recetados o administrados, cuando corresponda.
7. Cuando ocurre una alta imprevista, se da seguimiento tan pronto como sea posible para:
 - a. Proveer las notificaciones necesarias (en caso de que la persona haya sido admitida bajo presión legal).
 - b. Clarificar las razones del alta no planificada.
 - c. Determinar con la persona atendida si se necesitan otros servicios.
 - d. Ofrecer o hacer referidos para los servicios que se necesitan.

E. Manejo de la Medicina

Estos estándares toman en consideración la práctica de evaluar, recetar y dispensar agonistas opioides aprobados por la FDA para uso en el tratamiento de adicciones a opioides.

1. Las medicinas usadas en el tratamiento de la adicción a opioides son:
 - a. Suficiente para producir:
 - (1) La respuesta deseada.
 - (2) La ausencia de síntomas de retirada por el tiempo deseado.
 - (3) Bloqueo de la euforia si se usan opioides como la heroína.
 - b. Aprobados por la Administración Federal de Alimentos (FDA) para el tratamiento de la adicción a opioides.
 - c. Despachados según la etiqueta del producto.
 - d. Usados de acuerdo con procedimientos escritos para asegurar:
 - (1) Que se almacenan de forma segura.
 - (2) Que la dosificación sea certera.
 - (3) Que se manejan de forma segura.
2. Cuando se despachan agonistas de opioides, el programa:
 - a. Se asegura de que el médico del programa y otros miembros del personal están legalmente autorizados para:
 - (1) Ordenar la medicina y/o hacer cambios en la dosis.
 - (2) Firmar por la medicina y/o cambios de dosis.
 - b. Se asegura de que cada dosis se registre:
 - (1) En el expediente individual de la persona atendida.
 - (2) Usando un método para asegurarse que hay un inventario certero disponible de todas las medicinas.
3. La documentación de la medicina incluye:
 - a. La firma, incluyendo en original o electrónica, o iniciales de la persona calificada para administrar la medicina.
 - b. El número exacto de los miligramos de la sustancia que se despachó.
 - c. Los totales diarios de la sustancia despachados.
 - d. Un procedimiento escrito para calibrar los instrumentos que despachan medicinas que:
 - (1) Es consistente con las recomendaciones del fabricante.
 - (2) Asegura la dosificación y seguimiento certero.

4. La dosis inicial de metadona:
 - a. Se determina individualmente por un médico después del examen inicial.
 - b. No excede 50 mg de metadona o, si se decide que se necesita una dosis más alta, se apoya con suficiente racional médica.
5. Si la dosis total inicial de metadona excede 50 mg, se documenta en el expediente de la persona atendida por el médico del programa, o cualquier otro personal médico cualificado indicando que 50 mg no suprimió los síntomas de la abstinencia de opioides de la persona atendida.
6. Un médico:
 - a. Determina la dosis de mantenimiento del agonista de opioide para llenar las necesidades individuales de la persona atendida.
 - b. Considera aumentar la dosis del agonista de opioides cuando la prueba toxicológica muestra evidencia de abuso de opioides.
7. La dosis de la medicina se:
 - a. Individualizan.
 - b. Revisan y actualizan periódicamente.
 - c. Basan primordialmente en la respuesta de la persona atendida a la medicina o al deseo de utilizar drogas ilícitas.
8. Los criterios de resultados (outcome criteria) dirigen los cambios en dosis, e incluyen:
 - a. No tener síntomas de retirada.
 - b. Detener el uso ilícito de opioides, medido por:
 - (1) Pruebas toxicológicas negativas.
 - (2) Reducción de conducta relacionada a la búsqueda de drogas.
 - c. Establecer una dosis de bloqueo de un agonista.
 - d. No tener deseo de usar (craving) que cause problemas, medido por:
 - (1) Reporte subjetivo.
 - (2) Observaciones clínicas.
 - e. La ausencia de signos y síntomas de una dosis de un agonista muy alta después de un intervalo adecuado para que la persona atendida desarrolle una tolerancia completa a la dosis que cause bloqueo.
9. El programa tiene un mecanismo mediante el cual la persona atendida puede dialogar sobre la dosis con el personal adecuado.
10. Cuando se dialoga sobre la dosis de medicina de la persona atendida, se documenta en el expediente de la persona atendida.
11. Cuando corresponda, el programa pone en práctica una política de dosis dividida (split) que:
 - a. Incluye la opinión del médico del programa en consulta con el equipo multidisciplinario.

- b. Refleja con certeza que la decisión sobre la dosis dividida se guía por los criterios de resultados esperados que incluyen:
 - (1) Quejas de la persona atendida que la dosis de la medicina no le está ayudando.
 - (2) La persona atendida muestra signos y síntomas de retirada.
 - (3) El médico usa los criterios de “picos y valles” para dosis dividida, si es adecuado.
 - (4) Si el médico no puede obtener proporción de niveles de “picos y valles” de 2.0 o más bajo, el aumentar los intervalos de dosificación puede ser apropiado.
 - (5) Identificar que se ha fallado usando otros métodos de estabilización.
 - (6) Discutir los intentos fallidos de estabilización con la persona atendida, involucrando al médico y el equipo multidisciplinario.
 - c. Incluye el educar a la persona atendida de por qué se decidió dividir la dosis, la política del programa sobre “take home” y el almacenaje seguro de la medicina.
12. El programa pone en práctica una política de “take home” que:
- a. Incluye información del médico del programa en consulta con el equipo multidisciplinario de tratamiento.
 - b. Refleja con certeza el estatus de la rehabilitación de la persona atendida.
 - c. Toma en consideración cada uno de los siguientes criterios cuando se toma una decisión sobre medicinas en casa o “take home”:
 - (1) Ausencia de trastorno por consumo de sustancias activo.
 - (2) La ausencia de condiciones de salud física o conductual que aumente el riesgo de daño al paciente con relación al potencial de tener una sobredosis o la capacidad para poder funcionar de forma segura.
 - (3) Que asista regularmente a la clínica.
 - (4) Ausencia de problemas conductuales serios que pongan en peligro al paciente, el público o a otros.
 - (5) No tener conocimiento de actividades de recientes de desvío.
 - (6) Si el medicamento en casa se puede transportar y guardar de forma segura.
 - (7) Otros criterios importantes para la seguridad de la persona.
13. El programa pone en práctica procedimientos escritos que ayuden identificar el robo o desvío de medicinas “take home”, incluyendo:
- a. Etiquetar los envases con el nombre del programa, dirección y número de teléfono.

- b. Asegurándose que los suplidors de “take home” se empaican de manera tal que están diseñados para reducir el riesgo de ingesta accidental, incluyendo usar envases a prueba de niños.
14. El director médico, en consulta con el equipo multidisciplinario, determina si una persona atendida es elegible para uso sin supervisión de medicación en casa o “take home”.
15. Cuando se evalúa la elegibilidad de la persona atendida para cualquier “Take Home”, el programa documenta que todas las decisiones médicas y clínicas relacionadas al “Take Home” se basan en:
- a. La ausencia de un trastorno por consumo de sustancia activo.
 - b. La ausencia de condiciones de salud física o conductual que aumente el riesgo de daño del paciente con relación al potencial de tener una sobredosis o la capacidad para poder funcionar de forma segura.
 - c. Que asista regularmente a la clínica.
 - d. El tiempo que lleva en tratamiento.
 - e. El nivel de mantenimiento en el tratamiento.
 - f. La ausencia de actividades de desvío reciente.
 - g. La ausencia de problemas conductuales serios, como la interrupción del ambiente terapéutico.
 - h. La capacidad de poder transportar y guardar los medicamentos “take home”.
 - i. Tener documentación por escrito que la persona atendida se le ha orientado sobre los riesgos de envenenamiento accidental con metadona (u otras medicinas de tratamiento agonista) en niños o miembros de la familia.
 - j. Tener documentación por escrito que la persona atendida se ha comprometido a almacenar el “take home” de forma segura.
 - k. Las actividades diarias de la persona atendida, incluyendo, pero no limitándose a:
 - (1) Trabajo.
 - (2) Escuela.
 - (3) Las responsabilidades de la familia.
 - (4) La distancia que hay que recorrer para ir al programa.
 - (5) Las discapacidades que interfieren en las actividades del diario vivir.
16. La cantidad de medicación en casa o “take home” se basa en el juicio clínico del médico en consulta con el equipo multidisciplinario de tratamiento, y no excede:
- a. Siete (7) frascos durante los primeros 14 días del tratamiento.
 - b. Catorce (14) frascos del día 15 al día 30 de tratamiento.
 - c. Veintiocho (28) frascos del día 31 en adelante de tratamiento.

17. Luego del examen inicial, el medico u otro personal cualificado de la clínica hace y documente exámenes físicos de forma periódica:
 - a. Por lo menos anualmente.
 - b. Que incluyen la revisión de:
 - (1) Los medicamentos que se usan para el tratamiento del trastorno por consumo de opioides.
 - (2) La respuesta al tratamiento.
 - (3) Las necesidades relacionadas a otros trastornos por consumo de sustancias.
 - (4) Las respuestas de las personas atendidas.
 - (5) Las metas de las personas atendidas.
 - (6) Otras metas y necesidades físicas o psiquiátricas importantes.
18. **N/A** Aquellos programas que dan tratamiento interino (“interim maintenance”), ponen en práctica políticas que establecen criterios escritos de cómo mover a la persona atendida a tratamiento de mantenimiento (con todos los servicios) que incluye:
 - a. Preferencia de admisión a tratamiento interino a mujeres embarazadas.
 - b. Transferencia de personas de “interim maintenance” a tratamiento regular (con todos los servicios).
 - c. Se notifica a oficiales de salud del estado (SOTA) y documenta:
 - (1) Cuando la persona atendida entra “interim maintenance”.
 - (2) Cuando la persona atendida sale de “interim maintenance”.
 - (3) Antes de la fecha mandatoria que obliga transferir a tratamiento con todos los servicios.
19. **N/A** Para aquellos programas que proveen “interim maintenance”, el programa pone en práctica una política estipulando que la duración de este tratamiento no puede ser de más de 180 días por período de 12 meses.
20. El programa pone en práctica políticas y procedimientos sobre el traslado de personas atendidas de un programa de tratamiento (OTP) a otro.
21. El programa tiene una política que establece si provee dosificación de cortesía a personas que reciben servicios en otras clínicas.
22. Si el programa provee dosificación de cortesía, hay una política que incluye:
 - a. Criterios de exclusión o de inelegibilidad, cuando proceda.
 - b. El derecho a rehusar dosificación de cortesía.
 - c. Costo del servicio.
 - d. Pruebas de toxicología, cuando proceda.
 - e. Documentación requerida:
 - (1) Del programa que refiere.

- (2) De la persona que va a recibir los servicios.
23. El programa pone en práctica procedimientos escritos para la dosificación de cortesía que incluye:
 - a. Tiempo que se necesita para poder hacer arreglos para dosificación de cortesía.
 - b. Número de días permitidos para la dosificación de cortesía.
 - c. Que servicios se le proveerán a los invitados.
 - d. Otras consideraciones, según proceda.
24. La retirada supervisada voluntaria de medicamentos para tratar el trastorno por consumo de opioides incluye:
 - a. Consentimiento informado escrito.
 - b. Determinar un calendario de retirada que sea:
 - (1) Bien tolerado por la persona atendida.
 - (2) De acuerdo con mejores prácticas médicas.
 - c. Seguridad de que, en caso de una recurrencia inminente, se detiene el retiro voluntario y se sigue con el mantenimiento.
 - d. Hacer y revisar los resultados de una prueba de embarazo a mujeres en edad reproductiva antes del proceso de retirada supervisada medicamente.
 - e. Planificar con la persona atendida los servicios de consejería, de apoyo, o continuidad de servicios después de retirar la medicina.
25. Cuando se hace una retirada supervisada médicamente en contra de consejo médico:
 - a. El programa documenta:
 - (1) Los esfuerzos que se hicieron para evitar el alta.
 - (2) Las razones por las que la persona atendida quiere el alta.
 - b. El expediente de la persona atendida se mantiene activo por lo menos por 30 días o por un período de tiempo determinado por guías estatales.
 - c. Se hacen y revisan los resultados de una prueba de embarazo a mujeres en edad reproductiva antes de comenzar el proceso de la retirada supervisada medicamente.
26. Antes de comenzar una retirada administrativa involuntaria:
 - a. Se documentan los esfuerzos relacionados al referido o a la transferencia de la persona atendida a un programa de tratamiento alternativo.
 - b. Se establecen procedimientos basados en ley, con las alternativas para apelaciones o querellas.
 - c. Se hacen y revisan los resultados de una prueba de embarazo a mujeres en edad reproductiva.
27. Los esfuerzos de consejería del programa se diseñan para motivar a las personas atendidas a continuar los servicios después de una retirada médica.

28. Durante la retirada se mantiene documentación relacionada a la condición de la persona atendida, incluyendo:
 - a. Síntomas de problemas médicos.
 - b. Síntomas de problemas emocionales.
 - c. Signos importantes de abstinencia o retirada de opioides.
 - d. Las acciones se tomaron, incluyendo aquellas para evitar el alta.
 - e. El progreso de la persona atendida.
29. El programa lleva a cabo una revisión documentada de los servicios médicos que se proveyeron:
 - a. Por lo menos una vez al año.
 - b. En una muestra representativa de los expedientes de las personas atendidas.
 - c. Por personal adiestrado y cualificado.
 - d. De acuerdo con un proceso de revisión establecido.
 - e. Que toma en consideración, como mínimo:
 - (1) Confirmación que hay un consentimiento informado por escrito de la persona atendida, cuando proceda.
 - (2) La consistencia de la implementación del protocolo de manejo de retirada, incluyendo:
 - (a) Errores en la medicación.
 - (b) Prontitud de las pruebas de laboratorio, incluyendo:
 - (I) Órdenes
 - (II) Recogido de muestras.
 - (III) Revisión de los resultados.
 - (IV) Acciones que se hicieron.
 - (c) Toma de signos vitales en intervalos adecuados.
 - (d) Rapidez de la respuesta médica.
 - (3) Resultados negativos.
30. El programa demuestra que la información que se recoge de su revisión de los servicios médicos se:
 - a. Se le informa al personal.
 - b. Se usa para mejorar la calidad de los servicios a través de actividades de mejoramiento de ejecución.
 - c. Se usa para identificar las necesidades de adiestramiento del personal.

F. Uso de Medicinas

El uso de medicinas es la práctica de controlar, administrar y/o recetar medicinas a las personas atendidas en respuesta a síntomas, comportamientos o condiciones específicas para las cuales el uso de medicinas está indicado y se considera eficaz. El uso de medicinas es un componente del tratamiento dirigido a maximizar el funcionamiento de las personas atendidas mientras se reducen sus síntomas específicos. Antes de usar medicinas, se deben considerar otras intervenciones terapéuticas, excepto en circunstancias que requieran una intervención más urgente.

La receta es el resultado de una evaluación que determina si existe la necesidad de medicinas, y qué medicina se utilizará en el tratamiento de la persona atendida. Antes de dar una receta, el médico obtiene el consentimiento informado de la persona autorizada para dar el consentimiento al tratamiento. Las órdenes de receta pueden ser verbales o escritas, indicando qué medicina se debe administrarse a quién, en qué formulación y dosis, por qué vía, cuándo, con qué frecuencia y durante cuánto tiempo.

Todas las políticas, procedimientos y prácticas relacionadas con el uso de medicinas se implementan de manera coherente con las leyes federales, estatales/provinciales y otras regulaciones y requisitos de licencia. Los estándares en esta sección se aplican de la siguiente manera:

Programas que dan recetas de medicinas: Estándares 1, 4 y 6–9.

1. Cuando el programa controla, administra y/o receta medicinas, se documenta que se le dio capacitación y educación sobre las medicinas a:
 - a. El personal de servicio directo:
 - (1) Durante la orientación.
 - (2) Al menos una vez al año.
 - b. Esto incluye, como mínimo:
 - (1) Los beneficios y riesgos asociados con el uso de la (s) medicina (s).
 - (2) La importancia de tomar las medicinas que se recetan, incluyendo el identificar los posibles obstáculos para la adherencia a tratamiento.
 - (3) Señales de que no hay adherencia a las medicinas recetadas.
 - (4) Corroborar que hay apoyos y recursos económicos para que las personas atendidas obtengan las medicinas recetadas.
 - (5) Qué hacer en caso de tener dudas o preocupaciones sobre algún medicamento que la persona atendida está tomando o le han recetado.
 - c. **N/A** Si el programa atiende a niños/jóvenes, también se incluye:
 - (1) Contraindicaciones.
 - (2) Efectos secundarios.
 - (3) Dosis omitidas.
 - (4) Señales de disminución de la eficacia de la medicina.
 - (5) Instrucciones sobre la autoadministración, cuando corresponda.

2. Cuando el programa controla, administra o receta medicinas, la documentación de las medicinas para cada persona atendida, incluyendo las medicinas recetadas y las que son sin receta (OTC), incluye:
 - a. El nombre de la medicina.
 - b. La dosis.
 - c. La frecuencia.
 - d. Instrucciones de uso, incluyendo el método/ruta de administración.
 - e. Información de contacto del profesional que recetó la medicina, incluyendo:
 - (1) Nombre.
 - (2) Número de teléfono.
 - f. Reacciones que se observan y reportan que están relacionadas a la medicina.
 - g. Medicinas que se administran ocasionalmente a la persona atendida (prn o de ser necesario), incluyendo la razón.
 - h. Errores relacionados a la medicina.
 - i. Cuando corresponda, información sobre las medicinas administradas, incluyendo:
 - (1) La hora en que se administró la medicina.
 - (2) Identificar la persona que la administra.
 - (3) Confirmación de que la dosis fue aceptada o rechazada.
3. Un programa que administra o provee recetas de medicinas, pone en práctica procedimientos por escrito que incluyen:
 - a. Cómo se integran las medicinas en el proceso de planificación individualizada para cada persona atendida.
 - b. Que cada persona atendida a medida que les sea posible, o miembros de la familia, cuando les corresponda, participen en la toma de decisiones relacionadas con el uso de medicinas.
 - c. Disponibilidad de poder consultar con un médico, farmacéutico o profesional cualificado y con licencia para recetar, las 24 horas del día y los 7 días de la semana.
 - d. Revisar el uso previo de medicinas, incluyendo:
 - (1) Eficacia.
 - (2) Efectos secundarios.
 - (3) Reacciones adversas.
 - e. Identificar el uso de alcohol, nicotina y otras drogas.
 - f. Uso de medicinas sin receta (OTC).
 - g. Uso de medicinas por niños/jóvenes en entornos fuera del hogar, si corresponde. **N/A**
 - h. Uso de medicinas por mujeres en edad reproductiva, si corresponde.
 - i. Uso de medicinas durante el embarazo, si corresponde.
 - j. Necesidades dietéticas especiales y restricciones asociadas con el uso de medicinas.
 - k. Laboratorios, pruebas u otros procedimientos de monitoreo que se necesitan.
 - l. Documentar que se le hizo una evaluación de movimientos involuntarios anormales a personas atendidas que reciben medicinas antipsicóticas, si corresponde: **N/A**
 - (1) Al comenzar el tratamiento.
 - (2) Con la frecuencia que satisfaga las necesidades de las personas atendidas.
 - m. Coordinación con el (los) médico(s) que brindan cuidado primario o con un profesional médico similar.

- n. Se deben revisar las actividades relacionadas al uso de medicinas como parte del sistema de manejo y medición del rendimiento. (performance measurement)
 - o. Evaluación del riesgo de desvío.
 - p. Conductas relacionadas con la acumulación de medicinas.
 - q. Que acciones se deben tomar en caso de que surjan emergencias relacionadas al uso de medicinas.
 - r. Cómo las personas atendidas obtienen las medicinas que se necesitan para promover los resultados deseados del tratamiento/servicio, mientras están en el programa.
 - s. Manejo de material biomédico (biohazard) asociados con la administración de medicinas.
4. Un programa que provee recetas de medicinas, demuestra el uso de guías y protocolos de tratamiento que promueven el recetar de acuerdo con los estándares de cuidado.
5. Un programa que receta medicinas pone en práctica procedimientos escritos que toman en consideración:
- a. Detección de comorbilidades médicas comunes.
 - b. Evaluación de condiciones médicas concomitantes para evaluar el posible impacto de las medicinas.
 - c. Identificar las posibles interacciones entre las medicinas.
 - d. La documentación de:
 - (1) El consentimiento informado para cada medicina recetada.
 - (2) El estar de acuerdo con cada medicina recetada, cuando sea posible.
 - e.Cuál es el curso esperado con el uso de cada medicina, incluyendo si se discontinúa.
 - f. Reevaluar continuamente el perfil de la medicina.
 - g. El uso del Programa de Monitoreo de Medicinas Recetadas (PDMP), cuando esté disponible
6. En un programa que provee recetas de medicinas:
- a. Se hace una revisión por pares que se documenta:
 - (1) Por lo menos una vez al año.
 - (2) Por un profesional cualificado con licencia para recetar o un farmacéutico.
 - (3) En los expedientes de una muestra representativa de personas para las cuales se proveyeron recetas.
 - (4) Para evaluar cuan idónea es cada medicina, según determinado por:
 - (a) Las necesidades y preferencias de la persona atendida.
 - (b) La condición para la cual se recetó la medicina.
 - (c) La dosis.
 - (d) La reevaluación periódica del uso continuo en relación con la condición que se está tratando.
 - (e) La eficacia de la medicina.
 - (5) Para determinar:
 - (a) Si los siguientes aspectos se identificaron, y, de ser necesario, se consideraron:
 - (i) Contraindicaciones.
 - (ii) Efectos secundarios.
 - (iii) Reacciones adversas.
 - (iv) Interacciones entre medicinas.
 - (b) Si se pusieron en práctica los protocolos de monitoreo necesarios.

- (c) Cuando corresponda, que el uso simultáneo de múltiples medicinas de una misma clase se limitó al menor número de medicinas necesarias para lograr los objetivos terapéuticos de la persona atendida.
- b. La información que se recoge del proceso de revisión de pares:
 - (1) Se le informa al personal correspondiente.
 - (2) Se utiliza para mejorar la calidad de los servicios que se dan.
 - (3) Se incorpora a la medida de ejecución y sistema de gerencia.

G. Promoviendo Prácticas No-Violentas

Como el uso de aislamiento o restricción crea posibles riesgos físicos y psicológicos a las personas sometidas a estas intervenciones, al personal que las administra y a quienes presencian la práctica, una organización que utiliza el aislamiento o la restricción debería tener como objetivo su eliminación.

1. Se ponen en práctica políticas que especifican:
 - a. El aislamiento o restricción se usa solo como parte de una intervención de seguridad de último recurso para evitar que la persona atendida se haga daño él (ella) o a otros.
 - b. El aislamiento o restricción no se usa como método de coacción, disciplina, conveniencia o represalia por parte del personal.
 - c. El aislamiento o restricción no se usa en vez de tener programación adecuada o personal suficiente.
 - d. Las órdenes para todos los aislamientos o restricciones se llevan a cabo por personal que son competentes en las técnicas adecuadas.
 - e. No se dan ordenes de aislamiento o restricción de forma preventiva.
 - f. Las ordenes de aislamiento o restricción se descontinúan tan pronto se determina que el riesgo de daño de la persona atendida no está presente.

H. Expedientes de las Personas Atendidas

Se desarrolla un expediente certero y completo para asegurarse de que las personas pertinentes tienen acceso a información clínica pertinente y a otra información relacionada a cada persona atendida.

1. La organización pone en práctica políticas y procedimientos en relación con la información que va a ser divulgada a otras personas o agencias, que incluye:
 - a. Identificar qué información puede ser legalmente compartida sin una autorización para relevo de información.
 - b. Formularios que autorizan la divulgación de información que:
 - (1) Cumplan con las leyes correspondientes.
 - (2) Identifiquen, como mínimo:
 - (a) El nombre de la persona de quien se va a divulgar información.
 - (b) La información que va a ser divulgada.
 - (c) A quien se va a divulgar la información.
 - (d) El propósito para la divulgación de la información.

- (e) La fecha en que se firmó el relevo.
 - (f) La fecha, evento, o condición que invalidan o terminan el relevo.
 - (g) Información de cómo y cuándo se puede revocar la autorización.
 - (h) La firma de la persona que está legalmente autorizada para firmar el relevo de información.
2. El expediente individual comunica la información de una forma que es:
- a. Organizada.
 - b. Clara.
 - c. Completa.
 - d. Actualizada.
 - e. Legible.
3. Todos los documentos que hace la organización que requieren firmas la tienen, ya sea original o electrónica.
4. El expediente individual incluye:
- a. La fecha de admisión.
 - b. Información de contacto del representante personal del individuo, conservador, guardián, o beneficiario, si alguno de éstos se ha designado.
 - c. Información de contacto sobre la persona a notificar en caso de una emergencia.
 - d. El nombre de la persona que actualmente coordina los servicios de la persona atendida.
 - e. La localización de cualquier otro expediente, cuando proceda.
 - f. Información sobre el médico primario del individuo, incluyendo, de estar disponible:
 - (1) Nombre.
 - (2) Dirección.
 - (3) Número de teléfono.
 - g. Acuerdo financiero, cuando proceda.
 - h. Información de reembolsos de cuidados de salud, cuando proceda.
 - i. Historial de salud.
 - j. Medicinas actuales.
 - k. Cernimiento de preadmisión, si se hace.
 - l. Documentación de la orientación.
 - m. Evaluaciones.
 - n. Evaluación de riesgo.
 - o. Plan de seguridad.

- p. Plan centrado (enfocado) en la persona, incluyendo revisiones, cuando proceda.
 - q. Plan de transición.
 - r. Notas de progreso.
 - s. Un resumen de alta.
 - t. Correspondencia pertinente relacionada a la persona atendida.
 - u. Autorización para el relevo de información.
 - v. Documentación sobre los referidos internos o externos, cuando proceda.
5. La documentación en los expedientes de las personas atendidas sigue la política de la organización con respecto al tiempo límite para completarla.

I. Manejo de Calidad de los Expedientes

La organización pone en práctica sistemas y procedimientos que proveen para la vigilancia continua de la calidad, cuan apropiados son los servicios y la utilización de los servicios que se prestan. Esto se lleva a cabo mediante una revisión sistemática de los expedientes de las personas atendidas. La revisión ayuda a la organización a mejorar la calidad de los servicios que se proveen a cada persona atendida.

1. El programa lleva a cabo una revisión de los servicios que se proveen y lo documenta:
 - a. Por lo menos trimestralmente.
 - b. Que toma en consideración, según evidenciado por el expediente de la persona atendida:
 - (1) La calidad de la prestación de servicios.
 - (2) Cuan apropiados fueron los servicios.
 - (3) Los patrones de utilización de los servicios.
 - (4) Fidelidad del modelo, cuando se usa una práctica basada en evidencia.
 - c. Por personal que esta adiestrado y cualificado.
 - d. En una muestra representativa de personas atendidas que incluye:
 - (1) Expedientes activos.
 - (2) Expedientes cerrados.
2. De los expedientes que se seleccionan para revisión, las personas responsables de proveer los servicios o tratamientos:
 - a. No son los únicos responsables de escoger los expedientes que se van a revisar.
 - b. No revisan sus propios expedientes.
3. El programa pone en práctica una revisión sistemática de expedientes que:
 - a. Se basa en áreas de importancia identificadas por el programa.
 - b. Toma en consideración requisitos regulatorios y contractuales.
 - c. Se asegura que la documentación de los servicios se completa de acuerdo con las políticas de la organización.
4. La organización demuestra que la información que se recoge en el proceso de revisión de expedientes:
 - a. Se le informa al personal.
 - b. Se usa para:
 - (1) Identificar las necesidades de adiestramiento del personal.
 - (2) Mejorar la calidad de los servicios a través de actividades de mejoramiento de ejecución.

- (3) Asegurar el cumplimiento de los requisitos regulatorios y/o contractuales.
- (4) Mejorar el cumplimiento con los estándares de CARF.

J. Prestación de Servicios usando Tecnologías de Información y de Comunicación

Dependiendo del tipo de programa, se puede utilizar una variedad de terminología para describir el uso de tecnologías de información y comunicación para brindar servicios, como tele práctica, telemedicina, telesalud mental, tele rehabilitación, tele terapia del habla, entre otros. Según el plan individual para la persona atendida, el uso de estas tecnologías permite a los proveedores ver, escuchar y/o interactuar con las personas atendidas, los miembros del sistema de apoyo familiar y otros proveedores en entornos remotos (es decir, la persona atendida y el proveedor no están en el mismo lugar).

SI EL PROGRAMA USA TECNOLOGIAS DE INFORMACION Y COMUNICACIÓN PARA BRINDAR SERVICIOS, LOS ESTANDARES J 1-8 APLICAN.

Sección 3

Un Programa de Tratamiento de Opioides (OTP) que busca acreditación, debe seleccionar al menos un programa en la Sección 3: Estándares Centrales del Programa de Tratamiento de Opioides. La selección de programas debe basarse en la certificación que la organización tenga de CSAT, y en si los servicios se brindan en un programa de Desintoxicación (manejo de la abstinencia), Tratamiento Ambulatorio (mantenimiento) o Tratamiento Residencial.

Los estándares y declaraciones de intención en esta sección abordan las características únicas de cada programa central. Los OTPs brindan rehabilitación y apoyo médico a personas diagnosticadas con un trastorno por consumo de opioides. La duración del tratamiento debe basarse en las necesidades de las personas atendidas, y considerar los beneficios del tratamiento asistido con medicamentos. Los medicamentos utilizados para lograr los objetivos del tratamiento incluyen metadona u otros medicamentos agonistas de opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) para el tratamiento de la adicción a los opioides. Algunos otros medicamentos agonistas no opioides se han determinado como eficaces y generalmente aceptables en la práctica actual. Los servicios se dirigen a reducir o eliminar el uso de drogas ilícitas, la actividad delictiva y/o la propagación de enfermedades infecciosas, al tiempo que mejoran la calidad de vida y el funcionamiento de las personas atendidas. Los OTPs siguen etapas de rehabilitación de duración suficiente para satisfacer las necesidades de las personas atendidas.

A. Manejo de Retirada

La desintoxicación/manejo de la retirada, implica dar un medicamento agonista opioide en dosis que van disminuyendo a las personas atendidas, para aliviar los efectos físicos o psicológicos adversos asociados a la retirada del uso continuo o sustancial de un medicamento opioide, como forma de llevar a la persona atendida a un estado libre de medicamentos dentro de dicho período. Una desintoxicación a corto plazo dura hasta 30 días, y una desintoxicación a largo plazo es de 31 a 180 días.

Basado en las mejores prácticas actuales en el campo, el propósito del programa es proporcionar una experiencia de retirada médicamente segura, profesional y de apoyo para las personas atendidas, al tiempo que las prepara y motiva para continuar el tratamiento después de su alta del programa y avanzar hacia una recuperación completa. El programa cuenta con personal para garantizar una evaluación biomédica y psicosocial adecuada, observación y atención, y referencias para satisfacer las necesidades individuales de las personas atendidas. Además, el programa desarrolla y mantiene una amplia red de proveedores de tratamiento para referir después de completar el programa, asegurando el mejor pareo posible para la continuación de los servicios de tratamiento de las personas atendidas.

Los servicios de desintoxicación/manejo de la retirada tienen como objetivo ayudar a las personas atendidas a reducir o eliminar el uso de drogas ilícitas mientras mejoran su calidad de vida y funcionamiento. Los programas de tratamiento de opioides siguen etapas de rehabilitación que duran lo suficiente para satisfacer las necesidades de las personas atendidas.

1. Los criterios documentados de admisión del programa contienen, como mínimo:
 - a. Riesgos identificados.
 - b. Necesidades de salud mental.
 - c. Necesidades de salud física.
 - d. Ambiente de apoyo.
 - e. Riesgo de recaída.
 - f. Riesgo de retirada.
2. La ubicación adecuada de cada persona atendida se hace a través de:
 - a. Los criterios de admisión,
 - b. Los criterios de alta o transición.
 - c. Los recursos disponibles.
 - d. El historial de tratamiento.
 - e. La reevaluación continua.
 - f. El potencial de beneficio de la persona.
 - g. Las preferencias de la persona.
3. El programa pone en práctica una política para evitar que personas tengan más de dos admisiones para desintoxicación (con metadona) por año.
4. Se hace una evaluación de riesgo para cada persona atendida:
 - a. Al momento de la admisión.
 - b. Identifica:
 - i. Riesgo suicida.
 - ii. Riesgo de daño a sí mismo.
 - iii. Riesgo de daño a otros.
 - iv. Trauma.
 - c. Lleva a que se haga un plan de seguridad personal cuando se identifican riesgos.
5. Se hace y documenta un examen físico completo en persona antes de la admisión al programa de desintoxicación.

6. La organización pone en práctica procedimientos escritos que indican como manejan las condiciones coexistentes de salud, incluyendo:
 - a. Problemas de salud mental.
 - b. Uso/abuso de otras drogas lícitas e ilícitas y/o de alcohol.
 - c. VIH, hepatitis, u otras infecciones sexualmente transmitidas.
 - d. Enfermedades infecciosas.
 - e. Embarazo y cuidado prenatal.
7. La organización pone en práctica una política que toma en consideración el impacto de los servicios de desintoxicación en personas con:
 - a. Trastornos concurrentes.
 - b. Necesidades de salud.
8. La evaluación inicial y subsiguientes a la persona atendida incluye:
 - a. Una evaluación de cuán presta está la persona para el cambio.
 - b. El uso adecuado de escalas de síntomas o herramientas estandarizadas que apoyan la decisión de admitir y continuar en tratamiento.
9. El programa tiene un director de programa cualificado que:
 - a. Tiene adiestramiento adecuado y experiencia en servicios de desintoxicación.
 - b. Tiene la responsabilidad y autoridad para dirigir:
 - (1) Estableciendo las políticas y procedimientos del programa.
 - (2) Actividades educativas con el personal del programa.
 - (3) El desarrollo y modificación del programa.
 - (4) La revisión de todos los reportes de incidentes críticos.
 - (5) Las actividades para mejorar la ejecución.
10. Un médico, o su designado quien es supervisado directamente por el médico, da supervisión médica y vigilancia al programa de desintoxicación.
11. Los servicios los provee un equipo interdisciplinario que incluye, como mínimo:
 - a. La persona atendida.
 - b. Miembros de la familia o sistema de apoyo, según sea apropiado.
 - c. Personal cualificado de salud conductual.
 - d. Proveedores de servicios médicos apropiados.
 - e. Otro personal designado.
12. A las personas atendidas se les proveen servicios diseñados para motivarlos a continuar tratamiento después de los servicios de desintoxicación o retirada.
13. El programa provee o coordina:

- a. Servicios de consultoría médica.
 - b. Servicios médicos ancilares.
 - c. Servicios de farmacia.
 - d. Servicios médicos de emergencia.
 - e. Otros servicios, según sean necesarios.
14. Todo el personal de servicio directo recibe adiestramiento basado en competencias en:
- a. Primeros auxilios.
 - b. Resucitación cardiopulmonar.
 - c. El uso de equipo de emergencia, cuando está disponible.
15. El programa pone en práctica procedimientos escritos para el traslado a servicios médicos de emergencia que incluye:
- a. El proceso de traslado de una persona a un hospital o a servicios de emergencia.
 - b. Acceso a la documentación de los servicios que se prestaron durante su ausencia del programa, incluyendo las medicinas recetadas.
 - c. Documentación de las acciones que se tomaron cuando la persona atendida regresa de los servicios de emergencia que se proveyeron.
16. El programa provee adiestramiento que se documenta, basado en competencias, al personal de servicio directo:
- a. En:
 - (1) Orientación.
 - (2) Intérvalos regulares.
 - b. Que incluyen, como mínimo, los siguientes temas:
 - (1) Evaluación de riesgos.
 - (2) Protocolos de desintoxicación o retirada.
 - (3) Síndromes de retirada.
17. Un médico determina, de forma individualizada, la dosificación apropiada del medicamento agonista de opiáceo para asegurar la estabilización durante la desintoxicación.
18. El personal del programa administra pruebas de orina y otras pruebas toxicológicas para determinar la ausencia de drogas.
19. La desintoxicación de medicamentos agonistas opioides incluye:
- a. Determinar una programación de desintoxicación que sea:
 - (1) Bien tolerada por la persona atendida.

- (2) Consistente con prácticas médicas responsables.
 - b. Proveer para una dosis más alta del medicamento para la estabilización en caso de una recurrencia inminente.
 - c. Asegurarse que la desintoxicación voluntaria sea descontinuada en caso de recurrencia y que se hacen los arreglos para dar el tratamiento de mantenimiento.
 - d. Se hacen pruebas de embarazo antes de la desintoxicación de mujeres en edad reproductiva.
 - e. Se provee continuidad de cuidado después de la última dosis de metadona.
20. Los servicios de desintoxicación se proveen de forma que:
- a. Son consistentes con los estándares de cuidado médico generalmente aceptados en un tratamiento de adicción a opioides.
 - b. Son sensitivos a:
 - (1) La comodidad física de las personas atendidas.
 - (2) La comodidad emocional de las personas atendidas.
 - c. Facilitan la admisión o la readmisión al tratamiento asistido con medicinas, si está indicado, durante la desintoxicación.
21. Los servicios de consejería que se proveen junto a los servicios de desintoxicación están diseñados para:
- a. Explorar otras modalidades de cuidado, incluyendo tratamiento de drogas y alcohol luego del alta.
 - b. Motivar a la persona atendida para continuar recibiendo servicios o a desarrollar un plan para su recuperación luego del alta.
 - c. Desarrollar estrategias de prevención de recurrencia y educación en prevención de sobredosis.
22. El programa:
- a. Enlaza con recursos en cada una de las siguientes áreas:
 - 1. Programas basados en la abstinencia.
 - 2. Programas especializados de tratamiento.
 - 3. Programas de auto ayuda.
 - 4. Otros servicios de apoyo y recuperación.
 - 5. Programas que proveen tratamiento asistido con medicamentos de mantenimiento.
 - b. Identifica contactos claves de comunicación con los que hace enlace.

- c. Provee o refiere a las personas atendidas a programas o servicios que cumplen con sus necesidades.
23. El programa documenta que hay suficientes contactos con cada persona atendida para vigilar su progreso hacia las metas de tratamiento.
24. En programas de desintoxicación de menos de 30 días de duración, la organización tiene una política que no permite a personas atendidas tener la oportunidad de medicación en casa o "Take Home".
25. En programas de desintoxicación de más de 30 días de duración, la organización tiene una política que permite a personas atendidas tener la oportunidad para medicación en casa "Take Home".
26. En programas de desintoxicación de más de 30 días de duración, basándose en el juicio clínico del médico, la cantidad de medicación en casa o "Take Home" no excede:
- a. Una dosis sin supervisión por semana durante los primeros 90 días de tratamiento.
 - b. Dos dosis sin supervisión por semana durante los segundos 90 días de tratamiento.
27. Cuando se ofrecen servicios de desintoxicación a mujeres, el programa:
- a. Provee tratamiento seguro y respetuoso.
 - b. Provee consejería relacionado a:
 - (1) Aspectos específicos de la mujer.
 - (2) Violencia doméstica.
 - (3) Abuso sexual.
 - (4) Aspectos de salud reproductiva.
 - c. Asigna consejeros y grupos especializados basándose en:
 - (1) Las necesidades de las mujeres atendidas.
 - (2) Los deseos de las mujeres atendidas.
28. Cuando se proveen servicios a personas embarazadas, el programa:
- a. Se adhiere a estándares médicos aceptados
 - b. Se adhiere a estrategias de dosificación aceptadas durante el embarazo, incluyendo continuar en mantenimiento de opioides.
 - c. Provee consejería, educación y procedimientos de consentimiento informado, incluyendo explicar los hechos y riesgos relacionados a la desintoxicación durante el embarazo. **N/A**
 - d. Se les da prioridad para comenzar tratamiento.
 - e. Se provee acceso a:

- (1) Cuidado prenatal.
 - (2) Educación prenatal.
 - (3) Seguimiento postparto.
29. **N/A**- Persona embarazada para desintoxicación.
30. Cuando sea adecuado, la organización tiene acuerdos de cooperación con el sistema de justicia criminal para estimular la continuidad de servicios de desintoxicación a las personas que están:
- a. Encarceladas.
 - b. En probatoria o libertad condicional.
31. La organización tiene procedimientos para proporcionar servicios de desintoxicación a personas antes de su encarcelamiento en el sistema de justicia criminal, cuando sea apropiado.
32. El programa:
- a. Escoge un indicador para medir el éxito de la transición de las personas atendidas a servicios después del alta.
 - b. Por lo menos anualmente, toma en consideración:
 - (1) La ejecución en relación con las metas establecidas.
 - (2) Tendencias.
 - (3) Acciones para mejorar.
 - (4) Los resultados de los planes para mejorar la ejecución.
 - (5) La educación y adiestramiento necesaria para:
 - (a) Personas atendidas.
 - (b) Familias, sistemas de apoyo.
 - (c) Personal.
 - (d) Otras personas o partes interesadas, según sea apropiado.
- 33.

B. Tratamiento Ambulatorio

Los programas de tratamiento ambulatorio para opioides ofrecen servicios cultural y lingüísticamente apropiados que incluyen, pero no se limitan a, consejería individual, grupal y familiar, así como educación sobre bienestar, recuperación y resiliencia. Estos programas brindan servicios integrales, coordinados y definidos que pueden variar en intensidad. Además del asesoramiento y los medicamentos para el trastorno por uso de opioides, los programas ambulatorios pueden abordar una variedad de necesidades, como factores estresantes situacionales, relaciones familiares, relaciones interpersonales, problemas de salud mental, situaciones a lo largo de la vida, enfermedades psiquiátricas y trastornos por uso de sustancias y otras conductas adictivas

1. Los programas de tratamiento ambulatorio proveen uno o más de los siguientes servicios:
 - a. Consejería/terapia individual.
 - b. Consejería/terapia familiar.
 - c. Consejería/terapia grupal.
2. El programa ofrece educación en:
 - a. Bienestar.
 - b. Recuperación.
 - c. Capacidad de recuperación o adaptación (“Resiliency”).
3. Para maximizar las oportunidades de que las personas atendidas participen en el programa, se proveen servicios:
 - a. En localizaciones que cumplen con las necesidades de las personas atendidas.
 - b. En el horario que cumplen con las necesidades de las personas atendidas.
 - c. Durante los días que cumplen con las necesidades de las personas atendidas.
4. Cuando es adecuado, y con el consentimiento de la persona atendida, el programa integra tratamientos con otros servicios.
5. El programa toma en consideración las necesidades que vayan surgiendo de las personas atendidas a través del enlace con los recursos y apoyos apropiados.
6. El programa:
 - a. En colaboración con la persona atendida, identifica sus apoyos.
 - b. Ayuda a la persona a desarrollar y utilizar sus apoyos.