

Oportunidades de mejora del servicio de metadona en atención primaria, desde el punto de vista profesional

Opportunities for the improvement of the methadone service in primary health care, from the professionals' point of view

CARMEN RODRÍGUEZ REINADO*; ALMUDENA MILLÁN CARRASCO**; JESÚS VENEGAS SÁNCHEZ***; JOAN CARLES MARCH CERDÁ**

* Departamento de Sociología y Trabajo Social. Universidad de Huelva. Profesora.

** Escuela Andaluza de Salud Pública. Junta de Andalucía. Profesor/a.

*** Escuela Andaluza de Salud Pública. Técnico.

Enviar correspondencia a:
Almudena Millán Carrasco. Escuela Andaluza de Salud Pública.
C/ Cuesta del Observatorio nº 4 Granada 18080.
Email: almudena.millan.easp@juntadeandalucia.es

recibido: Junio 2009
aceptado: Marzo 2010

RESUMEN

Objetivo: Identificar y priorizar las oportunidades de mejora, según el modelo European Foundation for Quality Management (EFQM), del servicio de dispensación de metadona en los Centros de Atención Primaria (CAP) en Andalucía desde la perspectiva de los/as profesionales.

Metodología: Método de consenso Delphi, a través de tres rondas de entrevistas con cuestionario administrado por correo electrónico a 39 profesionales durante septiembre de 2007 a marzo de 2008. Se configuró un panel de expertos/as formado por: Dispensadores/as y Prescriptores/as de metadona así como Coordinadores/as de dispositivos asistenciales del Programa de Tratamiento con Metadona (PTM). Criterios de selección: Estar activo laboralmente y tener una experiencia de al menos 3 años. Variables de diversificación muestral en la composición del panel: Rol profesional, ámbito geográfico y tipo de hábitat. Captación: A través de profesionales claves de distintas instituciones.

Resultados: En total se identificaron 48 oportunidades de mejoras. Trece oportunidades obtuvieron un nivel de acuerdo alto en la última ronda. Los criterios, según el modelo EFQM, que obtuvieron un mayor consenso para mejorar la atención fueron: Liderazgo, Alianzas y Recursos. Y la dimensión que obtuvo un mayor desacuerdo fue Procesos.

Conclusiones: A pesar de su implementación desde 1997 en los CAP en Andalucía, el servicio de dispensación de metadona se encuentra en una fase de despliegue más que de perfeccionamiento.

Palabras claves: Programa de Tratamiento con Metadona, mejora de la calidad asistencial, modelo EFQM, método Delphi.

ABSTRACT

Objective: To identify and prioritize improvement opportunities, according to the European Foundation for Quality Management model (EFQM) model, of the methadone dispensing service in Andalusian Primary Health Care, from the point of view of professionals.

Method: Delphi consensus method, implemented from September 2007 to March 2008 by means of three rounds of interviews with questionnaires administered by electronic mail to 39 professionals. The Panel of experts was made up of Dispensers and Prescribers of methadone as well as Coordinators of welfare services from the Methadone Treatment Program (MTP). Selection criteria were: Being in active employment with a minimum of 3 years experience. Sample diversification variables: Professional role, geographical environment and type of habitat. Recruitment: By means of key professional bodies from different institutions.

Results: 48 improvement opportunities were identified. Thirteen of these obtained a high level of agreement in the final round. According to the EFQM model, the dimensions that obtained the most consensus in relation to improving the care service were: Leadership, Alliances and Resources. The dimension that caused the greatest disagreement was Processes.

Conclusions: In spite of its having been implemented since 1997 in Andalusian Primary Health Care, the methadone dispensing service is at an implementation phase, rather than what could be classed as a fully deployed stage.

Key words: Methadone Treatment Program, welfare quality improvement, EFQM model, Delphi consensus method.

INTRODUCCIÓN

En España, en los últimos treinta años, han acontecido grandes cambios en la red asistencial y en la prestación de servicios a los problemas derivados del consumo de drogas^{1,2}. Gran parte de estos cambios se deben, por un lado, a la transferencia de las competencias en materia de drogodependencias a las comunidades autónomas y, por otro, a la necesidad de adecuar la red asistencial al complejo y variable fenómeno de las drogas³. Los Planes Nacionales de Drogodependencias (PND), como instrumentos de gestión del cambio, se han hecho eco de ello. De ahí que en el primer PND estableciese como objetivo prioritario asegurar la cobertura asistencial⁴, y en el actual PND se señale la mejora en su calidad asistencial⁵. En relación a los Programas de Tratamiento con Metadona (PTM) se especifica: *"la necesidad de mejorar la calidad de los programas de tratamientos con agonistas"*⁶; necesidad que también ha sido expresada por profesionales y usuarios/as en investigaciones publicadas recientemente⁶⁻⁸.

El nivel de calidad de los PTM constituye una variable clave para la efectividad y eficiencia de los programas^{9,10} y, también, para la eficacia del tratamiento^{11,12}. Aunque, en la actualidad, la eficacia de los PTM está consistentemente demostrada¹³, algunos estudios advierten sobre la incidencia de variables relacionadas con el modelo y proceso asistencial en las tasas de retención y en los resultados del tratamiento^{10,12}. Asimismo, la satisfacción del paciente también guarda una relación directa con la adherencia al programa¹⁴. Acorde a ello, en las últimas décadas, ha ido surgiendo en distintos ámbitos geográficos diversas iniciativas para la medición y mejora del nivel de calidad de los PTM. Estas iniciativas han sido realizadas desde diferentes puntos de vista. En primer lugar, investigaciones basadas en indicadores "duros", centradas en la medición de resultados clínicos; retención en el programa, reducción del consumo de opiáceos no prescritos y de la morbi-mortalidad y disminución de actos delictivos^{13,15}. En segundo lugar, estudios centrados en la medición de la calidad percibida y satisfacción de las personas usuarias^{14,17-20}. Y por último, recientemente, se han publicado algunas experiencias sobre gestión de la calidad y acreditación de los PTM que complementan indicadores internos (de calidad objetiva) con evaluaciones subjetivas²¹⁻²⁴.

El planteamiento de calidad predominante consiste en un enfoque centrado, exclusivamente, en el concepto de calidad científico-técnica. Recientemente, se puede observar una evolución hacia un enfoque más integral de la calidad. Sin embargo, hasta la fecha, son pocas las iniciativas e investigaciones que en el ámbito de la evaluación de la calidad de los programas de tratamiento para adicciones contemplan un enfoque integral, como el de Calidad Total, y menos aún que analicen un componente clave de la calidad de estos programas: los y las profesionales^{25,26}.

En Andalucía, la prestación de servicios del PTM se realiza a través de la coordinación de dos redes asistenciales: social y sanitaria. A pesar de que este modelo organizativo es considerado ejemplo de buena praxis²⁷, la prestación del servicio de dispensación a través de la red de Atención Primaria de Salud (APS) ha sido identificada como un elemento crí-

tico de mejora en la calidad asistencial de los PTM^{6-8,28-29}. En este contexto, se plantea la pertinencia de realizar este estudio con la finalidad de detectar las oportunidades de mejora, estrategias para la mejora de su nivel de calidad asistencial y ejemplos de buenas prácticas. Para ello, la investigación parte de un enfoque de Calidad Total^{30,31} empleando el modelo teórico de gestión de calidad de la European Foundation for Quality Management (EFQM)³². A pesar de no haber consenso sobre cual es el modelo de gestión más adecuado, existen experiencias que muestran las ventajas de implementar el modelo EFQM^{24,33}. Estas ventajas se basan en emplear una concepción comprehensiva de la calidad, tener un carácter no prescriptivo y un enfoque predominante de autoevaluación que fortalece el compromiso de las personas de la organización con el aprendizaje y la mejora continua³³. El modelo teórico de la EFQM se fundamenta en la siguiente premisa: "Los Resultados excelentes en el Rendimiento general de una Organización, en sus Clientes, Personas y en la Sociedad en la que actúa se logran mediante un Liderazgo que dirige e impulse la Política y Estrategia que se hará realidad a través de las Personas, las Alianzas y Recursos y los Procesos"³². Esta premisa es llevada a la práctica, estructurando la organización en una serie de criterios (Orientación hacia los resultados, Orientación al cliente, Liderazgo y coherencia con los objetivos, Gestión por procesos y hechos, Desarrollo e implicación de las personas, Aprendizaje, innovación y mejora continua, Desarrollo de alianzas y responsabilidad social), para comparar la situación real con una situación ideal de excelencia³². De esta comparación se desprenden áreas y oportunidades de mejora que posteriormente deberán ser materializadas en un plan de mejora para alcanzar dicha situación de excelencia.

Este artículo expone los resultados obtenidos en el objetivo del estudio: Identificar y valorar oportunidades de mejora, según el modelo EFQM, del servicio de metadona en los Centros de Atención Primaria (CAP) según el punto de vista de los/as profesionales.

MÉTODOS

Diseño

Enfoque mixto basado en la metodología de consenso Delphi³⁴. Este método ha sido recomendado para la toma de decisiones estratégicas en la planificación de servicios sanitarios³⁵.

Muestra y participantes

El ámbito del estudio fue Andalucía y el tipo de muestra intencional por criterios, con los siguientes segmentos de población: a) Personal dispensador de metadona en CAP; b) Personal prescriptor de metadona en Centros Provinciales de Drogodependencias (CPD); c) Gestores/as de dispositivos asistenciales del PTM. La muestra fue diversificada en fun-

Tabla 1. Distribución del perfil del panel de expertos/as en las rondas de cuestionario Delphi.

Funciones	1ª Ronda (%)	2ª Ronda (%)	3ª Ronda (%)
Dispensación	38,5	42,42	41,94
Prescripción	20,5	21,21	22,58
Gestión	41,0	36,36	35,48

Titulación	1ª Ronda (%)	2ª Ronda (%)	3ª Ronda (%)
Enfermería	50	48,48	48,39
Medicina	20	9,09	9,68
Farmacia	7,5	24,24	25,81
Psicología	17,5	15,15	16,13
Trabajo Social	2,5	3,03	0
Otras	2,5	0	0

Provincia	1ª Ronda (%)	2ª Ronda (%)	3ª Ronda (%)
Almería	2,6	3,0	3,2
Cádiz	23,1	18,2	19,3
Córdoba	15,4	18,2	19,3
Granada	15,4	15,2	12,9
Huelva	5,1	6,1	6,5
Jaén	15,4	15,2	12,9
Málaga	5,1	6,1	6,5
Sevilla	17,9	18,2	19,3
Total	100,0	100,0	100,0

Tasa de respuesta (n/N)* x 100	39/57	33/57	31/57
Tasa de participación	68,42%	57,89%	54,39%
Tasa de pérdida	31,58%	42,11%	45,61%

*n/N= Número de panelistas que responden / Número de panelistas invitados inicialmente.

ción de las variables: ámbito geográfico, rol profesional y tamaño de hábitat. Los criterios de inclusión han sido: 1) Estar activo laboralmente; 2) Experiencia de al menos 3 años en los PTM. La captación se llevó a cabo con la colaboración de profesionales clave de distintas agencias del PTM. Se invitó a 74 personas, aceptando participar 57. Los segmentos poblacionales fijados alcanzaron representación en la muestra final, garantizándose la pertinencia y suficiencia de la información.

Técnicas de recogida de información

La información fue recabada, entre marzo de 2007 a enero de 2008, a través de 3 rondas de entrevistas con cuestionario. Los cuestionarios, administrados por correo electrónico, solicitaban identificar -primer cuestionario-, valorar y priorizar -segundo y tercer cuestionario- oportunidades de mejora según el marco conceptual de excelencia de la EFQM. El primer cuestionario, que fue pilotado, planteaba la siguiente cuestión "¿Qué oportunidades de mejora cree que

existen actualmente en el servicio de dispensación de metadona en AP? Intente sugerir oportunidades para los distintos criterios del modelo EFQM (...)". El segundo utilizó una escala Likert de 1 (mínimo) a 4 (máximo) para valorar la importancia de las oportunidades de mejora identificadas. Y el tercero mostraba las puntuaciones obtenidas en la ronda anterior solicitando una nueva valoración con la misma escala.

Análisis

Toda la información ha sido tratada con el programa SPSS.14. Los ítems del primer cuestionario fueron categorizados, de acuerdo con los criterios del modelo de la EFQM³², por dos investigadores de forma independiente. Se realizó un análisis descriptivo con medidas de tendencia central y dispersión y una clasificación de ítems por puntuación y grado de acuerdo. Para analizar el consenso, se calculó la variación de la desviación típica media y del recorrido intercuartílico (Var RIR 2/3) entre rondas. Los resultados fueron triangulados con 4 entrevistas a sujetos claves.

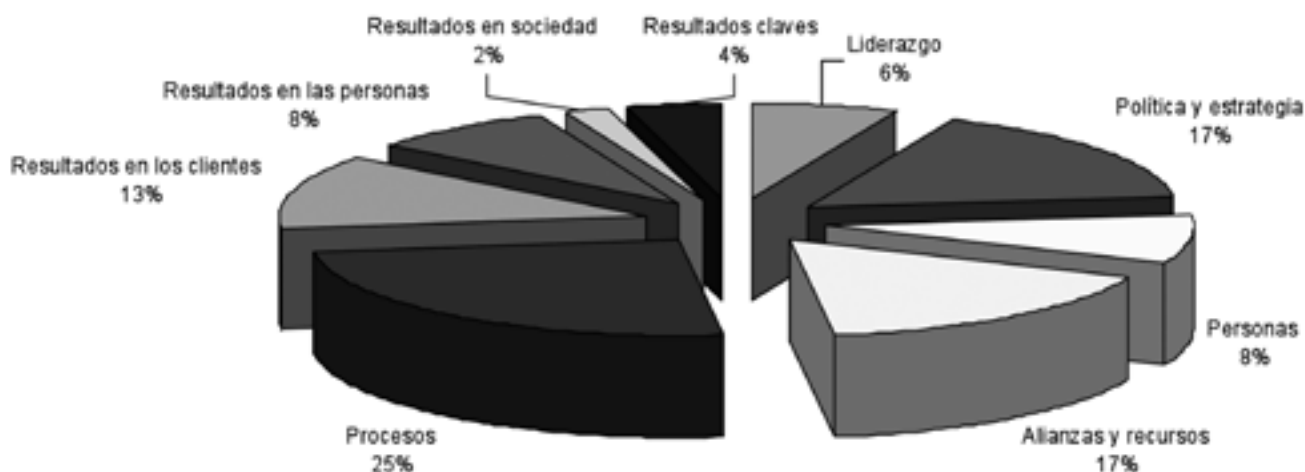


Gráfico 1. Distribución de las oportunidades de mejora por criterios del modelo European Foundation for Quality Management

RESULTADOS

Identificación de las oportunidades: Primera ronda.

La tasa respuesta de los/as participantes invitados ha sido del 68,2% (ver tabla 1). En total 48 oportunidades fueron identificadas para mejorar el servicio de dispensación en los CAP (Anexo 1). En relación al modelo EFQM se identificaron oportunidades de mejora en todas las dimensiones del modelo, destacando los criterios Agentes (73%), y entre ellos el criterio Procesos (25%).

Valoración de las oportunidades: Segunda ronda.

La tasa de respuesta descendió a 57,9%. Ninguna oportunidad obtuvo unanimidad –acuerdo del 100% de panelistas-, ni consenso –entre el 90% al 99% de panelistas-, en ninguna de las categorías de la escala de valoración sobre la importancia de las oportunidades. Sin embargo, sí se alcanzó acuerdo por mayoría –entre el 66% al 89% de panelistas- en valorar 3 oportunidades (6,25%) como de “muchísima importancia” para mejorar el servicio de dispensación. Estas tres oportunidades fueron: 12. Desconocimiento general de los objetivos socio-sanitarios del PTM; 16. Descoordinación entre los múltiples agentes implicados y/o relacionados con el PTM; 48. No existen criterios y procedimientos para la evaluación de los resultados del PTM. La distribución de las áreas de mejora, según el modelo de la EFQM, mejor valoradas (mayores valores en los estadísticos de tendencia central y menores en los de dispersión) puede observarse en la tabla 2.

Priorización final de las oportunidades: Tercera ronda.

La tasa de respuesta fue del 54,4%. En la segunda valoración aumentó el número de oportunidades que obtienen acuerdo entre la mayoría de panelistas en puntuaciones altas: 13 oportunidades (25,13%), siendo 11 valoradas de “muchísima importancia” y 2 como “alguna importancia”. Entre esas 11 opciones destacaron: 1. Los CAP no suelen asumir tareas de organización, supervisión o planteamiento de objetivos a los/as profesionales relacionados con resultados en PTM y 2. Ausencia de figuras coordinadoras y/o responsables del servicio de dispensación de metadona en los Centros de Salud. La distribución de las oportunidades mejor valoradas, según el modelo de la EFQM, se presentan en la tabla 2.

En cuanto a las áreas de mejora peor valoradas, ninguna obtuvo unanimidad, consenso o mayoría en ser valoradas como de “ninguna importancia” o de “poca importancia”.

Análisis del consenso entre rondas.

Estabilidad de los resultados entre rondas:

Hubo una variación de un 14,24% del promedio del rango intercuartílico entre rondas, aumentando el grado de consenso en la tercera ronda respecto a la segunda. En relación al modelo EFQM, la variación menor entre rondas se obtuvo en la dimensión de Procesos (Var RIR 2/3 procesos= 0,06) mientras que la más alta se obtuvo en Resultados clave (Var RIR 2/3 r. clave= 0,33).

Grado de acuerdo:

El grado de acuerdo, estimado por el grado de dispersión, fue menor en la segunda ronda ($\sigma^2 = 0,91$) que en la tercera ($\sigma^2 = 0,75$). La dispersión promedio más baja se obtuvo en la tercera ronda en Liderazgo ($\sigma^2(\text{liderazgo}) = 0,47$) y la

Tabla 2. Oportunidades de mejora con mejor valoración en la 2ª y 3ª ronda.

PRIMERA RONDA DE VOTACIÓN						SEGUNDA RONDA DE VOTACIÓN					
Oportunidad de Mejora	Criterio EFQM	Media	Media-na	DT	RIR2	Oportunidad e Mejora	Criterio EFQM	Media	Media-na	DT	RIR3
16. Descoordinación entre los agentes implicados	Alianzas y recursos	3,7	4	0,53	0,25	3. Ausencia de responsables del servicio de dispensación CAP.	Liderazgo	3,87	4	0,34	0
48. No existen criterios y procedimientos para la evaluación de resultados del PTM.	Resultados clave	3,64	4	0,7	0,25	16. Descoordinación entre los agentes implicados	Alianzas y recursos	3,84	4	0,37	0
12. Desconocimiento general de los objetivos sociosanitarios del PTM.	Personas	3,61	4	0,7	0,25	1. Los CAP no suelen asumir el planteamiento de objetivos relacionados con PTM a sus profesionales.	Liderazgo	3,84	4	0,45	0
3. Ausencia de responsables del servicio de dispensación CAP.	Liderazgo	3,5	4	0,76	0,25	48. No existen criterios y procedimientos para la evaluación de resultados del PTM.	Resultados clave	3,77	4	0,63	0
38. No hay abordaje integral de la atención a usuarios PTM.	Resultados en clientes	3,45	4	0,87	0,25	14. Déficit en formación para el desempeño de las labores en PTM.	Personas	3,74	4	0,68	0
7. No hay adaptación de recursos y organización a la carga asistencial del punto de dispensación.	Política y estrategia	3,42	4	0,75	0,25	42. Mala imagen y escasa valoración del PTM entre los profesionales sanitarios.	Resultados en personas	3,74	4	0,68	0
4. Escasa personalización de la atención y dispensación de metadona.	Política y estrategia	3,42	4	0,79	0,25	13. No están claros los requisitos de elección del personal dispensador.	Personas	3,71	4	0,46	0,25
1. Los CAP no suelen asumir el planteamiento de objetivos relacionados con PTM a sus profesionales.	Liderazgo	3,42	4	0,9	0,25	12. Desconocimiento general de los objetivos sociosanitarios del PTM.	Personas	3,71	4	0,64	0
14. Déficit en formación para el desempeño de las labores en PTM.	Personas	3,38	4	0,91	0,25	38. No hay abordaje integral de la atención a usuarios PTM.	Resultados en clientes	3,67	4	0,76	0
13. No están claros los requisitos de elección del personal dispensador.	Personas	3,34	4	0,87	0,25	7. No hay adaptación de recursos y organización a la carga asistencial del punto de dispensación.	Política y estrategia	3,65	4	0,55	0,25

Aclaración de términos: EFQM: European Foundation for Quality Management; DT: Desviación típica; RIR: Recorrido intercuartílico (en la segunda o tercera ronda); CAP: Centro de Atención Primaria; PTM: Programa de tratamiento con metadona

Tabla 3. Variación del consenso entre la 2ª y 3ª ronda por criterios del modelo European Foundation for Quality Management

Criterios	Promedio RIR2	Promedio RIR3	Promedio Var. RIR 2/3*
Liderazgo	0,28	0,09	0,18
Política y estrategia	0,46	0,23	0,23
Personas	0,31	0,19	0,13
Alianzas y recursos	0,48	0,36	0,12
Procesos	0,53	0,47	0,06
Resultados en clientes	0,47	0,19	0,28
Resultados en personas	0,41	0,29	0,12
Resultado en sociedad	0,33	0,33	0,00
Resultados clave	0,46	0,14	0,33
Total	0,44	0,30	0,14

*Aclaración de términos: RIR: Recorrido intercuartílico (de la segunda y tercera ronda); Var. RIR 2/3= RIR2-RIR3: Promedio de la variación del RIR entre la segunda y tercera ronda.

más alta en Resultados en sociedad (σ_3 (r. sociedad)=0,89) y Procesos (σ_3 (procesos)=0,88).

DISCUSIÓN

El nivel de acuerdo alcanzado ha sido alto en las áreas de mejora más destacadas, lo cual pone de manifiesto que existe consenso en una serie de elementos a mejorar del servicio de dispensación en APS entre los/as participantes. A su vez, las oportunidades de mejora identificadas en el estudio coinciden con los resultados que señalan otras investigaciones sobre la mejora del PTM^{6-8,28-29}; poca claridad y concreción en los objetivos del programa, inexistencia de coordinación con otros recursos sociosanitarios, escasa coordinación entre AP y los Centros de Atención a las Drogodependencias, falta de formación del personal dispensador y falta de instrumentos para evaluar los resultados del programa.

En términos de mejora de calidad, según el modelo EFQM, la priorización de oportunidades relacionadas con criterios Agentes, evidencia que es primordial mejorar la implementación del servicio de dispensación en APS para alcanzar sus objetivos sociosanitarios (atención integral de salud, puntos accesibles en la comunidad etc.). Ello puede deberse a que la implementación de programas intersectoriales, como el PTM, requiere de tiempos más prolongados que los programas que implican a un solo agente. Así, un liderazgo claro en AP que oriente al personal dispensador hacia la filosofía del PTM y una alianza efectiva y ágil entre los distintos agentes implicados constituyen prioridades básicas para la mejora del servicio.

Metodológicamente, una mayor exigencia en el nivel de acuerdo que otros estudios^{35,37}, junto a otros requisitos de calidad del panel (perfil de panelistas, tiempo entre rondas etc.) confieren a los resultados una alta confiabilidad y validez³⁵. En cuanto a las limitaciones metodológicas del estudio señalamos la imposibilidad de generalizar los resultados a otras comunidades autónomas.

En conclusión, a pesar del tiempo que lleva el PTM implementado en AP en Andalucía –desde 1987–, desde el punto de vista de los profesionales y responsables de la red sociosanitaria, se plantea la pertinencia de reforzar los elementos de despliegue de la política (filosofía y metas) en el servicio de dispensación, antes de acometer otros proyectos de mejora. Básicamente, los resultados del estudio señalan que para mejorar la calidad de la atención de los servicios de dispensación de metadona en AP es necesario que éstos se orienten a sus objetivos mediante un liderazgo y un sistema de alianzas eficaz.

El estudio pone de manifiesto muchas cuestiones, necesarias para concretar las acciones de mejora, sobre cómo está organizada la dispensación de metadona en los CAP de Andalucía y sobre la percepción que tiene el personal, que trabaja en PTM en estos centros, de su rol profesional. Estas cuestiones están siendo abordadas actualmente por el equipo investigador.

AGRADECIMIENTOS

A los/as profesionales que participaron en el estudio por sus aportaciones y a la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía por la financiación (Expte.05/135) concedida para llevar a cabo el estudio.

REFERENCIAS

1. Torrens M. Spain Report. En: Casselman J, Meuwissen K, Opdebeeck A. *Legal Aspects of Substitution Treatment. An Insight into Nine European Countries*. Lisboa: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA); 2003; 61-69.
2. EMCDDA. *Annual Report of the State of the Drugs Problem in the EU and Norway*. Lisboa: EMCDDA; 2002.
3. San Molina L. Evolución de la dependencia de heroína y su asistencia en España. *Adicciones* 2005; 17:9-19.
4. Ministerio del Interior. *Plan Nacional de Drogas. Memorias 2001*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional de Drogas; 2002.
5. Ministerio de Sanidad y Consumo. *Evaluación 2003. Estrategia Nacional Sobre Drogas 2000-2008*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2004.
6. March JC, Martín E, Oviedo E, Rodríguez C, Rivadeneira S. Los Programas de Tratamiento con Metadona: situación real e ideal definida por profesionales. *Trastornos Adictivos* 2006; 8:225-35.
7. March JC, Oviedo E, Martín E, Rivadeneira S, Rodríguez C. Percepción de usuarios de los Programas de Tratamiento con metadona sobre la accesibilidad y atención recibida por el equipo terapéutico. *Adicciones* 2006; 18:359-70.
8. VVAA. *Identificando recomendaciones y buenas prácticas MEHIB*. Granada: EASP. 2004. Disponible en: <http://www.easp.es/mehib>.
9. Torrens M. *Programas de mantenimiento con metadona: Cómo aumentar su eficiencia*. Zambon Group. 2005. Disponible en: http://www.zambon.es/enlaces_menuizq/03.htm.
10. Ball JC, Ross A. *The effectiveness of methadone maintenance treatment; patients, programs, services and outcomes*. (1991). New York, Springer-Verlag.
11. Bell J. *Quality improvement for methadone maintenance treatment*. *Subst Use Misuse* 2000; 35: 1735-56.
12. Saxon J. *Pretreatment characteristics, program philosophy and level of ancillary services as predictors of methadone maintenance treatment outcomes*. *Addiction* 1996; 91: 1197-1209.
13. Farrell M, Ward J, Mattick R, Hall W, Stimson GV, des Jarlais D et al. *Methadone Maintenance Treatment in Opiate Dependence: a Review*. *BMJ* 1994; 309: 997-1001
14. Carlson MJ, Gabriel RM. *Patient satisfaction, use of services, and one-year outcomes in publicly funded substance abuse treatment*. *Psychiatr Serv* 2001; 52:1230-6.
15. Farré M, Mas A, Torrens M, Moreno V, Camí J. *Retention rate and illicit opioid use during methadone maintenance*

- interventions: A meta-analysis. *Drug Alcohol Depend* 2002; 65, 283-290.
17. Madden A, Lea T, Bath N, Winstock AR. Satisfaction guaranteed? What clients on methadone and buprenorphine think about their treatment? *Drug Alcohol Rev* 2008; 27: 671-8.
 18. Trujols J, Pérez de los Cobos J. La perspectiva de los usuarios sobre los tratamientos de mantenimiento con metadona: una revisión centrada en la satisfacción con el tratamiento. *Adicciones* 2005; 17: 181-204.
 19. Jones SS, Power R, Dale A. The patients' charter: drug user's views on the 'ideal' methadone programme. *Addict Res Theory* 1994; 1: 323-34.
 20. March JC, Oviedo E, Martín E, Rivadeneira S, Rodríguez C. Percepción de usuarios de los Programas de Tratamiento con metadona sobre la accesibilidad y atención recibida por el equipo terapéutico. *Adicciones* 2006; 18:359-70.
 21. Ducharme LJ, Luckey JW. Implementation of the methadone treatment quality assurance system. Findings from the feasibility study. *Eval Health Prof* 2000; 23: 72-90.
 22. Czechowicz D, Hubbard RL, Phillips CD, Fountain DL, Cooper JR, Molinari SP, Luckey JW, Graham LA. Methadone Treatment Quality Assurance System (MTQAS): A federal effort to assess the feasibility of using outcome indicators for methadone treatment. *J Maint Addict* 1997; 1: 11-24.
 23. Wintle D. Pain management for the opioid-dependent patient. *Br J Nurs* 2008; 17:47-51.
 24. Flego A. Methadone Treatment and Quality. The EFQM Excellence Model. *Heroin Add and Rel Clin Probl* 2006; 8:13-36.
 25. Bobrova N, Rughnikov U, Neifeld E, Rhodes T, Alcorn R, Kirichenko S, et al. Challenges in providing drug user treatment services in Russia: providers' views. *Subst Use Misuse* 2008; 43 (12-13):1770-84.
 26. Hobden KL, Cunningham JA. Barriers to the dissemination of four harm reduction strategies: a survey of addiction treatment providers in Ontario *Harm Reduc J* 2006; 3:35.
 27. Arias DM. Programas de mantenimiento con agonistas opiáceos y atención primaria. *Cad Aten Primaria* 1998; 5:164-8.
 28. Lahoz B, Moratalla G, Lineros C, Barros C. Consenso para la atención a los usuarios del Programa de Mantenimiento con Metadona en los centros de salud de la provincia de Cádiz. *Aten Primaria* 2000; 25:417-21.
 29. Velarde C, Peinó J, Gómez de Caso JA. Programa de mantenimiento con metadona en heroínómanos por vía intravenosa. ¿Qué información tienen los médicos de atención primaria?. *Aten Primaria* 1996; 17:581-84.
 30. Millán Carrasco A, Venegas Sánchez J, Rodríguez Reinado C, March Cerdá JC, Romero Vallecillos M, Fernández Ruiz I, et al. Orientaciones para la mejora de la calidad total del servicio de dispensación de metadona en atención primaria. En: XIII Congreso SESPAS. Libro de Actas; 4-6 de marzo. Sevilla: Gac Sanit 2009; 23 (Especial Congreso 1): 103.
 31. Millán Carrasco A, Rodríguez Reinado C, Venegas Sánchez J, Pérez Lázaro JJ. Acciones para mejorar el servicio de dispensación de metadona en atención primaria [en prensa]. *Aten Primaria*, 2009. doi:10.1016/j.aprim. 2009.05.013.
 32. Fundación Europea para la Gestión de la Calidad (EFQM). *Conceptos fundamentales de la Excelencia*. Bruselas: EFQM; 2003.
 33. Nabitz U, Schramade M, Schippers G. Evaluating treatment process redesign by applying the EFQM Excellence Model. *Int J Qual Health Care* 2006; 18 (5): 336-345.
 34. Pérez C. ¿Deben estar las técnicas de consenso incluidas entre las técnicas de investigación cualitativa? *Rev Esp Salud Pública* 2000; 4:319-21.
 35. Landeta J. Current validity of the Delphi method in social sciences. *Technol. Forecast. Soc. Change* 2006; 73:467-82.
 36. Jones J, Hunter D. Consensus methods for medical and health services research. *BMJ* 1995; 311:376-80.
 37. Yáñez R, Cuadra R. La técnica Delphi y la investigación en los servicios de salud. *Cienc enferm* 2008; 14:9-15.

Anexo I.

BLOQUE I. AGENTES FACILITADORES

LIDERAZGO:

1. Los Centros de salud no suelen asumir las tareas de organización, supervisión de los/as profesionales ni transmitir adecuadamente el planteamiento de objetivos y resultados del PTM al personal (Criterio 1a).
2. Ausencia de una delimitación clara de las funciones de los/as profesionales encargados/as de la dispensación de metadona (Criterio 1a).
3. No existen figuras coordinadoras del servicio de dispensación de metadona en los Centros de salud (Criterio 1a).

POLÍTICA Y ESTRATEGIA:

4. Escasa personalización de la atención y dispensación de metadona (Criterio 2a).
5. Existen dificultades burocráticas para la apertura de nuevos puntos de dispensación: no hay criterios y pautas claras (Criterio 2b).
6. Problemas de accesibilidad espacial a la dispensación: discordancia entre la ubicación de los puntos de dispensación y la estructura demográfica de la población (Criterio 2a).
7. No se produce una adaptación de los recursos y la organización del servicio a la carga asistencial de la dispensación de metadona (Criterio 2c).
8. Ausencia de apoyo al usuario/a en etapas de riesgo de recaída o abandono (Criterio 2d).
9. No se ofertan intervenciones dirigidas a los familiares de los/as pacientes en PTM (Criterio 2d).

10. No se cuenta con una hoja de incidencias unificada de la dispensación.
11. No se llevan a cabo trabajos de investigación con el grupo de usuarios/as (Criterio 2b).

PERSONAS:

12. Desconocimiento general de los objetivos sociosanitarios del PTM. Falta de clarificación, unificación y divulgación de las normas y objetivos del programa (Criterio 3b).
13. No existe una definición clara y unificada de los requisitos para la elección del personal encargado de la dispensación (Criterio 3a).
14. Déficit en cuanto a la formación necesaria para el desempeño de sus labores en PTM en los/as profesionales de dispensación (Criterio 3b).
15. Excesiva temporalidad y rotación del personal de dispensación (Criterio 3b).

ALIANZAS Y RECURSOS:

16. Existe una importante descoordinación entre los múltiples agentes implicados y/o relacionados con el PTM (CAP., Centros de Drogodependencias, Salud Mental, Hospitales, Centros Penitenciarios...)(Criterio 4a).
17. Escasos medios para la atención de demandas de desintoxicación y abandono del programa (Criterio 4b).
18. Insuficiente número de puntos de dispensación (Criterio 4b).
19. Carencia de espacios adecuados y exclusivos para la dispensación (Criterio 4c).
20. Carencia de las condiciones adecuadas para la preparación de las dosis (Criterio 4c).
21. Recursos materiales (normativas, guías, medios de comunicación, directorio de recursos...) insuficientes para el logro de la totalidad de metas del programa (Criterio 4c).
22. Duplicidad de bases de datos y sistemas informáticos (siPASDA / DIRAYA) (Criterio 4d).
23. No existencia de una historia clínica única e individual (Criterio 4e).

PROCESOS:

24. Existen importantes dificultades para la comunicación eficiente de las incidencias en el Programa (ajustes de dosis, nuevas incorporaciones, modificación de listados, etc.)(Criterio 5b).
25. Inexistencia de criterios unificados para la reposición de dosis y el control del stock de metadona (Criterio 5c)

26. Fraccionamiento de las dosis de metadona inadecuado y rígido para una óptima adecuación a las necesidades del paciente (Criterio 5d).
27. No se realizan analíticas para la medición de niveles plasmáticos y ajuste de las dosis (Criterio 5c).
28. Poca puntualidad en la entrega de la medicación para la preparación de las dosis (Criterio 5d).
29. No se realiza un tratamiento adecuado de las demandas de los/as usuarios/as en relación a pérdidas o sustracción de dosis, cambios en el tratamiento (Criterio 5c).
30. Excesiva demora en la tramitación de inclusiones en tratamiento para casos de urgencia (Criterio 5b).
31. Dificultades de accesibilidad a la dispensación de metadona de extranjeros, transeúntes y pacientes en situaciones extremas de exclusión social (Criterio 5b).
32. No se lleva a cabo la dispensación de metadona como un tratamiento directamente observado (certificación de la toma) (Criterio 5c).
33. Los horarios son demasiado rígidos y concentrados para su correcta adaptación a las necesidades de los/as usuarios/as (conciliación laboral, accesibilidad al tratamiento) (Criterio 5b).
34. No existe un sistema unificado y eficaz para el registro de dosis. No se realiza adecuadamente el control de la validez de las autorizaciones de prescripción y recogida de dosis de metadona (Criterio 5b).
35. Errores en la elaboración/supervisión de los listados de usuarios/as y/o en la preparación de la medicación (p.e.: blister vacíos).

BLOQUE II. RESULTADOS

RESULTADOS EN LOS CLIENTES:

36. La presencia de fuerzas de seguridad durante la dispensación intimida a los/as usuarios/as (Criterio 6a).
37. Masificación de usuarios/as en el punto de dispensación en un corto espacio de tiempo que genera problemas de convivencia (Criterio 6b).
38. No se suele abordar de manera integral el PTM incluyendo funciones de prevención y promoción de la salud, tratamiento de otras patologías, captación de pacientes para otros programas, medidas para la incorporación social, etc. (Criterio 6b).
39. Estigmatización del usuario/a en PTM en comparación con el resto de los/as usuarios/as del Centro de Salud (Criterio 6b).
40. Falta de información y asesoramiento a pacientes y familiares sobre tratamientos y profesionales de referencia para el abordaje de patologías asociadas (Criterio 6a).
41. No se entrega información sobre el Programa y el tratamiento a pacientes y familiares (Criterio 6a).

RESULTADOS EN LAS PERSONAS:

42. Existe, entre los/as profesionales, mala imagen y escasa valoración del PTM. No se le considera como un programa más de salud dentro del conjunto de Programas de Atención Primaria (Criterio 7a).
43. Rechazo y temor de los/as profesionales a hacerse cargo de la dispensación de metadona. Relaciones conflictivas con usuarios/as y familiares (Criterio 7b).
44. Los/as profesionales a los que se le asigna la dispensación perciben esta tarea como desagradable ("castigo para el último que llega"), poco gratificante ("dispensación como mero reparto de dosis") e impuesta por instancias superiores (Criterio 7a).
45. Variabilidad en la implicación y motivación de los profesionales de dispensación con el PTM (voluntarismo versus pasividad) (Criterio 7b).

RESULTADOS EN SOCIEDAD:

46. Compra ilegal de metadona como resultado de la falta de accesibilidad y la restricción de la organización del servicio de dispensación (horarios y días) (Criterio 8a).

RESULTADOS CLAVES:

47. En el PTM se descuidan las actuaciones dirigidas a favorecer la integración social de los/as usuarios/as. (Criterio 9b).
48. No existen criterios y procedimientos para la evaluación de los resultados del programa (Criterio 9b).

