



Revista de Salud Pública

ISSN: 0124-0064

revistasp_fm bog@unal.edu.co

Universidad Nacional de Colombia

Colombia

Zapata-Vanegas, Mario A.
Estándares de Acreditación "derechos de pacientes": revisión y estado actual en Centros de
Tratamiento en Drogadicción en Colombia
Revista de Salud Pública, vol. 16, núm. 2, abril, 2014, pp. 232-245
Universidad Nacional de Colombia
Bogotá, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42232582007>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Estándares de Acreditación “derechos de pacientes”: revisión y estado actual en Centros de Tratamiento en Drogadicción en Colombia

**Accreditation standards concerning patients' rights:
a review of the current state of affairs related to drug-
addiction treatment centers in Colombia**

Mario A. Zapata-Vanegas

Grupo de Investigación en Salud Mental Universidad CES-Facultad de Medicina. NIDA Fellow.
Medellín, Colombia. mzapata@une.net.co

Recibido 22 Enero 2013/Enviado para Modificación 10 Julio 2013/Aceptado 16 Agosto 2013

RESUMEN

Objetivos Caracterizar y referenciar estado actual del grupo estándares de acreditación “derechos de los pacientes” en muestra de instituciones de tratamiento en drogas de Colombia.

Métodos Estudio de enfoque mixto, empírico de tipo descriptivo y hermenéutico; muestra piloto de 21 centros de tratamiento en drogas en las cuales se determina estado actual de los estándares de acreditación “derechos de los pacientes”; se evalúa posible relación o independencia de las variables categóricas mediante prueba exacta de Fisher con nivel de significancia de 0,05. En fase paralela se realiza revisión documental de referenciación.

Resultados Los Centros de tratamiento en drogas suministran información en mayor proporción a familiares (95 %) que a los pacientes (90 %) y menores de edad (81 %). Representan posibles barreras de acceso al tratamiento, ser portador o enfermo VIH (29 %), orientación sexual LGTB (14 %) y ser mujer (10 %); religión y raza no son condiciones para discriminación o barreras de atención.

Existen estándares coincidentes en el grupo “derechos de los pacientes” en el sistema de acreditación Colombiano con The Joint Commission, pero esta última entidad acreditadora tiene desarrollos importantes en un manual específico aplicable a instituciones de tratamiento de adicción a drogas.

Conclusiones Los centros evaluados en Colombia, muestran logros en el grupo de estándares para la acreditación derechos de los pacientes, pero estos estándares requieren revisión para su adaptación a los desarrollos internacionales y a la particularidad de la población adicta y de las instituciones de tratamiento.

Palabras Clave: Acreditación, derechos del paciente, autonomía personal, trastornos relacionados con sustancias (*fuentes: DeCS, BIREME*).

ABSTRACT

Objective Characterizing and contrasting the current state of affairs concerning patients' rights-associated accreditation standards in a sample of drug-addiction treatment centers in Colombia.

Methods This was mixed methodology research (i.e. descriptive and hermeneutic); a pilot sample of 21 drug-addiction treatment centers in Colombia was used for determining the current state of patients' rights accreditation standards. The possible relationship or independence between categorical variables was evaluated by using Fisher's exact test (0.05 significance level). A contrasting documentary review was made at the same time.

Results Drug-addiction treatment centers provided more information for families (95 %) than patients (90 %) or minors (81 %). Possible barriers to gaining access for treatment were being HIV positive (29 %), being part of the LGTB population (14 %) and being female (10 %); religion and ethnicity were not seen as grounds for discrimination or treatment barriers. The patients' rights standards group coincided with Colombia's accreditation system and Joint Commission standards; however, the latter accreditation entity has made significant progress regarding a specific manual for drug-addiction treatment centers.

Conclusions The centers assessed in Colombia had made advances regarding accrediting patients' rights, but such standards require revision for being adapted to international developments and specific matters involved in treating addicts and the specific conditions for institutions dealing with such treatment.

Key Words: Accreditation, patients' rights, personal autonomy, substance-related disorder (*source: MeSH, NLM*).

En Colombia en el año 2002, se define la Acreditación como uno de los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGC) y se describen funciones de la Entidad Acreditadora (1) y estándares que deben cumplir Instituciones que opten por este proceso voluntario; dos años más tarde comienza a operar el Instituto de Normas técnicas y Certificación (ICONTEC), como entidad Acreditadora para el Sistema Único de Acreditación (SUA), Instituto que tiene entre otras la función de desarrollar, implantar, dirigir, orientar, actualizar y mejorar dicho sistema y a su vez es una de las 19 organizaciones acreditadoras reconocidas por la Sociedad Internacional de Calidad en Servicios de Salud-ISQua (2).

Si bien el SUA ha tenido avances, se observan diferencias con respecto a otras entidades acreditadoras internacionales que han desarrollado grupos de estándares específicos. Es el caso de la Joint Commision que hoy cuenta con estándares para 9 tipos de organizaciones y modalidades de servicios, uno de los cuales es la atención en salud de problemas del comportamiento

(3), cuyos estándares son aplicables a instituciones de salud mental y tratamiento de adicción a las drogas.

En el año 2006, el SOGC Colombiano definió las condiciones de habilitación para Centros de Atención en Drogadicción y servicios de Farmacodependencia, pero su alcance se limitó a requisitos mínimos (4,5) que requieren estos Centros para su funcionamiento; diagnóstico realizado sobre la situación real de estas instituciones (6), permite afirmar que un gran número carecen de estos requisitos mínimos para la atención integral de problemas de adicción a drogas.

Una particularidad de Centros de tratamiento en adicciones y lo cual es propuesto para el análisis en este estudio, son las condiciones que aseguran el respeto por los derechos de los pacientes y en especial el derecho al respeto para la toma de decisiones con respecto a su tratamiento. Autores consideran la disminución o incompetencia decisional sobre sí mismos que pueden tener pacientes con problemas de adicción a drogas (7,8); estas posiciones pueden alentar la posibilidad de vulnerar el derecho para el ejercicio de la autonomía de estos pacientes. La autonomía como uno de los 4 principios éticos propuestos para la bioética médica y definida como, “el respeto de la libertad para decidir y disponer de sí mismo, estableciendo lo que es bueno para él en función de su individual y personal proyecto de vida, reconociendo en todo sujeto a priori la capacidad para ello”(9), se convierte en discusión importante para el tratamiento de pacientes con adicción a drogas y en un tema central para la definición de estándares y criterios que permitan identificar su logro en las instituciones de tratamiento.

En este artículo se presentan resultados de evaluación realizada para el grupo de estándares de acreditación “derechos de los pacientes” en 21 Centros de tratamiento para la adicción a las drogas en Colombia. Los objetivos de esta investigación buscan caracterizar la situación actual de cumplimiento para este grupo de estándares y la realización de una referenciación comparativa que facilite y promueva la implementación de estándares y criterios específicos para la acreditación de instituciones de tratamiento en farmacodependencia, con énfasis en el respeto por el principio bioético de la *Autonomía* de los pacientes.

MÉTODO

Estudio descriptivo cuantitativo (10) que utiliza mediciones comparativas tipo proporción para determinar el estado actual de los criterios principales

del grupo de estándares de acreditación “derechos de los pacientes” en instituciones de tratamiento para la drogadicción. La relación o independencia de variables categóricas de interés, se evalúa utilizando prueba exacta de Fisher con nivel de significancia de 0,05; datos son tabulados y analizados en el programa STATA 10.0®.

Se realiza revisión documental de referenciación para este grupo de estándares, acorde a manual vigente para la acreditación de instituciones prestadoras de servicios de salud en Colombia (11) y se compara con estándares de la última versión de la Joint Commision (3).

Población y muestra

La población total corresponde a 190 instituciones en la modalidad de tratamiento “residencial” y “servicio de farmacodependencia” habilitados por el SOGC en Colombia a la fecha de la realización de este estudio (4,12), año 2012. Se excluyen aquellas con datos inexactos para su contacto, resultando una nueva población de 91 centros. Por muestreo aleatorio simple en el programa EPIDAT se obtiene una muestra de 74 centros, proporción esperada de 50 %, nivel de confianza 95 %, precisión 5 % y efecto de diseño 1.

Se realiza contacto con la muestra seleccionada y luego de reemplazos por no respuesta se logra una muestra piloto final compuesta por 21 centros de tratamiento de drogadicción en Colombia para una tasa de no respuesta de 72 %.

Instrumento

Elaborado a partir del “Grupo de estándares asistenciales derechos de los pacientes” y de criterios previstos para su verificación según “Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario en Colombia” (11). Para lograr fiabilidad y validez de contenido del instrumento, se somete a evaluación por 3 profesionales expertos en farmacodependencia y se obtiene versión final con 31 variables.

Procedimiento

Se contactan instituciones “habilitadas” como Centros de Atención en Drogadicción en Colombia (6); en fase documental se realiza referenciación comparativa de los estándares y criterios vigentes en Colombia para acreditación en salud de instituciones ambulatorias y hospitalarias (11) vs. manual de acreditación “Comprehensive accreditation manual for behavior al health care”(3), instrumento guía de la Joint Commision.

El análisis estadístico se realizó mediante dicotomización de variables de interés, calificación de criterio de las categorías, asignación de valores a los resultados, análisis univariado y bivariado, y matriz de comparación para referenciar estándares y criterios coincidentes.

RESULTADOS

Despliegue de Información a pacientes y familiares

El 90 % de Centros de tratamiento en drogas entregan información a sus pacientes sobre sus derechos y deberes y se verifica comprensión en el 81 %. La información entregada a familiares ocurre en el 95 %, cinco puntos porcentuales mayor que el valor encontrado en pacientes pero la diferencia no es estadísticamente significativa (valor de $p=0,095$); la verificación de la comprensión es igual en las familias con el 81 % (Figura 1).

Figura 1. Información a pacientes y familiares de sus derechos y deberes en Centros de Atención en Drogadicción en Colombia, 2012

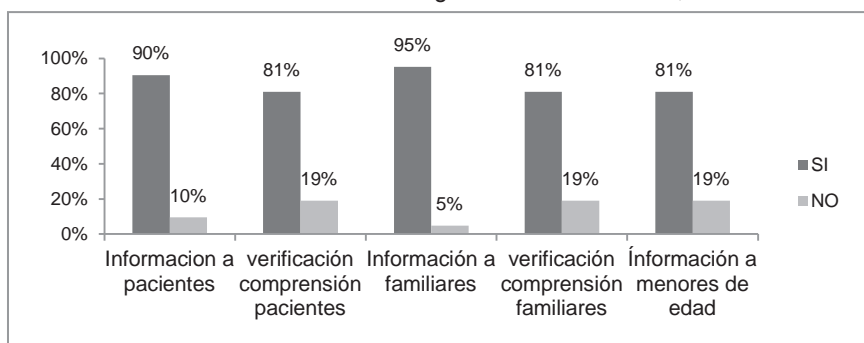
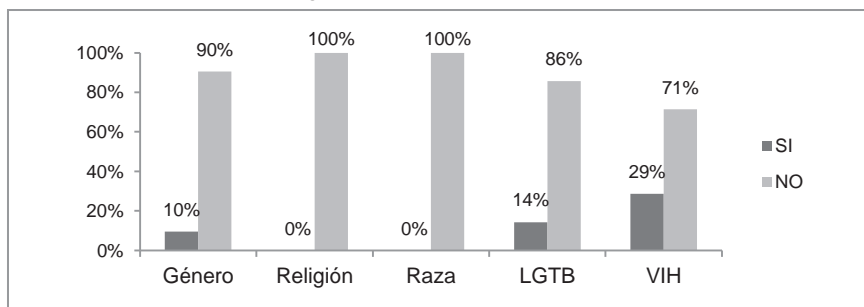


Figura 2. Prejuicios o reservas para la atención de pacientes, según género, religión, grupo racial, diferenciación sexual o VIH en Centros de Atención en Drogadicción en Colombia, 2012



El 81 % despliega información de derechos de los menores de edad y el 19 % no lo hace. Los valores son inferiores a los encontrados en los “pacientes”, con diferencias estadísticamente significativas ($p=0,029$); comparado el despliegue de información a menores de edad con respecto a familias, las diferencias no son estadísticamente significativas con valor de $p=0,190$.

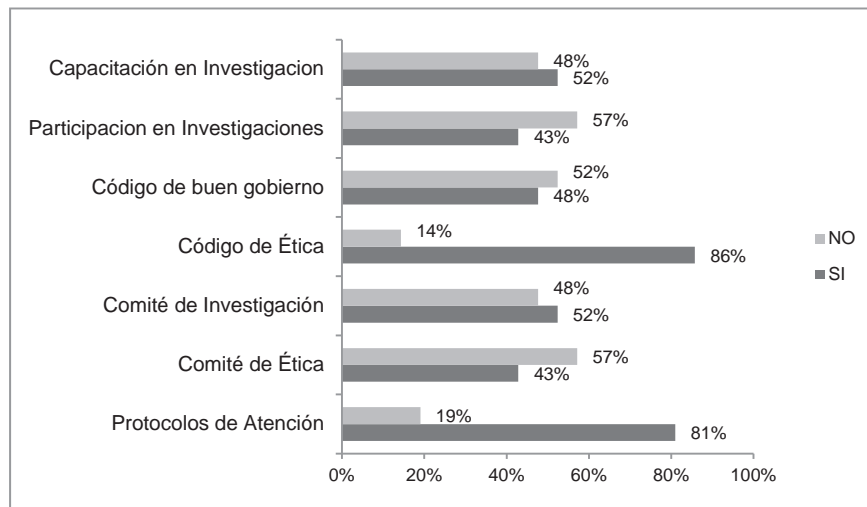
Barreras para la Atención

La religión y la raza no generan barrera o discriminación para el tratamiento; por el contrario, ser portador o enfermo VIH produce barrera para la atención en el 29 %, al igual que la orientación sexual LGTB en el 14 % y el género, para este caso ser mujer, en el 10 % (Figura 2).

Procesos de desarrollo en los Centros de Tratamiento

El 48 % de los Centros evaluados afirma tener código de buen gobierno que involucra el respeto por el paciente y un 86 % asegura tener código de ética; el 81 % afirma tener protocolos de atención en los cuales se vincula al paciente y familia y en el 43 % tienen conformados comités de ética (Figura 3).

Figura 3. Desarrollo de procesos organizacionales relacionados con derechos y deberes de los pacientes, en Centros de Atención en Drogadicción en Colombia, 2012

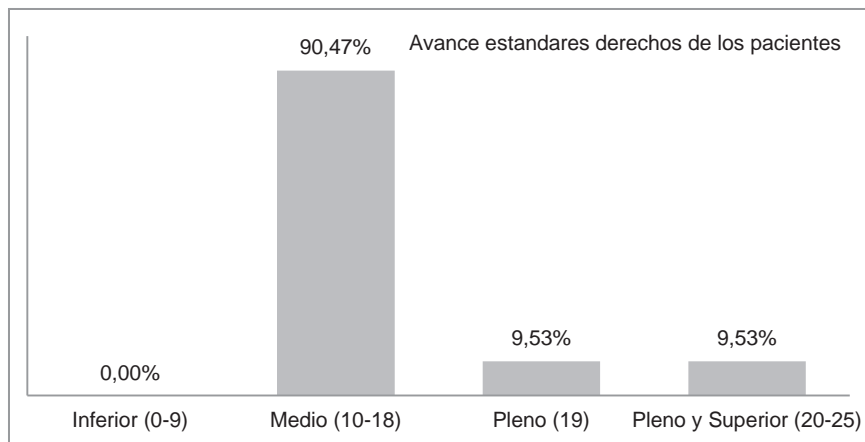


Con respecto a investigaciones el 43 % afirman participar con sus pacientes y un 52 % cuentan con comité de investigaciones; este último dato

es similar en lo que respecta a Centros de tratamiento que cuentan con recurso humano capacitado en metodología para el desarrollo de investigación (52 %). La participación en investigación y la capacitación se muestran relacionadas con un valor $p < 0.05$; igual situación se presenta cuando se compara la existencia de comité de investigaciones y la participación en investigaciones, los cuales se muestran igualmente relacionados con valor de $p < 0.05$. Cuando se compara existencia de protocolos de tratamiento con participación en investigaciones las diferencias no son estadísticamente significativas ($p = 0.104$); caso contrario ocurre cuando se compara existencia de protocolos y capacitación en investigación ($p = 0.035$).

Cumplimiento global de estándares de acreditación “Derechos de los Pacientes”
En la categoría de cumplimiento inferior no se encuentra ninguno de los Centros de tratamiento y en la categoría de cumplimiento medio se encuentra el mayor porcentaje con el 90,47 % (Figura 4).

Figura 4. Cumplimiento de estándares de Acreditación “derechos de los pacientes” en Centros de Atención en Drogadicción en Colombia, 2012. (n=21)



En sólo dos centros, lo que constituye el 9,53 % de la muestra piloto, se encuentra cumplimiento pleno e igualmente en estos 2 centros se encuentra cumplimiento superior.

Referenciación estándares acreditación, “derechos y deberes” de los pacientes
El número y discriminación cualitativa en los estándares de Joint Commission es mayor y más riguroso que los exigidos en el sistema Colombiano (11). El hallazgo de un indicador de *estándares coincidentes*

(EC) del 38,5 % muestra que sólo 5 estándares son coincidentes del total de 13 utilizados por Joint Commission. Estándares importantes están ausentes en el grupo de estándares del sistema Colombiano, son ellos: el consentimiento informado y derecho a recibir información del equipo de salud a cargo del tratamiento. De manera paralela a los derechos, Joint Commission tiene estándar individual para informar sobre deberes de los pacientes, lo cual no se observa en el sistema Colombiano (Cuadro 1).

Cuadro 1. Estándares derechos y deberes de los pacientes: En Manual de Acreditación Joint Commission vs. Manual de Acreditación Colombia, 2012

Joint Commission	Colombia
1. Respeto por los derechos de los pacientes	1. Declaración de derechos y deberes de pacientes integrada al direccionamiento estratégico que aplica al proceso de atención. Personal entrenado en el tema y pacientes del Centro de Atención conocen y comprenden contenido de declaración de derechos y deberes. (EC1) (EC2)(EC3)(EC6)(EC11)
2. Recibir información de forma inteligible	2. La institución que realiza proyectos de investigación con sus usuarios garantiza: respeto para participar o rehusarse, recibir información del proyecto, comité que analice y avale los proyectos, análisis de eventos adversos de la investigación, competencias de profesionales que dirigen proyectos, respeto por principios éticos y acatamiento de parámetros y normas nacionales e internacionales. (EC6)
3. Respeto por derecho a participar en decisiones del tratamiento	3. La organización cuenta con código de ética y código de buen gobierno articulados al direccionamiento estratégico (EC1)
4. Consentimiento informado	4. La organización asegura que para todos los usuarios que atiende se ofrecen servicios de manera directa o con terceros que cumplan estándares de acreditación.
5. Respeto por el derecho a consentir por el uso de grabaciones, videos e imágenes en uso diferente al tratamiento	
6. Protección de derechos durante Investigación o ensayos clínicos	
7. Derecho a recibir información sobre el equipo de salud responsable del tratamiento	
8. Derecho a un ambiente de tratamiento que preserve dignidad y autoestima	
9. Derecho a ejercer privilegios de ciudadanía	
10. Derecho del paciente y familia a resolución de reclamos	
11. Derecho a recibir protección y soporte legal	
12. Protección derechos laborales de pacientes que a su vez aportan trabajo al centro de atención	
13. Informar a los pacientes deberes con respecto a su tratamiento	
Total estándares coincidentes (EC) en derechos y deberes de pacientes	INDICADOR EC (estándares coincidentes): 5/13 (38,5%)

EC: estándares coincidentes del sistema colombiano con respecto a estándar(es) Joint Commission

Los resultados de la referenciación total de criterios coincidentes (CC) del grupo de estándares derechos y deberes de los pacientes, da como resultado que sólo 13 de 65 criterios utilizados por Joint Commission son coincidentes con aquellos utilizados por el sistema Colombiano (indicador total de CC: 20 %). El Cuadro 2 describe los resultados con respecto a la valoración específica de CC en lo que respecta a estándares de Joint Commission que mencionan expresamente la característica de respeto en su redacción, aspecto que de manera central es objetivo de esta investigación.

Cuadro 2. Criterios en los estándares que enuncian el RESPETO por los pacientes: Manual de Acreditación Joint Commission vs. Manual Acreditación Colombia, 2012

Estándar	Joint Commission Criterios	Colombia Criterios
Respeto por los derechos de los pacientes	1. Políticas documentadas	(CC1) 1. Código ética, buen gobierno y comité de ética que evalúa situaciones especiales de atención de los pacientes
	2. Información derechos y deberes del tratamiento; recibir información cuando estado mental lo permita	
	3. Trato respetuoso y digno	
	4. Respeto por diversidad	(CC2) 2. Derechos son informados
	5. Soporte espiritual	
	6. Recibir información de políticas y procedimientos emergencias	
Respeto por derecho a participar en decisiones del tratamiento	7. Inclusión efectiva del paciente en decisiones de tratamiento	(CC3,CC4) 3. Respeto que merece la condición del paciente, independiente de sexo-edad-valores-creencias, religión, grupo étnico o condiciones sexuales
	8. Respeto por decisión de tutor o cuidador responsable	
	9. Incluir en decisión de tratamiento a tutor o cuidador quien ejerce derecho legal de decisión	
Respeto por el derecho a consentir por el uso de grabaciones, videos, imágenes en uso diferente al tratamiento	10. Respeto al derecho a negarse a tratamiento acorde a la ley	(CC7) 4. Participación activa del paciente y familia en el proceso de atención.
	11. A recibir información de consecuencias de negación o búsqueda de alternativas legales para el tratamiento	
	12. Consentimiento informado es requerido para uso de medios adicional al tratamiento	
	13. Información al paciente que puede decidir suspender la utilización de tales medios	(CC7,CC10) 5. La organización respeta la voluntad y autonomía del paciente
	14. Deben firmar declaración de confidencialidad otros operadores de medios externos a Centro de tratamiento	
Total Criterios Coincidentes (CC) en estándares que enuncian RESPETO por derechos de los pacientes:		Indicador específico CC en RESPETO: 6/14 (43%)

CC: criterios coincidentes del sistema Colombiano con respecto a criterios de estándares de Joint Commission

De los 14 criterios utilizados por Joint Commission para asegurar el logro de la característica respeto en los estándares evaluados (Cuadro 2), sólo son coincidentes en el sistema Colombiano 6 de estos criterios, para un

indicador específico de criterio coincidente en esta característica de 43 %. Se observa que criterios que son expresión del respeto por la autonomía del paciente como es el consentimiento informado, no está integrado en este grupo de estándares del sistema colombiano. Igual situación de ausencia ocurre con el respeto por la decisión de tutor o cuidador responsable e inclusión de este (os) en las decisiones del tratamiento, en caso que ejerzan derecho legal de decisión en representación del paciente.

DISCUSIÓN

Los avances en calidad en salud en el mundo (13) pueden atribuirse a tendencia globalizadora de aplicación de leyes de mercado y en especial a la libre competencia para la prestación de estos servicios (14-16), que ha generado como consecuencia el reconocimiento de necesidades y expectativas de los usuarios como eje central del proceso de atención en salud (17,18). A este reconocimiento va ligado el mayor conocimiento que tienen hoy usuarios y familiares sobre sus derechos en salud; se suman entonces la estrategia de las instituciones de salud en busca de captar y retener a sus usuarios y la mayor información de estos para conocer y reclamar sus derechos (19), lo cual provoca como resultado la búsqueda del mejoramiento en la calidad de la atención en salud y la necesidad de obtener reconocimiento por ello, de lo cual son ejemplo hoy los sistemas de acreditación (20).

Reconocido el usuario como eje de la calidad de la atención en salud (21), resulta lógico asumir el respeto por sus derechos como condición indispensable para la atención y el paso siguiente, será la facilitación para el ejercicio de sus derechos y de la autonomía que garantice el respeto por sus decisiones. El principio bioético de la Autonomía ha sido el último en incorporarse a las relaciones sanitarias y es probablemente el que más conflictos puede generar (22), dado que la autonomía implica capacidad, voluntariedad e información para toma de decisiones; el tema es más complejo cuando hablamos de atención en salud de pacientes con trastornos mentales, adictos a las drogas y de la atención a menores de edad, en donde situaciones de interpretación de niveles de competencia decisional pueden emerger (7,8,23) y por ende promover violación de la autonomía del paciente en contra de la posición de algunos autores como Buchman y Russell (24) que sostienen que “la población adicta mantiene capacidad para la toma de todo tipo de decisiones”. Posición que compartimos en su integridad.

Un aspecto sensible en calidad de los servicios de salud es asegurar el acceso (25), mediante disminución de barreras y el respeto por diferencias individuales. Este estudio muestra posibles barreras para la atención de mujeres lo cual es considerado igualmente por autores como Brady y Ashley (26) y Green (27) que señalan que ser mujer es una condición la cual puede limitar el acceso a los servicios de tratamiento en adicciones y también afirman que las mujeres tienen menor probabilidad de buscar tratamiento, posiblemente por el estigma social con respecto a los hombres. Las posibles barreras de género pueden obedecer a falta de conocimiento y carencia de procesos de atención diferencial para mujeres o la ausencia de espacios adecuados que aseguren la intimidad y dignidad de mujeres.

La orientación sexual puede también limitar el acceso, situación reportada igualmente por Steele, Tinmouth y Lu (28); barreras de acceso para población LGTB puede originarse en la carencia de formación del recurso humano para atender de manera adecuada esta población, por lo cual estrategias de entrenamiento dirigidas a proveedores de tratamiento para la adicción a las drogas, pueden disminuir e impactar esta limitación; Rutherford, McIntyre, Daley y Ross(29) han señalado en apoyo a esta hipótesis que, “hay pocas oportunidades para personal de salud para acceder a entrenamiento y ganar experticia en la provisión de tratamiento para la población LGTB”. De manera similar, ocurren barreras o discriminación a portadores o enfermos VIH; este estudio identifica en esta variable, la más alta proporción de limitación para la atención. Estudios han reportado que, “hay obstáculos potentes para el ingreso al tratamiento de pacientes con uso intravenoso de drogas e identificados con riesgo de VIH” (30) y al igual que para pacientes LGTB, “el personal médico y de salud pueden albergar actitudes negativas hacia los pacientes con abuso de drogas y portador o enfermo de VIH”(31), situación que obliga a redoblar esfuerzos para reducir discriminación y eliminar barreras de acceso a la atención de esta población. De nuevo, es necesaria una estrategia de educación y sensibilización en este tema, dirigida a equipos de salud de los centros de tratamiento en drogas.

Dada la importancia y complejidad que tiene para su cumplimiento el grupo de estándares derechos y deberes de los pacientes para la acreditación de centros de tratamiento en drogas, la exploración de la situación actual realizada en instituciones Colombianas muestra que el sistema de acreditación en este país debe adecuarse a la especificidad que requieren las condiciones particulares del tratamiento para la adicción a las drogas, aprovechando desarrollos y experiencia internacional en el tema.

Los estándares en los que se propone debe avanzar el sistema Colombiano para este tipo de instituciones son: 1. Consentimiento informado (32,33), con el rigor para hacer tangible el principio bioético del respeto por la autonomía y con el cuidado especial que merece el tema en el caso de menores de edad; 2. Derecho a recibir información del tratamiento y del equipo de salud a su cargo, lo cual a su vez genera adherencia al tratamiento; 3. Ambiente físico que preserve dignidad, intimidad y autoestima del paciente, como estrategia para ofrecer los mejores servicios que cambien la percepción equivocada que hoy se tiene de centros para la atención de farmacodependientes; 4. Garantía del ejercicio de los derechos como ciudadano y laborales en caso que pacientes presten servicios a la institución en donde reciben tratamiento (34,35); 5. Apoyo para resolución de problemas legales comúnmente ligados a la enfermedad adictiva (36), y; 6. derecho al involucramiento de la familia para el tratamiento.

La revisión documental permite concluir que es necesaria la construcción de manual específico de acreditación para instituciones de tratamiento en drogas en este país; dicho instrumento debe tener en cuenta el principio de la autonomía del paciente como eje central para su desarrollo, dadas las particularidades de esta población que la hace susceptible a que sus derechos puedan no ser reconocidos en integridad.

La limitación principal de este estudio es el diseño y tamaño de muestra. Para la fiabilidad del instrumento se realizó un análisis cualitativo de expertos, validaciones de tipo empírico superan el alcance de este estudio. Con respecto a la calidad de los datos, no se realizó comprobación directa o documental de verificación de respuestas, lo cual se hizo de manera indirecta en el cuestionario a través de preguntas control ■

Agradecimientos: A los Centros de Tratamiento en Drogas de Colombia y al programa Gestión de la Calidad en los Servicios de Salud de la Facultad de Medicina de la Universidad de Murcia-España.

REFERENCIAS

1. Definición de las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación. Resolución 1474 de 2002. Ministerio de Salud-Colombia. [Internet]. Disponible en: http://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%201474%20DE%202002.pdf#search=Resoluci%C3%B3n%201474%20de%202002. Consultado 12 de Julio de 2012.

2. ISQua-International Society for Quality in Health Care Ireland: ISQua; 2012. Accredited Organizations. [Internet]. Disponible en: <http://www.isqua.org/accreditation/accredited-organisations-standards>. Consultado 10 de Agosto de 2012.
3. The Joint Commission Accreditation. Comprehensive Accreditation Manual for Behavioral Health Care – CAMBHC. Updated version, March 2011. Illinois: Joint Commission Resources; 2010.
4. Condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención. Resolución 1043 de 2006. Ministerio de la Protección Social-Colombia. [Internet]. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=20268>. Consultado 23 de Julio de 2012.
5. Definición de las Condiciones de Habilitación para los Centros de Atención en Drogadicción y servicios de Farmacodependencia. Ministerio de la Protección Social-Colombia. Resolución 1315 de 2006. [Internet]. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=20834f>. Consultado 23 de Julio de 2012.
6. Hernández DC. Tratamiento de adicciones en Colombia. Rev Colomb Psiquiatr. 2010; 39 Suple: 153-70.
7. Charland LC. Cynthia's dilemma: Consenting to heroine prescription. Am J Bioeth. 2002;2:37-47.
8. Weiss RL. Addiction and Consent. Am J Bioeth. 2002; 2:58-60.
9. Beauchamp TL, Childress JF. Principios de Ética Biomédica (Vol.1). Barcelona: Masson; 1999.
10. Argimón JM, Jiménez J. Plan general de una investigación. En: Métodos de Investigación, Aplicados a la atención primaria en salud. Barcelona: Ediciones Doyma S.A; 1994. p.7-16.
11. Ministerio de la Protección Social-Colombia. Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario Colombia. Bogotá: Ministerio de Protección Social. [Internet]. Disponible en: <http://www.acreditacionensalud.org.co/catalogo/docs/Manual%20AcreditSalud%20AmbulyHosp2012.pdf>. Consultado 23 de Julio de 2012.
12. Ministerio de Salud, Colombia. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud. [Internet]. Disponible en: <http://201.234.78.38/habilitacion>. Consultado 17 de Mayo 2012
13. World Health Organization: Quality and accreditation in health care services: A global review. Geneva: WHO; 2003.
14. Viera C. Globalización, comercio internacional y equidad en materia de salud. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health. 2002; 11(5/6):425-29.
15. Schroth L, Khawaja R. Globalization of Healthcare. Front Health Serv Manage. 2007; 24(2):19-30.
16. Fried BJ. Managing Healthcare Services in the Global Marketplace. Front Health ServManage. 2007; 24(2):3-18.
17. Edwards N. Can quality improvement be used to change the wider healthcare system?. QualSaf Health Care. 2005;14:75.
18. Ledema R, Allen S, Britton K, Gallagher TH. What do patients and relatives know about problems and failures in care?. BMJ QualSaf. 2012; 21:198-205.
19. Coulter A. Partnerships with patients: the pros and cons of shared clinical decision-making. J Health Serv Res policy. 1997; 2(2):112-21
20. ISQua - World Health Organization. Quality and Accreditation in Health Care Services. A global Review. Geneva; 2003.
21. Hewitt-Taylor J. Challenging the balance of power: patient empowerment. Nurs Stand. 2003; 18(22): 33-37.
22. Hernando P, Marijuan M. Método de análisis de conflictos éticos en la práctica asistencial. An Sist Sanit Navar. 2006; 29 (Supl 3):91-9.

23. Caplan AC. Denying autonomy in order to create it: the paradox of forcing treatment upon addicts. *Addiction*. 2008; 103:1919–21.
24. Buchman DZ, Russell BJ. Addictions, Autonomy and so much more: A reply to Caplan. *Addiction*. 2009; 104:1053-54.
25. Penchansky R, Thomas JW. The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction. *Med Care*. 1981; 19(2):127-40.
26. Brady TM, Ashley OS, editores. Women in Substance Abuse Treatment: Results from the Alcohol and Drug Services Study (ADSS). Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Office of Applied Studies; 2005.
27. Green CA. Gender and Use of Substance Abuse Treatment Services. *Alcohol Res Health*. 2006; 29(1): 55-62.
28. Steele LS, Tinmouth JM, Luc A. Regular health care use by lesbians: a path analysis of predictive factors. *Fam Pract*. 2006; 23: 631–36.
29. Rutherford K, McIntyre J, Daley A, Ross LE. Development of expertise in mental health service provision for lesbian, gay, bisexual and transgender communities. *Med Educ*. 2012; 46: 903–13.
30. Appel PW, Ellison AA, Jansky HK, Oldak R. Barriers to Enrollment in Drug Abuse Treatment and Suggestions for Reducing Them: Opinions of Drug Injecting Street Outreach Clients and Other System Stakeholders. *Am J Drug Alcohol Ab*. 2004; 30(1): 129–53.
31. World Health Organization. Treatment of injecting drug users with HIV/AIDS: promoting access and optimizing service delivery. Geneva:WHO; 2006.
32. Galán JC. La responsabilidad médica y el consentimiento informado. *Rev Med Uruguay*. 1999; 15: 5-12.
33. Weisleder P. The Right of Minors to Confidentiality and Informed Consent. *J Child Neurol*. 2004; 19(2): 145-48.
34. National Institute on Drug Abuse. Principles of Drug Addiction Treatment: A Research Based Guide. (NIH Publication No. 99-4180) Rockville, MD: National Institutes of Health; 1999.
35. Magura, S. The role of work in substance dependency treatment: A preliminary overview. *Subst Use Misuse*. 2003; 38(11-13):1865-76.
36. Lipton D. The Effectiveness of Treatment for Drug Abusers Under Criminal Justice Supervision. NIJ Research Report. 2005.