

Registro Oficial No. 817 , 25 de Octubre 2012

Normativa: Vigente

Última Reforma: Acuerdo 00000080 (Registro Oficial 832, 2-IX-2016)

INSTRUCTIVO PARA OTORGAR EL PERMISO ANUAL DE FUNCIONAMIENTO A LOS CENTROS DE RECUPERACIÓN PARA TRATAMIENTO A PERSONAS CON ADICCIONES O DEPENDENCIAS A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS (CR)

(Acuerdo No. 00001993)

Notas:

- De conformidad con lo dispuesto en el Acuerdo No. 00000010 publicado en Registro Oficial 674 de 21 de enero de 2016, se dispone que en la legislación sanitaria expedida por el Ministerio de Salud Pública, sustituyase las frases: "Certificado de Salud", "Certificado Ocupacional de Salud" por la frase "Certificado Único de Salud".

- De conformidad con lo dispuesto en el Acuerdo 00000080 publicado en Registro Oficial 832 de 2 de septiembre de 2016, se dispone que la denominación de "Centros de Recuperación para Tratamiento a Personas con Adicciones o Dependencias a Sustancias Psicoactivas" se sustituya por "Establecimientos que prestan Servicios de Tratamiento a Personas con Consumo Problemático de Alcohol y otras Drogas- ESTAD"

LA MINISTRA DE SALUD PÚBLICA

Considerando:

Que; la Constitución de la República del Ecuador manda: "Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustenten el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional."

Que; el Art. 361 de la misma Constitución de la República dispone que: "El Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector."

Que; la Ley Orgánica de Salud en el Art. 4 establece: "La autoridad sanitaria nacional es el Ministerio de Salud Pública, entidad a la que corresponde el ejercicio de las funciones de rectoría en salud; así como la responsabilidad de la aplicación, control y vigilancia del cumplimiento de esta Ley; y, las normas que dicte para su plena vigencia serán obligatorias."

Que; la Ley Ibídem ordena: "Art. 6.- Es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública: ... 24. Regular, vigilar, controlar y autorizar el funcionamiento de los establecimientos y servicios de salud, públicos y privados, con y sin fines de lucro, y de los demás sujetos a control sanitario; ... 30. Dictar en su ámbito de competencia las normas sanitarias para el funcionamiento de los locales y establecimientos públicos y privados de atención a la población."

Que; la Ley Orgánica de Salud manda: "Art. 130.- Los establecimientos sujetos a control sanitario para su funcionamiento deberán contar con el permiso otorgado por la autoridad sanitaria nacional. El Permiso de Funcionamiento tendrá vigencia de un año calendario."

Que; el Reglamento para Otorgar Permisos de Funcionamiento a los Establecimientos Sujetos a Vigilancia y Control Sanitario dispone: "Art. 6.- El Permiso de Funcionamiento es el documento otorgado por la autoridad sanitaria nacional a los establecimientos sujetos a control y vigilancia sanitaria que cumplen con todos los requisitos para su funcionamiento, establecidos en la Ley Orgánica de Salud, este reglamento y los demás reglamentos específicos."

Que; con Decreto Ejecutivo No. 1290 expedido el 30 de agosto de 2012, publicado en el Suplemento del Registro Oficial No. 788 de 13 de septiembre se escindió el Instituto Nacional de Higiene y Medicina Tropical "Dr. Leopoldo Izquieta Pérez" y se creó la Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria – ARCSA y el Instituto Nacional de Investigación en Salud Pública – INSPI;

Que; mediante Acuerdo Ministerial No. 00000767 de 11 de mayo de 2012, publicado en el Registro Oficial No. 720 de 8 de junio de 2012, se expidió el "Reglamento para la Regulación de los Centros de Recuperación para Tratamiento a Personas con Adicciones o Dependencias a Sustancias Psicoactivas."; y,

Que; es necesario unificar a nivel nacional los procedimientos administrativos para otorgar el Permiso Anual de Funcionamiento a los referidos Centros de Recuperación.

EN EL EJERCICIO DE LAS ATRIBUCIONES LEGALES CONCEDIDAS POR LOS ARTÍCULOS 151 Y 154 NUMERAL 1 DE LA CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR Y POR EL ARTÍCULO 17 DEL ESTATUTO DEL RÉGIMEN JURÍDICO Y ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN EJECUTIVA.

Acuerda:

EXPEDIR EL INSTRUCTIVO PARA OTORGAR EL PERMISO ANUAL DE FUNCIONAMIENTO A LOS CENTROS DE RECUPERACIÓN

TRATAMIENTO A PERSONAS CON ADICCIONES O DEPENDENCIAS A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS (CR)

Capítulo I GENERALIDADES

Art. 1.- (Reformada por la Disposición Reformativa del Acdo. 00000080, R.O. 832, 2-IX-2016).- El presente Instructivo tiene por objeto establecer el procedimiento para que los Establecimientos que prestan Servicios de Tratamiento a Personas con Consumo Problemático de Alcohol y otras Drogas- ESTAD, obtengan el Permiso Anual de Funcionamiento.

Art. 2.- Las disposiciones contenidas en este Instructivo son de aplicación nacional y rigen para los Centros de Recuperación públicos y privados, mismos que son establecimientos que tienen como finalidad brindar atención integral a personas que consumen sustancias psicoactivas.

Art. 3.- (Reformada por la Disposición Reformativa del Acdo. 00000080, R.O. 832, 2-IX-2016).- El Permiso Anual de Funcionamiento es el documento otorgado por la autoridad sanitaria nacional a todos los establecimientos sujetos a vigilancia y control sanitario, dentro de los que se encuentran los Establecimientos que prestan Servicios de Tratamiento a Personas con Consumo Problemático de Alcohol y otras Drogas- ESTAD.

Art. 4.- Para la obtención del Permiso Anual de Funcionamiento, a más de los requisitos establecidos en el Reglamento para Otorgar Permisos de Funcionamiento a Establecimientos Sujetos a Vigilancia y Control Sanitario, expedido mediante Acuerdo Ministerial No. 0000818 de 19 de diciembre de 2008, publicado en el Registro Oficial No. 517 de 29 de enero de 2009 y sus reformas, y demás normativa vigente, los CRs cumplirán también con los requisitos y el procedimiento establecidos en este Instructivo.

Capítulo II PROCEDIMIENTO PARA LA INSPECCIÓN DE ESTABLECIMIENTOS NUEVOS

Art. 5.- Previo a la solicitud para la obtención del Permiso de Funcionamiento, el/la interesado/a presentará a la Dirección Provincial de Salud (DPS) de su jurisdicción, o quien ejerza las competencias de vigilancia y control de los establecimientos objeto del presente Instructivo, una solicitud para asesoramiento técnico - jurídico en la implementación de un CR (ANEXO 1), así como en la elaboración del Reglamento Interno de su establecimiento, documento que contendrá los requisitos señalados en el ANEXO 2, y el Programa Terapéutico (Anexo 10).

Art. 6.- La Dirección Provincial de Salud (DPS), o quien ejerza las competencias de vigilancia y control de los establecimientos objeto del presente Instructivo, dispondrá la conformación de una Comisión Técnica Institucional de Salud (CTIS), que estará integrada por profesionales de la salud y asesoría jurídica, conformando un equipo de al menos: médico/a, psicólogo/a y abogado/a capacitados en los procesos de vigilancia y control sanitario establecidos para el efecto, quienes realizarán la verificación correspondiente para la visita de asesoramiento.

Para el efectivo funcionamiento de la Comisión Técnica Institucional de Salud (CTIS), la Dirección Provincial de Salud o quien ejerza las competencias de vigilancia y control de los establecimientos objeto del presente instructivo podrán conformar una o varias CTIS, según la necesidad de la provincia.

Art. 7.- La DPS, o quien ejerza las competencias de vigilancia y control de los establecimientos objeto del presente Instructivo, programará la visita de asesoramiento de la Comisión Técnica Institucional de Salud (CTIS) al CR, luego de la cual ésta emitirá un informe técnico jurídico (ANEXO 3), en el que se hará constar todas las observaciones y recomendaciones para la implementación del Centro de Recuperación, relacionadas con saneamiento ambiental, infraestructura, equipamiento, recursos humanos, seguridad y documentación (normas, reglamentos, instructivos, manuales, procedimientos, etc.)

La CTIS de la DPS, o quien ejerza las competencias de vigilancia y control de los establecimientos objeto del presente Instructivo, notificará al/a interesado/a con una copia del informe de Asesoría Técnica-Jurídica para su conocimiento y de ser el caso para la implementación de requisitos faltantes.

Art. 8.- El/a interesado/a presentará en la DPS, o a quien ejerza las competencias de vigilancia y control de los establecimientos objeto del presente Instructivo, una solicitud para obtener el Permiso Anual de Funcionamiento (ANEXO 4), adjuntando los documentos citados en el Capítulo III de este Instructivo. La mencionada Comisión Técnica Institucional de Salud (CTIS) que previamente brindó el Asesoramiento, realizará la verificación de la documentación presentada por el/a interesado/a que desea implementar un CR, incluido el proyecto de Reglamento Interno y Programa Terapéutico del establecimiento.

El programa terapéutico mencionado en el inciso anterior, debe ser aprobado exclusivamente por el profesional de psicología de la CTIS.

Art. 9.- Sólo si la evaluación documental es favorable, la Comisión Técnica Institucional de Salud (CTIS), procederá a la inspección del establecimiento, para comprobar si se cumplen los requisitos técnico-sanitarios de saneamiento ambiental, infraestructura, equipamiento, recursos humanos y seguridad del establecimiento, mismos que deben constar en el Reglamento Interno y Programa Terapéutico del CR. Si la evaluación documental no es favorable, se remitirá una copia del informe al/a interesado/a para su conocimiento y para la implementación de requisitos faltantes.

Art. 10.- Para la inspección se emplearán el formulario técnico de inspección para el/la médico, ANEXO 5 y el formulario técnico de inspección para el/la psicólogo/a, ANEXO 6, y se verificará además si el establecimiento está estructurado de conformidad con lo establecido en el proyecto de Reglamento Interno y Programa Terapéutico. De esta última actividad se realizará y dejará constancia en el Acta de Inspección y Constatación de la Veracidad del Contenido de la Documentación para la Aprobación del Reglamento Interno y Programa Terapéutico del Centro de Recuperación (ANEXO 7), que se elaborará al término de la inspección.

Art. 11.- Una vez desarrollada la inspección, la Comisión Técnica Institucional de Salud (CTIS), elaborará el Informe técnico-jurídico de Inspección del Centro de Recuperación (ANEXO 8), que incluirá el resultado de la verificación del contenido del Reglamento Interno y Programa Terapéutico, con el resultado de la Inspección. En él firmarán todos los profesionales que realizaron la inspección y será revisado por el responsable de Vigilancia y Control Sanitario de la DPS, o quien ejerza las competencias de vigilancia y control de los establecimientos objeto del presente Instructivo.

Art. 12.- Solo si el informe de inspección es favorable, la Comisión Técnica Institucional de Salud (CTIS), elaborará una Resolución de Aprobación del Reglamento Interno (ANEXO 9) del establecimiento, la misma que contendrá la firma de la Máxima Autoridad de la DPS, o quien ejerza las competencias de vigilancia y control de los establecimientos objeto del presente Instructivo. La CTIS notificará al interesado mediante oficio, vía física o electrónica, si el Reglamento Interno y Programa Terapéutico fue aprobado o no, y si debe continuar el proceso de Obtención de Permiso de Funcionamiento.

En caso de que el informe de inspección no fuere favorable, la parte interesada podrá volver a insistir en la obtención del permiso de funcionamiento de su CR, durante los seis primeros meses del año fiscal, conforme a lo establecido en el Acuerdo Ministerial No. 0000818 del 19 de diciembre de 2008, siempre y cuando hubiere cumplido con las observaciones detalladas en el informe descritas en el ANEXO 8.

Art. 13.- Si fuere aprobado el Reglamento Interno y Programa terapéutico, el/a interesado/a entregará una copia del mismo a la CTIS de la Dirección Provincial de Salud, o quien ejerza las competencias de vigilancia y control de los establecimientos objeto del presente Instructivo.

Capítulo III

REQUISITOS PARA EMISIÓN DEL PERMISO ANUAL DE FUNCIONAMIENTO DE ESTABLECIMIENTOS NUEVOS

Art. 14.- El/a interesado/a, a más de los requisitos señalados en el Reglamento para Otorgar Permisos de Funcionamiento a los Establecimientos Sujetos a Vigilancia y Control Sanitario expedido mediante Acuerdo Ministerial No. 0000818 de 19 de diciembre de 2008, publicado en el Registro Oficial No. 517 de 29 de enero de 2009 y sus reformas y demás normativa vigente, se presentará los siguientes documentos:

a) Informe favorable final de la Asesoría Técnica – Jurídica, emitido por la Comisión Técnica Institucional de Salud (CTIS) de la DPS, o quien ejerza las competencias de vigilancia y control de los establecimientos objeto del presente Instructivo.

b) Nómina y Hojas de Vida del equipo profesional de salud que va a laborar en el respectivo CR, registrados en el Ministerio de Salud Pública.

c) Nómina y Hojas de Vida del resto de personal: monitores vivenciales, instructores ocupacionales, limpieza, cocina, seguridad u otros del CR.

d) Plan de contingencia en caso de desastres.

e) Nombramiento notariado del Director Técnico Responsable del CR (psicólogo, psiquiatra o médico general que justifique experiencia en drogodependencias).

f) Copia de cédula de ciudadanía del Director Técnico Responsable.

g) Reglamento Interno del CR aprobado por la CTIS de la DPS, o quien ejerza las competencias de vigilancia y control de los establecimientos objeto del presente Instructivo (impreso y digital).

h) Programa Terapéutico (ANEXO 10) aprobado por el/la psicólogo/a miembro de la CTIS de la DPS, o quien ejerza las competencias de vigilancia y control de los establecimientos objeto del presente Instructivo (impreso y digital).

i) Certificado de capacitación de manejo de desechos emitido por la respectiva DPS, o quien ejerza las competencias de vigilancia y control de los establecimientos objeto del presente Instructivo.

j) Certificado del curso sobre manipulación de alimentos para el personal de cocina otorgado por la DPS, o quien ejerza las competencias de vigilancia y control de los establecimientos objeto del presente Instructivo.

k) Licencia Metropolitana Única para el Ejercicio de las Actividades Económicas - LUAE - en el Distrito Metropolitano de Quito; y, en las demás circunscripciones territoriales, el documento que haga sus veces;

l) Contratos del equipo profesional técnico y de apoyo, registrados en el Ministerio de Relaciones Laborables.

Art. 15.- Una vez que la documentación presentada sea aprobada, a el/a interesado/a, en el plazo de 72 horas realizará el depósito de la tasa fijada de conformidad con la ley en la agencia bancaria o dependencia señalada para el efecto. Una vez realizado este pago, el/la interesado/a debe acercarse a la DPS, o quien ejerza las competencias de vigilancia y control de los establecimientos objeto del presente Instructivo, con una copia del comprobante de pago o depósito, para que se emita su Permiso Anual de Funcionamiento.

Art. 16.- El personal responsable de la emisión de los permisos ingresará a la base de datos Institucional la información sobre el nuevo CR, y procederá a imprimir el Permiso Anual de Funcionamiento en original y copia.

Una copia del Permiso Anual de Funcionamiento y los otros requisitos documentales solicitados para el trámite, deben ser debidamente archivados.

Capítulo IV

RENOVACIÓN DEL PERMISO ANUAL DE FUNCIONAMIENTO

Art. 17.- El/a interesado/a presentará en la DPS, o quien ejerza las competencias de vigilancia y control de los establecimientos objeto del presente Instructivo, una solicitud para renovación de Permiso Anual de Funcionamiento (ANEXO 4), si no ha ocurrido cambio de: propietario o representante legal, de profesional responsable, de razón social, de dirección (por cambio de local o actualización de nombres de calles), o cambios en el local, para lo que adjuntará en este trámite, a más de los requisitos citados en el Art. 7, literales g) y h) del Reglamento para otorgar Permisos de Funcionamiento a los Establecimientos Sujetos a Vigilancia y Control Sanitario, los siguientes documentos:

a) Certificado del curso sobre manipulación de alimentos para el personal de cocina otorgado por la DPS, o quien ejerza las competencias de vigilancia y control de los establecimientos objeto del presente Instructivo.

b) Certificado de capacitación de manejo de desechos emitido por la respectiva DPS, o quien ejerza las competencias de vigilancia y control de los establecimientos objeto del presente Instructivo.

c) Actualización de la Nómina y Hojas de Vida del equipo profesional de salud que labora en el CR, registrados en el Ministerio de Salud Pública.

d) Actualización de la nómina y Hojas de Vida del resto del personal: monitores vivenciales, instructores ocupacionales, limpieza, cocina, seguridad u otros que laboran en el CR.

e) Licencia Metropolitana Única para el Ejercicio de las Actividades Económicas - LUAE - en el Distrito Metropolitano de Quito; y, en las demás circunscripciones territoriales, el documento que haga sus veces.

Art. 18.- De existir cambios, el/a interesado/a presentará a más de los requisitos ya mencionados, los siguientes documentos:

- Si hay cambio de razón social, copia del RUC;
- Si hay cambio de propietario o representante legal, copia de la cédula de ciudadanía, copia del certificado de votación, copia del RUC y si corresponde, copia de los estatutos de la sociedad o compañía, y copia del nombramiento del representante legal.
- Si hay cambio de profesional técnico responsable, copia del título registrado en el Ministerio de Salud Pública, copia de la cédula de ciudadanía, contrato de trabajo registrado ante el Ministerio de Relaciones Laborales del nuevo profesional.
- En caso de cambio de domicilio del local, presentará copia del plano a escala 1:50 de las instalaciones del local (elaborado y firmado por un profesional del ramo), croquis y dirección de la ubicación del mismo.
- **Si hay cambios en el Programa terapéutico, se presentará nuevamente el ANEXO 10 y será aprobado por el/la psicólogo/a de la CTIS.**

Art. 19.- La Comisión Técnica Institucional de Salud (CTIS) verificará la documentación presentada y si está en conformidad, procederá a realizar la inspección del CR, utilizando el formulario técnico de inspección para el Médico (ANEXO 5) y el formulario técnico de inspección para el/la Psicólogo/a (ANEXO 6) y se verificará además si el establecimiento está estructurado de conformidad con lo estipulado en el proyecto de Reglamento Interno (ANEXO 2) y Programa Terapéutico (ANEXO 10). De esta última actividad se dejará constancia en el Acta de Inspección y Constatación de la Veracidad del Contenido de la Documentación para la Aprobación del Reglamento Interno y Programa Terapéutico del Centro de Recuperación (ANEXO 7), que se elaborará al término de la inspección.

Art. 20.- Los profesionales que conformen la Comisión Técnica Institucional de Salud (CTIS) elaborarán el Informe Técnico-Jurídico de Inspección de Centro de Recuperación (ANEXO 8), que incluirá el resultado de la verificación del contenido del Reglamento Interno y Programa Terapéutico, con el resultado de la inspección. En él que firmarán todos los profesionales que realizaron la inspección y será revisado por el responsable de Vigilancia y Control Sanitario de las DPS, o quien ejerza las competencias de vigilancia y control de los establecimientos objeto del presente Instructivo.

Art. 21.- Sólo si el informe de inspección es favorable, la Comisión Técnica Institucional de Salud (CTIS) elaborará una Resolución de aprobación del Reglamento Interno (ANEXO 9) del establecimiento, la misma que contendrá la firma de la Máxima Autoridad de la DPS, o quien ejerza las competencias de vigilancia y control de los establecimientos objeto del presente Instructivo. La CTIS notificará al/a interesado/a mediante oficio (vía físico o electrónica) que el informe de inspección es favorable, para que continúe con el proceso de obtención de la Renovación del Permiso Anual de Funcionamiento. Si el informe de inspección no es favorable, se remitirá una copia del mismo al/a interesado/a para su conocimiento y para el cumplimiento de no conformidades. Si el interesado no cumple, no se le renovará el Permiso Anual de Funcionamiento para el CR.

Art. 22.- Solamente si el informe es favorable, la CTIS remitirá la documentación del establecimiento, al personal que otorga los Permisos Anuales de Funcionamiento, e informará al/a interesado/a que el CR cumple con los requisitos documentales y que debe realizar el pago correspondiente en el plazo de 72 horas en la agencia bancaria o en la dependencia señalada para el efecto.

Art. 23.- El personal responsable de la emisión de los permisos ingresará a la base de datos Institucional la información sobre el nuevo CR, y procederá a imprimir el Permiso Anual de Funcionamiento en original y copia. Una copia del Permiso Anual de Funcionamiento y los otros requisitos documentales solicitados, deben ser debidamente archivados.

DISPOSICIONES GENERALES

Primera.- (Reformada por la Disposición Reformatoria del Acdo. 00000080, R.O. 832, 2-IX-2016).- De determinarse presuntas violaciones a la Constitución de la República del Ecuador, Ley Orgánica de Salud y al Reglamento para la Regulación de los Establecimientos que prestan Servicios de Tratamiento a Personas con Consumo Problemático de Alcohol y otras Drogas- ESTAD, en cualquier etapa del Proceso que señala este Instructivo, se pondrá los hechos en conocimiento de la autoridad competente, para su juzgamiento inmediato.

Segunda.- En aplicación al principio de precaución consagrado en el Art. 32 de la Constitución de la República del Ecuador, en los casos de incumplimiento del Art. 130 de la Ley Orgánica de Salud, la Autoridad competente ejecutará las acciones administrativas conducentes a establecer la suspensión de actividades del CR.

DISPOSICIÓN TRANSITORIA

Única.- A partir del año 2013, uno de los requisitos para el otorgamiento del Permiso Anual de Funcionamiento para los Centros de Recuperación, será la presentación del Certificado de capacitación de manejo de desechos, emitido por la Instancia Correspondiente.

DISPOSICIÓN FINAL

De la ejecución del presente Acuerdo Ministerial, que entrará en vigencia a partir de su suscripción, sin perjuicio de su publicación en el Registro Oficial, encárguese a la Subsecretaría Nacional de Vigilancia de la Salud Pública, a través de la Dirección Nacional de Vigilancia y Control Sanitario; a la Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud a través de la Dirección Nacional de Discapacidades, Rehabilitación y Cuidado Especial de Salud; y, a las Direcciones Provinciales de Salud, o quien ejerza las competencias de vigilancia y control de los establecimientos objeto del presente Instructivo, de todo el país.

DADO EN EL DISTRITO METROPOLITANO DE QUITO a, 27 de septiembre del 2012.

ANEXO 1

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
DIRECCIÓN PROVINCIAL DE SALUD DE _____
SOLICITUD PARA ASESORAMIENTO TÉCNICO-JURÍDICO

	.		de		de
(Ciudad)		(Día)		(Mes)	

Sr. (a)

DIRECTOR/A PROVINCIAL DE SALUD DE _____

Yo, (Nombres y Apellidos completos) _____, solicito a Usted autorice a quien corresponda para que proceda con el Asesoramiento Técnico Jurídico para la implementación de un Centro de Recuperación así como en la elaboración del Reglamento Interno y Programa Terapéutico correspondiente al CR de nombre o razón social: _____ Ubicado en: (Distrito, cantón, parroquia, calle principal, número del local e intersecciones) _____

Teléfono: _____ Fax: _____

E-mail _____

Atentamente,

Firma: _____

Nombre: _____

C.C.: _____

ANEXO 2

REQUISITOS PARA LA ELABORACIÓN DEL REGLAMENTO INTERNO DE CR

INTRODUCCIÓN: El Reglamento Interno mencionará tres elementos: el propósito, la importancia y la información sobre el establecimiento. Por tanto relatará su misión (razón de ser) y su visión (proyección para 5 años). El texto comenzará con elementos generales (incluso cronológicamente) hasta llegar al propósito del proyecto en particular. Se sugiere una extensión máxima de 1 página.

El Reglamento Interno deberá estar estructurado por capítulos con sus respectivos contenidos y con artículos que llevará la numeración correspondiente (Ej. Art. 1, Art. 2., Art. 3., etc.). No podrá alterarse el orden que se describe.

Capítulo I PRINCIPIOS GENERALES

La justificación demostrará la necesidad de establecer el Centro de Recuperación, así como la generación de beneficios.

En la definición se fijará con claridad, exactitud y precisión las características puntuales del servicio de atención de salud. Servicios que oferta, número de camas individuales, grupo etario y perfil de población. Definirá si atenderá a hombres o mujeres.

La base legal deberá sustentarse en los siguientes cuerpos legales:

- Ley Orgánica de Salud, publicada en Suplemento del Registro Oficial 423 del 22 de diciembre de 2006.
- Reglamento de Servicios de Salud Privados, Acuerdo Ministerial 12005, publicado en el Registro Oficial 882 del 26 de julio de 1979.
- Manual para Aplicación del Reglamento de Servicios de Salud Privados, Acuerdo Ministerial 2023, publicado en el Registro Oficial 188 de 11 de mayo de 1989.
- Aprobación por parte de los Directores Provinciales de Salud de los Reglamentos Internos de Establecimientos de Salud, Acuerdo Ministerial 1771, publicado en el Registro Oficial 330 de 1 de diciembre de 1999.
- (Reformada por la Disposición Reformatoria del Acdo. 00000080, R.O. 832, 2-IX-2016).- Reglamento para la Regulación de los Establecimientos que prestan Servicios de Tratamiento a Personas con Consumo Problemático de Alcohol y otras Drogas- ESTAD. Acuerdo Ministerial 00000767, del 11 de mayo de 2012.

f. Datos de constitución ante organismos competentes: en caso de tener personería jurídica, acta de constitución de la compañía, en caso de ser fundación presentar la Resolución de Aprobación por entidades competentes.

g. Manejo jurídico de menores de edad.

En los objetivos, se identificará la finalidad hacia la cual deben dirigirse los recursos y esfuerzos para dar cumplimiento a la misión. Los objetivos corresponden a una expresión cualitativa de un propósito en un periodo determinado; deben responder a la pregunta "qué" y "para qué". Son propósitos que el establecimiento se propone alcanzar a través de determinadas acciones.

En las funciones deberá especificarse las tareas que corresponde realizar al establecimiento de atención de salud.

Capítulo II DE LA ORGANIZACIÓN

Organigrama estructural y funcional, modelo de CR, el mismo que deberá estar encabezado por el Director/a Técnico Responsable del CR (psicólogo, psiquiatra o médico general que justifique experiencia en drogodependencias) de acuerdo a la complejidad del CR, del que se desprende el Comité Institucional (integrado por: director técnico, administrador, 1 familiar de los usuarios, 1 miembro del equipo técnico).

Capítulo III MANUAL DE FUNCIONES DE LOS SERVIDORES DE LA UNIDAD DE SALUD

a. Estructura y conformación de cada unidad técnica o administrativa según se describa en el Organigrama Estructural, describir nombres completos de los responsables e integrantes de los Comités,

b. Funciones de cada unidad técnica. (Según el orden del organigrama)

Capítulo IV TARIFARIO

a. De conformidad con el Art. 184 de la Ley Orgánica de Salud en concordancia con la Ley de Derechos de Amparo al Paciente y el Manual de aplicación de Reglamentos de servicios de salud privados estas tarifas se exhibirán en la recepción de forma visible al público:

b. Incluir los valores por los servicios.

c. Fuentes de financiamiento: describa las posibles fuentes de financiamiento elaborando un presupuesto estimativo: mensual y anual, estipule claramente las expectativas de ingresos y egresos que justifiquen el buen funcionamiento y un adecuado tratamiento a los pacientes.

Capítulo V RECURSOS

a) Humanos:

- Perfiles de contratación del personal.

- Describir la nómina del personal (nombres completos), incluir equipo profesional técnico, administrativo y de apoyo, en el que se describa el tipo de contrato.

- Horario de trabajo de todo el personal (técnico, administrativo y de apoyo).

b) Físicos y materiales:

- Descripción de la infraestructura y equipamiento: ambientes con sus dimensiones, mobiliario, equipos materiales, plano a escala 1:50 en el que se hará constar las áreas: administrativa, laboral, terapéutica, recreacional y cualquier otra existente.

Capítulo VI NORMAS Y PROCEDIMIENTOS GENERALES PARA EL PERSONAL, RESIDENTES Y FAMILIARES. (ESTA INFORMACIÓN DEBE CONSTAR EN LA CARTELERA DEL CR PERMANENTEMENTE).

a. Normas para residentes, familiares y personal.

b. Derechos humanos.

c. Derecho de los pacientes (impreso en formato A0) publicado en recepción, comedor y sala multiuso.

Capítulo VII NORMAS Y PROCEDIMIENTOS PARA EL MANEJO DE DOCUMENTACIÓN, ALIMENTOS Y DESECHOS DEL ESTABLECIMIENTO

Se sugiere explicar cada procedimiento, de acuerdo a la normativa legal.

Capítulo VIII DISPOSICIONES GENERALES (TEXTUAL)

De la Presentación de Informes.- La Dirección del establecimiento presentará los informes de labores como lo disponga la normativa legal vigente.

De la Revisión y Actualización del Reglamento Interno.- El presente Reglamento Interno del CR, acorde con sus necesidades, podrá ser revisado y actualizado, posterior a la inspección de verificación documental de la Comisión Técnica Institucional de Salud.

De la Vigencia del Reglamento Interno.- Este Reglamento Interno entrará en vigencia desde la fecha de su aprobación por la DPS, o quien ejerza las competencias de vigilancia y control de los establecimientos objeto del presente Instructivo.

Aprobación del Comité Institucional.- Se declara que este Proyecto fue aprobado en dos sesiones de fechas _____ y _____ por parte del Comité Institucional del CR.

Dado y firmado en la ciudad de Quito, a los _____

Nombre y firma del ABOGADO del establecimiento en libre ejercicio profesional, No. de Matrícula del Colegio de Abogados o No. de Registro en el For de Abogados: _____

Nombre y firma del DIRECTOR/A TÉCNICO RESPONSABLE DEL CR (psicólogo, psiquiatra o médico general que justifique experiencia drogodependencias): _____

Nombre y firma del REPRESENTANTE LEGAL DEL CR: _____

ANEXO 3 CONTENIDO DEL INFORME DE ASESORAMIENTO TÉCNICO-JURÍDICO

DE:	Comisión Técnica Institucional de Salud (CTIS)
PARA:	Responsable de Vigilancia y Control Sanitario de la DPS, o quien ejerza las competencias de vigilancia y control de los establecimientos objeto del presente Instructivo.
ASUNTO:	INFORME DE ASESORAMIENTO TÉCNICO-JURÍDICO
FECHA:	Día, mes, año.
No.	_____

1. ANTECEDENTES Y BASE LEGAL

ACTIVIDADES REALIZADAS

Detalle de todas las actividades realizadas, incluida la visita de Asesoramiento Técnico-Jurídico para la implementación de un Centro de Recuperación, así como la elaboración del Reglamento Interno y Programa Terapéutico del CR. Indicar día, hora, Integrantes de la CTIS que acudió a la visita; personal del CR que atendió a la CTIS, ubicación (dirección del establecimiento), nombre o razón social.

2. RESULTADO DE LA INSPECCIÓN:

Equipo Técnico del CR: Nombres, profesión y horario de trabajo.

Usuarios: Edad, sexo y número de pacientes encontrados al momento de la inspección.

Personal Profesional Técnico: Presente al momento de la inspección, nombres completos.

Personal administrativo y de apoyo: Número, actividad y nombres completos.

Infraestructura

El Centro de Recuperación _____ dispone de:

Detalle pormenorizado de las condiciones y características de la Infraestructura Física encontrada (número de plantas o pisos) distribución; especificar si el edificio es construido para este fin o adaptado; señalar las áreas existentes; oficinas, número de consultorios-equipamiento, número de habitaciones para residentes con o sin baño (completo, medio) y número de camas; espacios para recreación, terapias ocupacionales; comedor, cocina, bodega de alimentos, cafetería, gimnasio, baños del resto del establecimiento; lavandería; espacios recreativos, área de BBQ, horno de leña, etc.

Capacidad de las instalaciones para atención: (Número de pacientes, sexo)

Infraestructura física para el proceso terapéutico: Número de áreas para el desarrollo del proceso terapéutico, espacios verdes (estados), etc.

Documentación disponible: Historias clínicas y otros documentos (formularios a utilizar)

3. OBSERVACIONES

4. CONCLUSIONES

5. RECOMENDACIONES PARA CUMPLIMIENTO DEL CR

Particular que se informa para los fines correspondientes.

Comisión Técnica Institucional de Salud (CTIS).

Dr. /a.	Dr. /a.
DPS-PCVS	DPS-PCVS
Ps	Lcdo/a
DPS- SALUD MENTAL	DPS___-

ANEXO 4
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
DIRECCIÓN PROVINCIAL DE SALUD DE _____

SOLICITUD PARA OBTENER/RENOVAR EL PERMISO DE FUNCIONAMIENTO DE UN CR

		de		de 201
(Ciudad)	(Día)	(Mes)		

Sr (a) Doctor/a _____

DIRECTOR/A PROVINCIAL DE SALUD DE _____

Yo, (Nombres y Apellidos completos) _____, solicito a Usted autorice a quien corresponda me conceda el Permiso de Funcionamiento para el Centro de Recuperación de nombre o razón social: _____ Ubicado en: (Distrito, cantón, parroquia, sector, calle principal, No., e interjecciones) _____
Teléfono: _____ Fax: _____ E-mail _____

Para lo cual adjunto los requisitos documentales solicitados, y me comprometo entre otros a lo siguiente:

- No admitir empleado alguno sin previa obtención del Certificado de Salud.
- Proporcionar a todos mis empleados, prendas reglamentarias de trabajo y cuidar de que éstas se encuentran limpias.
- Tener todos los útiles de manejo que obligan los Reglamentos Sanitarios.
- Notificar inmediatamente en caso de cambio en lo referente a Recurso Humano, Pacientes, Infraestructura.
- No Emitir residente/paciente alguno mientras no cuente con el Permiso de Funcionamiento respectivo (para CR nuevo).

Con sentimientos de estima, y consideración,

Firma: _____	Firma: _____
(Director Técnico Representante del CR)	(Representante Legal del CR)
Nombre: _____	Nombre: _____
C.C.: _____	C.C.: _____

ANEXO 5

FORMULARIO TÉCNICO DE INSPECCIÓN DEL MÉDICO PARA CENTROS DE RECUPERACIÓN PARA TRATAMIENTO A PERSONAS CON ADICCIONES O DEPENDENCIA A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.

Ministerio de Salud Pública					
Dirección Provincial de Salud de					
FORMULARIO TÉCNICO DE INSPECCIÓN DEL MÉDICO PARA CENTROS DE RECUPERACIÓN					
Lugar y fecha:			Hora de inicio:		Hora de término:
1) ANTECEDENTE(S)					
MOTIVO DE LA INSPECCIÓN					
1. Por petición del interesado/a ()		2. Por operativo de control ()		3. Petición de Autoridad ()	
4. Otros, especifique: _____					
Permiso de Funcionamiento Centro de Recuperación:			Nuevo ()		Renovación ()
CAMBIO DE PROPIETARIO		CAMBIO DE DIRECCIÓN		CAMBIO DE RAZÓN SOCIAL	
NOMBRE NUEVO PROPIETARIO:		Traslado		Nuevo nombre o razón social:	
		Actualización de nomenclatura			
		Croquis de ubicación		Dirección nuevo local:	
C.C.:		Plano a escala 1:50			
Nombre de la persona que realiza la petición / solicitud:				No. de ingreso de solicitud:	
				Fecha de ingreso de solicitud:	
2) DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO (VERIFICADOS CON DOCUMENTOS)					
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:				DDS/ÁREA DE SALUD No:	
TIPO:				CÓDIGO:	
Actividad (es) del establecimiento:					
DIRECCIÓN (Zona, distrito, cantón, parroquia, calle principal, No. del local, calle secundaria, referencia de ubicación, sector):				Telf fijo:	
				Telf celular:	
Fax:		E-mail:			
DIRECTOR TÉCNICO REPRESENTANTE LEGAL: (NOMBRE COMPLETOS):				No. C.C./ Pasaporte:	
Año último de permiso funcionamiento:		# R.U.C. del CR:		E-mail/Telf celular:	
NÚMERO DE PACIENTES QUE SE ENCUENTRAN:			CAPACIDAD DE ATENCIÓN:		
PERSONAS QUE PROPORCIONAN LA INFORMACIÓN A LA CTI:					
NOMBRE:			CARGO:		
NOMBRE:			CARGO:		
REQUISITOS Y PARÁMETROS DE CONTROL					
3) CLASIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD:					
TIPO	CÓDIGO	CATEGORÍA:	HOMBRES	MUJERES	
CENTRO DE DESINTOXICACIÓN					
COMUNIDAD TERAPÉUTICA					
CENTROS DE RECUPERACIÓN INTEGRAL					
4) TARIFARIO DE LOS SERVICIOS DE SALUD					
CUENTA CON TARIFARIO EN EXHIBICIÓN			SI	NO	
5) DOCUMENTACIÓN, EL CR CUENTA CON:					
Permiso de Funcionamiento	AÑO	SI	NO		
Licencia metropolitana de funcionamiento que incluya permiso de bomberos (según jurisdicción)		SI	NO		
Los títulos y certificado del Senescyt del equipo técnico profesional		SI	NO		
Los carnets de salud ocupacional de todo el personal No.		SI	NO		
Contrato notariado del Director Técnico Responsable del CR (psicólogo, psiquiatra o médico general que justifique experiencia en drogodependencias)		SI	NO		
El Reglamento Interno aprobado por la Dirección Provincial de Salud		SI	NO		
El certificado de manipulación de alimentos		SI	NO		
El certificado de manejo de desechos		SI	NO		
El diagnóstico integral de residentes (medicina, psiquiatría, psicología, trabajo social)		SI	NO		
Formularios de consentimiento informado de usuarios		SI	NO		
Los contratos terapéuticos suscritos entre las partes (paciente/apoderado y el propietario)		SI	NO		
Horario de actividades de todo el personal profesional técnico publicado		SI	NO		

Horario de actividades de los pacientes publicado	SI		NO	
Los formularios de la historia clínica única del MSP	SI		NO	
Derecho de los pacientes (impreso en formato A0) publicado en recepción, comedor y sala multiuso	SI		NO	

6) EQUIPO PROFESIONAL TÉCNICO	NOMBRE		HORARIO	
MÉDICO PSIQUIATRA				
MÉDICO GENERAL				
PSICÓLOGO/A CLÍNICO/A (1 por cada 10 ptes)				
TRABAJADOR/A SOCIAL				

OBSERVACIONES:

--	--	--	--	--	--	--	--

6.1 PASANTES	No.	NOMBRE	SUPERVISADO POR:	
Psicología	SI	NO		
Trabajo Social	SI	NO		
Terapia Ocupacional	SI	NO		

OBSERVACIONES:

--	--	--	--	--	--	--	--

7) PERSONAL ADMINISTRATIVO Y DE APOYO	NOMBRE		HORARIO	
JEFE ADMINISTRATIVO	SI	NO		
MONITORES VIVENCIALES CON REQUISITOS SOLICITADOS	SI	NO		
SECRETARÍA CONTADORA	SI	NO		
CONSERJE Y/O GUARDIA	SI	NO		
COCINERO/A	SI	NO		
NUTRICIONISTA (Interconsulta)	SI	NO		
PERSONAL DE LIMPIEZA	SI	NO		
Instructor/es de Terapia Ocupacional	SI	NO		
Personal de apoyo, especificar:	SI	NO		

OBSERVACIONES:

--	--	--	--	--	--	--	--

8) USUARIOS/AS, RESIDENTES, PACIENTES	
Total de Número de Pacientes	
¿Cuenta con interprete para personas que hablan otro idioma?	SI NO
El CR dispone de un registro de ingresos y egresos de los/las pacientes SI	SI NO

OBSERVACIONES:

--	--	--	--	--	--	--	--

9) CONDICIONES SANITARIAS:	
Total de Baños para Pacientes	¿Cuántos baños hay fuera de los dormitorios ?
Dispone de los servicios básicos agua, luz, alcantarillado, teléfono, internet.	SI NO
Dispone de agua caliente y fría	SI NO
Instalaciones eléctricas bien protegidas	SI NO
Dispone de suficiente iluminación	SI NO
Dispone de suficiente ventilación	SI NO
Ubicación y alrededores de acuerdo a normativa legal	SI NO
Cuenta con instalaciones sanitarias higiénicas suficientes	SI NO
Dispone barreras arquitectónicas adaptadas para discapacitados	SI NO
Las instalaciones sanitarias aseguran la privacidad	SI NO

OBSERVACIONES:

--	--	--	--	--	--	--	--

10) ÁREA DE DORMITORIOS

HABITACIONES	NÚMERO CAMAS INDIVIDUALES	NÚMERO COLCHONES Y ALMOHADAS CON FORROS	NÚMERO DE CLOSETS Y VELADORES	NÚMERO MEDIO BAÑO	NÚMERO BAÑO COMPLETO	SOLO DUCHA Y LAVABOS	CONDICIONES SANITARIAS		OBSERVACIONES
							Buenas	Malas	
No. 1									
No. 2									
No. 3									
No. 4									
No. 5									
No. 6									
No. 7									
No. 8									
No. 9									
No. 10									
No. 11									
No. 12									
No. 13									
No. 14									
No. 15									
No. 16									
No. 17									
No. 18									
No. 19									
TOTAL NÚMERO									

OBSERVACIONES:

11) ALIMENTACIÓN

Exhibe la planificación del menú		SI		NO	
Cuenta con personal de nutrición para asesoría de menú		SI		NO	
Menú semanal y dietas especiales prescrito por profesional de nutrición publicado en cocina		SI		NO	
¿La persona encargada de la cocina se ha capacitado en el curso de manipulación de alimentos y dispone del certificado?		SI		NO	
Cuenta con	Desayuno		Almuerzo		Merienda
					Refrigerios No.

OBSERVACIONES:

12) CONDICIONES DE INFRAESTRUCTURA

Consultorio médico general /médico psiquiatra		SI		NO	
Consultorio de Psicología		SI		NO	
Oficina de Trabajo Social		SI		NO	
Área administrativa		SI		NO	
Área de Gimnasia		SI		NO	
Área de Talleres Ocupacionales		SI		NO	
Salón multi-uso		No. pacientes		Capacidad	
Comedor		No. pacientes		Capacidad	
Cocina equipada y en buenas condiciones sanitarias		SI		NO	
Dispone de:		Alacena		Bodega de víveres secos	Refrigeradoras No.
Área de lavandería y secado de ropa		Lavadora No.			SECADORA No.
Espacios Verdes	Total m²:			SI	NO

Canchas Deportivas	SI		NO																	
Huertos Familiares	SI		NO																	
Piscina: realiza el mantenimiento de agua y alrededores, registrado en documento para el efecto	SI		NO																	
OBSERVACIONES:																				
<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																				
13) CONDICIONES DE SEGURIDAD - EL CR DISPONE DE:																				
Plan de Contingencia para Desastres aprobado por el Cuerpo de Bomberos	SI		NO																	
Luces de emergencia	SI		NO																	
Instalaciones de gas de acuerdo a normativa	SI		NO																	
Señalización de ubicación y puntos de escape	SI		NO																	
Extintores de acuerdo a normativa legal, con fecha vigente de utilidad.	SI		NO																	
14) MANEJO ADECUADO DE MEDICAMENTOS																				
Cuenta con Botiquín de primeros auxilios	SI		NO																	
Existen medicamentos caducados y/o sin registro sanitario	SI		NO																	
Existen insumos médicos sin registro sanitario	SI		NO																	
OBSERVACIONES:																				
<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																				
15) ALMACENAMIENTO FINAL DE DESECHOS, EL CR DISPONE DE:																				
Contenedores diferenciados de Almacenamiento Final	SI		NO																	
Basura Común: recipiente de color negro con funda negra rotulado y con tapa	SI		NO																	
Basura Infecciosa: recipiente de color rojo, funda roja y con tapa	SI		NO																	
Baños recipientes con funda roja	SI		NO																	
Consultorio Médico/Psiquiatra cuatro tipos de recipientes (desecho común, infeccioso, cortopunzante y especiales)	SI		NO																	
OBSERVACIONES:																				
<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																				
CONCLUSIONES																				
APLICA		NO APLICA																		
REUNE REQUISITOS PARA AUTORIZAR:																				
PERMISO DE FUNCIONAMIENTO	SI		NO																	
TRASLADO	SI		NO																	
CAMBIO DE RAZÓN SOCIAL	SI		NO																	
CAMBIO DE PROPIETARIO	SI		NO																	
OTROS (Especificar) _____																				
CIUDAD:		FECHA:																		
Firmas																				
COMISIÓN QUE INSPECCIONA EL CENTRO DE RECUPERACIÓN (Nombre y Firma):		PROPIETARIO/SOLICITANTE																		
<table border="1"> <tr> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td></td> </tr> </table>						<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>														
Nombre:		Nombre:																		
Nombre:		Nombre:																		
Nombre:		Nombre:																		
Nombre:		Nombre:																		
Se entrega una copia de este documento al usuario, con lo cual se atiende la orden/ petición ingresada con No.....																				
Fecha:....., solicitada por:.....																				

ANEXO 6

FORMULARIO TÉCNICO DE INSPECCIÓN DEL/LA PSICÓLOGO/A PARA ESTABLECIMIENTOS QUE PRESTAN SERVICIOS DE TRATAMIENTO A PERSONAS CON CONSUMO PROBLEMÁTICO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS- ESTAD.
(Título reformado por la Disposición Reformatoria del Acdo. 00000080, R.O. 832, 2-IX-2016).

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA									
Dirección Provincial de Salud de _____									
FORMULARIO TÉCNICO DE INSPECCIÓN DEL PSICÓLOGO/A PARA CENTROS DE RECUPERACIÓN									
1.- DATOS INFORMATIVOS									
Nombre del CR:					Teléfono:				
Correo Electrónico:					Dirección:				
Director Administrativo:			Teléfono:		Correo Electrónico:				
Director Técnico Responsable del CR:			Teléfono:		Correo Electrónico:				
2.- FECHA DE INSPECCIÓN:				HORA INICIO:			HORA FINAL:		
3.- TIPO DE VISITA									
Inspección	Re Inspección	Operativo de control		Por denuncia					
4.- USUARIOS									
	Número	Consumo alcohol	Consumo drogas	Consumo mixto	Trastorno dual	Trastorno conducta	Otro		
Adolescentes									
Adultos									
Adulto Mayores									
Total									
5.- DROGAS DE MAYOR CONSUMO (especifique):									
6. TEORÍAS O MODELOS DE TRATAMIENTO (especifique):									
7. PROGRAMA TERAPÉUTICO (PT)									
Ruta de atención		si	no	Reactivos psicológicos		si	no		
Manual de Funciones de los profesionales		si	no	Código de Ética		si	no		
Programa terapéutico (PT)		si	no	Cronograma de actividades diarias		si	no		
Fines y objetivos del PT		si	no	Protocolos		si	no		
Especifique cuáles reactivos que utilizan:									
Tiempo aproximado de tratamiento			No. Días	No. Horas					
8.- TIPO DE TERAPIA Y RESPONSABLES									
Tipo de terapia	Psicólogo	Psiquiatra	Trabajadora Social	Terapia ocupacional	Monitor vivencial	Guía Espiritual	Otro		
Individual									
Grupal									
Terapia familiar									
Multifamiliar									
Ocupacional									
Otra									
Observación:									
9) ESTRATEGIAS DE CONTROL									
9.1.- Medidas disciplinarias									
Amonestación verbal					si	no			
Aislamiento					si	no			
Supresión de alimentos					si	no			
Experiencia de aprendizaje					si	no			
Expulsión					si	no			
Otros (especifique):									

9.2.- Recompensas o premios								
Ascenso o promoción					si		no	
Privilegio o premio					si		no	
Reconocimiento					si		no	
Otros (especifique):								
10) INTEGRACIÓN SOCIAL (familiar, laboral, académica, etc.)								
Programa de Integración social	si	no		TIEMPO DE DURACIÓN				
Fase de Integración familiar	si	no						
Fase de Integración escolar	si	no						
Fase de Integración laboral	si	no						
Programa de seguimiento	si	no						
Tienen convenios con instituciones, ¿cuáles?:	si	no						
11) PLANES ALTERNOS EN CASO DE FRACASO DEL PROGRAMA TERAPÉUTICO, RECAÍDAS (DESCRIBIR):								
12) EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DEL PROGRAMA TERAPÉUTICO								
TIPO DE EVIDENCIA	si	no						
Testimonios	si	no						
Información de los pacientes	si	no						
Información de familiares	si	no						
Integración familiar, laboral, académica	si	no						
Instrumentos para la evaluación (encuestas, visitas domiciliarias, entre otros, especifique):								

ANEXO 7

FORMATO DEL ACTA DE INSPECCIÓN Y CONSTATAción DE LA VERACIDAD DEL CONTENIDO DE LA DOCUMENTACIÓN PARA LA APROBACIÓN DEL REGLAMENTO INTERNO Y PROGRAMA TERAPÉUTICO DEL CR.

ACTA DE INSPECCIÓN Y CONSTATAción DE LA VERACIDAD DEL CONTENIDO DE LA DOCUMENTACIÓN PARA LA APROBACIÓN DEL REGLAMENTO INTERNO Y PROGRAMA TERAPÉUTICO DEL CENTRO DE RECUPERACIÓN.....

En la ciudad de:.....a los.....días del mes de..... de 2...., entre Dirección Provincial de Salud de....., representada por (nombres completos), Integrantes de la Comisión Técnica Institucional de Salud (CTIS) (nombres de cada uno)....., el interesado/a (nombre completo) y el Director/a Técnico Responsable CR (psicólogo, psiquiatra o médico general que justifique experiencia en drogodependencias)....., Razón Social del CR....., ubicado en (dirección)....., una vez recibido el Reglamento Interno y Programa Terapéutico del Centro de Recuperación indicado, ha procedido a la verificación documental y física, determinando que el Establecimiento:

SI CUMPLE con los requisitos y lo señalado en el reglamento interno presentado

☐

NO CUMPLE con los requisitos y lo señalado en el reglamento interno presentado

☐

La Comisión Técnica Institucional de Salud (CTIS)

Dr. /a.	Dr. /a.
DPS-PCVS	DPS-PCVS
Ps.	Lcdo/a
DPS - SALUD MENTAL	DPS-

Representantes del CR	
Firma: _____	Firma: _____
Nombre: _____	Nombre: _____
C.C.: _____	C.C.: _____

ANEXO 8

FORMATO INFORME TÉCNICO - JURÍDICO DE INSPECCIÓN DEL CENTRO DE RECUPERACIÓN

DE:	Comisión Técnica Institucional de Salud (CTIS)
PARA:	Responsable de Vigilancia y Control Sanitario de la DPS, o quien ejerza las competencias de vigilancia y control de los establecimientos objeto del presente Instructivo.

ASUNTO: INFORME DE INSPECCIÓN Y CONSTATAción DEL CONTENIDO DE LA DOCUMENTACIÓN PARA LA APROBACIÓN REGLAMENTO INTERNO Y PROGRAMA TERAPÉUTICO DEL CENTRO DE RECUPERACIÓN.....

FECHA:	Día, mes, año
No.	

1. ANTECEDENTE(S)

2. ACTIVIDADES REALIZADAS

Ejemplo:

La Comisión Técnica Institucional de Salud (CTIS) conformada por:.....(nombres y apellidos de los profesionales)....., acudió el día...mes...año..., a la dirección.....(Distrito, cantón, calle principal, No. del local, calle secundaria), a fin de realizar la inspección del establecimiento con razón social o denominación....., Director/a Técnico Responsable del CR (psicólogo, psiquiatra o médico general que justifique experiencia en drogodependencias) es el señor/a.....(nombres y apellidos)....., y para constatar la veracidad del contenido de la documentación para la aprobación del reglamento interno y programa terapéutico del Centro de Recuperación.

La Comisión Técnica Institucional de Salud (CTIS) fue recibida por:.....(nombres y apellido de la(s) persona(s) del centro de Recuperación).....

El resultado de la inspección y revisión documental se recoge en los Formularios Técnicas de Inspección: 1) Del Médico y 2) Del Psicólogo/a.

3. OBSERVACIONES

Si fuera necesario (ejemplo):

Cabe indicar que a la fecha de inspección..... en el establecimiento.....se encontró:(detallar la condición, situación que no esté acorde a lo que se espera de este tipo de establecimientos o las No Conformidades encontradas si las hubiera. Aquí también se podrá hacer alguna aclaración, etc.)

Se indicará además sobre la revisión de la información señalada en el Reglamento Interno y Programa Terapéutico comparado con lo encontrado en las instalaciones del CR. Si cumple o no cumple.

4. CONCLUSIONES

Según corresponda se informará (ejemplo):

- A la fecha de inspección el establecimiento XXXXX, **no/si** cumple con los requisitos contenidos en los Formularios Técnicos de Inspección adjuntos y en la normativa vigente.

- Se verifica que el establecimiento **no/si** cumple con todos los requisitos documentales, de infraestructura, de Recursos Humanos, equipamiento, normativa, mencionados en el Reglamento Interno y Programa Terapéutico del mismo.

5. RECOMENDACIONES

Según corresponda (Ejemplo)

- Remitir copia del informe al/la Director/a Provincial de Salud, o quien ejerza las competencias de vigilancia y control de los establecimientos objeto del presente Instructivo y solicitar la Aprobación del Reglamento Interno y Programa Terapéutico del Centro de Recuperación.....

- Enviar el informe a la Comisaría de Salud para trámite y resolución legal del caso (cuando se observe presunta infracción y deba ser conocido por esta Autoridad de Salud).

Se deja constancia que durante la inspección realizada a la fecha del..... (___ día ___ mes ___ año)....., se verificó objetivamente la información recogida en los formularios técnicos de inspección y la mencionada anteriormente. En lo posterior a esta fecha deslindamos cualquier responsabilidad por cambios en la estructura, funcionamiento y organización del establecimiento. Se anexa el Reglamento Interno y Programa Terapéutico presentado a la DPS o quien ejerza sus competencias, y los formularios técnicos de inspección.

Particular que informamos, para los fines correspondientes.

La Comisión Técnica Institucional de Salud (CTIS)

Dr. /a.	Dr. /a.
DPS-PCVS	DPS-PCVS
Ps.	Lcdo/a
DPS- SALUD MENTAL	DPS-

ANEXO 9

FORMATO PARA LA RESOLUCIÓN DE APROBACIÓN DEL REGLAMENTO INTERNO DEL CR.

No.

El Director/a Provincial de Salud de _____

CONSIDERANDO:

Que; de conformidad con el Artículo 180 de la Ley Orgánica de Salud establece que la Autoridad sanitaria nacional regulará, licenciará y controlará el funcionamiento de los servicios de salud públicos y privados, con y sin fines de lucro, autónomos, comunitarios y de las empresas privadas de salud y medicina prepagada y otorgará su permiso de funcionamiento. Regulará los procesos de licenciamiento y acreditación. Regulará y controlará el cumplimiento de la normativa para la construcción, ampliación y funcionamiento de estos establecimientos de acuerdo a la tipología, basada en la capacidad resolutive, niveles de atención y complejidad.

Que; el Reglamento de Servicios de Salud Privados, publicado en el Registro Oficial No. 882 de fecha 26 de Julio de 1979, el Manual de Procedimientos para la aplicación de dicho Reglamento disponen que los Hospitales y Clínicas Privadas deben poseer un Reglamento Interno de Organización Funcional.

Que; Mediante Acuerdo Ministerial No. 1771 de 16 de noviembre de 1999, publicado en el Registro Oficial No. 330 de 1 de diciembre de 1999, el señor Ministro de Salud Pública delegó a los directores provinciales de salud del país, en sus respectivas jurisdicciones, para que mediante resolución aprueben los reglamentos internos de los establecimientos de salud privados: clínicas, hospitales, institutos médicos y servicios de rehabilitación física y mental.

Que; el Ministerio de Salud Pública está ejecutando el programa de desconcentración de sus servicios a las Direcciones Provinciales de Salud; y,

En uso de sus facultades legales.

RESUELVE:

Art. 1.- Aprobar el Reglamento Interno del Centro de Recuperación:

Ubicado en.....

Nombre:

Firma y sello

ANEXO 10

MODELO DE PROGRAMA TERAPÉUTICO DEL CR

1. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN (datos que justifiquen el problema, su tratamiento y la creación del CR)

2. DESARROLLO DE LA GUÍA DE TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN E INTEGRACIÓN SOCIAL

2.1. OBJETIVOS

2.1.1. Objetivo general

2.1.2. Objetivos específicos

2.2. TEORÍAS Y MODELOS EXPLICATIVOS APLICADOS AL TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN A PERSONAS QUE CONSUMEN SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

- Descripción del enfoque o modelo terapéutico y su aplicabilidad en el tratamiento de adicciones.
- Tipos de terapias con objetivos, justificativos, actividades, recursos y responsables.
- Terapias de apoyo (ocupacional, espiritual, recreacional, vivencial, entre otras), con objetivos, justificativos, actividades, recursos y responsables.

2.3. DESCRIPCIÓN DE LAS FASES DE TRATAMIENTO

Se deberá describir las fases del programa terapéutico, estableciendo tiempos aproximados, objetivos, actividades y responsables.

El programa terapéutico podría incluir:

- Fase de Evaluación y Diagnóstico: En esta fase se realiza la historia clínica, aplicación de test y la planificación terapéutica individual, se realizan informes médicos, psicológicos, sociales, psiquiátricos.
- Fase Adaptación y Motivación: Indicaciones generales, dar a conocer las normas internas, horario de actividades y su plan de tratamiento. Motivación al tratamiento.
- Fase de Rehabilitación: Objetivo reeducar a los usuarios en sus áreas de pensamiento, comportamiento (actitud), emocional.
- Fase de integración social (familiar, social y laboral o académica): Proceso coordinado con el equipo técnico interdisciplinario. Debería contar con convenios interinstitucionales para el proceso de integración laboral. Es necesario contar con un programa de integración con objetivos y actividades definidas.
- Fase de Seguimiento: Esta fase debe durar mínimo un año, coordinando con cada usuario para que continúe asistiendo a tratamiento de manera ambulatoria. Llamadas telefónicas a familiares, grupos de autoayuda, programa de prevención de recaídas, entre otros.
- Evaluación: Deberá ser un proceso continuo bajo la responsabilidad de todo el equipo técnico interdisciplinario. Las evaluaciones deben ser permanentes.

3. EQUIPO TÉCNICO: Descripción de perfil de los profesionales y funciones.

4. AUTO CUIDADO DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO

Debe contemplarse actividades de auto-cuidado del equipo técnico interdisciplinario, considerando que en el abordaje del problema de las adicciones el riesgo de *BURNOUT* (agotamiento psíquico y físico) es muy alto.

Nombre y firma del DIRECTOR/A TÉCNICO RESPONSABLE DEL CR (psicólogo, psiquiatra o médico general que justifique experiencia en drogodependencias): _____

Nombre y firma del REPRESENTANTE LEGAL DEL CR: _____

Nombre y firma del equipo terapéutico (equipo profesional de salud, monitores vivenciales, instructores de terapia ocupacional u otros comprometidos): _____

FUENTES DE LA PRESENTE EDICIÓN DEL INSTRUCTIVO PARA OTORGAR EL PERMISO ANUAL DE FUNCIONAMIENTO A LOS CENTROS DE RECUPERACIÓN PARA TRATAMIENTO A PERSONAS CON ADICCIONES O DEPENDENCIAS A SUSTANCIAS

PSICOÁCTIVAS

- 1.- Acuerdo 00001993 (Registro Oficial 817, 25-X-2012)
- 2.- Acuerdo 00000080 (Registro Oficial 832, 2-IX-2016).