

COMU.

I. MUNICIPALIDAD DE LOTA
DEPARTAMENTO DE SALUD
ALCALDÍA

APRUEBA CONVENIO

LOTA, 16 de Abril del 2007

DECRETO D.S.M. N° 224

VISTOS

Resolución Exenta 2ª.22 N° 667 de fecha 13.03.2007 suscrito entre el Servicio de Salud Concepción y la I. Municipalidad de Lota, y en uso de las facultades que me confieren los Arts. 12° y 63° del D.F.L. N° 1/2006, que refunde la Ley N° 18.695, Orgánica Constitucional de Municipalidades.

DECRETO:

1.- Apruébase Convenio de fecha 05.03.2007 firmado suscrito entre el Servicio de Salud Concepción y la I. Municipalidad de Lota

2.- Mediante el presente instrumento el Servicio de Salud Concepción se obliga a transferir a la I. Municipalidad de Lota, la suma de \$ 1.249.200 (Un millón doscientos cuarenta y nueve mil doscientos pesos), para implementar en los Centros de Salud Dr. Juan Cartes Arias, y Dr. Sergio Lagos Olave un Programa de **Detección y Tratamiento Temprano del Consumo Problema y la Dependencia de Alcohol y otras Sustancias Psicoactivas en la Atención Primaria.-**

3.- Impútese el gasto que genere el cumplimiento del presente Convenio a la Cuenta 61316 Aplicación de Fondos en Administración.-

ANÓTESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE.-

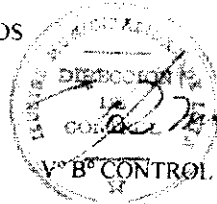


PATRICIO MARCHANT ULLOA
ALCALDE



JOSÉ MIGUEL ARJONA BALLESTEROS
SECRETARIO MUNICIPAL

Distribución:
- La indicada.
- C/c. Finanza
- Archivo.



YIL/LBF/ppr.-



GOBIERNO DE CHILE
 MINISTERIO DE SALUD
 SERVICIO SALUD CONCEPCIÓN GESTOR DE REDES
 DEPTO. SUBDIRECCIÓN GESTIÓN ASISTENCIAL
 DEPTO. GESTIÓN DE LA RED

RESOLUCIÓN EXENTA 2A.22 N° 667 /

DRA. MCMV/DRA. MPAB/AS. SBA/ocr.

CONCEPCIÓN, 13 MAR 2007

VISTOS: estos antecedentes, relacionados con el apoyo a la Política y Plan de Salud Mental y Alcohol y Drogas año 2001, el "Programa Detección y Tratamiento Temprano del Consumo Problema y Dependencia de Alcohol y otras Sustancias Psicoactivas en la Atención Primaria", aprobado por Resoluciones Exentas N°s 330 del 14.02.2007, 357 del 10.02.06 y 409 del 13.02.2004 ambas del MINSAL y Resolución Exenta N° 2A/1101 del 08.05.2006 del SSC. y Convenio suscrito con fecha 05.03.2007 entre la Ilustre Municipalidad de Lota y el Servicio de Salud Concepción Gestor de Redes. y teniendo presente las facultades que me confieren los Artículos 19 y 20 letra h) del DL. N° 2763/79, Artículos 6 y 8 del DS. 140/2004 y DS. 40/02.06.05; ambos del Ministerio de Salud y Resolución N° 520/96 de la Contraloría General de la República, dicto la siguiente:

RESOLUCION

1.- **APRUEBASE**, el Convenio suscrito entre el **Servicio Salud Concepción Gestor de Redes** y la **Ilustre Municipalidad de Lota**, de fecha 05 de Marzo del 2007, el cual se entiende forma parte integrante de la presente Resolución.

2.- **IMPÚTASE**, el gasto que irrogue el presente Convenio al ítem 24.03.298.002 "Reforzamiento Municipal"

ANÓTESE Y COMUNÍQUESE.



Jaime Sepúlveda Cisternas
 DR. JAIME SEPÚLVEDA CISTERNAS
 DIRECTOR
 SERVICIO SALUD CONCEPCIÓN
 GESTOR DE REDE



ARTICULACIÓN Y DESARROLLO DE LA RED
 RES INT. 40 /05.03.2007
 DISTRIBUCIÓN

- o Asesoría Jurídica SSC.
- o Depto. Finanzas SSC.
- o AS. Sandra Bahamondes, Depto. Gestión de la Red
- o Secretaria Depto. Gestión de la Red
- o Archivo
- o Of. De Partes

Lo que transcribo a Ud., para su conocimiento y fines pertinentes.

Ricardo Espinosa Ríos
 MINISTRO DE FE



RICARDO ESPINOSA RÍOS

CONVENIO

PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO INTEGRAL DEL CONSUMO DE ALCOHOL Y DROGAS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

En Concepción, a 05 de Marzo del 2007 entre el **SERVICIO DE SALUD CONCEPCIÓN GESTOR DE REDES**, persona jurídica de derecho público, domiciliado en Calle Libertador Bernardo O'Higgins N° 297 Concepción, representado por su Director **DR. JAIME SEPULVEDA CISTERNAS**, del mismo domicilio, en adelante el Servicio y la **ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE LOTA**, persona jurídica de derecho público, domiciliada en Calle Pedro Aguirre Cerda N° 302 Lota, representada por el Alcalde **D. PATRICIO MARCHANT ULLOA**, de ese mismo domicilio, en adelante la Municipalidad, se acuerda celebrar un convenio, que consta de las siguientes cláusulas:

PRIMERO : Conforme a lo establecido en el decreto con fuerza de ley N° 1-3063, de 1980, del Ministerio del Interior y sus normas complementarias; a lo acordado en los convenios celebrados en virtud de dichas normas entre el Servicio y la Municipalidad, especialmente el denominado convenio per cápita, aprobado por los correspondientes decretos supremos del Ministerio de Salud; y a lo dispuesto en la ley N° 19.378, que aprueba el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal, la Municipalidad administra, entre otros establecimientos asistenciales de atención primaria, por los siguientes Centros de Salud:

Centro de Salud Dr. Juan Cartes Arias
Cousiño S/N Lota Alto, Lota
Fono: 876643

Centro de Salud Dr. Sergio Lagos Olave
Matta N° 405 Lota Bajo, Lota
Fono: 876299

SEGUNDO : Las partes dejan constancia que de acuerdo a lo establecido en el inciso segundo del artículo 56 de la ley N° 19.378 y en decreto vigente, del Ministerio de Salud, que determina aporte estatal a las entidades administradoras de salud municipal, el aporte estatal mensual puede incrementarse en el caso que las normas técnicas, planes y programas que imparte el Ministerio de Salud importen un mayor gasto para la municipalidad.

TERCERO : En el marco de la Reforma de Salud, cuyos principios orientadores son Equidad, Participación, Descentralización, y Satisfacción de los Usuarios, una de las áreas relevantes está representada por la Atención Primaria. Esta incorpora en su proceso de reforma y modernización una mayor resolutiveidad en las prestaciones de salud a las personas proporcionando a los individuos, familia y comunidad, el cuidado de la salud que responda a sus necesidades de manera integral, continua, oportuna, accesible y de calidad.

Con el objetivo de implementar debidamente lo anterior, el Ministerio de Salud ha aprobado el denominado "**Programa de Detección y Tratamiento Temprano del Consumo Problema y la Dependencia Alcohol y otras Sustancias Psicoactivas en la Atención Primaria**" y que se entiende forma parte integrante del presente convenio, Anexo N° 1. Dicho Programa se aplicará en determinadas comunas y establecimientos del país, previamente seleccionados.

CUARTO : La Municipalidad se compromete a implementar el "**Programa de Detección y Tratamiento Temprano del Consumo Problema y la Dependencia Alcohol y otras Sustancias Psicoactivas en la Atención Primaria**", señalado en este Convenio, en los establecimientos identificados en la cláusula primera.

- **Centro de Salud Dr. Juan Cartes Arias**
(mínimo 15 personas, 5 de ellas con intervenciones preventivas y las 10 restantes con intervenciones terapéuticas, por un total \$ 684.000)
- **Centro de Salud Dr. Sergio Lagos Olave**
(mínimo 13 personas, 5 de ellas con intervenciones preventivas y las 8 restantes con intervenciones terapéuticas, por un total \$ 565.200)

QUINTO : El Municipio se compromete a coordinar la implementación de un Programa de Capacitación con el Servicio de Salud y garantizar la participación del equipo de salud, médicos y profesionales específicos del **"Programa de Detección y Tratamiento Temprano del Consumo Problema y la Dependencia Alcohol y otras Sustancias Psicoactivas en la Atención Primaria"** y aportar el local y la logística necesaria. Estos gastos están considerados en los fondos transferidos para el desarrollo del Programa referido en la cláusula tercera.

SEXTO : El Servicio de Salud, se compromete a diseñar e implementar un Programa de Capacitación, en coordinación con el Municipio, para los equipos de salud, médicos y profesionales específicos del **"Programa de Detección y Tratamiento Temprano del Consumo Problema y la Dependencia Alcohol y otras Sustancias Psicoactivas en la Atención Primaria"** de los establecimientos seleccionados en la cláusula primera.

SEPTIMO : El Servicio de Salud en representación del Ministerio de Salud, para implementar el **"Programa de Detección y Tratamiento Temprano del Consumo Problema y la Dependencia Alcohol y otras Sustancias Psicoactivas en la Atención Primaria"**, se compromete a traspasar \$ 1.249.200 (un millón doscientos cuarenta y nueve mil doscientos pesos) en 2 cuotas. Se traspasará el 60% del total en una primera cuota a la firma del convenio y el 40% restante en el mes octubre, sujeta a evaluación, según cumplimiento de la meta proyectada al 30 de agosto.

OCTAVO : Finalizado el período de vigencia del presente convenio, el Servicio descontará de la transferencia regular de Atención Primaria, el valor correspondiente a la parte no ejecutada de las prestaciones acordadas.

NOVENO : En el caso de que la Municipalidad se exceda de los fondos destinados por el Servicio para los efectos de este convenio, ésta deberá asumir el mayor gasto que involucre su ejecución.

DECIMO : Los fondos transferidos a la Municipalidad en virtud del presente convenio sólo podrán ser destinados al financiamiento de las actividades señaladas en el Programa.

DECIMO PRIMERO : El **"Programa de Detección y Tratamiento Temprano del Consumo Problema y la Dependencia Alcohol y otras Sustancias Psicoactivas en la Atención Primaria"** será evaluado y monitoreado en 2 etapas. La primera, se realizará al 30 agosto y se requerirá el 60% del cumplimiento de la meta anual. La segunda se realizará al 30 de diciembre y se requerirá el 95% del cumplimiento de la meta anual

Para medir el cumplimiento de la meta anual, se utilizara el siguiente indicador:

$$\frac{\text{Nº de personas mayores de 10 años ingresadas al programa}}{\text{Nº de personas mayores de 10 años comprometidas año 2007}} * 100$$

DECIMO SEGUNDO : Para el buen desarrollo de este Programa Anexo, el Servicio de Salud se compromete a garantizar la coordinación con un especialista psiquiatra del nivel secundario, para la realización de reuniones de supervisión clínica y terapéutica, denominadas de ahora en adelante, Consultorías.

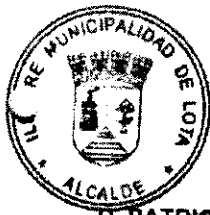
DECIMO TERCERO : La Municipalidad se compromete a entregar la información que le sea solicitada por el Servicio de Salud para fines de monitoreo y evaluación, en la forma y periodicidad que éste disponga y que diga relación con la implementación del **"Programa de Detección y Tratamiento Temprano del Consumo Problema y la Dependencia Alcohol y otras Sustancias Psicoactivas en la Atención Primaria"** en los establecimientos señalados en la cláusula primera. Para ello se utilizara la planilla adjunta en el anexo 2.

DECIMO CUARTO : El Servicio velará por la correcta utilización de los fondos traspasados a través de su Departamento de Auditoría.

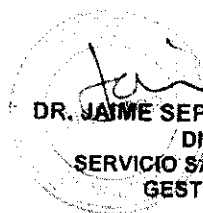
DECIMO QUINTO : El presente convenio tendrá vigencia hasta el 31 de Diciembre del 2007. Se entenderá automáticamente renovado por periodos iguales y sucesivos si ninguna de las partes comunica por escrito a la otra, su intención de poner término con a lo menos treinta días de anticipación.

DECIMO SEXTO : El gasto que irroque el presente convenio se imputará al ítem 25 33 298 06, transferencias corrientes.

DECIMO SEPTIMO : El presente convenio se firma en seis ejemplares, quedando dos en poder de la Ilustre Municipalidad de Lota y cuatro en poder del Servicio de Salud.



D. PATRICIO MARCHANT ULLOA
ALCALDE
I. MUNICIPALIDAD DE LOTA



DR. JAIME SEPULVEDA CISTERNAS
DIRECTOR
SERVICIO SALUD CONCEPCIÓN
GESTOR DE REDES





GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD

Ministerio de Salud
Sub Secretaría Redes Asistenciales
División de Gestión Redes Asistenciales
Departamento Modelo de Atención

Programa
Detección y Tratamiento Temprano del Consumo Problema y
Dependencia de Alcohol y otras Sustancias Psicoactivas en la Atención
Primaria¹.
2007

1. Antecedentes.

Las Orientaciones Programáticas para la APS 2004, señalan la línea a seguir para los próximos años, en orden a unificar la diversidad de enfoques existentes, facilitar el trabajo del personal responsable y la comprensión de la comunidad beneficiaria, lograr una mayor eficacia y eficiencia en los resultados clínicos y posibilitar evaluaciones regulares que permitan un mejoramiento continuo de las acciones que realiza un determinado centro de salud.

Los problemas asociados al uso de alcohol y otras drogas constituyen la principal causa de mortalidad y discapacidad en hombres menores de 45 años en nuestro país, y la dependencia a estas sustancias es una de las 10 principales causas de Años de Vida Saludables Perdidos por Discapacidad o Muerte Prematura (AVISA) en toda la población.

El abuso de alcohol afecta al 16% de la población general mayor de 15 años² y cerca de un tercio de ellos presenta dependencia. Entre un 30% a 40% de los hombres consultantes al nivel primario de atención son bebedores problema.

El abuso y dependencia de alcohol y drogas es tres veces más frecuente entre los hombres, y se presenta con mayor prevalencia en el grupo de edad de entre 12 y 45 años. La pérdida económica por el abuso de alcohol en Chile es superior a los US \$ 3.000 millones al año.

El consumo de sustancias ha sido sistemáticamente medido en los últimos años³. Uno de sus indicadores significativos para efectos de calcular la demanda potencial de atención a centros de salud es la prevalencia del consumo de cualquier droga ilícita en el último mes⁴.

¹ El año 2004 se denominó Programa de Prevención y Tratamiento del Consumo y/o Dependencia de Alcohol y Drogas en la Atención Primaria de Salud.

² Ministerio de Salud. Encuesta de Calidad de Vida y Salud, Chile 2000.

³ CONACE Consumo de drogas en Estudios de Hogares de los años 1994, 96, 98, 2000 y 2002.

⁴ Para efectos de estimar la demanda de atención máxima estimada en el año, se ha utilizado el 25 % de los consumidores del último mes. Otra manera utilizada ha sido a partir de la tasa de dependencia y de

En el año 2000, un 3,08 % de la población general mayor de 12 años declara haber consumido drogas ilícitas en el último mes, marcando el punto más alto de una tendencia que en el año 1994 marcó como primer punto medido, un 2,02 %. Sin embargo, en el siguiente corte, en el año 2002, los niveles se mantuvieron estables para marihuana y cocaína y decrece levemente en relación a pasta base. La distribución de estas cifras varía según diversas variables, entre otras la edad. Así, el consumo del último mes alcanzó al 3,75% para la población entre 12 a 18 años y al 7,75 % en el tramo inmediatamente superior (19 a 25 años).

Otros datos relevantes señalan lo siguiente:

Según el "Sexto Estudio Nacional de drogas en la población general" (2004)(Ministerio del Interior-CONACE 2003b), la tasa de consumo de drogas ilícitas en el año 2004 -según la prevalencia de último año-, para el grupo de 12 a 18 años, son el alcohol y la marihuana, seguidas por la cocaína y la pasta base. La prevalencia de vida de consumo de alcohol llega a 62.85% en este grupo, la prevalencia de último año a 54.71% y 31.56% para la del último mes. El consumo de alcohol presentó un aumento desde el año 1994 al 1996 y se ha mantenido estable en los últimos años, según esta encuesta.

La prevalencia de vida de consumo de marihuana es de 38.9%, la de último año de 6.5% y la de último mes de 2.32%.

Dentro de este estudio la población de 12 a 19 años que presenta consumo problemático de drogas (abuso y dependencia) corresponde al 28% del total de consumidores problemáticos de todas las edades, es decir, a unas 58.736 personas. De estas, el 10.3% refiere necesitar tratamiento (6.075 personas).

Otro estudio poblacional realizado en nuestro país es el "Quinto Estudio Nacional de Consumo de Drogas en la Población Escolar de Chile" (alumnos de ambos sexos, de Octavo Año Básico a Cuarto Año Medio)(Ministerio del Interior-CONACE 2003a), que CONACE realizó entre noviembre y diciembre del año 2003. Este estudio muestra que tal y como ocurre en el resto de países que realizan investigación sobre uso de drogas, el alcohol es la droga de mayor consumo entre los escolares de Chile. Le siguen en orden descendente el consumo de marihuana, sustancias inhalables y cocaína. Algo menor es la declaración de consumo de pasta base. La prevalencia de consumo de último mes de alcohol llega al 39%, mientras la prevalencia de consumo de último mes de marihuana a 12.9%.

En ese estudio además se señala que las mujeres consumen menos drogas ilícitas que los hombres (9,2% v/s 2,2% en consumo reciente), no obstante las mujeres presentan mayores niveles de dependencia a pasta base y cocaína que los hombres (el 50,2% de los hombres y el 66,7% de las mujeres que consume pasta base presenta dependencia y el 27% de los hombres y el

abuso o consumo perjudicial que también están siendo indagadas en los estudios nacionales de hogares de Conace.

35,2% de las mujeres que consumen cocaína). El consumo de cocaína y pasta base es mayor en alumnas de colegios municipales y subvencionados que de colegios privados, quienes consumen más marihuana.

Otro hecho significativo en este estudio es que la tasa más alta de dependencia al alcohol en mujeres se registra en el grupo de 12 a 18 años. A esas edades, presenta dependencia el 19,0% de los hombres y el 17% de las mujeres que consume alcohol. En el grupo de 19 a 25 años, la dependencia se da en el 27,3% de los hombres y el 10,1% de las mujeres que lo consumen.

Por último, se encontró que la mediana de la edad de inicio del consumo de drogas en la población general fue de 17 años para marihuana, 19 años para pasta base de cocaína y de 21 años para clorhidrato de cocaína. En población en tratamiento por problemas derivados del uso de sustancias la edad de inicio de consumo disminuye a 15 años y es menor en los hombres que en las mujeres.

El tratamiento del abuso de alcohol se orienta a reducir la cantidad y frecuencia del consumo, y el de la dependencia a lograr la abstinencia indefinida. En el caso de las drogas ilícitas, el tratamiento siempre se orienta a alcanzar la abstinencia. El tratamiento debe incluir también el manejo de la comorbilidad psiquiátrica (patología dual), la que se encuentra presente en más del 40% de los casos (especialmente trastornos depresivos y ansiosos).

Para ambos tipos de sustancias el objetivo de la rehabilitación es restablecer el equilibrio biológico, optimizar el funcionamiento psicosocial de la persona y minimizar la probabilidad de recaídas. Para tal efecto, existe evidencia suficiente acerca de la efectividad de algunas intervenciones psicológicas, farmacológicas y de programas grupales de autoayuda.

A pesar de que en los últimos años, el Sistema Público de Salud ha incrementado notablemente la oferta de servicios para el tratamiento y rehabilitación de personas con problema asociados al consumo de alcohol /o drogas, se aprecian aún brechas importantes para cubrir la demanda efectiva en todos los rangos de edad, en particular, la que representan los adolescentes.

En Septiembre del 2001, se inició una forma de colaboración entre el CONACE, organismo dependiente del Ministerio del Interior y MINSAL, operacionalizado en un Convenio entre CONACE y FONASA. El convenio ha determinado una ampliación importante de la red de atención en todos los Servicios de Salud, así como un incremento sustancial de la cobertura, mejoramiento de la calidad, monitoreo, seguimiento, otros avances en gestión técnica y administrativa y evaluación externa de proceso y resultados. Durante al año 2003, 213 establecimientos, operaron con el apoyo de ese convenio, entre los cuales se cuentan consultorios de nivel primario, hospitales diurnos y generales, servicios clínicos de psiquiatría, Centros comunitarios de Salud Mental Familiar (Cosam) y comunidades terapéuticas privadas, acreditadas por los Servicios de Salud.

A partir del año 2004, el Sector Salud asume íntegramente la responsabilidad técnica, de gestión y de financiamiento de la atención por problemas asociados al consumo de drogas que provee la Atención Primaria de Salud. Con ello, se incluyen los problemas derivados del consumo de alcohol, se adecúa el régimen de prestaciones a las prácticas exitosas en la APS, se regulariza el monitoreo de las actividades a través del sistema regular de información estadística y permite programar expansiones progresivas de modo de cubrir todo el sistema APS en el futuro próximo.

Ya durante los años 2005 y 2006, se consolida la instalación de este programa, con una buena aceptación por parte de los equipos y población usuaria. Se programan estrategias del programa en los establecimientos que ya están operando, fundamentalmente vía aumento de horas profesionales. Ya a fines del 2006, se cuenta con alrededor de 350 establecimientos en el país con ésta modalidad interventiva, en alrededor de 150 comunas.

2. PROPOSITO.

Generar una respuesta sectorial estructurada y articulada dirigida a la detección e intervención precoz sobre el consumo riesgoso, problemático y la dependencia a las diversas sustancias psicoactivas y sobre otros trastornos asociados al consumo de alcohol y drogas, contribuyendo así al mejoramiento de la capacidad resolutoria y calidad de atención de la APS frente a este problema de salud.

3. OBJETIVO GENERAL

Proporcionar a los consultantes de 10 y más años de edad, beneficiarios del Sistema Público de Salud, una instancia de detección activa de riesgos y problemas asociados al consumo de sustancias psicoactivas, información y consejería para el auto cuidado y tratamiento integral, accesible, oportuno y eficaz, cuando este es necesario.

4. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- a) Detección, Diagnóstico y Tratamiento Integral a personas afectadas por problemas asociados al consumo de alcohol y/o drogas, de la población inscrita y validada, según protocolo, que acuden a establecimientos de APS,

sea por propia motivación, llevados por sus familiares o derivados desde escuelas o lugares de trabajo⁵.

- b) Implementar acciones de capacitación para todo el equipo de salud, en el desarrollo de competencias para la atención eficiente de calidad de las personas con problemas asociados al consumo de sustancias psicoactivas y para la gestión eficaz de un programa local.
- c) Articular la red asistencial, incorporando regularmente la consultoría psiquiátrica, en los establecimientos de atención primaria seleccionados y estableciendo una coordinación eficaz entre los distintos niveles de atención (referencia y contrarreferencia)
- d) Desarrollar estrategias y técnicas destinadas a la medición de la satisfacción del usuario(a) del Programa.
- e) Implementar evaluaciones de impacto clínico y facilitar otras actividades de evaluación e investigación operativa en el programa.

5. ACTIVIDADES

Un detalle de las etapas, actividades, prestaciones, y algoritmos del Programa se encuentra en la Guía Clínica que sustenta este Programa.

El programa debe realizar Detección, Diagnóstico y Tratamiento.

- **Detección** de consumo riesgoso, consumo problema y dependencias a sustancias psicoactivas en personas que consultan por morbilidad, en controles de salud y aplicación del Examen preventivo de Salud del Adulto (ESPA).
- **Consejería**, según requerimientos, a las personas con consumo riesgoso.
- **Información y Educación**, verbal y/o escrita, respecto de beber sin riesgo, a las personas con beber riesgoso y de prevención de recaídas a aquellas con trastornos por consumo perjudicial y/o dependencia por alcohol y/o drogas.
- **Diagnóstico** a las personas en quienes la detección haga sospechar la presencia de riesgo o de trastornos por consumo de sustancias psicoactivas y derivación según normativa. Se utilizará el Instrumento CIE-10 (Clasificación Internacional de las Enfermedades) para la atención primaria.
- **Tratamiento** consistente en intervenciones diferenciales, unas dirigidas a personas con consumo riesgoso de alcohol y/o drogas (intervención

⁵ El porcentaje de cobertura será determinado por el propio Servicio de Salud de acuerdo a la demanda estimada, las coberturas de atención ya alcanzadas, los recursos disponibles y la priorización que el Servicio de salud y los Departamentos de Salud Municipal hagan de este problema de salud.

preventiva) y otras, dirigidas a personas con mayor grado de compromiso (intervención terapéutica).

- ❖ **Intervención preventiva** : dirigida a consultantes que presentan consumo riesgoso de alcohol y otras drogas, Incluye: Consulta de salud mental, consejería, intervención psicosocial de grupo, consulta médica, entrega de cartilla educativa.
 - ❖ **Intervención terapéutica**: dirigida a consultantes con trastorno por Consumo perjudicial y/o dependencia leve, compromiso psicosocial moderado. Incluye : Consulta salud mental, intervención psicosocial de grupo, consulta psicológica, consultoría salud mental, visita domiciliaria, exámenes laboratorio, entrega de medicamentos.
 - ❖ En ambos casos, la Guía Clínica especificará una actividad denominada seguimiento, dirigido a consultantes que egresan de intervenciones preventiva y terapéutica sea por alta, deserción o acuerdo entre el consultante y el equipo tratante.
 - ❖ Derivación del 100% de las personas con el diagnóstico de dependencia severa, presencia de otro trastorno psiquiátrico o no recuperación o agravamiento durante el tratamiento en Atención primaria.
- Consentimiento informado por parte del usuario para ser evaluados en reuniones clínicas (consultoría) de carácter terapéutico.

6. ORGANIZACION DEL PROGRAMA

Contratación de recursos humanos profesionales y/o de salud general y/o de salud mental necesario para garantizar la calidad técnica del programa en los establecimientos seleccionados. Se deberá contemplar un mínimo de horas requeridas, situación que deberá ser evaluada desde el referente temático del Servicio de Salud.

Estos profesionales cumplirán un rol de apoyo en el ámbito del consumo de sustancias en el contexto de la atención integral que se realizan en el centro de salud primaria, en consideración a que la resolución de esta problemática se debe incorporar transversalmente al quehacer del equipo al equipo de salud primaria. De igual forma, deberá facilitar la gestión técnica y administrativa en el establecimiento en que se está ejecutando el programa. Asegurará, además, la buena referencia al nivel secundario de atención.

Será responsabilidad del respectivo Servicio de Salud, desarrollar una coordinación sistemática con el nivel secundario, para acoger la atención de personas con trastornos por consumo de sustancia de mayor severidad, según algoritmos del Programa.

7. CAPACITACION

Los recursos humanos deben contar con las competencias necesarias en concordancia con las características del Programa. Deberá propenderse a facilitar una capacitación sistemática y continua, coordinada con los especialistas de la Unidad de Salud Mental, de la Dirección de Atención Primaria y con los profesionales del nivel secundario de la especialidad. Esta capacitación deberá llevarse a efecto independiente si ella se encuentra en el plan anual de capacitación.

La capacitación debe estar dirigida a:

Equipo de Salud

A los integrantes del equipo de salud que realizan los controles, consultas, visitas domiciliarias, examen de salud preventivo del adulto (ESPA) y otros, con el propósito de hacer la Detección, lograr una buena acogida, entregar información, orientación y educación, en relación a la prevención del riesgo y al tratamiento de los trastornos por consumo de sustancia.

Médicos Generales.

En el manejo de la entrevista psicológica, habilidades para el diagnóstico (CIE-10) y tratamiento psicofarmacológico y psicosocial que el consultante por consumo de sustancia requiere y, entre otras, en el uso de técnicas de educación para la prevención de recaídas.

Profesionales que realizan la intervención psicosocial grupal.

Los profesionales que participan en el tratamiento integral de personas en riesgo o afectadas por el consumo de sustancias psicoactivas y específicamente en el manejo de la consejería y la intervención psicosocial grupal, deben estar capacitados para la realización de esta actividad.

8. EVALUACION DEL PROGRAMA

Este Programa será evaluado según cumplimiento de los componentes e indicadores establecidos en este Convenio y se evaluará en 2 etapas:

La primera evaluación, se realizará al 30 de agosto del año en curso y se requerirá de a lo menos un 60% del cumplimiento de la meta anual. La segunda evaluación se realizará el 30 de diciembre y se requerirá el 95% del cumplimiento de la meta anual.

La primera transferencia de fondos será de un 60% de los recursos, y se hará contra la recepción de los convenios firmados. La segunda cuota se transferirá en el mes de octubre, una vez realizada la evaluación del programa durante el mes de septiembre, con información aportada al 30 de agosto. Si el cumplimiento es menor al 60% estipulado, no se transferirá dicha cuota.

Para efectos de la evaluación se requiere contar con los registros y la información al día, para lo cual se debe completar una planilla específica para estos efectos.

9. ARTICULACION DE LA RED ASISTENCIAL

Será responsabilidad del respectivo Servicio de Salud, desarrollar una coordinación sistemática para la atención de los trastornos asociados al consumo de alcohol y drogas de mayor severidad en el nivel secundario con implementación de un eficiente sistema de referencia, tratamiento de los trastornos severos según algoritmos, contrarreferencia y seguimiento.

Cada Servicio de Salud deberá asegurar la concurrencia regular de profesionales del nivel de especialidad a los establecimientos de atención primaria seleccionados, para la realización de reuniones de supervisión clínica y terapéutica, (Consultorías) con el equipo encargado del Programa. Esta consultoría es la mejor herramienta de capacitación continua y está destinada al menos, al 20% de las personas en tratamiento. En las Consultorías se deberán tratar problemas de diagnóstico, manejo de la entrevista motivacional, refractariedad al tratamiento, según algoritmo de APS, severidad, derivación, adherencia, complicaciones, etc.

Las personas que habiendo sido tratadas y que concentran factores psicosociales de riesgo, requerirán un seguimiento más intensivo. Para esto se sugiere facilitar la inserción a redes comunitarias de apoyo y la constitución de grupos de autoayuda.

10. INDICADORES

Para medir el cumplimiento de la meta anual, se utilizara el siguiente indicador:

$$\frac{\text{Nº de personas mayores de 10 años ingresadas al programa año 2007}}{\text{Nº de personas mayores de 10 años comprometidas año 2007}} \cdot 100$$

Enero 2007.