

Propuesta de enfrentamiento de las adicciones en la Atención Primaria chilena. El rol de los equipos de Salud Familiar

Dr. Mariano Montenegro C.

*Médico psiquiatra
Jefe Área Salud y Tratamiento
Consejo Nacional para el Control
de Estupefacientes*

INTRODUCCIÓN

Las adicciones constituyen un real y muy importante problema de salud pública de Salud Mental en el mundo y en Chile. En nuestro país, los trastornos de salud mental más prevalentes son: los trastornos afectivos, los trastornos angustiosos y, en tercer, lugar los trastornos por consumo de alcohol y drogas.

Las prevalencias nacionales de adicciones, de acuerdo a los estudios de hogares, ha ido mostrando un aumento sostenido en los últimos 10 años, a excepción del período 2000-2002, que mostró un consumo similar el año 2002 al año 2000.

El último estudio poblacional en Chile sobre consumo de alcohol y drogas, se realizó el año 2002. Se trató de un estudio de carácter nacional que se aplicó en hogares, con una muestra de 16.476 personas, con representación de un universo de 8 millones 400 mil personas entre 12 y 64 años, con equivalencia a representación regional, en las 13 regio-

nes. Sus resultados mostraron prevalencias de consumo similares al año 2000. Las prevalencias evaluadas fueron:

- Prevalencia de Vida
- Prevalencia de año
- Prevalencia de mes

Dentro de las **prevalencias de consumo del último año** se observó lo siguiente:

• Drogas lícitas:

Alcohol con 74,66%.

Tabaco con 48,25%.

Los medicamentos, es decir drogas de uso médico consumidas sin prescripción médica: 4,31%, donde se desagrega en benzodiazepinas 3,3%, anfetaminas y metanfetaminas, es decir, estimulantes 0,54%, analgésicos opiáceos 0,43% y

trihexifenidril (tonaril) con un 0,18%.

• Drogas ilícitas:

La prevalencia de consumo global de todas las drogas ilícitas del último año es de 5,68%, se desagrega la marihuana con la mayor prevalencia 5,17%, cocaína 1,57%, pasta base con 0,51% y solventes volátiles inhalables con 0,25%.

Con respecto a las drogas ilícitas de menor uso, se destacan los alucinógenos con 0,12%, el éxtasis con un 0,10%, la heroína con un 0,03% y el crack con un 0,01%. Se mencionan estas últimas drogas para mostrar que existe también una vigilancia de las drogas emergentes, debido a que el consumo de sustancias ilícitas es una realidad dinámica y que tanto internacional como nacionalmente puede variar bruscamente o paulatinamente, estudio tras estudio (Figuras 1 y 2).

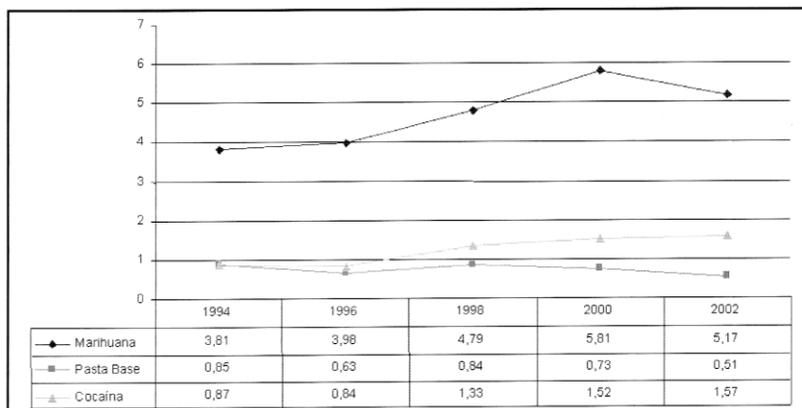


Figura 1. Evolución del consumo de marihuana, pasta base y cocaína, para la población total de 12 a 54 años, según prevalencia de último año. CONACE: 5º Estudio nacional de drogas en la población general de Chile, 2002.

FAMILIA, COMUNIDAD Y GESTIÓN

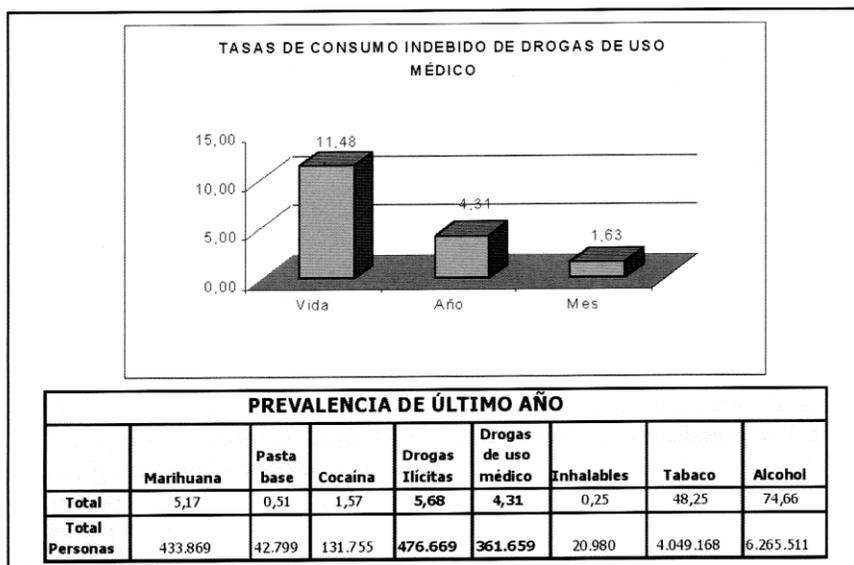


Figura 2. Tasas de consumo indebido de drogas de uso médico. CONACE, Estudio nacional de drogas en la población general de Chile, 2002.

Cuando nos proponemos ver esta realidad en la Salud Familiar, es porque nos damos cuenta de que éste es un problema de alta prevalencia, de alta gravedad; es un problema de salud que requiere ser asumido por la salud completa, en toda la red sanitaria. La Salud Familiar es una instancia en Chile, extremadamente necesaria, donde la participación de los equipos de Salud Familiar en este fenómeno se hace relevante.

Este artículo pretende plantear y explicar cómo el Estado de Chile abordará este fenómeno en el período actual y futuro. Ello se plasma en la **Estrategia Nacional de Drogas 2003-2008 del Gobierno de Chile**. En base a esta estrategia, se hace evidente la gran importancia de la participación de los equipos de salud familiar en el abordaje de las adicciones en el país.

DESARROLLO DE LA PROPUESTA

El Conace es el Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes;

consejo en el que participan varios Ministerios, presidido por el Ministro del Interior. En el Ministerio del Interior se encuentra la Secretaría Ejecutiva, teniendo como función, entre otras, coordinar y ejecutar las políticas de drogas de Gobierno de Chile. Dentro de muchas funciones y actividades, el Conace está a cargo de estudiar el consumo de drogas en la población general.

Para ello, se han realizado, desde el año 1994, cinco estudios en hogares en la población de 12 a 64 años, que incluyen al país completo. El último estudio fue realizado el año 2002 y las cifras han mostrado que en el año 2002 ha existido una mantención del consumo de las drogas ilícitas; observándose una leve baja en la prevalencia de año del consumo de marihuana en población de 12 a 64 años, una baja en el consumo de pasta base en el último año y un leve aumento del consumo de cocaína. Por primera vez se estudió el consumo de drogas de uso médico sin prescripción médica.

Dentro de los estudios poblacionales

masivos se ha estudiado a la población escolar entre 8° y 4° medio, población escolar municipalizada, particular subvencionada y particular pagada. Actualmente, en el año 2003, se está realizando el 5° estudio en población escolar. Además de estos estudios de gran envergadura, se han realizado otros estudios específicos en poblaciones más particulares: población penal, población Sename (Servicio Nacional de Menores), población que consulta en los Servicios de urgencia, entre otras.

Con los estudios poblacionales nacionales se ha podido conocer la distribución del consumo de drogas en Chile. Ella muestra el mayor consumo, es decir el mayor N° de consumidores de drogas, en la Región Metropolitana, debido a su gran número de población y, además, a su alta prevalencia. Le siguen, la V región y la VIII región. Estas tres regiones concentran aproximadamente el 80% del número de personas con consumo de drogas.

El 5° estudio da cuenta de consumo de vida, consumo de último año y consumo de último mes. A todos los que consumieron el último año se les aplicó instrumentos para evaluar **abusos y dependencias**, es decir **consumo problemático**. Los resultados muestran que en Chile existen aproximadamente **180 mil consumidores problemáticos de drogas ilícitas**. Dentro de esta población, se les pregunta si tienen la necesidad de ser tratados por este problema de consumo de drogas o alcohol, y de esta población consumidora problemática de drogas aproximadamente 35.700 personas (19,8%) dicen que sí necesitarían ser tratados por su problema de drogas. De la misma manera, aproximadamente otras 145 mil (80,5%) no dicen o no expresan la necesidad de ser tratados a pesar de tener un consumo problemático. **Ambas situaciones son un problema de salud pública, pero de abordaje distinto.**

La población que sí desea y sí necesita tratamiento, es el universo al cual se debe preparar el sistema para tener una respuesta para su eventual consulta, ya que este sería el grupo de potenciales consultantes más próximos.

En Chile se organiza durante el año 2001 y 2002, la Estrategia Nacional sobre Drogas que rige del 2003 al 2008, la cual tiene como objetivo estratégico, reducir el consumo y tráfico de drogas hacia el año 2008. Para cumplir con este objetivo estratégico, se plantean objetivos particulares, tanto en la **reducción de la demanda de drogas**, es decir con respecto al consumo, y objetivos con respecto a la **reducción de la oferta de drogas**, más bien en la línea de control.

Los principios que sustentan esta estrategia nacional de drogas son:

- La integralidad de la respuesta.
- La corresponsabilidad.
- El equilibrio entre la reducción de la oferta y la demanda.
- La participación social.

Las metas globales para este periodo 2003-2008 son seis:

- Disminuir la prevalencia de marihuana en menores de los 18 años.
- Disminuir la prevalencia de cocaína en la población general.
- Disminuir la prevalencia de pasta base en población de escasos recursos.
- Disminuir la disponibilidad de drogas ilegales.
- Disminuir la producción de drogas.
- Disminuir el uso ilícito y desvío de sustancias químicas esenciales.

Para poder cumplir con este fin, esta estrategia ha definido trece objetivos estratégicos, dentro del gran objetivo ya anunciado. Existen siete objetivos estratégicos para la reducción de la demanda, cuatro para la reducción de la oferta,

dos en el ámbito del desarrollo e institucionalidad y uno en el ámbito internacional; cada uno de ellos se operacionaliza en objetivos específicos, indicadores y un plan de acción anual.

Los objetivos estratégicos en reducción de la demanda son:

1. Fortalecer y potenciar la capacidad de la familia, como principal agente protector del consumo de drogas. Para este objetivo existe el diseño y la implementación del programa de prevención del consumo de drogas dirigida a la familia, donde el año 2003 se pretende capacitar a 12 mil monitores los cuales aplicarían el programa aproximadamente en 46 mil familias en todo el país, programa principalmente de prevención primaria.

2. Evitar y disminuir el consumo de drogas en niños y jóvenes de las instituciones educativas del país, en un proceso continuo y sistemático desde la educación parvularia a la educación superior. Para este objetivo se ha diseñado durante el año 2001, 2002 y 2003 y se ha implementado durante el año 2003, programas desde la educación parvularia, “**programa en busca del tesoro**”, el primer ciclo básico, “**programa del marori tutibu**”, segundo ciclo básico 5° a 8° el “**programa quiero ser**”, el programa de la enseñanza media “**yo decido**” y el programa de la educación superior “**consumo cuidado**”.

3. Rehabilitar y reinsertar socialmente a personas afectadas por el consumo de drogas mediante oportunidades de tratamiento. Para este objetivo, el año 2003, se ejecuta el programa de tratamiento para personas con consumo problemático de drogas ilícitas según nivel de complejidad en distintos planes de tratamiento. La cobertura aproximada para el año 2003 será alrededor de 10.000 personas tratadas al menos un mes en cualquiera de los planes.

4. Disminuir el consumo de drogas en personas que laboran en instituciones públicas y privadas. Para ello existe el programa de prevención laboral, que se está instalando e implementando en empresas públicas y privadas durante el año 2003.

5. Disminuir el consumo de drogas en la comuna, mediante programas de prevención en el ámbito comunitario. Para ello, se está implementado en 88 comunas del país el programa Previene, es decir un programa que cuenta con responsables comunales en políticas de drogas, para poder realizar todas las estrategias pertinentes a nivel comunal. Para abordar el fenómeno dentro de ellos también existe un fondo concursable de proyectos comunitarios dirigidos a organizaciones comunitarias anualmente.

6. Disminuir el consumo de drogas en grupos vulnerables o en riesgo social. El año 2003 aparece el programa de prevención de drogas para niños y adolescentes en grupos vulnerables, principalmente en situación de calle, donde se inician estrategias de intervenciones psicosociales y de prevención de drogas dirigidas a esta población, y se diseña la oferta asistencial pertinente y la estrategia de inserción o reinserción adecuada.

7. Aumentar la sensibilidad, el conocimiento y el compromiso de la comunidad nacional para abordar el consumo y tráfico de drogas. Esto principalmente se refiere a las estrategias de campaña de sensibilización en los distintos ámbitos.

Con respecto a los objetivos de reducción de la oferta se menciona los siguientes:

1. Impedir la distribución de drogas al interior del país y evitar la utilización de nuestro territorio como ruta de tránsito.

FAMILIA, COMUNIDAD Y GESTIÓN

2. Impedir la producción de drogas, sean estas naturales o sintéticas y evitar la desviación de depresores o sustancias químicas controladas para la elaboración de sustancias ilícitas dentro y fuera del país.

3. Evitar la utilización del sistema económico, financiero para actividades de lavado de activos.

Con respecto al ámbito de desarrollo institucional y legal:

1. Fortalecer la institucionalidad para el mayor cumplimiento de la estrategia, y favorecer el accionar descentralizado de los organismos del estado vinculados a la problemática de las drogas.

2. Actualizar permanentemente la legislación y normativa para abordar el fenómeno de las drogas con las herramientas jurídicas adecuadas.

En el ámbito internacional:

Impulsar la cooperación internacional, con el fin de fortalecer las capacidades nacionales para enfrentar integralmente el problema de las drogas, entendido como un fenómeno globalizado y transnacional.

ROL DEL EQUIPO DE SALUD FAMILIAR EN EL ABORDAJE DE LAS ADICCIONES

De acuerdo a la estrategia enunciada anteriormente, el equipo de salud familiar es una pieza clave, especialmente dentro de los objetivos estratégicos de reducción de la demanda: En el objetivo N° 1 que tiene que ver con la familia, el objetivo N° 2 que tiene que ver con la escuela, los niños, los adolescentes, los jóvenes en situación de educación, el objetivo N° 3 de rehabilitar y reinsertar los consumidores problemáticos, el objetivo N° 4 en relación con los programas preventivos laborales, el obje-

tivo N° 5, que son los programas Preventivos donde está todo el abordaje de prevención en el ámbito comunitario, comunal, el objetivo N° 6 en disminuir el consumo de drogas en grupos vulnerables en riesgo social donde están los programas de prevención tratamiento, reinserción o reincorporación de niños y niñas con consumo de drogas en situación de calle y también el objetivo N° 7 para aumentar la sensibilidad, el conocimiento y el compromiso de la comunidad nacional para abordar el consumo y tráfico de drogas.

Viéndolo de una manera más específica, el rol que se espera tiene que ver con:

I. Programas preventivos primarios, con dos grandes objetivos

- Evitar que los no consumidores de drogas inicien el consumo.
- Retardar la edad de inicio del consumo.

II. Participar activamente en los programas preventivos secundarios, es decir con población en riesgo, prevención selectiva y con población en alto riesgo, prevención indicada.

Los objetivos para actuar en esta población que es consumidora de drogas aún no problemática, es decir consumidores experimentales, recreacionales y ocasionales, que no han pasado el límite de tener un consumo problemático de drogas, son:

1. Evitar que progresen a ser consumidores problemáticos.
2. Evitar y disminuir las consecuencias y los riesgos del consumo.
3. Idealmente, lograr que sean ex-consumidores.

III. Participar activamente en el programa de detección precoz, tratamiento y rehabilitación y reinsertación de los consumidores problemáticos de drogas.

Con respecto a los consumidores problemáticos de drogas, quisiera recordar, que en el estudio 2002 de hogares de Conace obtuvimos la información que aproximadamente 180 mil personas, entre 12 y 64 años son consumidores problemáticos de drogas en Chile, concentrándose esta cantidad de personas en más del 60% en la región metropolitana, otro 10% en la V región, un 7,5% en la VIII región; el 22,5% restante se distribuye en el resto del país. También encontramos con una población de potenciales consultantes, que serían aquellos que, si bien son consumidores problemáticos de drogas, dicen tener la necesidad de ser tratados por este problema que equivale a una población alrededor de 35 mil personas.

El Conace el año 2001 diseñó, junto con el Ministerio de Salud, un programa de apoyo de planes de tratamiento y rehabilitación para personas con consumo problemático de drogas ilícitas, y de acuerdo a los distintos niveles de complejidad clínica y compromiso biosicosocial, se diseñó 6 planes de tratamiento que son los siguientes:

1. El plan primera respuesta, un plan que tiene como objetivo acoger, recibir a los pacientes derivados del extra sistema o del mismo sistema de salud, diagnosticarlo clínicamente, evaluar el compromiso biosicosocial, resolver la situación si así lo amerita o derivar asistidamente al paciente y su familia a planes de mayor complejidad que puedan dar una oferta eficaz en la resolución del problema. El plan primera respuesta tiene una duración aproximada de un mes o menos; los centros en que se ha implementado han sido principalmente de la atención primaria, tanto en consultorios como en centros de salud familiar, algunos hospitales, algunos centros de salud mental y algunas ONG.

2. Plan ambulatorio básico, es un plan para personas con consumo problemático de drogas con abuso o de-

pendencia con un compromiso biosicosocial moderado, es un plan de mediana contención, se atiende tres veces por semana con intervenciones individuales, familiares y grupales, con al menos dos horas diarias de atención y con una duración aproximada del tratamiento de seis meses. Este plan se implementa en algunos consultorios de atención primaria, centros de salud familiar, hospitales, algunos centros de salud mental (Cosam), ONG o comunidades terapéuticas.

3. Plan ambulatorio intensivo, es el plan que está diseñado para personas con consumo problemático de drogas, con un compromiso biosicosocial de moderado a severo. Este plan es de alta contención, la atención es al menos cinco días de la semana de cuatro horas diarias, con intervenciones individuales, grupales y familiares, con una duración aproximada de ocho meses. Se implementa en algunos centros de salud familiar, algunos consultorios, hospitales, Cosam y Comunidades terapéuticas.

4. Plan residencial, esta diseñado para personas con consumo problemáticos de drogas, pero con un compromiso biosicosocial severo de alta contención. Las personas están viviendo en este lugar, tienen similar intervención al plan ambulatorio intensivo en intensidad, pero no vuelven a su contexto socio familiar, ya que su severidad es de tal nivel que impediría la recuperación en esta etapa del paciente. Se realiza principalmente en comunidades terapéuticas y centros privados. La duración aproximada de este plan es de 10 meses o un año.

Existen dos planes más que son de especialidad que están cubiertos por el Ministerio de Salud y no tienen participación, ni financiamiento por el Conace. Esos dos planes se refieren a:

a. Plan de desintoxicación o estabilización del síndrome de abstinencia, que dura entre 15 y 21 días, para consumidores problemáticos de drogas con compromiso biosicosocial severo, que requieren evaluación de especialidad psiquiátrica, no necesariamente con morbilidad psiquiátrica. Sin embargo, su severidad amerita una evaluación y compensación de su síndrome de abstinencia que no lo puede realizar sin esta ayuda. Esta es realizada principalmente en unidades especializadas con una fuerte participación del equipo de especialidad en adicciones, psiquiatra, asistente social, terapeuta ocupacional, psicólogos y personal técnico entrenado y otros profesionales afines.

b. Plan de compensación de patología dual, realizado para personas con consumo problemático de drogas y con comorbilidad psiquiátrica severa, es decir pacientes con Psicosis, pacientes con trastornos efectivos graves, con trastornos cognitivos graves que requieren un equipo de alta especialidad, donde se compensa la patología psiquiátrica

en aproximadamente 45 a 60 días y se realiza en unidades especializadas con fuerte participación psiquiátrica.

Este programa, además de tener un ordenamiento técnico ya relatado, tiene un ordenamiento administrativo y financiero. Cada uno de estos planes tiene un costo mensual valorizado. Conace junto con el Ministerio de Salud y con la participación de los Conace de las 13 regiones y los 28 Servicios de Salud en todo el país, se distribuyen la oferta de tratamiento, de Arica a Punta Arenas, en todos los planes y se intenciona que todas las regiones, tengan al menos los cuatro planes de tratamiento como oferta, tanto en prestadores públicos como privados (Figura 3).

Es fundamental rehabilitar y reinserter socialmente a personas afectadas por el consumo de drogas mediante oportunidades de tratamiento.

Decidimos incorporar estos planes, tan-

Plan de Tratamiento	Breve descripción	Duración aproximada del Tratamiento	Tipo de Centro con convenio	Número personas atendidas por plan 2003
Primera Respuesta	Diagnosticar clínicamente, evaluar el compromiso biosicosocial, resolver o derivar a planes de mayor complejidad.	1 mes	1. Consultorios 2. Hospitales 3. COSAM 4. ONG	7.611
Ambulatorio Básico	Personas abusadoras o dependientes con compromiso biosicosocial moderado, es de mediana contención.	6 meses	1. Consultorios 2. Hospitales 3. COSAM 4. ONG 5. Comunidades Terapéuticas	1.764
Ambulatorio Intensivo	Personas abusadoras o dependientes con compromiso biosicosocial moderado a severo, es de alta contención.	8 meses	1. Consultorios 2. Hospitales 3. COSAM 4. Comunidades Terapéuticas	486
Residencial	Personas abusadoras o dependientes con compromiso biosicosocial severo, es de alta contención.	10 meses	1. Comunidades Terapéuticas 2. Clínicas Privadas 3. Otros.	208
				Total: 10.069*

* Personas con tratamiento completo por plan planificadas para el 2003.

Figura 3.

to en prestadores públicos como privados. Los objetivos de este programa se centran en cobertura, acceso y calidad de la atención. La distribución de la inversión se realizó en base a las prevalencias de consumo de drogas y oferta asistencial factible. Ya decididos los centros donde se invertiría en programas de planes. Se hace un convenio marco con el Fondo Nacional de Salud (FONASA) el año 2001, el cual se encargaría la administración de esta inversión en tratamiento y rehabilitación y tendría una relación directa desde el punto de vista administrativo con cada uno de los prestadores.

Desde el año 2001 al año 2003, el número de prestadores ha ido aumentando paulatinamente, encontrándose el año 2003 con 230 prestadores públicos y privados en el país completo; centros prestadores que están incluidos en la oferta total del país que son aproximadamente 350 centros acreditados con programas de tratamiento y rehabilitación en drogas. Los centros prestadores que tienen convenio con Conace deben estar acreditados por un Servicio de Salud.

Este programa ha traído un ordenamiento técnico, administrativo y financiero. Sin embargo, como programa nuevo ha tenido que tener un fuerte componente de implementación, un fuerte componente de coordinación.

Este programa incluye un fuerte componente de capacitación, ya que a todos los centros que iniciamos nuestro Convenio, tenían que saber que es lo que nosotros solicitamos, y teníamos que

entregar las herramientas para que ello ocurriera. Por lo mismo, Conace, a fines del año 2001 y comienzo del año 2002, realiza una capacitación teórico-práctica para todos los centros prestadores con convenio. Con el objeto de ir en la mejoría continua de la calidad de la atención y de la ejecución de este programa, se incorpora un sistema de supervisión y asesoría, que cuenta con profesionales con experiencia, instrumentos apropiados y metodología pertinente, para los centros prestadores.

Además, como es un programa nuevo de Conace, se incluye el diseño y la implementación de una evaluación, donde se evalúa tanto los resultados que va teniendo la cohorte seleccionada, que va siendo intervenida por cada uno de nuestros planes, como la evaluación de proceso, es decir, lo que ha significado la instalación de estos planes en los centros prestadores que tenían programas o no tenían proyectos. Este programa de planes de tratamiento presenta un desarrollo progresivo. El diseño inicial se concentró en la población masculina, adulto joven, que es la población más grande de consumidores problemáticos de drogas. Sin embargo, al poco andar, nos hemos dado cuenta, que los planes deben diferenciarse en orientaciones técnicas específicas para población infante adolescente, población femenina, para población de minorías sexuales, para población penal, para población de minorías étnicas, para población de consumo de drogas vía parenteral, etc. Por esto, durante el año 2003, se ha concentrado Conace en elaborar orientaciones técnicas específicas.

Volviendo al rol de los equipos de Salud Familiar en el abordaje del tratamiento, rehabilitación y reinsertación en adicciones, es fundamental la participación de este equipo, en las siguientes tres situaciones:

- Saber detectar los pacientes con consumo problemático de drogas y derivarlos a algún plan o programa de tratamiento de adicciones.
- Pénsamos que es bastante factible entrenar a los equipos de salud familiar en el tratamiento y rehabilitación en adicciones a sustancias en los dos primeros planes de más baja complejidad, tanto el plan de primera respuesta como el plan ambulatorio básico.
- También queremos que los equipos de Salud Familiar se sientan acompañados de una red asistencial mayor que posee niveles de complejidad mayores, y que puede ser de gran ayuda a estos equipos locales para poder abordar a los pacientes más complejos. Pensamos que el rol del equipo de Salud Familiar es posible cumplirlo si hay tres ingredientes importantes:
 - Voluntad o motivación.
 - Inversión.
 - Capacitación tanto teórica como práctica.

Estamos en condiciones de diseñar e implementar y hacemos una invitación a la participación de los equipos de Salud Familiar.

MÁS INFORMACIÓN Y LECTURAS EN: www.conacedrogas.cl
“El portal chileno sobre las drogas”