

**PROGRAMA DE PREVENCIÓN
PRIMARIA Y SECUNDARIA
DE ALCOHOLISMO Y FARMACO-
DEPENDENCIA DE LA COMUNA DE
PUENTE ALTO, RESULTADOS
AÑO 1983.**

Dr. Cristián Wulff Munita ()
Dr. Atilio Rébora Asensio (**)
Sr. Mario Fuentealba Vidal (***)*

ABSTRACT: *The evaluation of a community based program on alcoholism and substance abuse in a semirural area is presented. Characteristics of the program and community participation are commented, as well as the need of an adequate organization and financing in order to succeed in the long-term.*

Key Words: ALCOHOL AND SUBSTANCE ABUSE. COMMUNITY PARTICIPATION.

Cuad. Méd. Soc., XXVI, 2, 81-89, 1985

INTRODUCCION

El año 1982 la I. Municipalidad de Puente Alto elaboró un proyecto de prevención primaria de alcoholismo y farmacodependencia (1) que nos llamó la atención por ser uno de los pocos programas que cumplen con requisitos que pueden calificarse de intracomunitarios.

En primer lugar plantea la administración y financiamiento de las actividades de salud a nivel de la comunidad. En segundo lugar se enfrenta el problema como multisectorial, sin traspasar toda la responsabilidad al servicio de salud formal.

En tercer lugar no se duplican servicios ni se crean instancias paralelas, sino que se hace énfasis en la coordinación de los recursos existentes.

Destinado originalmente al sector educación se amplió su cobertura a otras instituciones u organizaciones.

Sus principales objetivos están dirigidos a educar respecto al uso normal del alcohol, de otras drogas en general y a informar del riesgo de dependencia que trae aparejado el uso indebido de los psicofármacos. A estas actividades educativas e informativas se agregaron metas de prevención secundarias.

Se decidió incluir estas metas dentro del espíritu de la OMS, "Salud para todos el año 2.000", y Declaración de Alma Ata (2).

El problema del alcoholismo y drogas es de tal magnitud que es inabordable con los recursos de los sistemas formales de salud, esto sin plantearse el nivel de eficiencia real que tienen (tratamientos fracasados, abandonos, etc.).

Puente Alto es una ciudad de 150.000 habitantes, al Sur - Oriente de Santiago; de estos son mayores de 15 años 100.000 habitantes. Si le aplicamos las cifras nacionales, un 10 % de la población adulta con problemas relacionados con el uso del alcohol, nos dá un total de 10.000 personas. Imposible abarcarlos con los recursos existentes.

En este momento debe reconocerse que la única medida efectiva de prevención primaria es el control de la producción y distribución de psicodrogas, entre ellas el alcohol (3, 4, 5, 6). Esto depende fundamentalmente de las políticas que adopte el Gobierno a nivel nacional.

Buena parte del esfuerzo comunitario debe orientarse a aumentar su capacidad de resolución de patología ya manifiesta (8, 9, 13) nivel 2º. Esto es similar, por ejemplo al uso de soluciones hidratantes caseras para lactantes con síndromes diarreicos agudos en otros países (7).

(*) Director Hospital Sanatorio El Peral, Médico Universidad de Chile, Facultad de Medicina, División Ciencias Médicas Sur.

(**) Jefe Consultorio Psiquiátrico de Puente Alto.

(***) Sub-Director Administrativo, Hospital Sanatorio El Peral.

El objetivo del trabajo es dar cuenta del estado actual del programa.

METODOLOGIA.

Se utiliza para evaluar el programa el sistema propuesto por Carlos Agudelo (10) con ligeras modificaciones o adaptaciones (11) (Anexo A y B).

Se evalúan los siguientes aspectos:

Gestión: establece la forma en que la comunidad por medio de sus instrumentos, administra los recursos y actividades de salud.

Financiamiento: estudia los aportes de la comunidad tanto monetarios como en trabajo y materiales.

Participación: evalúa los instrumentos comunitarios presentes (Monitores de Salud, Comité de Salud, otras organizaciones comunitarias, comunidad colectivamente) lo que se ha denominado *amplitud*; y la integración de cada uno de los instrumentos comunitarios al proceso de administración en salud, específicamente en planificación, ejecución, control y evaluación. Esto se ha denominado *totalidad*.

RESULTADOS. (Ver Anexo B).

Gestión: el programa de Puente Alto se encuentra en este momento en una coadministración en que el equipo profesional del Hospital Sanatorio El Peral ha formulado parte de las políticas, especialmente en lo referente a actividades técnicas, educativas, control y evaluación. Las actividades alternativas (deporte para todos, actividades culturales) han sido programadas y realizadas íntegramente por la comunidad y con mucho éxito.

Financiamiento: La I. Municipalidad de Puente Alto cancela el sueldo a una secretaria, sin mayor información técnica. Este recurso se estima insuficiente y poco significativo para la marcha del programa.

Un número reducido de personas ha contribuido con trabajo voluntario (monitores) especialmente en labores de educación e información.

Participación:

TOTALIDAD:

MONITOR DE SALUD: ha participado en actividades técnicas (referencia de alcohólicos: 96; de-

sintoxicaciones de alcohólicos en Asociación de Rehabilitadores de Alcohólicos (ARDA): 155; actividades educativas (charlas informativas): 122; participantes: 5.219)y de control (reuniones de coordinación: 11).

Reune 20 puntos lo que implica un grado intermedio (Tabla 1).

**TABLA 1
ACTIVIDADES MONITORES DE SALUD
(ALCOHOLISMO)**

Actividad	Técnicas	Educación	Supervisión
Organización			
Corporación Educación	29	94	2
Otras organizaciones comunitarias	357	28	9
TOTAL	386	122	11

COMISION ESPECIFICA DEL CONSEJO DE DESARROLLO COMUNAL (CODECO) de la Municipalidad de Puente Alto: funciona oficialmente desde comienzos de 1983. Ha realizado actividades de planificación (diagnóstico de la situación a nivel escolar y formulación del programa); ejecución (curso a 140 monitores, normas para la atención intracomunitaria de alcoholismo); control (supervisión de organizaciones): evaluación (consolidación de la información y presentación en Consejo de Desarrollo Comunal).

Tiene un total de 35 puntos, lo que implica un alto grado de totalidad.

OTRAS ORGANIZACIONES COMUNITARIAS: Asociación Rehabilitadora de Alcohólicos (ARDA) Cordillera, Centros de Madres (CEMA), Corporación de Ayuda al Niño Limitado (COANIL), Cruz Roja, Fundación de Ayuda a la Comunidad, Secretaría de la Mujer y Unidad Comunal de Juntas de Vecinos. Participan en charlas informativas (28 con 1.728 participantes); en control (9 reuniones de coordinación) y en actividades técnicas, detección de 108 bebedores problema, de los cuales 94 son referidos. Se demostró, por último, la factibilidad de la prevención secundaria en la comunidad (14): 155 alcohólicos desintoxicados en Asociación de Rehabilitadores Alcohólicos (1982/1983). El sector Educación participa en formulación diagnóstica; realiza 94

charlas con 3.491 participantes detectando 27 alumnos que bebían en forma anormal, de los cuales sólo se refiere a 2. Efectúa 2 reuniones de coordinación.

COMUNIDAD COLECTIVAMENTE: Participación notable en actividades alternativas (programas deportivos y culturales) y evaluación (Consejo de Desarrollo Comunal). Muy baja utilización de servicios. Si bien tiene 25 puntos y por tanto su grado es alto, nos deja insatisfechos el poco uso de servicios.

AMPLITUD:

Hemos considerado como presentes y actuales los instrumentos monitor de salud y comité de salud. Pero en cuanto a la comunidad colectivamente y a las organizaciones comunitarias, a pesar de su participación, debieron ser excluidas por la baja utilización de servicio y por el escaso control y coordinación de las actividades. Totaliza 20 puntos lo que significa un grado intermedio de amplitud.

DISCUSION.

El programa intracomunitario de Puente Alto se caracteriza en este momento por una gestión de tipo coadministrativo, donde el Hospital Sanitario El Peral ha establecido parte de las políticas, con bajo financiamiento comunitario.

Esta gestión de coadministración debe orientarse fuertemente hacia una autogestión durante este año, recibiendo durante 1985 sólo apoyo exterior del Hospital (12).

En cuanto a la amplitud podemos decir que ha tenido una participación clara y definida la Comisión Específica CODECO, organización que aún podemos considerar como inestable, ya que su composición, estructura y funcionamiento está sujeta a cambios. La participación de los monitores ha sido escasa y esporádica, habiéndose realizado solamente reuniones de carácter informativas (cabe destacar el alto número de sesiones y participantes), lo que se aplica también a las organizaciones comunitarias, con excepción tal vez de la Asociación de Rehabilitadores de Alcohólicos (ARDA) Cordillera.

La participación de la comunidad puede considerarse desde dos aspectos:

a) ACTIVIDADES ALTERNATIVAS QUE CONTRIBUYEN A LA SALUD MENTAL DE LA POBLACION.

Estas actividades han sido altamente satisfactorias (deporte masivo y otras), destacándose esta comuna por el enorme entusiasmo que tiene la juventud por participar, tanto como competidores y espectadores en múltiples competencias.

b) ACCIONES DE SALUD.

La participación de la comunidad en actividades técnicas, utilización de servicios y supervisión ha sido baja.

Respecto a la totalidad de participación podemos decir que la Comisión Específica es el único instrumento que tiene un grado alto, el resto se encuentra en los grados intermedios.

Esta primera etapa del programa intracomunitario de alcoholismo y drogas puede considerarse satisfactoria. Tal como habíamos previsto, los monitores y organizaciones intermedias dejadas a su propia iniciativa participan escasamente en las actividades técnicas. Esto confirma una vez más que es inútil formar monitores si no existe una organización capaz de capacitar, supervisar, asesorar, controlar y evaluar el trabajo que deban realizar (esta organización no puede ser del Servicio de Salud, ya que no se cuenta con recursos humanos suficientes).

Queremos dejar constancia que la capacitación de monitores incluyó una sesión dedicada exclusivamente a administración de programa que sin embargo no despertó mayor interés.

MEDIDAS QUE A JUICIO NUESTRO SON FUNDAMENTALES PARA LA ETAPA SIGUIENTE: AUMENTO DE LA PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD (Amplitud y Totalidad).

Es necesario contar con aporte monetario para financiar el sueldo de un profesional (enfermera universitaria/asistente social) que tome a su cargo las funciones ejecutivas de control y evaluación, especialmente a nivel de las organizaciones. Debe contarse también con recursos para compensar a los monitores (cancelarles una cierta cantidad por paciente en control, a su cargo).

A nivel escolar, los establecimientos deben aportar horas de orientación para atención individual y de grupo a alumnos y asesoría a padres y apoderados.

Estimamos que si no se dan las dos condiciones anteriores es muy difícil que durante este año puedan lograrse los objetivos que se proponen en el programa 1984.

Actualmente se cuenta con una estructura orgánica que relaciona la Comisión central con los niveles locales, sistemas y procedimientos administrativos y un programa de trabajo.

Sin embargo, el proyecto carece de un presupuesto y de personal capacitado para la labor técnica y administrativa.

CONCLUSIONES.

1. El programa de Puente Alto reúne una serie de propiedades que permite calificarlo como intracomunitario.

2. El mayor desarrollo se ha logrado en las áreas de actividades alternativas, información y educación.

3. Las áreas más deficitarias son administración y utilización de servicios.

4. El financiamiento ha sido escaso.

5. Estimamos que el futuro de este programa intracomunitario está condicionado por la disponibilidad de personal capacitado para la labor técnica y administrativa y recursos para compensar a los monitores de salud.

RESUMEN

Se evalúa el programa intracomunitario de alcoholismo y drogadicción de la Comuna de Puente Alto mediante el método propuesto por Carlos Agudelo. Destaca el alto número de actividades alternativas orientadas a la juventud y la existencia de un Comité de Salud. Sin embargo, la participación comunitaria en utilización y otorgamiento de servicio es baja, salvo en información. Se hace énfasis que el éxito a largo plazo depende del financiamiento del programa y contar con una organización y estructura adecuada.

SUMMARY

The evaluation of a community based program on alcoholism and substance abuse in Puente Alto (semi rural community near Santiago) is presented.

This program is an application of the method proposed by Pan American Health Organization.

A high number of alternative activities oriented to young people and the existence of a Health Commuter are remarkable issues. However, community involvement in the utilization and provision of services is low with the exception of those aspect related to information.

In order to succeed in the long-term, the need of financing the program and the need of an adequate organization are emphasized.

RESUME

Une évaluation est faite du programme intracomunautaire de lutte contre l'alcool et les drogues de la commune de Puente Alto, d'après la méthode proposée par Carlos Agudelo (publiée par le Bureau Sanitaire Panaméricain).

Un grand nombre d'activités alternatives orientées pour la jeunesse, ainsi que l'existence d'un comité de santé est à faire remarquer. Nonobstant, la participation communautaire dans l'utilisation et la dation de services est faible, sauf pour les renseignements.

On insiste sur le fait que le succès à long terme dépend des recours financiers assignés au programme, et d'une organisation et d'une structure adéquates.

REFERENCIAS.

- 1) Municipalidad de Puente Alto, Programa de Prevención Primaria de Alcoholismo y Farmacodependencia de la Comuna de Puente Alto, fotocopiado, 1982.
- 2) OMS, Foro Mundial de la Salud, 2 (1): 23-25, 1981, Ginebra.
- 3) Alonso Fernández, Francisco, *Alcologie Transculturale, Confrontation Psychiatriques* 21: 57, 1982.
- 4) Freedman, M. Alfred. *Drug Dependence en Comprehensive Textbook of Psychiatry*, III pág. 1591, ed. Harold I. Kaplan, Ed. Williams y Wilkins, Baltimore, USA, 1980.
- 5) Silzer L. Melvin. *Alcoholims and Alcoholic Psychoses*, ide; pág. 1629.
- 6) O.P.S. *Prevención del uso indebido de drogas*, Bol. Of. Sanit. Panam. 96 (3), 1984.
- 7) Tuli Jitendra, *Bebida de Salvación*, Salud Mundial (OMS) enero-febrero 1984, pág. 14.
- 8) Marconi, Juan. *Psiquiatría básica, alcoholismo*, Dep-

- to. de Salud Mental y Psiquiatría, Facultad de Medicina Santiago-Sur, Universidad de Chile, pág. 44-49, 1977, mimeografiado.
- 9) Médina Cárdenas, Eduardo, Dobert Versin, María Teresa. Aprendamos sobre drogas. Ministerio de Salud Pública, Servicio Nacional de Salud, 1976, mimeografiado.
 - 10) Agudelo C., Carlos. Participación Comunitaria en Salud. Conceptos y criterios de valorización. Bol. Of Sanit. Panam. 95 (3), 1983.
 - 11) Wulff Munita, Cristián. Pauta para la evaluación de la participación comunitaria en Salud, 1984. Sin publicar. Fotocopiado, Hospital Sanatorio El Peral.
 - 12) Wulff Munita, Cristián. Normas generales para programas intracomunitarios de prevención 1a. y 2a. en Alcoholismo y Drogas, 1983. Sin publicar, Fotocopiado, Hospital Sanatorio El Peral.
 - 13) Rebori A., Atilio, Dependencia física secundaria al etanol en: Alcoholismo, Editado por Ministerio de Salud, pág. 177, 1981.
 - 14) Rebori A., Atilio y cols. Atención abierta del alcoholismo no complicado. Tratamiento del Síndrome de Privación leve y moderado en la comunidad, presentado en: IX Congreso Latino Americano de Farmacología y Terapéutica, 1982, Santiago, Chile.

Anexos en páginas siguientes.

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA
REGION METROPOLITANA DE SALUD
SERVICIO DE SALUD SUR
HOSPITAL SANATORIO EL PERAL

Esta pauta está basada, y es sólo una adaptación del trabajo "Participación Comunitaria en Salud Conceptos y Criterios de Valoración". Carlos A. Agudelo C. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana Vol 95 (3), 205, 1983

**ANEXO A:
PAUTA PARA EVALUACION DE LA PARTICIPACION
COMUNITARIA EN SALUD: INSTRUCTIVO**

1.- LUGAR.

Especificar a que se refiere el estudio (por comunidad se entiende un grupo humano residente en un área geográfica determinada, con valores, patrones culturales y problemas sociales comunes y con conciencia de pertenencia, en la cual las personas interactúan más intensamente entre sí que en otro contexto similar).

2.- TIPO DE GESTION.

La gestión puede ser:

Autogestión: cuando la comunidad administra los recursos y las actividades, con apoyo del exterior o sin él. El aspecto más importante consiste en que la toma de decisiones se produce a nivel de los instrumentos comunitarios, por lo menos en los aspectos claves. Ello supone una gran amplitud y totalidad de la participación. Incorpora, además, una o más formas de financiamiento comunitario, hasta el teórico autofinanciamiento total.

Coadministración: cuando la comunidad comparte la administración con una institución de salud pública o privada. Se colabora en la toma de decisiones, en especial en lo que toca a las actividades que deben realizarse. Por lo general, la institución de salud establece las políticas y consulta a la comunidad sobre su aplicación. Puede basarse en grados bajos o altos de amplitud y totalidad, y en algunas formas de financiamiento comunitario.

Recepción pasiva de servicios: cuando la comunidad no toma decisiones relacionadas con el servicio de salud. Se basa en grados muy bajos de amplitud y totalidad o en la carencia absoluta de participación. Escasamente utiliza como formas de financiamiento algunas labores sencillas y esporádicas.

3.- FINANCIAMIENTO.

3.1. Aporte monetario: autoexplicado.

3.2. Labor comunitaria: trabajo en obras públicas, saneamiento, construcción y actividades directas de salud. Mantenimiento de instalaciones.

3.3. Aportes materiales: materiales de construcción de vivienda y locales.

4.- PARTICIPACION.

4.1. Totalidad: Se evalúa examinando la integración de los instrumentos comunitarios a cada etapa y actividades del proceso administrativo de la salud; planificación, ejecución, control y evaluación.

En el cuadro se le asigna actividades a los instrumentos, en cada etapa de la programación, en que se considera importante su participación, dándoseles un puntaje de acuerdo a lo relevante de ésta.

POR EJEMPLO: el instrumento monitor de salud se considera importante que participe en planificación (1 diagnóstico, 2 objetivos y prioridades, 3 programación), ejecución (5 actividades técnicas, 6 educación), control (8 supervisión), evaluación (9 estudio de resultados). Se le asigna 5 puntos a todas las actividades, menos a la 5 que tiene 10 puntos por considerarse la principal participación del monitor.

La totalidad de la participación se obtiene sumando horizontalmente los puntajes de cada actividad de las etapas administrativas, por instrumento.

25 o más Alto (A).

20 Intermedio (I)

15 o Menos (B).

ETAPAS Y ACTIVIDADES

Etapas del proceso administr.	Actividad N° Tipo	Prototipos
Planificación	1 Diagnóstico	Encuestas y estudios de campo comunitarios. Gufas diagnósticas sobre estado de salud. Identificación de los problemas.
	2 Objetivos y prioridades	Discusión sobre objetivos y prioridades.
	3 Programación	Propuesta y discusión sobre actividades y acciones colectivas
Ejecución	4 Administración	Centros de acopio y cooperativas de consumo, servicios de rehidratación oral, programas de alimentación, huertas escolares y comunitarias, distribución de medicamentos.
	5 . .Actividades técnicas	Vacunación, visitas domiciliarias, detección de grupos de riesgo, acciones colectivas, etc.
	6 Educación	Curso y cursillos de difusión y adiestramiento de promotores o para la comunidad.
	7 Utilización de servicios	Utilización de servicios.
Control.	8 Supervisión	Análisis de la cantidad, calidad y oportunidad de los servicios.
	9 Estudios de resultados	Seminarios con representantes de la comunidad. Grupos de Trabajo. Asambleas para presentación de resultados

Un alto grado de totalidad se obtiene cuando un instrumento realiza actividades en todas las etapas administrativas o se ocupa de las actividades de mayor valor en las etapas en que puede participar. El puntaje más alto es 40.

4.2. Amplitud: está determinada por el número de instrumentos presentes y actuantes.

– **MONITOR DE SALUD:** si se han extraído de la comunidad y forman parte de ésta. Para considerar que se cumple con este requisito se debe tener en cuenta las siguientes consideraciones (*):

Puntaje: 5

i) debe haber un número mínimo de monitores, de acuerdo al programa formulado y que debe guardar relación con la cobertura que se pretende.

ii) deben ser participantes y activos. Para evaluar este punto hemos considerado que cumplen con el requisito siempre y cuando tengan por lo menos 20 puntos en totalidad (actividades, 1, 2, 3, 5, 6, 8, 9).

– **COMITE DE SALUD (*):** siempre que esta sea una organización con nombramiento oficial y miembros definidos (organización: agrupación sistemática de un conjunto de individuos que tienen una estructura, más normas y unos propósitos definidos). Además compute por los menos 20 puntos en totalidad (actividades 1, 2, 4, 5, 6, 8, 9).

Puntaje: 10

– **OTRAS ORGANIZACIONES COMUNITARIAS (*):** (CEMA, Juntas Vecinales, ARDA, URACH, etc.). Debe estar presente por lo menos tres organizaciones: (**) Educación, CEMA y otra, y computar en totalidad por lo menos 20 puntos cada una de ellas (actividades 5, 6, 8, 9).

Puntaje: 5

– **LA COMUNIDAD COLECTIVAMENTE (*):** por medio de acciones de salud, respaldadas por un número considerable de habitantes. Debe computar por lo menos 25 puntos en totalidad, e incluir necesariamente la actividad 7.

La amplitud puede ir de 0 a 30 puntos. Según el puntaje se define el grado de amplitud:

(*) Modificación del original.

(**) Se incluyen como obligatorio Educación y CEMA para cubrir la población infantil expuesta a riesgo de uso de drogas y alcohol.

PUNTAJE EN TOTALIDAD, POR INSTRUMENTO, ETAPA Y ACTIVIDAD

INSTRUMENTO	PLANIFICACION		EJECUCION		CONTROL		EVALUACION		TOTAL PTJE. PART. MAX.
	ACT.	P.	ACT.	P.	ACT.	P.	ACT.	P.	
- Promotor de salud	1	5	5	10	8	5	9	5	40
	2	5	6	5					
	3	5							
- Comités de salud	1	5	4	5	8	5	9	5	40
	2	5	5	5					
			6	10					
- Otras Organizaciones	1	5	5	15	8	5	9	5	40
			6	10					
			6	10			9	10	
- La comunidad colectivamente			6	10			9	10	40
			7	15					

- 20 - 30 Alto (A)
- 10 - 15 Intermedio (I)
- 0 - 5 Bajo (B)

Una amplitud alta implica una gran participación de la comunidad.

Puntaje: 10

5.- En la sección comentarios se deja por escrito de todos aquellos aspectos u observaciones que no pueden explicarse suficientemente en la ponderación de los factores anteriores. También se puede dejar constancia de las sugerencias que se estimen pertinentes.

**ANEXO B:
PAUTA PARA EVALUACION DE LA PARTICIPACION
COMUNITARIA EN SALUD: FORMULARIO**

1.- Lugar:

Autogestión _____ ○

2.- Tipo de gestión:

Coadministración _____ ○

Recepción pasiva _____ ○

3.- Financiamiento:

3.1. Aporte monetario: — Municipalidad _____ ○

— Otras organizaciones _____ ○

Cuál? _____

— Contribución de la comunidad _____ ○

— Otros _____ ○

Especifique: _____

— No hay _____ ○

3.2. Labor Comunitaria _____ ○

3.3. Aporte de materiales _____ ○

4.- Participación

Total Grado

4.1. Totalidad.

Instrumento:

Monitor de Salud: Actividad 1 2 3 5 6 8 9 _____ ○
 Puntaje 5 5 5 10 5 5 5

Comité de Salud: Actividad 1 2 4 5 6 8 9 _____ ○
 Puntaje 5 5 5 5 10 5 5

Otras organizaciones comunitarias: Actividad 1 5 6 8 9 _____ ○
 Puntaje 5 15 10 5 5

Comunidad Colectivamente: Actividad 5 7 9 _____ ○
 Puntaje 15 15 10

4.2. Amplitud

Instrumento:

Puntaje Grado

Monitor de Salud _____ ○

Comité de Salud _____ ○

Otras organizaciones comunitarias _____ ○

Especifique: _____ ○

La comunidad colectivamente _____ ○

TOTAL _____ ○

Comentario.