

Programa DIR APS Alcohol, Tabaco y otras Drogas (Ex Vida Sana - Alcohol)

Versión: 5
Ministerio de Salud
Subsecretaría de Redes Asistenciales
Año de inicio: 2011
Año de término: Permanente

1. ANTECEDENTES

Unidad responsable: División de Atención Primaria
Nombre del encargado: Milena Pereira Romero
Cargo: Profesional Depto. de Gestión de Cuidados - DIVAP
Teléfono(s): 56225689407
E-mail: milena.pereira@minsal.cl

Programas presupuestarios según Ley de Presupuestos:

Partida presupuestaria	Capítulo	Programa	Subtítulo	Ítem	Asignación
16	02	02	21-24-22	24	298

Señale dentro de qué Política Ministerial se encuentra el programa descrito, y si este corresponde a algún compromiso contenido en el "Programa de Gobierno 2018-2022": El Programa DIR APS alcohol, tabaco y otras drogas se enmarca en el Plan Nacional de Salud Mental, así como también es parte del programa de Gobierno especialmente en:

Capítulo "Cirugía mayor a la salud":

Numeral 5: Bienestar y cultura de vida sana.

- Crear una canasta de prestaciones para adolescentes para detectar de manera temprana intentos suicidas y factores de riesgo de alcoholismo y drogadicción y elaborar un plan de prevención del consumo de alcohol, tabaco y drogas que incluya la rehabilitación e integración social.
- Fortalecer los tratamientos de salud mental formando los profesionales adecuados y revisando los actuales protocolos de prevención y atención.

¿El Programa descrito se vincula con un subsistema o conjunto articulado de programas de una determinada política pública?: Ninguno

Señale la Misión del Servicio o Institución Pública responsable del programa (acorde al Formulario A-1 Dirección de Presupuestos):

Regular y supervisar la implementación de las políticas gubernamentales del sector, a través del diseño de estrategias, normas, planes y programas para mejorar la coordinación y articulación de la red asistencial buscando eficiencia y el correcto uso de los recursos fiscales. Centrar la gestión en las personas, implementando acciones de carácter preventivo y promocional, que permita anticiparse al daño y satisfacer las necesidades de la salud de los usuarios durante todo su ciclo vital.

Señale el/los objetivo/s estratégico/s de la institución responsable a los que se vincula el programa (acorde al Formulario A-1 Dirección de Presupuestos): Los objetivos estratégicos institucionales son:

1. Apoyar la optimización en la gestión a los Servicios de Salud y sus Establecimientos dependientes, para mejorar sus procesos clínicos y sus resultados, en el marco de las redes asistenciales integradas, que permita una mejora continua en el acceso y oportunidad, dando solución a los problemas de salud de la población a su cargo.

2.- Desarrollar estrategias en los Servicios de Salud que permitan optimizar operación para entregar las prestaciones GES y No GES, mediante la gestión de las brechas operacionales necesarias para generar la oferta requerida.

Identifique el marco normativo que regula al Programa, especificando Leyes, Decretos, Resoluciones, Bases, Convenios, detallando que contiene cada uno, su año de promulgación y cuáles son los aspectos regulados: Resolución Exenta N° 992 del 19 de diciembre del 2019, que aprueba el Programa de Detección, Intervención y Referencia Asistida para alcohol, tabaco y otras drogas (DIR).

Resolución Exenta N° 119 del 2 de marzo del 2020, que distribuye recursos al Programa de Detección, Intervención y Referencia Asistida en alcohol, tabaco y otras drogas (DIR).

2. DIAGNÓSTICO

Problema principal que el programa busca resolver: Alta presencia de patrones de consumo de riesgo y alto riesgo de alcohol, tabaco y otras drogas, en población mayor de 10 años, beneficiaria FONASA.

Analice cómo ha evolucionado el problema o necesidad, identificando su variación desde que se inició la implementación del programa hasta la actualidad, presentando datos cuantitativos que permitan dimensionar esta evolución y la necesidad de un cambio de diseño. Asimismo, se debe caracterizar a la población afectada por el problema (población potencial), utilizando la fuente de información más actualizada e indicando si afecta de manera particular a algún grupo específico de la población (mujeres, pueblos indígenas, entre otros). Señale la fecha y fuente de información utilizada (Ej: CENSO, CASEN 2017, Registro Social de Hogares, etc.): El programa DIR comienza el año 2011, sólo pesquizando e interviniendo alcohol. A partir del año 2015, se incorpora la detección e intervención del tabaco y otras drogas,

sumado a la intervención en alcohol. Ese año (2015), también se amplía el rango etario de intervención, desde los 10 años en adelante. Lo anterior respaldado en que el consumo de sustancias comienza durante la adolescencia (10 a 19 años), y este período se puede considerar como el momento adecuado para iniciar las pruebas de detección en usuarios jóvenes. (OMS, 2011). En este sentido, la población potencial del programa, corresponde a toda la población beneficiaria FONASA, mayor de 10 años. Lo anterior, basado en el criterio de edad de inicio de consumo, y a su vez, al ser una estrategia preventiva, se debe buscar intervenir a toda la población que accede al centro de APS. Según señala OPS/OMS. 2011, todos los usuarios de la APS deben ser examinados anualmente para detectar el consumo de sustancias, como parte de un programa de pruebas de detección y promoción de la salud. Se señala también que los trabajadores de la atención primaria de salud tienen mayor oportunidad de identificar e intervenir a los usuarios cuyo consumo de sustancias es riesgoso y nocivo. Respecto al impacto sanitario del consumo de alcohol y drogas en la salud de la población, el ESTUDIO DEL COSTO ECONÓMICO Y SOCIAL DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN CHILE, del año 2018, indica que Chile presentó en 2014 el mayor consumo riesgoso de alcohol de Latinoamérica. A su vez, estimaciones nacionales de 2007 situaban al alcohol como el factor de riesgo responsable de la mayor carga de años de vida saludable perdidos por discapacidad o muerte prematura. El mismo estudio señala que el alcohol causa y/o es factor de riesgo de enfermedades crónicas como el cáncer (es considerado un carcinógeno tipo 1, al igual que el tabaco), enfermedades cardiovasculares, digestivas y de salud mental, lesiones y violencia. Asimismo, se estima que alrededor del 10% de las muertes en Chile, pueden ser atribuibles al consumo de alcohol. El consumo de sustancias y el riesgo asociado aumentan en una frecuencia continua, que va desde riesgo bajo (consumo ocasional o no riesgoso y nocivo) a riesgo (consumo más regular) y a alto riesgo (consumo frecuente o peligroso). Estas definiciones aplican para el alcohol, tabaco y otras drogas (OMS/OPS 2011). De acuerdo al Décimo Tercer Estudio Nacional de Drogas en Población General, 2018 (SENDA, 2019), la prevalencia de consumo de riesgo de alcohol es de 9,3% para 2018, sin tener variaciones estadísticamente significativas en relación con las mediciones anteriores: 2010 - 8,7% / 2012 - 9,2% / 2014 - 8,7%). Respecto al consumo de alto riesgo de alcohol, según el estudio de prevalencia psiquiátrica de Benjamín Vicente del año 2006, la prevalencia año, del abuso de alcohol es de 2,6%. Para el año 2017, según la Encuesta Nacional de Salud (ENS) de MINSAL, la prevalencia año, de trastornos por consumo de alcohol, es de 1,9% (mencionar que es primera vez que se mide la prevalencia de trastornos por consumo de alcohol en la ENS de MINSAL). En ese sentido, los conceptos de abuso y trastornos por consumo de alcohol, se pueden entender como consumos de alto riesgo. En relación con el consumo de tabaco, la prevalencia de uso en el último año es un indicador de riesgo por sí misma, por lo que las estadísticas señaladas a continuación, corresponden a los consumos de riesgo y alto riesgo. Al respecto, la prevalencia de consumo de tabaco pasó de 37,9% en 2016 a 35,2% en 2018. Esta variación es estadísticamente significativa y también puede encontrarse en el indicador de prevalencia en el último mes (SENDA, 2019). El tabaquismo es responsable de una importante cantidad de muertes, enfermedades y costos sanitarios. El mayor peso está dado por la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), el cáncer y las enfermedades cardiovasculares. Su impacto en la mortalidad y en la calidad de vida es responsable en forma directa de la pérdida de 428.588 años de vida y explica el 18,5% de todas las muertes que se producen en el país cada año (Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria, 2014). Para drogas ilegales, también se usa la prevalencia de consumo en el último año como indicador de riesgo. En relación con la marihuana, la proporción de usuarios de marihuana en el último año muestra un descenso estadísticamente significativo pasando de 14,5% en 2016 a 12,7% en 2018. Esta variación, sin embargo, es baja y sigue a una serie de variaciones sucesivas al alza desde 2010, aumentando 8,1 puntos porcentuales en los últimos 8 años (SENDA, 2019). En relación con el uso de cocaína en el último año, esta pasa de 1,1% en 2016 a 1,0% en 2018, siendo esta diferencia no significativa. Si bien la magnitud, carga de enfermedad y prevalencia de consumo de drogas ilícitas, es considerablemente menor que el consumo del alcohol y tabaco, el estigma y la discriminación contra las personas que consumen dificultan su acceso a los servicios de salud y tratamiento. Respecto al consumo de alto riesgo de las drogas ilegales y según el mismo estudio (SENDA, 2019), el 2,6% de la población general presenta síntomas de dependencia de marihuana; si bien se observan variaciones respecto a 2016 (2,1%), esto no es estadísticamente significativo. En el caso de cocaína y pasta base, la prevalencia de dependencia es de 0,3%, sin observarse variaciones significativas desde el año 2016 a la fecha en ambas sustancias. Las variaciones, en descenso o aumento, no pueden atribuirse exclusivamente a los resultados del programa. La evidencia muestra que el modelo de detección e intervenciones breves es solo una de las estrategias más efectivas para reducir el consumo de riesgo, siendo las otras políticas públicas intersectoriales (Babor et al, "Alcohol: No Ordinary Commodity - Research and Public Policy", 2010, second edition; Babor et al, "Drug Policy and the Public Good", 2018, second edition).

A partir del problema o necesidad identificado, detalle la/s causa/s que generan dicha situación negativa, considerando aquellas causas que se relacionan al ámbito de acción de la institución responsable del programa y de la/s que el programa se hará cargo de resolver a través de los componentes de su estrategia de intervención. Señale la fecha y fuente de información utilizada: Los altos patrones de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas de la población, son multi causales; sin embargo se pueden identificar dos causas:

1) Baja detección del patrón de consumo de la población en las instancias donde acceden las personas, principalmente en la Atención Primaria de Salud. A partir de ello, la Organización Mundial y Panamericana de la Salud ha recomendado a varios países (Australia, Estados Unidos, Nueva Zelanda, entre otros) que se han visto enfrentados al problema del uso de sustancias y a su baja detección, a desarrollar programas que focalicen la búsqueda intencionada de personas con consumo riesgoso y problemático de alcohol, tabaco y otras drogas, mediante la implementación de sistemas de detección precoz, intervención breve y referencia a tratamiento, conocidos como programas SBIRT por sus siglas en inglés (Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment). Este modelo se recomienda ampliamente pues ha demostrado ser eficaz en ayudar a las personas a reconocer los riesgos asociados al consumo, en disminuir la frecuencia y gravedad del consumo de sustancias. (OMS/OPS 2011). A su vez, hay evidencias considerables de los beneficios de la prueba de detección y de la intervención breve por problemas de alcohol, realizadas en el ámbito de la atención primaria de salud. (OMS/OPS 2011). Según señala OPS/OMS. 2011, todos los usuarios de la atención primaria de salud deberían ser examinados anualmente para detectar el consumo de sustancias, como parte de un programa de pruebas de detección y promoción de la salud.

2) Otra causa es la falta de acciones preventivas sistemáticas en el sector salud, particularmente el nivel primario y en sus espacios de exámenes preventivos, que intervengan en la modificación de los hábitos perjudiciales y que permitan, prevenir consumos de riesgos y altos riesgos, y gestionarlos de manera que produzcan menores consecuencias sociales y sanitarias, cuando ya están instalados. A partir de esto, se propone desarrollar el modelo de intervenciones breves para reducir el consumo de riesgo de alcohol, tabaco y otras drogas. Dicho modelo presenta evidencia de efectividad en la disminución de los consumos de riesgo y sus consecuencias sanitarias asociadas. El modelo incluye un conjunto de acciones simples y estructuradas para realizar intervenciones breves según el nivel de riesgo detectado. (OMS/OPS 2011). Estas intervenciones se deben hacer en los espacios donde acceden las personas, siendo la APS, y principalmente los espacios donde se desarrollan las acciones preventivas, el espacio fundamental.

Según el problema o necesidad identificada, señale los efectos y/o consecuencias negativas que se espera evitar producto de la implementación del programa, tanto en el corto como en el largo plazo. Justifique su respuesta usando datos y evidencia empírica nacional o internacional: A través de la implementación del programa, se busca a corto plazo, reducir los consumos de sustancias de la

población, reduciendo la exposición a factores de riesgos a través de la modificación de conductas. Es así como el programa, a través de sus intervenciones, espera reducir el consumo de riesgo y alto riesgo de alcohol, tabaco y otras drogas, y derivar a tratamiento de salud mental, a las personas con consumo de alto riesgo (posible trastorno por consumo perjudicial o dependiente de sustancias). (Resolución 992, año 2019, que aprueba programa DIR).

A largo plazo, el programa intenta reducir la carga de riesgo de enfermedad derivados del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en Chile, desarrollando una aproximación que permite prevenir consumos de riesgo, pero también gestionarlos de manera que produzcan menores consecuencias sociales y sanitarias, cuando ya están instalados. Lo anterior considerando antecedentes, ligados al consumo, los cuales se detallan a continuación: El consumo de alcohol y tabaco son la principal causa de enfermedad y muerte prematura evitable en el mundo (OPS, 2008; MINSAL-PUC, 2007). El alcohol es el primer factor de riesgo que causa más muerte o discapacidad en Chile, según el Estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible para nuestro país (MINSAL-PUC, 2007) y, se relaciona con el 12,4% de los años de vida saludables (AVISA) perdidos por muerte o discapacidad.

El tabaquismo es responsable de una importante cantidad de muertes, enfermedades y costos sanitarios. El mayor peso está dado por la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), el cáncer y las enfermedades cardiovasculares. Su impacto en la mortalidad y en la calidad de vida es responsable en forma directa de la pérdida de 428.588 años de vida y explica el 18,5% de todas las muertes que se producen en el país cada año (Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria, 2014).

Y respecto al uso de sustancias, se observa que por lo menos 4,4 millones de hombres y 1,2 millones de mujeres de América Latina y el Caribe sufren trastornos de consumo perjudicial y dependiente de sustancias, causados por dicho consumo en algún momento de su vida. Anualmente, son afectados 1,7 millones de hombres y 400.000 mujeres. Por otro lado, entre las causas atribuibles a problemas de salud mental y uso de sustancias, la carga de enfermedad por uso de drogas ilícitas es el 10,9%. (Estudio mundial de carga de enfermedad AVISA del año 2010).

De acuerdo con los efectos y/o consecuencias identificadas en la pregunta anterior, señale cuál es el costo fiscal que éstas generan, tanto en el corto como en el largo plazo. En caso de no contar con la valorización del costo fiscal, a modo de aproximación, especifique el detalle de los gastos asociados: El Estudio del Costo Económico y Social del consumo de alcohol en Chile (PUC-SENDA, 2018) estimó el costo total país con información del año 2014, expresado en pesos chilenos de 2017.

La estimación del costo económico total atribuible al consumo de alcohol fue de \$1.488.776.225.023 (aproximadamente 1.5 billones de pesos chilenos 2017) o USD\$ 2.238.761.241. El 30,1% se origina en costos directos de salud, el 52,2% en costos relacionados con mortalidad prematura. (PUC-SENDA, 2018).

Respecto a los efectos negativos de la carga negativa en salud, que se espera evitar con la implementación del programa, el 36,5% del costo mencionado en el párrafo anterior, está relacionado con enfermedades cardiovasculares, y el 13,4% a enfermedades digestivas (mayormente cirrosis hepática y pancreatitis).

Por otro lado, el estudio de Carga de Enfermedad Atribuible al Tabaquismo en Chile (IECS-Universidad de la Frontera-MINSAL, 2014), estimó los costos directos del uso del tabaco sobre el sistema de salud en \$1.081.898.801.395, con la mayor carga sobre EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica) (23,3% de los costos), enfermedades cardíacas (20,9%), Cáncer al pulmón (16,7%) y otros cánceres (15,9%).

Tanto el alcohol como el tabaco, los gastos en salud están asociados a la carga de enfermedad de la población, asociada a su consumo.

Respecto al uso de drogas ilegales, no existe una valorización del costo fiscal, sin embargo, se puede detallar el gasto, asociándolo a la adquisición de enfermedades de salud general, pero también a la adquisición de enfermedades de salud mental tales como trastornos por consumo de sustancias y otras patologías de salud mental. El estudio mundial de carga de enfermedad (AVISA) del año 2010 da cuenta de que entre las causas atribuibles a problemas de salud mental y uso de sustancias, la carga de enfermedad por uso de drogas ilícitas es el 10,9%.

Justifique la solicitud de reformulación del programa, detallando los resultados positivos y negativos que ha logrado el programa con su intervención, para lo cual debe considerar la presentación de resultados de indicadores de desempeño y/o de evaluaciones realizadas anteriormente. Mencione las fuentes de información y fecha de los datos entregados:

Se busca reformular los indicadores de propósito y de componente del programa. Señalar que el modelo no cuenta con muchas evaluaciones en el país, pero sí con los siguientes antecedentes: Resultados positivos, señalar que desde su implementación a la fecha, la pesquisa de consumos de riesgo y alto riesgo, ha tenido aumentos significativos. El año 2012 se pesquisaron 13.555 personas con consumos de riesgo, y el año 2019, fueron 77.294. A su vez, el año 2012, se pesquisaron 7.155 personas con consumos de alto riesgo, y el año 2019, fueron 27.634. Lo anterior de acuerdo a los Registros Estadísticos Mensuales, del Departamento de Estadísticas e Información de Salud de MINSAL. Se señala el año 2012, ya que no se cuenta con la información de los resultados arrojados el año 2011 porque el programa aún era un piloto. Es probable que estos resultados tengan que ver con el aumento de cobertura del programa y su escalamiento al país, desde un programa piloto sobre alcohol en 20 comunas de la Región Metropolitana en 2011, hasta un programa nacional con cobertura en todos los Servicios de Salud, en cerca de 186 comunas con mayor población, que incorpora intervenciones sobre alcohol, tabaco y otras drogas, y un módulo especial para adolescentes. Pese a lo anterior, es importante continuar aumentando tanto las pesquisas de consumos de riesgo como también las de alto riesgo, de manera de anticiparse a la generación del daño en salud. Respecto a los indicadores de componentes, considerando que el primero consiste en la realización de tamizajes en los espacios de exámenes de medicina preventiva en el centro de APS, existe el estudio Primary health care workers's perspectives on the introduction of an alcohol brief intervention program in Chile" (Correa, 2013), con un enfoque cualitativo, el cual encontró buena disposición general de los funcionarios hacia el programa. Sin embargo, esto no es considerado suficiente para asegurar la instalación del programa en APS. Se requiere soporte organizacional, financiamiento y procesos de supervisión continua para los equipos en los centros de salud. Sobre el segundo indicador de componente, ha habido un aumento gradual de intervenciones breves a personas que presentan consumos de riesgos, pasando de 18.610 el año 2012 a 88.585 el año 2019 (Registros Estadísticos Mensuales, del Departamento de Estadísticas e Información de Salud de MINSAL). Si bien, estos resultados son favorables, se espera aumentar el número para impactar en la reducción del daño en salud producido por el consumo. Sobre este último indicador, un resultado positivo, medido sobre alcohol solamente, se obtuvo en el estudio Efectividad de una IB para disminuir el consumo de alcohol en pacientes con consumo de riesgo según AUDIT realizada por técnico paramédico en APS (Barticevic et al, 2018). Este estudio avala la efectividad de la intervención breve como herramienta para el cambio de hábito de consumo. De acuerdo a este estudio, la Intervención Breve es más efectiva que la entrega de material informativo para disminuir el consumo riesgoso de alcohol (0,84 puntos AUDIT (IC 0.0073 - 1.6768, p = 0,048), Diferencia que permanece al ajustar por puntajes al ingreso, sexo, edad y nivel educacional de ambos grupos (p = 0,049). Dada la importancia de evaluar los indicadores de propósitos y de componentes presentados, se solicita incorporar los, tomando en consideración los antecedentes entregados.

Detalle los cambios y mejoras que se implementarán en el programa reformulado en comparación con el diseño anterior, es decir, mencione aquellos elementos del programa que serán modificados a partir de este nuevo diseño (Ej.: población potencial, componentes, estrategia de intervención, indicadores, etc.): Se modifican los dos indicadores de propósito del programa y el primer indicador de componente. El primer indicador de propósito consiste en la variación porcentual de la realización de intervenciones breves en personas pesquisadas con consumos de riesgo y alto riesgo. La intención es medir la variación de un año a otro, considerando que el propósito del programa es reducir dichos

consumos, y por tanto, al aumentar las intervenciones breves en las personas con presencia de consumos de riesgo y alto riesgo, el programa estaría incidiendo en la disminución de estos.

El segundo indicador de propósito consiste en la detección precoz de los "consumos de riesgo y alto riesgo" de la población, de manera de intervenir y derivar oportunamente a tratamiento. Esto es fundamental para disminuir los patrones de consumo de la población, y por tanto, el daño provocado en la salud de las personas.

Indicadores de componente: se modifica el primer indicador, siendo reemplazado por el porcentaje de tamizajes por consumo de sustancias, que se realizan en los espacios de exámenes de prevención (EMP, EMPAM, Control de Salud integral de Adolescentes); lo anterior, considerando la relevancia de que este tiempo de cuestionarios se apliquen en los momentos que se destinan particularmente para la detección precoz de riesgos para la salud. A su vez, el tamizaje de drogas, al aplicarse en estos espacios, pasa a ser parte habitual de los controles de salud del centro de APS, aprovechando la oportunidad de detección precoz. Según señala OPS/OMS. 2011, todos los usuarios de la atención primaria de salud deberían ser examinados anualmente para detectar el consumo de sustancias, como parte de un programa de pruebas de detección y promoción de la salud. Señala también que los trabajadores de la atención primaria de salud tienen mayor oportunidad de identificar e intervenir a los usuarios cuyo consumo de sustancias es riesgoso y nocivo.

Proporcione evidencia de experiencias nacionales y/o internacionales (proyectos, programas, intervenciones, estudios, etc. y sus resultados) que permitan justificar este nuevo diseño (reformulación) y avalar la pertinencia de este tipo de intervención en la solución del problema identificado. Mencione las fuentes de información y fecha de los datos entregados: La propuesta asume la efectividad del modelo, que la literatura internacional ha reportado, logrando pesquisar los consumos de riesgo y alto riesgo oportunamente para intervenirlos, y, con estrategias de implementación que permita desarrollar el programa en los espacios más estratégicos del centro.

Se aplican tamizajes de consumo de sustancias, en población de 10 años en adelante, y según los resultados, se establecen patrones de consumo y se define el tipo de intervención a realizar. Los instrumentos utilizados son AUDIT y ASSIST para población de 19 años y más, y CRAFFT para población adolescente de 10 a 19 años. Los instrumentos se explican en las Orientaciones Técnicas del Programa DIR (2017). En relación con la efectividad del modelo DIR, cabe destacar:

1) El modelo de intervenciones breves sobre alcohol, utilizando el instrumento AUDIT, es recomendado por la OMS (OMS, 2001), Wilk et al. revisaron doce estudios aleatorizados y controlados, y llegaron a la conclusión de que los bebedores que reciben una intervención breve eran dos veces más propensos a reducir su consumo en un período de 6 a 12 meses que aquellos que no recibieron intervención. Moyer et al; revisaron estudios comparando la intervención breve tanto con grupos control sin tratamiento, como con tratamientos más prolongados. Encontraron «una amplia evidencia positiva» de la eficacia de la intervención breve, especialmente en pacientes con problemas menos graves. La evaluación original del instrumento AUDIT resultó en una sensibilidad del 97% y una especificidad del 78% para el consumo de riesgo, y una sensibilidad del 85% y una especificidad del 85% para el consumo perjudicial. AUDIT es un instrumento válido y confiable para la identificación del consumo de alcohol en población adulta chilena, según una investigación realizada por la Pontificia Universidad Católica de Chile, sobre una muestra de 88 personas mayores a 15 años (Guía Clínica AUGE. 2013). 2) Las investigaciones sugieren que las intervenciones breves realizadas en el ámbito de APS también pueden ser eficaces para el consumo de otras sustancias. Las intervenciones breves han demostrado ser eficaces para el consumo de cannabis, benzodiazepinas, anfetaminas, opiáceos y cocaína. (OPS/OMS 2011). Entre los años 2003 y 2007 se realizó un estudio controlado aleatorio para investigar la eficacia de la intervención breve vinculada a las puntuaciones del ASSIST sobre los consumos riesgosos de cannabis, cocaína, estimulantes de tipo anfetamina y opiáceos dentro del marco de trabajo del proyecto ASSIST de la OMS. Los participantes provenían de servicios de atención primaria y habían sido clasificados como de 'riesgo moderado' en por lo menos una de las sustancias mencionadas. Los resultados mostraron que los participantes que recibieron una intervención breve para las sustancias ilegales redujeron significativamente las puntuaciones del ASSIST después de tres meses por comparación con los participantes del grupo control. (OPS/OMS 2011). 3) CRAFFT es una encuesta auto-administrada que detecta abuso o dependencia de alcohol y/o drogas en adolescentes. Se ha realizado un estudio de validación del CRAFFT en Chile. La investigación fue desarrollada en 2 centros educacionales pertenecientes a las comunas de Puente Alto y La Pintana. Participaron 129 adolescentes entre 14 y 18 años. Se realiza muestreo aleatorio por conglomerado y se excluyen aquellos con intoxicación aguda por consumo problemático de alcohol y/o drogas y adolescentes con diagnóstico de Retraso Mental. Se utiliza como Gold Standard la entrevista psiquiátrica estructurada (MINI). El instrumento validado mostró una especificidad para cualquier consumo del 100% y sensibilidad entre un 85.6% y 94.2%. Finalmente, este instrumento ha sido recomendado por la Academia Americana de Psiquiatría Infantil y Adolescencia, la Academia Americana de Pediatría, La Asociación Española de Pediatría, la Universidad British Columbia de Canadá. (Guía Clínica AUGE. 2013). 4) Desde la recomendación inicial OMS se ha acumulado una gran cantidad de literatura científica y ensayos aleatorizados que muestran la efectividad de las intervenciones breves, sobre todo en el setting de espacios de prevención en la atención primaria de salud. Esta evidencia incluye varias revisiones sistemáticas, entre las cuáles se puede destacar la revisión Cochrane "Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations (Review)" (Kaner et al, 2009), así como "The Impact of Brief Alcohol Interventions in Primary Healthcare: A Systematic Review of Reviews (O'Donnell et al, 2013).

3. OBJETIVO Y FOCALIZACIÓN

3.1) Objetivo

Fin del programa: Contribuir a la reducción de riesgos sanitarios relacionados con el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en Chile.

Propósito del programa: Reducir la alta presencia de patrones de consumo de riesgo y alto riesgo de alcohol, tabaco y otras drogas en población mayor de 10 años, beneficiaria FONASA.

3.2) Población potencial

Descripción: Población que accede al centro de atención primaria de salud, mayor de 10 años, inscrita y validada en los registros de Fonasa, que accede al centro de Atención Primaria de Salud.

Unidad de medida: Personas

Cuantifique la población potencial para el año 2021, en base a la unidad de medida señalada anteriormente: 10.455.678

Fuente de información utilizada para cuantificar la población dada: Registro de Población Inscrita Validada FONASA, mayor de 10 años.

3.3) Población objetivo

Descripción: Personas mayores de 10 años, inscritos y validados en los registros de FONASA, que acceden al centro de salud de APS, a

realizarse exámenes de medicina preventiva, instancia donde se les aplican instrumentos de pesquisa de consumo de sustancias: AUDIT o ASSIST para población adulta de 20 años y más, utilizando como discriminación si la persona consume sólo alcohol, se aplica AUDIT, y si hay otros consumos aparte de alcohol, se aplica ASSIST. Sólo se aplica un instrumento. Para población adolescente de 10 a 19 años se aplica CRAFFT. Los resultados de estos instrumentos son los que determinan el nivel de riesgo de consumo de la persona (riesgo o alto riesgo de alcohol, tabaco y otras drogas).

Los cupos se otorgarán por orden de llegada, estableciéndose una cobertura de un 8% de la población potencial de cada comuna, lo que está definido por el presupuesto disponible.

¿Se utiliza el Registro Social de Hogares (RSH) para seleccionar a los beneficiarios?: No

	2020	2021	2022	2023
Población objetivo	813	836	860	885

4.1) Estrategia

El programa presenta 2 componentes.

Nombre	Descripción
<p>Tamizaje de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas. Prestaciones de Salud (Prestación de salud o sociosanitaria)</p>	<p>Aplicación, por parte de los trabajadores de APS, de un tamizaje de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas a personas mayores de 10 años, que asisten al centro de salud, con énfasis de aplicación, en los espacios de exámenes de medicina preventiva, tales como control de salud integral del adolescente y exámenes de medicina preventiva del adulto y del adulto mayor. Esto último según las recomendaciones de la OPS (2011).</p> <p>1) El objetivo es pesquisar precozmente el patrón de consumo de riesgo o alto riesgo de alcohol, tabaco y otras drogas que presenta la población a la que se les aplica el instrumento.</p> <p>2) Consiste en aplicar un cuestionario de tamizaje a los consultantes para detectar el patrón de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas. El cuestionario es aplicado por el funcionario. Los funcionarios que aplican los tamizajes son profesionales y técnicos que otorgan prestaciones regulares de salud tales como enfermeros, matrones/as, kinesiólogos/as, técnicos paramédicos, entre otros.</p> <p>3) El cuestionario se le aplica al 8% de la población inscrita validada FONASA de 10 años en adelante, que accede a las prestaciones regulares de salud del centro de APS. Se considera aplicación desde los 10 años en adelante ya que la edad de inicio del consumo de sustancias es desde esa edad.</p> <p>4) El servicio es entregado por un funcionario del centro de salud de APS, quién, en las prestaciones regulares de salud, aplica un cuestionario breve para la detección. Se administrará el instrumento de tamizaje específico CRAFFT para población adolescente de 10 a 19 años. Para población mayor e igual a 20 años se utilizará el AUDIT para detectar exclusivamente el consumo de alcohol, y el instrumento ASSIST para la detección de alcohol y otras drogas. Los funcionarios eligen aplicar AUDIT cuando la persona, previo a la aplicación, manifiesta consumir sólo alcohol. Cuando la persona señala consumir también otras drogas, aparte del alcohol, se le aplica ASSIST. Se espera que el servicio se entregue, principalmente, en los espacios de exámenes de medicina preventiva del centro (EMP, EMPAM, Control de Salud Integral del Adolescente), para que dicha intervención sea transversal y temprana.</p> <p>5) Esta evaluación tiene una duración de 15 minutos.</p> <p>Los cuestionarios están validados en Chile, y permiten obtener, a través de su puntaje, el "Patrón de Consumo" de la persona; esto es: patrón de consumo de bajo riesgo, patrón de consumo de riesgo, y patrón de consumo de alto riesgo. Muchos de los casos son derivados por el Servicio Nacional de Drogas y Alcohol a través de Fono drogas y de los programas de SENDA Previene. Es fundamental que los tamizajes para adolescentes se realicen en el control de salud integral del adolescente en APS que se realiza en la estrategia de Espacios Amigables.</p> <p>El componente está asociado a la causa de baja detección del consumo de sustancia, tanto los consumos de riesgo como también los de alto riesgo.</p> <p>Meta de producción año 2021: 836 personas tamizadas</p> <p>Gasto por componente 2021(\$miles) : 2.087.051</p>

Nombre	Descripción
<p>Realización de intervención breve para reducir el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, sobre población detectada con patrones de consumo de riesgo y alto riesgo.</p> <p>Prestaciones de Salud (Prestación de salud o sociosanitaria)</p>	<p>Se realiza una intervención breve en población detectada con consumo de riesgo y alto riesgo. El mismo funcionario que aplica el tamizaje realiza este segundo componente. Los funcionarios son profesionales y técnicos que otorgan prestaciones de salud tales como enfermeros, matronas, entre otros, siendo estos capacitados a través de instancias de formación que ofrece MINSAL para el área de consumo de sustancias (cápsulas educativas, jornadas que organoza el nivel central, entre otras). 1) El objetivo es la realización de intervenciones breves, las que buscan psicoeducar para disminuir patrones de consumo de riesgo de alcohol, tabaco y otras drogas que están asociado al riesgo de adquisición de enfermedades. A través de la intervención breve, se motiva a los usuarios que están en riesgo a cambiar su conducta creando un vínculo entre sus hábitos actuales de consumo y los riesgos asociados. 2) El servicio que se provee es la Intervención Breve, la cual está estandarizada en el documento de "Orientaciones Técnicas del Programa DIR 2018" y en "Intervención Breve vinculada al ASSIST para el consumo riesgoso y nocivo de sustancias" OPS 2011. 3) La población son personas mayores de 10 años, inscritas validadas FONASA; que siendo tamizados, obtuvieron resultado de consumo de riesgo, es decir, riesgo y riesgo alto. Se realiza la intervención desde los 10 años ya que a esa edad comienza el consumo en la población. 4) Consiste en una intervención psicosocial y psicoeducativa que se realiza cuando el consumo es de Riesgo y alto riesgo. A los usuarios con puntaje de alto riesgo, además de la Intervención Breve, se les debe realizar derivación al programa de Salud Mental de APS, para realizárseles una evaluación diagnóstica. En el caso de que se encuentre disponible la oferta de tratamiento del programa de Tabaco, a los usuarios con consumo de riesgo y alto riesgo de tabaco, se debería derivar a dicho programa. 5) La duración de la intervención es de 15 minutos. Se espera que sea 1 sesión, aunque en algunas personas se pueden hacer hasta 4 sesiones en el año. Esto último va a depender de si se detecta la presencia de algún otro factor de riesgo en la persona que haga necesario volver a citarla, tales como gestantes con presencia de consumo, o personas en tratamiento por salud mental, entre otros. No se realiza un plan de intervención, sin embargo, para los consumos de riesgo, se realizan sólo las intervenciones breves, y para consumos de alto riesgo, se realiza la intervención breve junto a una referencia asistida a tratamiento. Las intervenciones están estandarizadas en los documentos "Orientaciones Técnicas y Administrativas del Programa DIR 2018" y en "Intervención Breve vinculada al ASSIST para el consumo riesgoso y nocivo de sustancias" OPS 2011. La causa del problema que aborda el programa es la falta de intervenciones preventivas en el sector salud que se orienten a la disminución de los consumos de riesgo que se asocian a la adquisición de enfermedades.</p> <p>Meta de producción año 2021: 88 personas que reciben intervención breve</p> <p>Gasto por componente 2021(\$miles) : 521.763</p>

Estrategia de intervención: El programa incluye un conjunto de acciones simples y estructuradas para realizar tamizaje del patrón de consumo de sustancias y detectar el nivel de riesgo de consumo de las personas y realizar intervenciones breves para disminuir el consumo de riesgo, modificando sus hábitos de consumo.

Los profesionales del centro de APS, otorgan la prestación de detección del consumo de sustancias, a través de la aplicación, en los espacios regulares de salud del centro, principalmente en los exámenes de medicina preventiva (según las recomendaciones OPS), de un instrumento de tamizaje (AUDIT, ASSIST o CRAFFT). Para población adolescente de 10 a 19 años, se aplica el instrumento CRAFFT. Para población adulta de 20 años y más, se aplica AUDIT, si tras la indagación del funcionario de salud, la persona, señala que sólo consume o ha consumido alcohol. Del mismo modo, se escogerá la aplicación de ASSIST, si la persona indica que ha consumido otras drogas, aparte del alcohol.

Si la persona obtiene en el cuestionario, un puntaje de riesgo medio y alto, se realiza una Intervención Breve para disminuir el consumo de sustancias y modificar sus hábitos dañinos para su salud. En este sentido, el ciclo comienza en la detección, es decir, la aplicación del instrumento y luego la realización de la intervención junto con la derivación a tratamiento cuando se pesquise un consumo de alto riesgo. En adultos se espera aplicar el instrumento una vez al año. En adolescentes podría aplicarse más de una vez al año (hasta 4 veces). Es importante mencionar que el programa es preventivo, no de tratamiento, por lo que en el caso de detectarse un consumo de alto riesgo, se realiza la intervención breve y deriva al equipo de salud mental del centro de Atención Primaria de Salud.

El primer componente es la aplicación de tamizaje a través de los instrumentos según edad y tipo de consumo. El segundo componente realiza intervenciones breves en las personas evaluadas. Ambos componentes del programa se articulan para detectar precozmente e intervenir preventivamente. Con esto, se busca detectar oportunamente el riesgo y disminuir consecuencias sanitarias asociadas al consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, En el contexto de oportunidad, los dos componentes deben ser realizados por el mismo funcionario, en el espacio de salud de APS, al cual acceda la persona. Los componentes se realizan de manera secuencial, es decir, primero el tamizaje y luego la intervención breve. Es fundamental, incorporar la intervención, en los exámenes preventivos del centro de APS tales como Examen de medicina Preventivo (EMPA), Examen de medicina preventiva del adulto mayor (EMPAM) y control de salud integral del adolescente.

Es importante mencionar, que los funcionarios de APS que implementan el programa, son capacitados anualmente por los Servicios de Salud, a través de la realización de jornadas de formación de competencias en la estrategia de abordaje del problema de consumo de sustancias, donde se incorporará la estrategia DIR; a su vez también estos funcionarios acceden a capacitaciones por medio de cápsulas y cursos virtuales otorgados por MINSAL.

Para la ejecución del programa, se hacen relevantes la articulación con el Servicio Nacional de Drogas y Alcohol, ya que, por un lado, en los territorios se articulan para realizar las capacitaciones en conjunto (APS y SENDA), y por otro, sus programas son fuentes de derivación para el tamizaje por consumo de sustancias en la APS. A su vez, el programa se complementa con la estrategia de Espacios Amigables, ya que dentro de

ese espacio, se aplica el instrumento CRAFFT el cual es específico para pesquisar e intervenir en consumo de sustancias para adolescentes y a su vez se hace la intervención breve. Finalmente mencionar, que para los casos de detección de consumos de alto riesgo, el programa se complementa con el programa de Salud Mental de APS de cada centro ya que es a este programa donde se debe derivar a las personas. A su vez, los usuarios con consumo de riesgo y alto riesgo de tabaco deberían ser derivados al Programa Nacional de tratamiento del tabaquismo para APS, una vez que este se implemente.

Tiempo de duración del ciclo de intervención del programa: Indique en cuántos meses/años promedio egresarán los beneficiarios del programa: 1 mes

Criterios de egreso: Cuando se cumple en plan de intervención de acuerdo al patrón de riesgo. Personas con bajo riesgo y de riesgo, se realiza una intervención y egresan. En algunos casos, la persona podría recibir hasta 4 intervenciones breves si lo requiere, por ejemplo, frente a la presencia de algún factor de riesgo. Personas con consumo de alto riesgo, se les realiza la intervención breve y son referidas al programa de salud mental del centro de APS. El programa DIR culmina hasta la intervención breve y/o referencia asistida (cuando se requiere), ya que tras esto, el usuario pasará a ser parte del programa de salud mental en la APS. Los criterios están establecidos en las Orientaciones Técnicas Programa DIR del año 2018.

¿Pueden los beneficiarios acceder más de una vez al programa?: Si, Podrían ingresar más de una vez si la persona presenta factores de riesgo y/o su etapa de curso de vida requiere tener mayor cuidado. Dentro de estas poblaciones tenemos a adolescentes, gestantes, personas mayores en situaciones de riesgo, personas que tras el tamizaje hayan presentado un consumo de riesgo y al acercarse nuevamente al centro vuelven a señalar dificultades con el consumo de sustancias, entre otros.

Identifique si el programa atiende un riesgo potencial y por lo tanto es de carácter "preventivo", (como por ejemplo, programas que previenen la deserción escolar, o que proporcionan seguros ante distintos eventos) o bien, atiende o da solución a un problema ya existente (como por ejemplo programas que atienden a escolares que ya han desertado del sistema escolar): El programa tiene como objetivo, disminuir los patrones de consumos de riesgo y alto riesgo de alcohol, tabaco y otras drogas en la población inscrita validada FONASA; desde ahí, atiende a un riesgo potencial de generar daños a la salud. Esto lo hace un programa de carácter preventivo y es por ello que se considera como población potencial, a toda la población inscrita validada en los registros de FONASA mayor de 10 años, ya que es esta la que accede al centro de APS.

Identifique si el programa incorpora en su intervención, al hogar/familia/cuidadores del beneficiario, (por ejemplo, la intervención a un niño o niña que incorpore a sus padres, sus hermanos, sus cuidadores, o a su familia). Describa el modo y las instancias en las que se incorpora este enfoque en la estrategia del programa: El programa es de aplicación individual.

4.2) Ejecutores, articulaciones y complementariedades

Ejecución: El programa no es ejecutado por instituciones distintas a la responsable del programa.

Articulaciones: El programa se articula con otras instituciones.

Nombre	Tipo de institución	Especifique tipo de institución	Descripción de la articulación
Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA)	Subsecretaría, Servicio o Institución Pública del Nivel Central	Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA)	Se articula con SENDA respecto a que las acciones que realiza el programa, desde el sector salud, es decir la ejecución de la detección y la intervención breve, sea coherente con las políticas de prevención del SENDA. A su vez, se hace en conjunto, el proceso de formación de competencias en el modelo del programa, dirigido a los funcionarios de APS. Esto es; por un lado, entre MINSAL y SENDA Nacional, se capacitan entrenadores nacionales y luego, en conjunto también, a través de los SENDA Regionales y los Servicios de Salud, se realizan capacitaciones en los territorios. A partir de lo anterior, todas las modificaciones del programa se realizan en conjunto entre ambas instituciones. Finalmente, el programa recibe derivaciones desde instancias de SENDA tales como el Fono Drogas o de sus programas SENDA Previene.

Complementariedades Internas: El programa se complementa con programa(s) o intervención(es) de la misma Institución o Servicio Público.

Nombre	Nivel	Descripción
--------	-------	-------------

Espacios Amigables	A nivel de política pública	El Programa Espacio Amigable es un Programa Preventivo, que incorpora, dentro de sus prestaciones, la detección del consumo de sustancias en los adolescentes. En ese sentido, tras la pesquisa del consumo como factor de riesgo, se deriva al Programa DIR para la aplicación del cuestionario de pesquisa (componente 1) y la realización de la intervención breve (componente 2). A su vez, también se realizan las intervenciones del programa en dicho espacio.
--------------------	-----------------------------	---

Complementariedades Externas: El programa no se complementa con programa(s) o intervención(es) de otra(s) Institución(es) o Servicio(s) Público(s).

4.3) Enfoque de Derechos Humanos

Enfoques y/o perspectivas	¿Incorpora o no?	¿En qué etapas se incorpora?	Justificación de la no incorporación del enfoque o perspectiva
Género	No		Este programa en sí mismo no contempla estrategias distintas para la detección, intervención y derivación a tratamiento, para hombres y mujeres. Es un programa diseñado para el acceso de cualquier persona mayor de 10 años que consulte en los centros de salud. No obstante, la Atención Primaria de Salud desarrolla estrategias que buscan reducir las inequidades de género y son parte de los objetivos y resultados esperados incluidos en los Objetivos Estratégicos del Plan Nacional de Salud.
Pueblos indígenas	No		No, no obstante los centros de la APS cuentan con estrategias específicas para la implementación de toda la oferta programática de la APS a través de los facilitadores interculturales, este programa al estar inserto en la APS no será excluido del resto de los programas en la APS.
Pertinencia territorial	No		El programa en su diseño no cuenta con estrategias que consideren la perspectiva territorial, no obstante, se implementa al interior de los centros de la Atención Primaria de Salud que tienen como principio garantizar la accesibilidad de su población a cargo, asimismo en el Modelo de Atención Integral en Salud considera el enfoque territorial en las acciones de salud, de esta manera el Plan Nacional de Salud y un diagnóstico local de salud orientado por él, permiten priorizar en las temáticas en las cuales se debe intervenir. Así una de las estrategias, es la sectorización de la población a cargo, la que permite la identificación entre usuario y equipo. Esto obedece a la necesidad de limitar el número de usuarios, frente a un amplio y complejo campo de actuación, con el objeto de permitir una mayor proximidad y conocimiento del individuo, su familia, su comunidad y su entorno, facilitando así una correlación equilibrada entre demanda y capacidad de respuesta, mejor uso de los recursos.

Enfoques y/o perspectivas	¿Incorpora o no?	¿En qué etapas se incorpora?	Justificación de la no incorporación del enfoque o perspectiva
Niños, niñas y adolescentes (NNA)	Si	El programa, dentro de su estrategia, incorpora el rango etareo de adolescentes, es decir de 10 a 19 años. Para esto, se realizan prestaciones específicas a las características de esta población, las cuales se describen a continuación: a) Tamizaje: Se aplica un cuestionario CRAFT, el cual es un cuestionario validado en Chile para esta población en específico. Esto se realiza en las prestaciones que el centro de APS tiene diferenciadas para este grupo, es decir, dentro de los controles de salud integral del adolescente y dentro de los Espacios Amigables. b) Intervención Breve: En este grupo se denomina Intervención Motivacional, y está creada particularmente para responder a este grupo de edad. La sistematización de su realización, está contenida en el documento MINSAL "Orientaciones para la realización de la intervención motivacional en adolescentes".	
Discapacidad	No		No, El programa en su diseño no cuenta con estrategias que considere el enfoque de discapacidad, no obstante los valores, principios y elementos esenciales en un sistema de salud basado en la atención primaria, del cual este programa es parte, considera elementos que priorizan el acceso y cobertura universal, la atención integral e integrada, atención apropiada, entre otros, para las personas con discapacidad.
Migrantes	No		No, El programa en su diseño no cuenta con estrategias que considere la condición migratoria, no obstante los valores, principios y elementos esenciales en un sistema de salud basado en la atención primaria, del cual este programa es parte, considera elementos que priorizan el acceso y cobertura universal, la atención integral e integrada, atención apropiada, entre otros, para las personas con discapacidad
Otra condición	No		

4.4) Participación Ciudadana y Transparencia Pública

Mecanismos de participación ciudadana: Si

- Diagnósticos participativos

Descripción: El programa está instalado en la Atención Primaria de Salud, y por tanto, cuenta con los valores, principios y elementos esenciales de un sistema de salud basado en la atención primaria. En ese marco, considera los consejos consultivos, instancia que permite a los usuarios plantear sus necesidades, demandas, y trabajar en conjunto con la dirección de salud por una atención apropiada, entre otros.

Mecanismos de participación y transparencia pública: Si

- Cuenta pública

Descripción: El programa se implementa en la Atención Primaria de Salud, ya que se enmarca en los valores, principios y elementos esenciales de un sistema de salud basado en la APS, y por tanto, incorpora los elementos de transparencia pública propios de dicho sistema tales como cuenta pública.

5. INDICADORES

5.1) Indicadores

Indicadores a nivel de Propósito:

Nombre del Indicador	Fórmula de Cálculo	Metodología y definiciones conceptuales	2020 (Situación actual)	2021 (Con programa)	2022 (Con programa)
Tasa de variación porcentual de personas con consumo de riesgo y alto riesgo, que reciben intervención breve.	$\left(\frac{\text{n}^\circ \text{ de personas con consumo de riesgo y alto riesgo, que reciben intervención breve en el año t} - \text{n}^\circ \text{ de personas con consumo de riesgo y alto riesgo, que reciben intervención breve en el año t-1}}{\text{n}^\circ \text{ de personas con consumo de riesgo y alto riesgo, que reciben intervención breve en el año t-1}} \right) * 100$ <p>Fuente de información: Registro Estadístico Mensual</p>	<p>El consumo de riesgo es una manera de usar sustancias que, sin constituir un trastorno (dependencia o consumo perjudicial), impacta sanitariamente en la población, tanto en la adquisición de enfermedades, cómo también en la posibilidad de muerte.</p> <p>El consumo de alto riesgo es una manera de usar sustancia de manera problemática.</p> <p>La intervención breve es una prestación orientada a disminuir el consumo de riesgo. En la medida que, año a año, se aumente la realización de intervenciones breves, se reducen los patrones de consumos riesgosos en la población. A su vez, la intervención breve, en los consumos de alto riesgo, contribuye a reducir el consumo y a su vez, a motivar a acceder a tratamiento especializado.</p> <p>Para medir el indicador, se obtendrá información directamente del Registro Estadístico Mensual (REM).</p>	-8,00%	3,00%	3,00%
Porcentaje de tamizajes realizados que obtienen puntaje de "consumo de riesgo y alto riesgo".	$\frac{\text{número de tamizajes que obtienen puntaje de "consumo de riesgo y alto riesgo" en el año t}}{\text{número de tamizajes realizados en el año t}} * 100$ <p>Fuente de información: Registro estadístico mensual</p>	<p>Al pesquisar mayor cantidad de consumos de riesgo y alto riesgo en la población, se podrá detectar precozmente dichos patrones de consumo, interviniendo en la persona, otorgando información sobre su consumo, como también entregando herramientas para facilitar el cambio de hábitos. A su vez, se podrá derivar a tratamiento, cuando el consumo es de alto riesgo. La pesquisa precoz contribuye a la disminución del consumo ya que da la posibilidad de intervenir oportunamente. Para medir el indicador, se obtendrá información directamente del Registro Estadístico Mensual (REM).</p>	11,00%	11,00%	11,00%

Mencione para cuáles de los indicadores se encuentra centralizada la información y describa los instrumentos utilizados para su recolección y cuantificación: Para el primer y segundo indicador de propósito, la información se encuentra centralizada y disponible en el sistema de Registro Estadístico Mensual (REM). El instrumento de recolección de información es las fichas clínicas de los establecimientos de salud, donde los profesionales registran las prestaciones realizadas, y estas fichas insuman de información a los Registros Estadísticos Mensuales, que son las bases de datos desde donde se extrae la información a través del Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS).

Señale la evidencia que le permitió definir la situación actual y proyectada de los indicadores: Se establecen los indicadores de propósito, a partir de la evidencia entregada por la OMS/OPS, en donde se señala la relevancia de la detección precoz de los consumos de riesgo y alto riesgo en la población, en donde a su vez, se establece que tras realizarse un tamizaje, la Intervención Breve impacta en la reducción de los consumos dañinos para la población y en la motivación para el cambio de dichos consumos. En ese sentido, se espera un aumento de pesquisas y realización de intervenciones breves. Frente a esto, para definir la situación actual y que permite la proyección de los indicadores, se obtiene de los registros estadísticos mensuales (REM), del sistema de información que posee el Ministerio de salud, a través del Departamento de Estadística e Información para la Salud (DEIS). Considerado esto, se cuenta con información histórica del programa desde su implementación el año 2011 hasta la fecha.

Indicadores a nivel de Componentes:

Nombre del Indicador	Fórmula de Cálculo	Metodología y definiciones conceptuales	2020 (Situación actual)	2021 (Con programa)	2022 (Con programa)
----------------------	--------------------	---	----------------------------	------------------------	------------------------

Porcentaje de personas que son tamizadas por consumo de sustancias, en los exámenes preventivos de salud del centro.	(N° de personas tamizadas en los exámenes preventivos de salud del centro en el año t /N° de tamizajes realizados en el año t)*100 Fuente de información: Registro Estadístico Mensual (REM)	Se espera que los equipos de salud, realicen intervención breve al 90% de las personas que presentan consumo de riesgo y alto riesgo en el tamizaje de alcohol, tabaco y otras drogas realizado. Esto, ya que al realizar la intervención breve a personas con consumo de riesgo, se otorga esta acción para la disminución de dicho consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, modificando los hábitos riesgosos. La información para este indicador se obtiene de los Registros Estadísticos Mensuales (REM), disponibles en DEIS del MINSAL.	80,00%	80,00%	80,00%
Porcentaje de personas con consumo de riesgo y alto riesgo, que reciben intervención breve para reducir consumo de alcohol, tabaco y/u otras drogas	(Número de personas con consumo de riesgo y alto riesgo, que reciben Intervenciones breves en el año t /Número de Personas con consumo de riesgo y alto riesgo de alcohol, tabaco y/u otras drogas evaluadas con instrumentos de tamizaje en el año t)*100 Fuente de información: Registro Estadístico Mensual (REM)	Se espera que los equipos de salud, realicen intervención breve al 90% de las personas que presentan consumo de riesgo y alto riesgo en el tamizaje de alcohol, tabaco y otras drogas realizado. Esto, ya que al realizar la intervención breve a personas con consumo de riesgo, se otorga esta acción para la disminución de dicho consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, modificando los hábitos riesgosos. La información para este indicador se obtiene de los Registros Estadísticos Mensuales (REM), disponibles en DEIS del MINSAL.	90,00%	90,00%	90,00%

Mencione para cuáles de los indicadores se encuentra centralizada la información y describa los instrumentos utilizados para su recolección y cuantificación: Para los indicadores 1 y 2 de componentes, la información se encuentra centralizada y disponible en el sistema de Registro Estadístico Mensual (REM). El instrumento de recolección de información es las fichas clínicas de los establecimientos de salud, donde los profesionales registran las prestaciones realizadas, y estas fichas insuman de información a los Registros Estadísticos Mensuales, que son las bases de datos desde donde se extrae la información a través del Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS).

Señale la evidencia que le permitió definir la situación actual y proyectada de los indicadores: Ambos indicadores cuentan con información histórica, desde el año 2011 hasta la fecha. Se encuentra en los REM de MINSAL. El indicador 1 se basa en recomendaciones de OPS/OMS, de 2011, donde se señala que la prueba de detección realizada en APS, en sus espacios de acciones preventivas, aumenta la probabilidad de identificar a individuos que consumen de manera riesgosa. Si los trabajadores de la APS preguntan a usuarios sobre factores de riesgo de consumo, estos estarán dispuestos a considerar la posibilidad de cambiar sus hábitos. (OPS/OMS. 2011). El indicador 2 consiste en realizar intervención breve al 90% de las personas, comprendiendo que el objetivo es reducir los consumos de riesgo y alto riesgo, siendo la intervención breve, la prestación orientada a intervenir, modificando los hábitos dañinos para la salud. El objetivo es ayudar al usuario a que comprenda que consumir lo pone en riesgo, lo que a la vez puede servirle de motivación para que reduzca o deje de consumir sustancias. (

5.2) Sistemas de información del programa

¿El Servicio o la institución responsable, cuenta con sistemas de información que permitan identificar beneficiarios (RUT, RBD, Datos de Contacto, etc.)? Si su respuesta es afirmativa, descríbalos. Indique además si esta información se encuentra digitalizada y centralizada en una base de datos: El programa cuenta con sistema de información que corresponde al resumen de las prestaciones realizadas, las cuales desglosan en sexo, edad y ubicación geográfica (centros de atención primaria, comunas, regiones, Servicios de Salud). Esta información se encuentra en la base de datos del registro estadístico mensual (REM) la cual no es ruficada. La información está digitalizada en la pagina web del departamento de estadística e información en salud (DEIS).

¿El programa reporta información al Registro de Información Social (RIS) del Ministerio de Desarrollo Social y Familia?: No

6. PRESUPUESTO

6.1) Gastos

Componente	Gasto (M\$)	Detalle
------------	-------------	---------

<p>Tamizaje de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.</p>	<p>2.087.051</p>	<p>El programa DIR es un programa de reforzamiento en la APS. Esto significa que son recursos adicionales que llegan a las comunas que tienen el convenio DIR, y que se orientan a la realización de las prestaciones contenidas en el programa, es decir, son recursos nuevos que llegan a la comuna. El gasto para el componente N° 1, se utiliza para la aplicación de tamizajes de consumo de sustancias para las personas mayores de 10 años, inscritas validadas FONASA. Para llevar a cabo la actividad del primer componente, el presupuesto se utiliza en recurso humano, principalmente profesionales de enfermería y obstetricia que son contratados por un año. El número de recurso humano contratado lo define el centro según la necesidad de reforzar los exámenes de medicina preventiva, para que en ese espacio, se realice el programa DIR.</p>
<p>Realización de intervención breve para reducir el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, sobre población detectada con patrones de consumo de riesgo y alto riesgo.</p>	<p>521.763</p>	<p>El programa DIR es un programa de reforzamiento. Esto significa que son recursos adicionales que llegan a las comunas que tienen el convenio DIR, y que se orienta a la realización de las prestaciones contenidas en el programa, es decir, son recursos financieros nuevos que llegan a la comuna. Para el componente N° 2, el gasto se utiliza para la realización de intervenciones breves que son las consejerías que se realizan a las personas, que, tras haberseles aplicado el cuestionario de tamizaje, y haber resultado con consumo de riesgo, se les realiza la prestación de Intervención Breve. Para llevar a cabo lo anterior, el presupuesto se utiliza en financiar recurso humano, principalmente, profesionales de enfermería y obstetricia. los que son contratados por un año. El número de recurso humano contratado lo define el centro según la necesidad de reforzar los exámenes de medicina preventiva, para que en ese espacio, se realice el programa DIR.</p>

Gastos Administrativos: 174545

Detalle gastos administrativos: El gasto administrativo se utiliza para la realización de las capacitaciones a los funcionarios de Atención Primaria, en la estrategia del programa. Para ello, se le traspasa a los Servicios de Salud un determinado monto de recursos financieros, para que ellos realicen las capacitaciones a los funcionarios de la red de APS de su territorio. Dichos gastos son nuevos ya que se renuevan cada año.

Total Gastos: 2783359

6.2) Gastos de Inversión

Gasto Total del Programa (sumatoria del gasto por componente, gasto administrativo y gasto de inversión) (M\$): 2.783.359

6.3) Gastos por Subtítulo

Detalle el Gasto Total del Programa Social (componentes, gastos administrativos e iniciativas de inversión) por subtítulo, ítem y denominación, indicando el número de asignación y valor correspondiente:

Partida	Capítulo	Programa	Subtítulo, Ítem, Denominación	Asignación	Gasto (\$miles)
16	02	02	21 Gastos en personal		138.669
16	02	02	22 Bienes y servicios de consumo		174.545
16	02	02	24 03 TRANSFERENCIAS CORRIENTES Transf. a otras entidades públicas (1)	298	2.470.145

Gasto Total por Subtítulo (M\$): 2.783.359