

PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA CONDUCTA ALCOHOLICA

- I.** INTRODUCCIÓN
- II.** OBJETIVOS GENERAL
- III.** OBJETIVOS ESPECIFICOS
- IV.** LÍMITES
- V.** ACTIVIDADES PARA DAR CUMPLIMIENTO A LOS OBJETIVOS.
- VI.** ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES.
- VII.** EVALUACIÓN Y CONTROL
- VIII.** INDICADORES GENERALES
- IX.** ANEXOS

I. INTRODUCCION:

1. ANTECEDENTES.

Fue en 1985 que se confeccionó el programa de prevención y control del alcoholismo y 10 años después se llevó a cabo la revisión y actualización que aún mantiene su vigencia. Desde entonces el sistema de salud se ha desarrollado y perfeccionado, específicamente la APS.

En 1995 comienza la Reorientación de la Psiquiatría hacia la Atención Primaria, que deviene desde 1996 en la política definida por nuestro ministerio para el desarrollo e integración plena de las acciones de salud mental en la comunidad. Se logra una mayor cobertura asistencial y definen estrategias que permiten contar al finalizar el año 2000 con 137 CCSM, en todo el país. Estos CCSM devienen en la piedra angular para todas las acciones sobre la salud y enfermedad mental y por tanto en un nuevo escenario para la practica cotidiana de las especialidades de salud mental dentro del sistema de salud. Se crean: la Comisión Nacional de Salud Mental y sus replicas en las provincias y municipios, que entre sus funciones tienen la de evaluación, control y monitoreo del programa de alcoholismo. Es en ese marco donde se implanta y evoluciona el programa del alcoholismo. Desde entonces se logra mayor participación de otros sectores, tales como: Educación, Comercio Interior, Comisión de Prevención y Atención Social, Medios de Comunicación, organismos y organizaciones de masas y otros, que contribuyen desde sus funciones a los propósitos del programa pero sin formar parte del mismo y determinan en algún grado la toma de conciencia paulatina de decisores y de la población de que el consumo excesivo e irresponsable de bebidas alcohólicas es un problema de salud, con amplias repercusiones sociales y que la solución trasciende los límites de un solo sector.

En el ámbito del sector salud, el alcoholismo sobrepasa los límites de la salud mental y es considerado como factor de riesgo para la salud, con amplias repercusiones entre las enfermedades no transmisibles, donde se considera como factor de riesgo. Es también en este período donde se inicia la implementación de los Grupos de Ayuda Mutua en el tratamiento y rehabilitación del paciente alcohólico, que amplían sus acciones a las de prevención con enfoque de riesgo. Las investigaciones de corte epidemiológico, transversales e incluso otras con técnicas cualitativas contribuyen a hacer mas visible la magnitud de la conducta alcohólica y la necesidad inaplazable de su priorización, tanto por el MSP, como por otros sectores del estado.

2. SITUACIÓN ACTUAL.

En nuestros días se mantiene la tendencia al incremento del consumo de alcohol por la población, lo que se evidencia por el aumento de la producción, la aparición de nuevas marcas hacia las que se desplaza el consumo sin que por ello disminuya el producto ofertado al mercado en moneda nacional; se consolidan patrones de ingestión orientados a la embriaguez y aparecen otros con iguales potencialidades adictógenas, como el consumo en playas, parques, aceras y calles; deja de ser excepcional la observación de jóvenes que consumen mientras conducen vehículos automotores y ciclos; cada vez resulta más frecuente la violación de las regulaciones establecidas en lo referente a horario y edades de expendio; la venta de alcohol se expande de los bares a los portales y aparece la oferta ambulatoria en franca competencia con el clásico granizado; prolifera la propaganda ingenua en nuestra producción cinematográfica y nuestros medios de información y hasta existen programas científicos populares de alta tele audiencia donde inocentemente se recomienda el consumo moderado de alcohol para mejorar la salud; se reduce

considerablemente la producción de bebidas alternativas y cada vez resultan menos frecuentes las actividades recreativas “secas”; se refuerza la tendencia permisiva ante la embriaguez y se incorpora peligrosamente el consumo irresponsable de alcohol al estilo de vida.

Se violan así en la base las medidas oportunamente orientadas por nuestra más alta dirigencia política y reiteradamente reclamada por nuestros organismos de Prevención Social y Salud Pública.

Pareciera desconocerse por la comunidad la significación social del alcohol como la más trascendente drogadicción de nuestros días a nivel nacional e internacional, al determinar tantas miserias humanas como las vinculadas a la suma de todas las drogas ilegales conocidas hasta hoy; y se fomenta involuntariamente una actitud social de tolerancia incondicional, mundialmente considerada como el más significativo factor de riesgo para la proliferación de las tragedias asociadas al consumo irresponsable de alcohol y al alcoholismo.

Finalmente se subvalora la significación de la embriaguez alcohólica como inductora y portera del uso de sustancias ilegales y se desconoce por la población la imposibilidad de prevenir el consumo de estas últimas drogas, sin antes prevenir el consumo de los tóxicos legales como el café, tabaco y alcohol, además de superar el errado --y todavía frecuente criterio profesional—de sólo considerar como enfermos a los que presentan complicaciones severas por el consumo de dichas sustancias.

Debido a esto la repercusión social de la conducta alcohólica, es elevada e incide en el bienestar de la población. Ello se manifiesta en diferentes investigaciones desarrolladas en el país como son:

- El Instituto de Medicina Legal en 1999 reportó alcoholemia positiva en el 40% de los fallecidos por homicidio, en el 30% de los suicidas, en el 27% de los fallecidos por accidentes de tránsito y en el 28% de los de otros accidentes. No se tienen datos de otros aspectos de la violencia generada por el alcohol, como la violencia simbólica o psicológica que se da en el ámbito familiar y tampoco aquella física que no produce lesiones que requieran tratamiento médico, pero que dejan serias secuelas en la salud mental de las víctimas, victimarios y su comunidad o barrio.
- En un estudio nacional en 1995 se determinó que el 45.8% de la población, de más de 15 años han ingerido alcohol alguna vez y en provincias como Guantánamo, Santiago, Holguín y la Tunas, las cifras se elevan a más del 54.7% siendo las más bajas la de Cienfuegos y Ciego donde alcanzan el 39.1%. Para todo el país se detectó un 2.2% de dependientes alcohólicos y un 6.2% de bebedores en riesgo de dependencia, por entrar con frecuencia en contacto con la ingestión de bebidas alcohólicas..
- En investigaciones de epidemiología cualitativa, de investigación acción, realizadas a nivel nacional en la comunidad la conducta alcohólica aparece entre la primera y la cuarta necesidad sentida por la población como problema que afecta su salud mental.

Aun cuando estos datos son impactantes, se mantiene un déficit de la información de las acciones de salud pública y de la demanda de atención satisfecha, por insuficiencia de la información procesada por la Dirección Nacional de Estadísticas sobre estos y otros indicadores. Tampoco se ha considerado como prioritaria esta situación por la UATS para la vigilancia epidemiológica y el establecimiento de sitios centinelas.

No se cuenta con datos de la secuela del alcoholismo en las enfermedades no transmisibles, ni se relaciona con las muertes que alguna de estas producen.

Mientras se mantiene la notable contradicción entre la tolerancia a la embriaguez y la estigmatización y rechazo del alcohólico, por la población e incluso por el personal de salud, así como un bajo nivel de conocimientos de las posibilidades reales de tratamiento, de acciones preventivas y de protección de la salud mental, el alcoholismo crece y es objeto de atención por grupos de autoayuda sin orientación profesional que desarrollan acciones dirigidas a enfrentar el daño que resultan paralelas o divergentes con las estrategias de atención integral a éstos problemas que afectan la salud de nuestra población según los principios rectores del Sistema Nacional de Salud con énfasis en el trabajo en la comunidad y participación activa de todos.

Uno de los pilares del actual programa de prevención y control del alcoholismo, son los GAM (Grupos de Ayuda Mutua), que se han incrementado en los últimos años alcanzando en el 2000 la cifra de 263 en el país, pero aun siendo insuficientes, tienen una distribución no planificada y si espontánea, su funcionamiento es irregular y su impacto es prácticamente nulo.

Este cuadro nada favorable, se complica aun más con la aparición aun insipiente de otras conductas adictivas a drogas ilícitas y al aumento del mal uso de las drogas lícitas por constituir tratamientos habituales en la practica médica.

Todo esto justifica la revisión del actual programa y la elaboración de uno nuevo que perfeccione al anterior, tome y optimice el uso de los recursos y las posibilidades actuales y perspectivas del Sistema de Salud. Es importante que se defina que el abordaje del consumo excesivo e irresponsable de bebidas alcohólicas y sus secuelas constituyen un problema que trasciende los límites de la acción de salud y necesita de la participación transectorial, dadas su implicación política, actuales tendencias, complejidad e íntima relación con otras drogadicciones que cuenta con un programa de elevada prioridad de gobierno.

3. VISION.

Contribuir a mejorar la calidad de vida de la población, mediante, la reducción de la ingestión excesiva de bebidas alcohólicas fuera de las normas sociales, prevención de los grupos de riesgo así como la reinserción social del paciente alcohólico, por medio de las acciones integrales del sector salud.

II. OBJETIVO GENERAL

Reducir los niveles de consumo de alcohol por la población y las repercusiones en su bienestar social y la salud.

III. OBJETIVOS ESPECIFICOS.

1. Desarrollar acciones de promoción con el fin de fomentar actitudes y estilos de vida favorables a la salud.
2. Realizar actividades de prevención para la identificación y control del riesgo alcohólico y consumo irresponsable de bebidas alcohólicas.
3. Lograr un diagnóstico temprano y atención oportuna de pacientes alcohólicos.
4. Garantizar el seguimiento y la rehabilitación del paciente alcohólico mediante acciones fundamentalmente comunitarias

5. Fomentar el desarrollo de los grupos de ayuda mutua, como alternativa comunitaria de prevención, recuperación y rehabilitación.
6. Desarrollar un plan de formación y capacitación de recursos humanos
7. Confeccionar un plan de investigaciones que faciliten la incorporación de nuevos conocimientos para la prevención y control de problemas relacionados con el alcoholismo y otras adicciones.
8. Crear un Subsistema de Información de recogida para la Conducta Alcohólica y su atención por el Ministerio de Salud Pública.

IV. LIMITES

- a. **Geográfico:** De alcance nacional
- b. **Tiempo:** Permanente con evaluación anual y monitoreo semestral
- c. **Universo de trabajo:** Toda la Población

V. ACTIVIDADES PARA DAR CUMPLIMIENTO A LOS OBJETIVOS DEL PROGRAMA.

1. Desarrollar acciones de promoción con el fin de fomentar actitudes y estilos de vida favorables a la salud.

1.1 Orientar a los trabajadores de los medios masivos de comunicación en la importancia de unificar criterios que garanticen la efectividad de la promoción de conductas, actitudes y estilos de vida favorables a la salud y ajenos al consumo irresponsable de alcohol.

Responsable: Centro Nacional de Promoción y Educación para la Salud, CPES y unidades municipales de Higiene y Epidemiología.

Participantes: ICRT, ICAIC, Órganos de prensa nacionales, provinciales y municipales, Comisión Nacional de Salud Mental, Comisiones Provinciales y Equipos de Salud Mental, Médicos y enfermeros de la familia.

1.2 Se informará y divulgará a toda la población los efectos que acarrea a la salud y a la sociedad el consumo irresponsable de bebidas alcohólicas.

Responsable: Centro Nacional de Promoción y Educación para la Salud, CPES y unidades municipales de Higiene y Epidemiología.

Participantes: Comisiones de Prevención y Atención Social, Médicos y enfermeros de la familia, Equipos de Salud Mental, GBT, ICRT y Prensa.

1.3 Establecer consultas de consejería y orientación a nivel de Centros Comunitarios de Salud Mental y áreas de salud con el propósito de orientar y educar a la población en aspectos relacionados con el consumo indebido de sustancias.

Responsable: Directores de policlínicos y de Centros Comunitarios de Salud Mental.

Participantes: Equipos de Salud Mental, GBT, Médicos y enfermeros de la familia.

1.4 Confeccionar soportes publicitarios como carteles, afiches, plegables y otros donde se promuevan actitudes, conductas y estilos de vida ajenos al consumo de alcohol. Estimular la participación y utilización de la comunidad.

Responsable: Centro Nacional de Educación para la Salud, CPES y unidades municipales de Higiene y Epidemiología.

Participantes: CPES, unidades municipales de Higiene y Epidemiología y Equipos de Salud Mental.

1.5 Apoyarse en las potencialidades del GAM para desarrollar la comunicación interpersonal cara a cara como elemento de gran valor para establecer empatías.

Responsable: Equipos de Salud Mental.

Participantes: integrantes del GAM.

2. Actividades de prevención para la identificación y control del riesgo alcohólico y consumo irresponsable de bebidas alcohólicas.

2.1 Identificar las personas e instituciones de la comunidad con potencialidades para el desarrollo de acciones preventivas del consumo excesivo e irresponsable de bebidas alcohólicas.

Responsable: Directores de policlínicos y de Centros Comunitarios de Salud Mental.

Participantes: Equipos de Salud Mental, Médico y enfermero de la familia, GBT.

2.2 Capacitar al médico y enfermera de la familia en el trabajo con individuos y grupos de riesgo mediante la utilización de técnicas participativas.

Responsable: CPES, unidades municipales de Higiene y Epidemiología, Comisiones Provinciales de Salud Mental.

Participantes: Médicos y enfermeros de la familia, GBT y Equipos de Salud Mental.

2.3 Dispensar a individuos sometidos a factores de riesgo:

- Hijos de padres alcohólicos
- Convivencia en familias o grupos sociales con consumo excesivo de alcohol
- Ocupaciones con fácil acceso a las bebidas alcohólicas

Responsable: Vicedirector Municipal de Asistencia Médica, Directores de policlínicos.

Participantes: Médicos y enfermeros de la familia, GBT, Equipos de Salud Mental.

2.4 Identificar para su adecuado control la presencia de sujetos con factores frecuentemente asociados al consumo excesivo de bebidas alcohólicas:

- Otros fármacodependientes
- Portadores de depresión y conducta suicida
- Niños y/o adolescentes integrantes de familias disfuncionales
- Personas aptas que no estudian ni trabajan
- Personas con pobre apoyo familiar y social

Responsable: Vicedirector Municipal de Asistencia Médica, Directores de policlínico.

Participantes: Médico y enfermero de familia. Psicólogo del GBT, Trabajadora Social y otros miembros del Equipo de Salud Mental.

2.5 Dispensar a bebedores con consumo de riesgo alcohólico.

Responsable: Vicedirector Municipal de Asistencia Médica, Directores de policlínico.

Participantes: Médicos y enfermeros de la familia, GBT, Equipos de Salud Mental.

2.6 Desarrollar acciones de intervención comunitaria dirigidas a centros de trabajo y localidades consideradas de riesgo alcohólico.

Responsable: Directores de policlínicos y de Centros Comunitarios de Salud Mental.

Participantes: Equipos de Salud Mental, Médicos y enfermeros de la familia, Consejos Populares.

2.7 Confeccionar propuestas que deberán ser contempladas judicialmente sobre aspectos de la conducta alcohólica. Ejemplo:

- Implementar sanciones más severas a los choferes que ingieren bebidas alcohólicas
- Colocar mensajes de advertencia de salud en las etiquetas de los envases
- Exigir el cumplimiento de la resolución 52/99 del MINCIN, tanto en la red de moneda nacional como en la de divisas.

Responsable: MINSAP y su asesoría jurídica
Participantes: MINCIN, Ministerio de Justicia y otros.

3. Actividades para lograr un diagnóstico temprano y atención oportuna de pacientes alcohólicos.

3.1 Evaluar por el equipo de salud mental los pacientes con presunto diagnóstico de alcoholismo y según su complejidad podrá recomendar:

- a- atención en consulta general y especializada
- b- atención en servicios de urgencia
- c- ingreso domiciliario
- d- hospitalización en centros de segundo nivel de atención

En todos los casos se deberá recomendar la incorporación a un Grupo de Ayuda Mutua tan pronto sea posible.

Responsable: Vicedirector Municipal de Asistencia Médica, Directores de policlínicos y de Centros Comunitarios de Salud Mental,.

Participantes: Equipo de Salud Mental, servicios de atención psiquiátrica de segundo nivel de atención, Equipo de APS.

3.2 Garantizar el tratamiento de urgencia a los pacientes alcohólicos en todos los territorios. Se desarrollarán fundamentalmente modalidades ambulatorias. Tener en cuenta la atención médica integral específica de los casos con Intoxicación Alcohólica Aguda.

Responsable: Directores de PPU, Hospitales y Policlínicos Comunitarios

Participantes: Equipos de atención Médica General Integral y de Medicina Interna

3.3 Fomentar la creación de servicios de desintoxicación en Hospitales Generales con vista a cumplimentar las fases iniciales del tratamiento, siempre que no sea posible de manera ambulatoria. Cobertura municipal.

Responsable: Dirección Provincial de Hospitales y directores de hospitales

Participantes: Directores de hospitales y equipos de trabajo de segundo nivel de atención

3.4 Garantizar el vínculo permanente entre el primer y el segundo nivel de atención durante la atención y al egreso de pacientes alcohólicos hospitalizados.

Responsable: Directores de Hospitales, Policlínicos y CCSM.

Participantes: Equipos de Salud Mental de primero y segundo niveles de atención

4. Actividades para garantizar el seguimiento y la rehabilitación del paciente alcohólico mediante acciones fundamentalmente comunitarias en coordinación con todos los sectores implicados tales como Comisión Prevención Social, MINED, Cultura, Organizaciones políticas y de masas.

4.1 Rehabilitación a mediano y largo plazo con la consiguiente reinserción social y familiar mediante métodos fundamentalmente comunitarios, tales como Grupos de Ayuda Mutua, Organizaciones de apoyo (Promotores de salud, grupos de familiares, grupos de menores, etc.)

Responsable: Vicedirector Municipal de Asistencia Médica y directores de policlínicos.

Participantes: Médicos y enfermeros de familia, equipos de salud mental, GBT, familiares de pacientes alcohólicos, otros líderes comunitarios formales y no formales.

4.2 Garantizar el seguimiento del paciente alcohólico por el equipo de salud mental y médico de familia, a través de las modalidades de consulta, GAM o visitas de terreno. Se recomienda la siguiente periodicidad **como mínimo**:

Primer año: como mínimo una vez al mes

Segundo año: como mínimo bimensual

A partir del tercer año y hasta el quinto: como mínimo trimestral

Responsable: Direcciones de policlínicos y de Centros Comunitarios de Salud Mental

Participantes: Equipos de salud mental, GBT, médicos y enfermeros de la familia.

4.3 Realizar seguimiento, mediante visitas al hogar del paciente alcohólico en tratamiento o que haya abandonado el mismo. Se recomienda las visitas de terreno en las siguientes situaciones:

- Cuando el paciente alcohólico se ausente del tratamiento o del GAM por motivos injustificados o desconocidos durante un período mayor de 3 sesiones.
- Paciente en recaída que no busca ayuda
- Paciente con limitación física que le impide asistir

Responsable: Directores de policlínicos y responsables de CCSM.

Participantes: Equipo de salud mental, médicos y enfermeros de familia, GBT, pacientes incorporados al GAM, miembros de la red de apoyo social.

4.4 Realizar información al alta de los egresos por alcoholismo como primer o segundo diagnóstico para su seguimiento en el área de salud. Especificar:

- Servicio de atención
- Tipo de tratamiento (aversivo u otros)

Responsable: Directores de servicios de segundo nivel de atención

Participantes: Médicos de atención del segundo nivel.

5. Actividades para fomentar el desarrollo de los grupos de ayuda mutua, como alternativa comunitaria de prevención, recuperación y rehabilitación.

5.1 Crear grupos de ayuda mutua para alcohólicos y mejorar la calidad de funcionamiento de los ya creados con el objetivo de brindarles una importante red de apoyo social y la realización de acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación a largo plazo (como mínimo un GAM por cada área de salud, siempre que se cumpla los requisitos necesarios).

Responsable: Vicedirector municipal de asistencia médica, directores de policlínicos, responsables de CCSM y Consejos de Salud.

Participantes: Comisiones de prevención y atención social, médicos de familia, equipos de salud mental y Consejos Populares.

5.2 Realizar visitas periódicas de asesoría a los grupos de ayuda mutua.

Responsable: Comisión Nacional y Provinciales de Salud Mental.

Participantes: Equipos de Salud Mental.

6. Actividades para desarrollar un plan de formación y capacitación de recursos humanos.

Actualizar en la enseñanza de pre y postgrado en Ciencias de la Salud y afines los currículos de estudios en materia de alcoholismo y otras fármacodependencias adecuándolos a la realidad nacional y local.

Responsable: ISCM, Facultad de Ciencias Médicas, CENAPET, Escuela Nacional de Salud Pública, Centro Provincial de Perfeccionamiento.

Articular un programa de educación continuada (seminarios, talleres, cursos, entrenamientos y diplomado) sobre alcoholismo y otras adicciones dirigidos a los trabajadores del sector que promueva adquisición de conocimientos y modificación de actitudes y prácticas en lo relacionado con estos problemas médico-sociales.

Responsable: Escuela Nacional de Salud Pública, CENAPET, ISCM, Facultad de Ciencias Médicas, Centros Provinciales de Perfeccionamiento.

Confeccionar bibliografía actualizada con temáticas sobre alcoholismo y otras fármacodependencias adaptadas a la promoción de salud, prevención y tratamiento en el marco de la Reorientación de la Psiquiatría hacia la Atención Primaria.

Responsable: Centro Nacional de Información Ciencias Médicas

Coordinar el adiestramiento de personas de otras instituciones y organismos vinculados con las actividades del Programa tales como: MINED, ICRT, INDER, Cultura, Comisión de Prevención Social, Consejos Populares, Comercio y Gastronomía, Organizaciones políticas y de masas.

Responsable: Comisiones Provinciales de Salud Mental

Capacitar al personal de la salud implicado, en la metodología y funcionamiento de los Grupos de Ayuda Mutua.

Responsable: Comisiones Nacional y Provinciales de Salud Mental.

7. Actividades para confeccionar un plan de investigaciones que faciliten la incorporación de nuevos conocimientos para la prevención y control de problemas relacionados con el alcoholismo y otras adicciones. Se debe impulsar la necesaria investigación interdisciplinaria con participación y cooperación de distintos sectores según proceda.

Promover que las investigaciones tengan una jerarquización temática según las necesidades de cada territorio y generen recomendaciones específicas orientadas a la acción, pueden abarcar:

- Identificación de conocimientos y actitudes sociales hacia el consumo del alcohol y sus consecuencias.
- Identificación de necesidades sentidas sobre la repercusión del alcoholismo y su abordaje en la comunidad.
- Identificación de factores de riesgo y factores de protección en grupos específicos y territorios.
- Medir la efectividad de acciones de prevención en centros educativos de nivel medio y superior.
- Evaluar la influencia de los medios de comunicación en la promoción de estilos de vida saludables y prevención del consumo irresponsable de bebidas alcohólicas.

Caracterización epidemiológica de los patrones de consumo de bebidas alcohólicas y otras sustancias psicoactivas. Promover diseños metodológicos nacionales.

Evaluar indicadores directos e indirectos de problemas relacionados con el alcohol:

- Alcoholismo y Conducta Suicida
- Alcoholismo y Accidentalidad
- Alcoholismo y Violencia
- Estudios de comorbilidad

Evaluar consecuencias en la salud del consumo excesivo de alcohol como:

- a. Factor de riesgo de Enfermedades Crónicas No Trasmisibles de relevancia en el cuadro de morbimortalidad (HTA, Cardiopatías, Enfermedad Cerebrovascular, Cáncer, Suicidio)
- b. Complicaciones del Alcoholismo.

Desarrollar investigaciones en los servicios de salud para medir organización y calidad de las acciones de salud, impacto, evaluación y pertinencia del programa.

Ejecutar investigaciones dirigidas a:

- Estudios de causas múltiples: factores socioculturales, psicosociales y genéticos.
- Influencia de los factores biológicos y psicosociales en el tratamiento y la evaluación.
- Evaluación de distintas modalidades terapéuticas y realizar estudios comparativos de eficacia.

Responsable: INHEM y Viceministerio de Asistencia Médica y Social.

Participantes: Viceministerio de Ciencia y Técnica, Comisión Nacional de Salud Mental, INHEM, Grupo de Medicina Familiar, Grupo Nacional de Psicología, Centro Nacional de Promoción y Educación para la Salud, Investigadores y Centros de referencia.

8. Actividades para crear un Subsistema de Información de recogida para la Conducta Alcohólica y su atención por el Ministerio de Salud Pública.

Crear y consolidar un **sistema uniforme** de información estadística sobre diagnóstico de alcoholismo, que permita conocer el cuadro de morbilidad del alcoholismo, otros grados de la conducta alcohólica y sus tendencias.

Establecer una base de datos que permitan conocer las necesidades de atención, el grado de satisfacción de la demanda y las tendencias de ambas.

Crear una base de datos con indicadores directos e indirectos (producción, distribución, consumo, expendio, disponibilidad de alternativas sin alcohol, violencia, accidentes, conducta suicida, comorbilidad, etc) y su relación con la morbilidad de alcoholismo en diferentes territorios.

Responsable: Viceministerio de Higiene y Epidemiología, DNE.

Participantes: Comercio Interior, Industria Alimenticia, Poder Popular, PNR y otros sectores implicados.

VI. ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES

Principales acciones a desarrollar en los diferentes niveles de atención del sistema.

1. Nivel Nacional

1.1 El programa será jerarquizado por el MINSAP.

1.2 El Viceministro a cargo de la Asistencia Médica y Social, a través de la Dirección Nacional de Asistencia Social, la CNSM y el GNP, será el responsable de implementar, supervisar y evaluar el programa.

1.3 Se establecerán las coordinaciones con los Viceministerios de Higiene y Epidemiología, Docencia e Investigaciones, la DNE, el CNPES, otros Grupos Nacionales de diferentes especialidades, así como otros organismos y organizaciones de masas (MINED, INDER, Ministerio de Cultura, FMC, CDR, etc.) para la colaboración y la ejecución del programa.

1.4 La Dirección Nacional de Estadísticas será la responsable de la confección y cumplimiento del Sistema de Información Estadística con datos que contribuyan a la evaluación del programa.

2. Nivel provincial

- 2.1 El Director Provincial de Salud será el máximo responsable del desarrollo y cumplimiento del programa en la provincia, el que se analizará periódicamente en su consejo de dirección.
- 2.2 La Vicedirección de Asistencia Social, el GPP y la CPSM, serán los responsables de la supervisión y control de las actividades del Programa, así como la capacitación del personal de salud a través de las Vicedirecciones correspondientes (Higiene y Epidemiología, Estadísticas, Docencia e Investigaciones y el CPPES).
- 2.3 El director del Hospital será el responsable de las actividades que en el programa se le han asignado al médico de atención secundaria.
- 2.4 El Departamento de Estadística Provincial tendrá la responsabilidad de la recolección, tabulación y envío de datos a la instancia superior según lo establecido.

3. Nivel municipal

- 3.1 El director municipal será el máximo responsable del cumplimiento del programa a ese nivel.
- 3.2 La CMSM y el CCSM serán los responsables de adecuar, implementar, controlar y evaluar la ejecución del mismo en el ámbito del municipio.
- 3.3 El departamento de Estadística Municipal recibirá los reportes procedentes de las áreas de salud y enviará a su vez el reporte correspondiente a cada policlínico y al nivel provincial.

4. Nivel de área de salud

- 4.1 El director del Policlínico es el máximo responsable del programa en el área de salud.
- 4.2 El Equipo de Salud Mental será responsable de adecuar, implementar, controlar y evaluar periódicamente la ejecución del mismo.

VII. EVALUACIÓN Y CONTROL DEL PROGRAMA.

La evaluación del programa se realizará con una periodicidad anual para el nivel nacional como provincial y semestral para municipios y áreas de salud, con el objetivo de verificar el cumplimiento de las acciones programadas.

Mediante la obtención de algunos indicadores se podrá tener una idea de la marcha del programa en aspectos tales como conocer la utilización de los servicios que se ofrecen para la atención del paciente alcohólico, el cuadro de morbimortalidad del alcoholismo, comorbilidad e implementación de estrategias locales a partir del diagnóstico de salud mental y necesidades sentidas de la población.

VIII. INDICADORES

1. Divulgación del programa en todas las unidades de salud al 100%.

Fuentes de verificación:

- Actas de reuniones de la CMSM y ESM
- Supervisión de planes de capacitación
- Encuestas

2. Realización del Diagnóstico comunitario de la conducta alcohólica por Centros Comunitarios de Salud Mental y áreas de salud.

Fuentes de verificación:

- Lugar que ocupa la conducta alcohólica, como problema que afecta la salud

de la población a partir de sus propias necesidades sentidas.

- Identificación del número de personas dispensarizadas como enfermos, grupos con factores de riesgo y bebedores con consumo de riesgo alcohólico.
- Identificación de factores de protección.
- Supervisar plan de acciones para la promoción, prevención del riesgo, tratamiento y rehabilitación.

3. Utilización de los servicios que se ofrecen a la población.

Fuente de verificación:

- Número de consultas de consejería y orientación y supervisión de alguna de ellas.
- Número de personas vistas en consulta especializada
- Número de personas hospitalizadas
- Número de personas vistas en el terreno
- Número de personas incorporadas al GAM

4. Funcionamiento y resultados del trabajo de los grupos de ayuda mutua.

Fuentes de verificación:

- Número de GAM (cobertura total por CCSM y cuando sea factible por cada área de salud)
- Número de personal capacitado en la metodología y funcionamiento de los GAM
- Número de personas incorporadas al GAM
- Número y % de recaídas
- Número de casos y % de dependencia alcohólica con reinserción social

5. Control de informes estadísticos

Fuente de verificación:

- Confección del reporte
- Morbimortalidad del alcoholismo
- Comorbilidad
- Indicadores directos e indirectos de problemas relacionados con el alcohol
- Diagnóstico al egreso de servicios de atención secundaria

6. Establecimiento del sistema de vigilancia epidemiológica y sitios centinelas en el segundo semestre del 2002.

Fuente de verificación: Supervisiones UATS

7. Resultados de investigaciones relacionadas con la conducta alcohólica.

Fuente de verificación:

- TTR
- Tesis de Diplomado y Maestría

9. Control de la capacitación a los profesionales de la salud

Fuente de verificación:

- Extensión de la actual Maestría en Psiquiatría Social, al menos a otra provincia y el Diplomado de Salud Mental Comunitaria al menos a cuatro provincias.
- Entrenamientos de metodología y funcionamiento de los GAM al personal implicado en su manejo, al menos en cuatro provincias.
- Inicio del Diplomado de adicciones en todas las provincias en el año 2002-2003.