

DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS PARA LA DETECCIÓN Y EL TRATAMIENTO DEL CONSUMO DE ALCOHOL PERJUDICIAL Y RIESGOSO EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN A LA SALUD EN MÉXICO



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud

OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

ÍNDICE

1. Resumen ejecutivo	1
2. Introducción	3
3. Metodología	9
3.1. Descripción del instrumento de evaluación	9
3.2. Procedimiento	10
4. Resultados	12
4.1. Presencia de asociaciones o instituciones responsables de la detección y el tratamiento	13
4.2. Acción comunitaria y educación en los medios de comunicación	19
4.3. Servicios de salud e infraestructura para la detección y el tratamiento	23
4.3.1. Sistema de salud integrado.....	24
4.3.2. Estructuras para la calidad de la atención	31
4.3.3. Investigación y conocimiento de la salud	34
4.3.4. Formación de recursos humanos	36
4.3.5. Políticas y estrategias para la atención	38
4.3.6. Estructuras para la supervisión de las acciones en los servicios de salud	41
4.3.7. Financiamiento y asignación de recursos	43
4.4. Apoyo para la provisión de tratamiento	46
4.4.1. Sistemas de detección y evaluación de la calidad	46
4.4.2. Protocolos y guías	49
4.4.3. Incentivos a los prestadores de servicios	51
4.5. Disponibilidad y accesibilidad de la intervención y el tratamiento	54
4.6. Responsabilidad clínica de los profesionales de la salud	56
4.6.1. Publicaciones sobre la atención del consumo de alcohol perjudicial y riesgoso.....	57
4.7. Información sobre las características de los usuarios	60
5. Discusión y recomendaciones	64
6. Referencias	71
Anexo 1. Lista de colaboradores	74
Anexo 2. Cuestionario	77

AGRADECIMIENTOS

El presente informe fue elaborado por Marcela Tiburcio Sainz, con la coordinación de Maristela Monteiro, Asesora Principal de la OPS para Alcohol y Abuso de Sustancias.

Agradecemos a la Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC) su invaluable apoyo para la recolección de la información.

Al Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, por las facilidades prestadas para la realización de este trabajo.

A Guillermina Natera Rey, Directora de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, por sus invaluable comentarios.

A la Psicóloga Yazmín Sánchez Hernández por su colaboración en el procesamiento de datos.

Un agradecimiento especial a las autoridades y colaboradores de las instituciones que proporcionaron la información que sirvió como base para la realización de este informe: Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones en la Ciudad de México (IAPA), Instituto de Salud y Seguridad Social para los Trabajadores del Estado (ISSSTE); a los Consejos Estatales contra las Adicciones, UNEMES-CAPA y Jurisdicciones Sanitarias de los Estados de Baja California Sur, Chihuahua, Distrito Federal, Guanajuato, Hidalgo, Jalisco, Michoacán, Oaxaca, Puebla Sinaloa, San Luis Potosí, Tabasco, Tamaulipas, Tlaxcala, Veracruz. Colaboraron también el Departamento de Primer Nivel de Atención de los Servicios de Salud de Hidalgo, Cruz Roja Mexicana I. A. P. Delegación Guadalajara, Centros de Integración Juvenil de Jalisco, Hospital General de Occidente, y la Universidad de Guadalajara.

1. RESUMEN EJECUTIVO

En este informe se indaga la disponibilidad de servicios para la detección y tratamiento del consumo de alcohol perjudicial y riesgoso en el primer nivel de atención a la salud en México por medio de un estudio exploratorio ex post facto, utilizando un cuestionario desarrollado para el proyecto *Optimizing Delivery of Health-care Interventions (ODHIN)*¹.

Se incluye la información de 59 cuestionarios contestados proporcionados por 16 Estados de la República, de los cuales 26 pertenecían a instituciones dedicadas a la provisión de servicios de salud en general, y 33 a instituciones especializadas en servicios de tratamiento a las adicciones. Los resultados se presentan organizados en siete secciones que examinan los cuestionarios:

Presencia de asociaciones o instituciones responsables de la detección y el tratamiento. Las instituciones que se reportan como responsables de difundir e implementar acciones para la detección y el tratamiento del consumo perjudicial y riesgoso a nivel nacional fueron CONADIC, Alcohólicos Anónimos y CENADIC, y a nivel estatal fueron los CECAs y UNEME-CAPA.

Acción comunitaria y educación en los medios de comunicación. Los informantes indicaron que las campañas de educación mediante televisión y radio, tanto a nivel nacional como estatal, son las que logran mayor alcance. Los participantes especializados en adicciones reportaron que, en las campañas, la forma de educar a la población para que reduzca el consumo de alcohol se realiza principalmente por medio de carteles/anuncios espectaculares y radio.

Servicios de salud e infraestructura para la detección y el tratamiento. Las instituciones indican que la percepción acerca del grado en que los sistemas estatales de atención primaria a las adicciones han incorporado medidas para la atención del consumo perjudicial y riesgoso es positiva. Informan además que hay conocimiento de las instituciones responsables que regulan la atención del consumo de alcohol y la investigación realizadas. También son conscientes de que un gran número de las instituciones participantes conocen la existencia de políticas oficiales sobre la atención del consumo de alcohol perjudicial y riesgoso a nivel estatal y nacional. Por último, reportan conocer instituciones responsables que supervisan la atención para el consumo de alcohol, tales como los Secretarios Técnicos de los CECAs. Mencionan

¹ Optimización de la Prestación de Intervenciones de Atención de la Salud.

que los servicios de atención son financiados principalmente con fondos nacionales y estatales.

Apoyo para la provisión de tratamiento. Los profesionales de la salud cuentan principalmente con instrumentos de tamizaje y guías; los recursos más disponibles que las instituciones reportan para llevar a cabo la detección y evaluación del consumo de alcohol son los instrumentos de tamizaje y los diagramas. La gran mayoría refiere conocer estos recursos.

Disponibilidad y accesibilidad de la intervención y el tratamiento. Los centros y las clínicas especializados en adicciones son accesibles para los usuarios, pero aún subsisten obstáculos para cubrir las necesidades de la población, incluyendo falta de tratamiento, sobredemanda de servicios y actitud negativa de los profesionales hacia las personas que consumen alcohol en exceso.

Responsabilidad clínica de los profesionales de la salud. Se menciona que los profesionales de la salud que deben brindar orientación sobre el consumo de alcohol perjudicial y riesgoso son principalmente: especialistas en adicciones, psicólogos y psiquiatras. Los participantes tienen un conocimiento limitado sobre publicaciones recientes acerca de la atención del consumo de alcohol en exceso.

Información sobre las características de los usuarios. El conocimiento sobre las investigaciones realizadas en México es limitado. Se requiere entonces ampliar la difusión de los estudios epidemiológicos y clínicos para actualizar a los profesionales de la salud.

Este panorama demuestra que, a pesar de que existe un avance en los servicios para la detección y el tratamiento del consumo de alcohol perjudicial y riesgoso, en México es necesario realizar campañas para dar a conocer todos los servicios con los que se cuenta, y promover el desarrollo de nuevas áreas de oportunidad donde las instituciones colaboren para mejorar los servicios, y promover la investigación y la capacitación del personal de salud en el primer nivel de atención.

2. INTRODUCCIÓN

De acuerdo con la última Encuesta Nacional de Adicciones de México (ENA, 2011), el consumo de alcohol aumentó significativamente en el período 2002-2011, tanto entre la población masculina como en las mujeres. En los 9 años transcurridos entre ambas mediciones, la ingesta de alcohol alguna vez en la vida se incrementó de 64,9% a 71,3% en la población de 12 a 65 años, en tanto que la prevalencia de consumo en los últimos 12 meses lo hizo de 46,3% a 51,4% y la de consumo en el último mes pasó de 19,2% a 31,6%.

Mientras que la proporción de personas que en 2011 cumplieron los criterios de dependencia al alcohol fue de 6,2%, el consumo de altas cantidades por ocasión fue el patrón más frecuente en la población mexicana, ya que poco más de la mitad (53,6%) de los adultos entre 18 y 34 años reportan haber tenido al menos un episodio de alto consumo en el último año. La prevalencia de consumo alto² en la población nacional es de 32,8%, en tanto que las estimaciones por género indican que la prevalencia es de 47,2% para los hombres y de 19,3% para las mujeres. Finalmente, el 5,4% de la población total (9,6% en hombres y 1,4% en mujeres) reportó consumo consuetudinario³.

Esta forma de beber aumenta el riesgo de tener consecuencias adversas que pueden ser físicas, mentales o sociales (Babor y Higgins-Biddle, 2001). La Organización Mundial de la Salud (OMS) describe este consumo como *riesgoso*, refiriéndose a la ingesta regular de 20g a 40g de alcohol diarios en el caso de las mujeres y de 40g a 60g diarios en el caso de los hombres (Anderson, Gual y Colon, 2008).

La forma de beber de los mexicanos también se asocia con el consumo *perjudicial*, que se define como un patrón de ingesta que ya ha ocasionado daños a la salud, que pueden ser físicos (p. ej. daño hepático) o mentales (p. ej. episodios

² Ingesta de cinco o más copas en una sola ocasión en el caso de los hombres y cuatro o más copas para las mujeres, por lo menos una vez en el último año

³ Ingesta de cinco o más copas por ocasión al menos una vez a la semana para los hombres, y cuatro o más copas para las mujeres.

depresivos). La OMS lo define como un consumo regular promedio de más de 40g de alcohol al día en mujeres y de más de 60g al día en hombres (Anderson, Gual, Colon, 2008). En ocasiones, este patrón de consumo es criticado por otras personas y se asocia con consecuencias sociales adversas --sin embargo, la desaprobación cultural no es por sí misma suficiente para justificar un diagnóstico de consumo perjudicial (Babor y Higgins-Biddle, 2001).

Los costos sociales y sanitarios relacionados con los patrones de consumo más prevalentes en México son elevados. En la década de los años noventa se estimó que el 9% de la carga total de la enfermedad a nivel nacional era atribuible a causas relacionadas con el consumo de alcohol, entre ellas morbi-mortalidad por cirrosis hepática, accidentes de tránsito y todo tipo de violencias, incluido el homicidio (Frenk, Lozano, González, 1994).

Para el primer lustro del siglo XXI, se calculó que el 2,6% de la mortalidad general y el 17% de la mortalidad por cirrosis hepática en las mujeres mexicanas se asocian al consumo de alcohol. En cuanto a los hombres, el alcohol es responsable de 44% de las muertes por cirrosis, 15% de las debidas a lesiones, 14% de las debidas a problemas de salud mental y 13% a cardiopatías. De esta forma, el peso total del alcohol en la mortalidad masculina es de 10,8% (Lozano, Zitko y Gómez, 2009).

Más aún, se estima que la mayoría de los problemas sociales y de salud relacionados con el consumo de alcohol se presentan en personas que no cumplen los criterios de dependencia; a pesar de este hecho, los servicios de atención son escasos y tienden a concentrarse en las personas con dependencia severa, lo que genera un alto costo para el sector salud (Monteiro, 2007).

La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica reveló que las personas que presentan trastornos asociados al consumo de alcohol tardan alrededor de 12 años en buscar ayuda, mientras que para quienes cumplen los criterios de dependencia al alcohol, la latencia es de 8 años. Considerando ambos casos, sólo el 18% hizo uso de servicios médicos (Borges et al., 2007; Borges et al., 2006); otros estudios epidemiológicos sugieren que las personas con menor escolaridad son menos proclives

a usar los servicios médicos frente a problemas asociados al consumo de alcohol (Orozco, Borges, Velasco, Medina-Mora, 2012).

Por otro lado, en la Encuesta Nacional de Adicciones de 2011 se encontró que el 1% de la población había recibido alguna forma de tratamiento debido al consumo de alcohol; la proporción sube a 6,8% al considerar únicamente a aquellos individuos con posible dependencia al alcohol.

En virtud de la baja prevalencia de uso de servicios para atender el consumo excesivo de alcohol, es necesario considerar diversas alternativas para entender mejor este fenómeno y revertirlo, entre ellas, profundizar el estudio de los patrones de utilización de servicios de salud e identificar cuáles son las barreras y los facilitadores. También es relevante analizar la estructura, las características, los alcances y las limitaciones de los servicios disponibles en la actualidad para atender a las personas con problemas asociados al consumo de alcohol.

Diversos estudios (Babor et al., 2007) sugieren que los programas de atención que incorporan acciones para la detección temprana, la intervención breve y la referencia a tratamiento representan una opción costo-efectiva y eficaz para identificar y tratar a la población no dependiente en diferentes escenarios --entre los que destacan los servicios de atención primaria a la salud (Babor et al., 2005; Agerwala, McCance-Katz, 2012).

La detección temprana se refiere al uso de un instrumento validado para evaluar el “nivel de riesgo” del uso de sustancias, lo que permite identificar individuos que se podrían beneficiar de una intervención breve --la cual consta de 1 a 4 sesiones cortas de asesoría, en las que individuo recibe educación sobre uso de sustancias, consecuencias posibles y retroalimentación --además de asesoría personalizada si el nivel de riesgo del individuo así lo requiere (NFATTC, 2010).

En estudios clínicos aleatorizados se ha determinado que las intervenciones breves ofrecidas en servicios de atención primaria son tan eficaces como los tratamientos más extensos para el manejo de individuos con consumo de alcohol perjudicial y riesgoso; además, reducen la mortalidad y los años de vida saludable perdidos asociados a la ingesta de alcohol y facilitan la derivación a tratamientos

especializados en casos de dependencia (Babor y Higgins-Biddle, 2001; Miller, Brown, Simpson et al., 1995).

A pesar de que existe evidencia sólida acerca de las ventajas y los beneficios que ofrecen los programas de identificación temprana e intervención breve, en México no se ha evaluado de forma sistemática la adopción de estas estrategias como actividades rutinarias en el escenario de la atención primaria de la salud. Por esta razón, el presente estudio se propuso explorar la disponibilidad de servicios para la detección y el tratamiento del consumo de alcohol perjudicial y riesgoso en el primer nivel de atención a la salud en este país.

Es importante señalar que el método propuesto para obtener la información se basa en una metodología que ya ha sido probada (Scafato et al., 2013) y ha arrojado resultados confiables que han dado pie a la elaboración de recomendaciones muy puntuales para incrementar la disponibilidad de servicios y programas de detección temprana e intervención oportuna.

Notas sobre la APS⁴ y la atención a las adicciones en México

El sistema de salud de México integra al sector público y al sector privado; este último presta servicios a la población con capacidad de pago. Por su parte, el sector público comprende a las instituciones de seguridad social⁵ que prestan servicios a los trabajadores del sector formal de la economía y a las instituciones que protegen o prestan servicios a la población sin seguridad social, tales como el Seguro Popular de Salud (SPS), la Secretaría de Salud (SSa), los Servicios Estatales de Salud (SESA) y el Programa IMSS-Oportunidades (IMSS-O). En el ámbito público, el financiamiento proviene de contribuciones gubernamentales, contribuciones del empleador (que en el caso del ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SEMAR es el mismo gobierno) y contribuciones de los empleados (Gómez, Sesma, Becerril, Knaul, Arreola, Frenk, 2011).

Como ya se ha dicho, la SSa y los SESA son las instancias responsables de otorgar atención médica a la población que no tiene seguridad social, así como de

⁴ Atención primaria de salud.

⁵ Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR), entre otros.

instrumentar servicios y programas de salud pública y de vigilancia epidemiológica. Las unidades técnico-administrativas básicas para la operación de estas funciones son las Jurisdicciones Sanitarias; creadas en 1952 y reestructuradas en el periodo 1989-1994 a partir de criterios demográficos, epidemiológicos, geográficos, políticos y sociales. Una sola jurisdicción sanitaria puede agrupar municipios rurales y urbanos, donde opera a través de centros de salud, unidades médicas especializadas, hospitales y otros organismos para desarrollar programas y servicios de prevención y protección de la salud. Cada jurisdicción cuenta con personal especializado en salud pública, epidemiología y administración de servicios de salud, con liderazgo y capacidad gerencial para coordinar a las instituciones del sector salud, organizaciones sociales y la comunidad (Kumate, Sepúlveda, Wolpert, Juan et al., 1994).

Desde el punto de vista funcional, el sistema de salud cuenta con tres niveles de atención: A) *Primer nivel*, formado por unidades médicas de atención ambulatoria que pueden tener desde uno hasta 30 consultorios y algunos servicios auxiliares; en estas unidades prestan sus servicios médicos generales, médicos familiares o comunitarios así como enfermeras y técnicos; B) *Segundo nivel*, conformado por una red de hospitales generales para la atención de problemas de salud que requieren internamiento o atención de urgencias; estas unidades concentran a la mayoría de médicos especialistas del país; C) *Tercer nivel*, integrado por una red de hospitales de alta especialidad y sub-especialidad (Soto, Lutzow, González, 2012).

Existen grandes inequidades en el acceso a los diferentes niveles de atención, ya que los sectores más pobres pueden acceder únicamente al primer nivel (Suárez, Herrera, 2013). Si bien en el nivel primario se resuelve una gran proporción de los problemas de salud física, la infraestructura para la atención de problemas de salud mental (incluyendo el consumo de sustancias) es muy limitada en este nivel. De hecho, apenas el 30% de los establecimientos de atención primaria tienen protocolos de evaluación y tratamiento para condiciones clave de salud mental, y realizan por lo menos una referencia a un especialista en salud mental cada mes (Berenzon, Saavedra, Medina-Mora, Aparicio, Galván, 2013). Como contraparte, un gran número de personas con trastornos mentales son atendidas en el tercer nivel, lo que dificulta la recuperación e incrementa los costos de la atención (Medina-Mora, Berenzon, 2013).

En el terreno específico de la atención a los problemas relacionados con el abuso de sustancias, se han registrado avances significativos en la consolidación de la infraestructura. En el sector público existen dos instituciones nacionales responsables de la provisión de servicios de prevención y tratamiento de las adicciones. La primera

de ellas (los Centros de Integración Juvenil), creada en 1969, cuenta actualmente con 102 centros de prevención y tratamiento ambulatorio, 2 unidades de tratamiento a personas con problemas de consumo de heroína y 12 unidades de hospitalización (CIJ, 2015).

La segunda institución es el Centro Nacional para la Prevención y Control de las Adicciones (CENADIC) que, en coordinación con la Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC), en 2007 puso en marcha 310 Unidades de Especialidad Médica-Centros de Atención y Prevención de las Adicciones (UNEME-CAPA). Estas funcionan en las 32 entidades federativas del país y ofrecen gratuitamente servicios de prevención, identificación temprana y tratamiento breve para consumidores de alcohol y otras drogas. Al ser unidades de primer nivel de atención, se insertan en los SESA y administrativamente dependen de las Jurisdicciones Sanitarias (CONADIC, 2015).

El presente trabajo reúne información --tanto de las Jurisdicciones Sanitarias como de las UNEME-CAPA-- de 16 Entidades Federativas de México, y también reporta información sobre otras instituciones relacionadas con la administración y la provisión de servicios de salud, tales como el Instituto de Salud y Seguridad Social para los Trabajadores del Estado, Consejos Estatales contra las Adicciones, y en algunos casos, Hospitales Generales.

3. METODOLOGÍA

Se realizó un estudio exploratorio ex post facto para obtener una estimación preliminar sobre la implementación de programas y servicios de detección y tratamiento del consumo de alcohol perjudicial y riesgoso en México.

La información fue proporcionada por los responsables de las áreas relacionadas con la atención primaria a la salud mental de instituciones de salud, así como de instituciones dedicadas a la administración de servicios de prevención y atención de las adicciones.

3.1. Descripción del instrumento de evaluación

Para recopilar la información se empleó una versión en español del cuestionario desarrollado para el proyecto *Optimizing Delivery of Health-care Interventions*⁶ (ODHIN) (Scafato, Gandin, Laurabt, Keurhorst, et al., 2013); se trata de un cuestionario semiestructurado con 24 preguntas divididas en 7 secciones:

- 1) Presencia de asociaciones o instituciones responsables de la detección y el tratamiento.
- 2) Acción comunitaria y educación en los medios de comunicación
- 3) Servicios de salud e infraestructura para la detección temprana y el tratamiento del consumo de alcohol perjudicial y riesgoso
- 4) Apoyo para la provisión de tratamiento
- 5) Disponibilidad y accesibilidad de la intervención y el tratamiento
- 6) Responsabilidad clínica de los profesionales de la salud
- 7) Características de los usuarios de los servicios de salud

⁶ Optimización de la Prestación de Intervenciones de Atención de la Salud.

La traducción del cuestionario se sometió a la revisión de un grupo conformado por cuatro especialistas en el campo de las adicciones, con la finalidad de adaptar la terminología al contexto local. La versión final se puede consultar en el anexo 1.

3.2. Procedimiento

El proceso de recolección de datos empezó con el envío de una carta de invitación a diversas instituciones de salud gubernamentales a nivel federal y estatal, entre ellas el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), el Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones en la Ciudad de México (IAPA), la Secretaría de Salud del Distrito Federal y la Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC); a través de esta última fue posible contactar epistolariamente a las Comisiones Estatales contra las Adicciones (CECAS) y a las Jurisdicciones Sanitarias de las 32 Entidades Federativas del país.

Junto con la carta, se envió el instrumento de evaluación así como una guía técnica en la que se establecen los lineamientos para el llenado del cuestionario. En cada institución que aceptó colaborar (ver anexo 2), se designó a un coordinador responsable de recopilar la información solicitada. Para completar esta labor, la entidad podía seleccionar un grupo de informantes clave con base en su conocimiento y experiencia en el campo de la atención al consumo de alcohol dentro de la misma institución o en la Entidad Federativa correspondiente.

Los coordinadores podían realizar reuniones con las asociaciones, instituciones e informantes clave para llegar a un consenso antes de registrar las respuestas que requieren la opinión o el juicio de especialistas. De no ser posible la organización de reuniones de trabajo, el coordinador podía enviar el cuestionario a los informantes clave o dividir el cuestionario en diferentes secciones para ser llenado por diferentes informantes clave de acuerdo con su área de especialidad, para finalmente integrar la información de las diferentes fuentes en un solo documento referente a su institución o Entidad Federativa.

Cabe destacar que el proceso de distribución del cuestionario y la recuperación de los documentos finales se facilitó gracias a la participación de la CONADIC. La

información cuantitativa se capturó en una base de datos y se realizaron análisis descriptivos con el programa SPSS v.20; la interpretación de los datos se complementó con información cualitativa recopilada mediante las preguntas abiertas incluidas en el cuestionario.

4. RESULTADOS

En total se recibieron 59 cuestionarios respondidos que informan sobre 16 Entidades Federativas, incluyendo el Distrito Federal, y un cuestionario con la información correspondiente al ISSSTE, que presta sus servicios en todo el país. La información fue proporcionada por diferentes instancias, tales como Jurisdicciones Sanitarias, CECAs y UNEME-CAPA (tabla 1). De ellas, 26 se dedican a la provisión de servicios de atención a la salud en general y 33 son instituciones que prestan servicios de tratamiento especializado a las adicciones, o bien a la coordinación y creación de políticas públicas en esta materia a nivel nacional o estatal.

Tabla 1. Instituciones que proporcionaron la información, por Entidad Federativa

Entidad Federativa	Secretaría de Salud Estatal	CAPAS	CECA	Otros	Total
Baja California Sur	0	0	1	0	1
Campeche	0	1	0	0	1
Chihuahua	5 ^a	7	0	0	12
Distrito Federal	1	2	2 ^b	0	5
Guanajuato	0	4	0	0	4
Hidalgo	0	0	1	0	1
Jalisco	1	1	1	4	7
Michoacán	0	1	0	0	1
Oaxaca	3	0	0	0	3
Puebla	6	0	2 ^c	0	8
San Luis Potosí	2	0	0	0	2
Sinaloa	0	1	0	0	1
Tabasco	0	0	1	0	1
Tamaulipas	1	0	0	0	1
Tlaxcala	1	0	0	0	1
Veracruz	2	7	0	0	9
ISSSTE	0	0	0	1	1
TOTAL	22	24	8	5	59

^a La Jurisdicción No. 1 de Chihuahua envió dos cuestionarios.

^b Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones en la Ciudad de México (IAPA).

^c El CECA Puebla envió dos cuestionarios.

La figura 1 muestra la ubicación geográfica de las Entidades Federativas consideradas en el estudio. Como puede observarse, la información proviene principalmente de la zona central del país y la cuenca del Golfo de México.

Figura 1. Entidades Federativas consideradas en el estudio

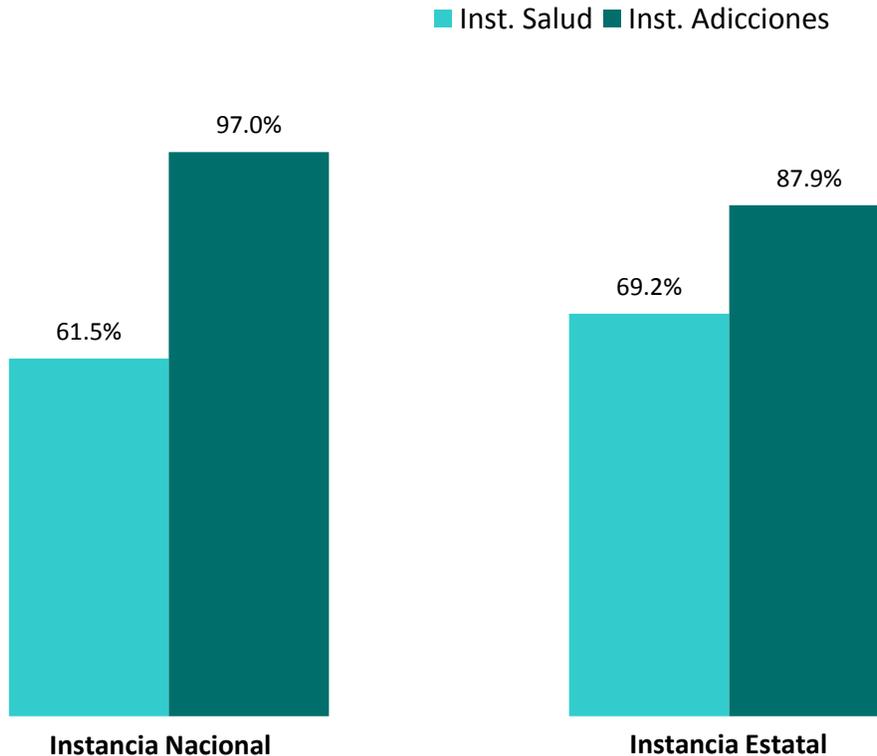


En las siguientes secciones se presentan los principales hallazgos de acuerdo con las áreas que explora el instrumento de evaluación. Cuando es pertinente, los datos se analizan según el tipo de institución que proporcionó la información, es decir, instituciones de salud e instituciones especializadas en adicciones.

4.1. Presencia de instituciones responsables de la detección y el tratamiento

El 81,4% de los informantes reconoció la existencia de una instancia a nivel nacional responsable de difundir e instrumentar acciones dirigidas a la atención para el consumo de alcohol perjudicial y riesgoso, mientras que el 18,6% informó que no existía ninguna instancia. Al analizar los datos respecto al tipo de institución que proporcionó la información, se observa que una mayor proporción de instituciones especializadas en adicciones reportaron la presencia de una instancia responsable a nivel nacional (97%), en comparación con las instituciones dedicadas a la salud general (61,5%) (gráfica 1).

Gráfica 1. Informantes que reconocen la presencia de instancias responsables de la atención para el consumo de alcohol perjudicial y riesgoso a nivel nacional y estatal



La gráfica 2 muestra las diferentes instancias y asociaciones que los informantes reconocieron como responsables de difundir e implementar las acciones para la detección y tratamiento del consumo perjudicial y riesgoso a nivel nacional, así como el número de veces que cada una fue mencionada. La CONADIC es la instancia con mayor número de menciones, tanto por parte de los informantes de instituciones de salud (4) como por parte de las instituciones especializadas en adicciones (8), seguida por Alcohólicos Anónimos (4 y 7 respectivamente) y CENADIC, que fue mencionada por 2 instituciones de salud y 5 instituciones de adicciones. La tabla 2 presenta los nombres, el año de creación y los objetivos de las instituciones nacionales identificadas por los informantes.

Gráfica 2. Número de menciones de cada institución reconocida como responsable de la atención para el consumo de alcohol perjudicial y riesgoso a nivel nacional

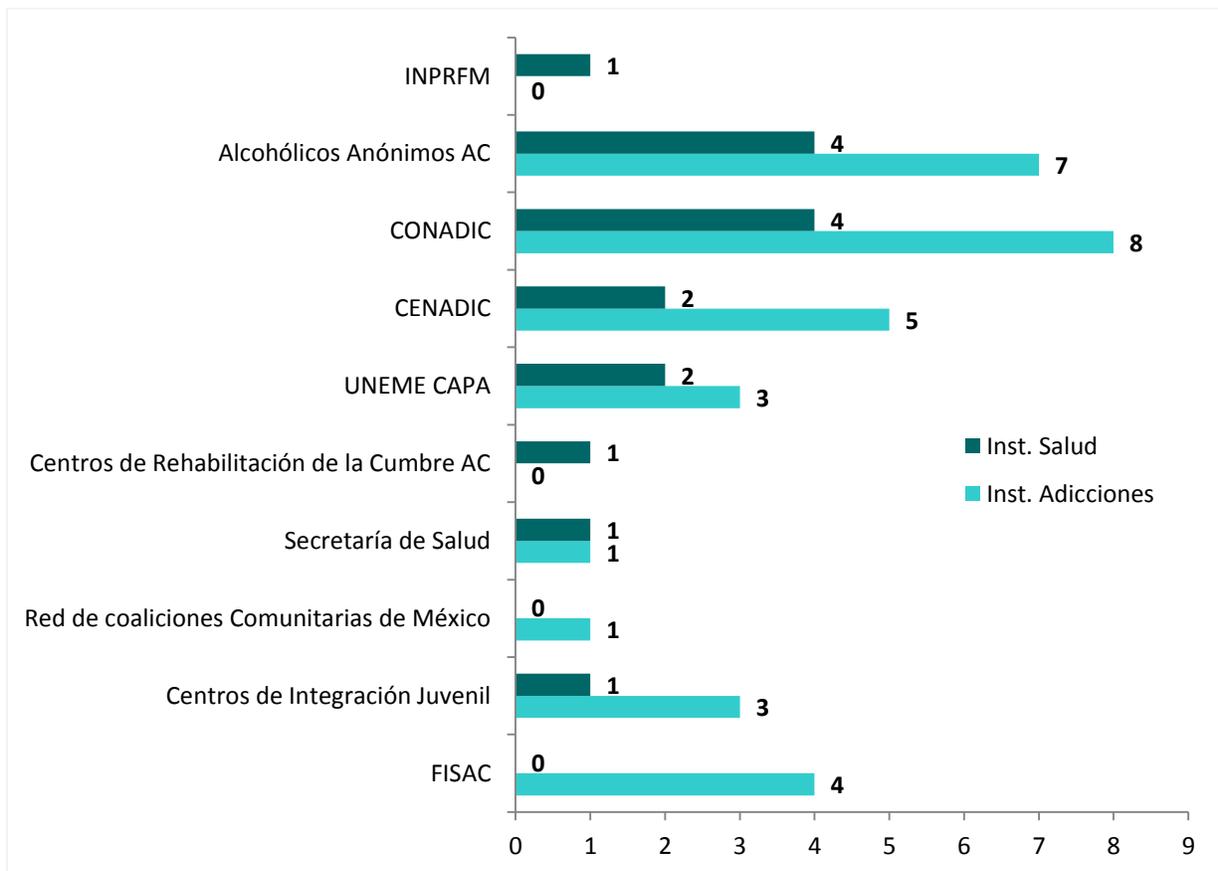


Tabla 2. Nombre, año de creación y objetivo de la institución responsable de la atención del consumo de alcohol perjudicial y riesgoso a nivel nacional

Nombre	Año de creación	Objetivos
Secretaría de Salud	1943	Establecer las políticas de Estado para que la población ejerza su derecho a la protección de la salud. Lograr un sistema nacional de salud universal equitativo, integral, sustentable, efectivo y de calidad, con particular enfoque en los grupos de población que viven en condiciones de vulnerabilidad --a través del fortalecimiento de la rectoría de la autoridad sanitaria y la intersectorialidad; la consolidación de la protección y promoción de la salud y prevención de enfermedades, así como la prestación de servicios plurales y articulados basados en la atención primaria; la generación y gestión de recursos adecuados; la evaluación y la investigación científica, fomentando la participación de la sociedad con corresponsabilidad. (http://portal.salud.gob.mx)
Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC)	1986	Promover y proteger la salud de los mexicanos, mediante la definición y conducción de la política nacional, en materias de investigación, prevención, tratamiento, formación y desarrollo de recursos humanos para el control de las adicciones, con el propósito de mejorar la calidad de vida individual, familiar y social. (http://www.conadic.salud.gob.mx/)
Centro Nacional para la Prevención y Control de las Adicciones (CENADIC)	2011	Promover la coordinación de los sectores público, social y privado para lograr una red de servicios integrales de prevención, tratamiento, rehabilitación y reinserción de las adicciones, con cobertura nacional y de calidad, incorporando las mejores prácticas. (http://www.cenadic.salud.gob.mx)
Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz" (INPRF)	1979	Mejorar la salud mental de la población mexicana por medio de la investigación multidisciplinaria de excelencia, la atención médica especializada y la formación de recursos humanos en los principios de calidad y calidez. (http://www.inprf.gob.mx/)
Unidades de Especialidad Médica-Centros de Atención Primaria en Adicciones (UNEME-CAPA)	2007	Disminuir el consumo de drogas a través de acciones tempranas y oportunas en escuelas, grupos organizados y comunidad en general. (http://www.conadic.salud.gob.mx/nueva_vida/pres_nuevavida.html)

Tabla 2 cont.

FISAC	1981	Institución mexicana, perteneciente a la sociedad civil organizada y constituida como Asociación Civil desde 1981, para promover estilos de vida saludables y [...] valores cívicos y culturales [...] y fomentar [...] un cambio cultural con la sociedad en el consumo de bebidas [...] alcohólicas [...] a través de la educación para el cuidado de la salud y la vida.
Red de Coaliciones Comunitarias México	2012	Desarrollar coaliciones independientes, capaces de priorizar, planificar e implementar estrategias de prevención del abuso de sustancias, y por medio de estas estrategias cambiar actitudes, percepciones, normas y conductas en las comunidades seleccionadas. (http://www.coaliciones.org/)
Alcohólicos Anónimos A.C	1941	Alcohólicos Anónimos es una agrupación mundial de alcohólicos recuperados que se ayudan unos a otros a mantener su sobriedad, y comparten libremente las experiencias de su recuperación con otros hombres y mujeres que también tienen problemas con la bebida.

Nota: Uno de los informantes reportó un “centro de rehabilitación”, no incluido porque no cumple con la función de difundir e instrumentar la atención para el consumo de alcohol perjudicial y riesgoso a nivel nacional.

En cuanto al reconocimiento de instancias responsables de la detección y el tratamiento a nivel estatal, las figuras con mayor número de menciones --tanto por instituciones de salud como por las especializadas en adicciones-- fueron los CECAs y las UNEME-CAPA (gráfica 3).

Se identificaron también otras instancias locales tales como la Secretaría de Salud Estatal y la Secretaría de Vialidad, entre otras; la descripción de dichas instituciones se presenta en la tabla 3.

Gráfica 3. Número de menciones de cada institución reconocida como responsable de la atención del consumo de alcohol perjudicial y riesgoso a nivel estatal

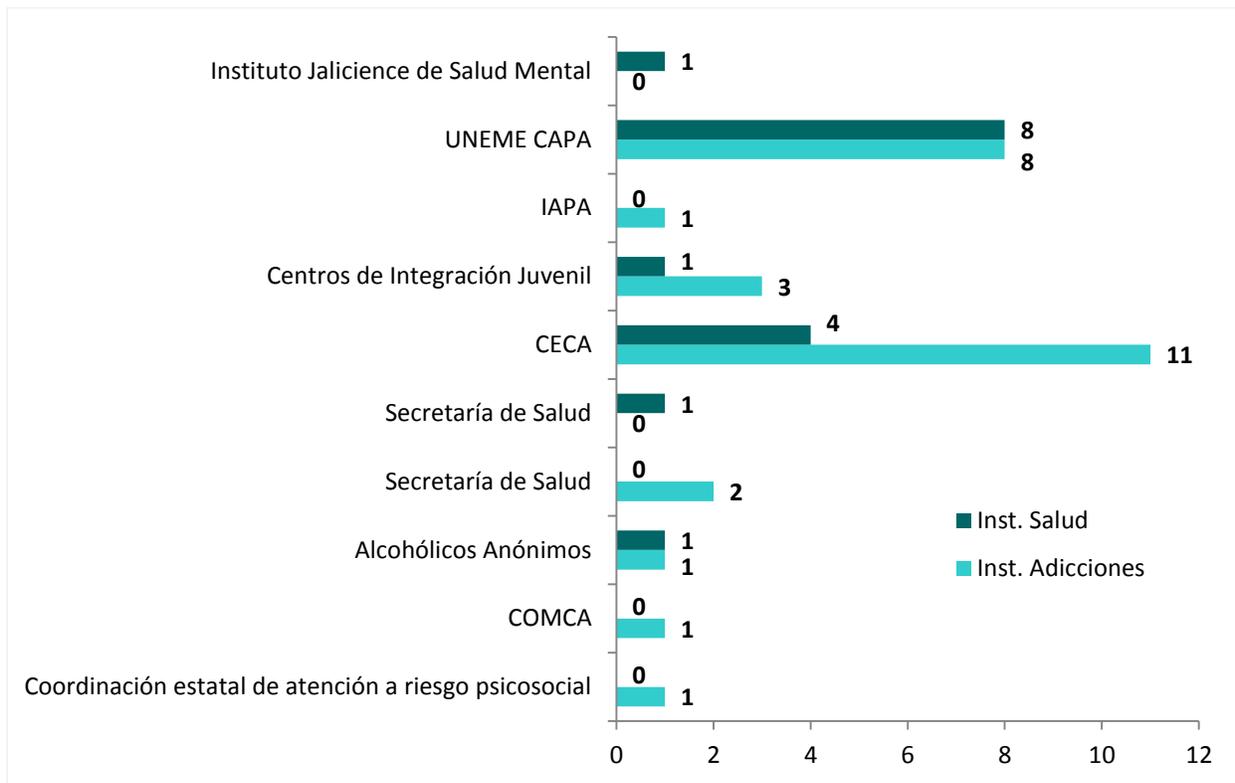


Tabla 3. Nombre, año de creación y objetivos de la institución responsable de la atención del consumo de alcohol perjudicial y riesgoso a nivel estatal

Nombre	Año de creación	Objetivos
Secretaría de Salud del Estado de Puebla	No disponible	Conducir la política de salud en el Estado de Puebla referente a otorgar servicios de salud a la población abierta, con el propósito de hacerla más efectiva y eficiente en la elaboración de programas de desarrollo, en la atención de las necesidades de los ciudadanos y en la resolución de problemas, emitiendo acuerdos, lineamientos, normatividad y políticas que cubran las necesidades sociales de atención a la salud.
Secretaría de Salud del Estado de Veracruz	No disponible	Proporcionar servicios de salud a toda la población del Estado y mejorar su calidad, atendiendo a los problemas sanitarios prioritarios del Estado y a los factores que condicionen y causen daños a la salud, con especial interés en las acciones preventivas.

Tabla 3 cont.

Consejo Estatal contra las Adicciones (CECA)	1986	Promocionar y apoyar las acciones de los sectores público, social y privado tendientes a la prevención y combate de los problemas de salud pública causados por el alcoholismo, el tabaquismo y la fármaco dependencia, así como proponer y evaluar los programas estatales en contra de estas adicciones.
Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones en la Ciudad de México (IAPA)	2010	Reducir el uso, el abuso y la dependencia de sustancias psicoactivas, mediante el desarrollo de políticas públicas y programas sociales, a través del diseño de proyectos de investigación, prevención, formación, tratamiento, rehabilitación e integración social, impulsando la participación de los sectores público, social y privado, para contribuir a elevar el nivel de salud y el desarrollo humano de los habitantes de la ciudad de México.
Instituto Jalisciense de Salud Mental	1999	Programar, supervisar y evaluar la promoción, prevención, atención, enseñanza e investigación en salud mental en el Estado de Jalisco.
Secretaría de Vialidad (Jalisco)	1989	Generar una movilidad sustentable en armonía con sus características urbanas, con un profundo respeto a los usuarios de las vialidades y al medio ambiente, priorizando al peatón, ciclista, transporte público y transporte privado, desarrollando condiciones de seguridad, eficiencia, eficacia y economía para la sociedad jalisciense, mediante servidores públicos con espíritu de servicio, profesionales y comprometidos.
Comité Municipal contra las Adicciones (COMCA)	1994	Impulsar esfuerzos dirigidos a la atención de las adicciones, con participación de instituciones y organismos públicos, privados y sociales, aportando sus propios recursos.
Coordinación estatal de atención a riesgo psicosocial	No disponible	No disponible
Alcohólicos Anónimos A.C.	1941	Alcohólicos Anónimos es una agrupación mundial de alcohólicos recuperados, que se ayudan unos a otros a mantener su sobriedad y comparten libremente las experiencias de su recuperación con otros hombres y mujeres que también tienen problemas con la bebida.

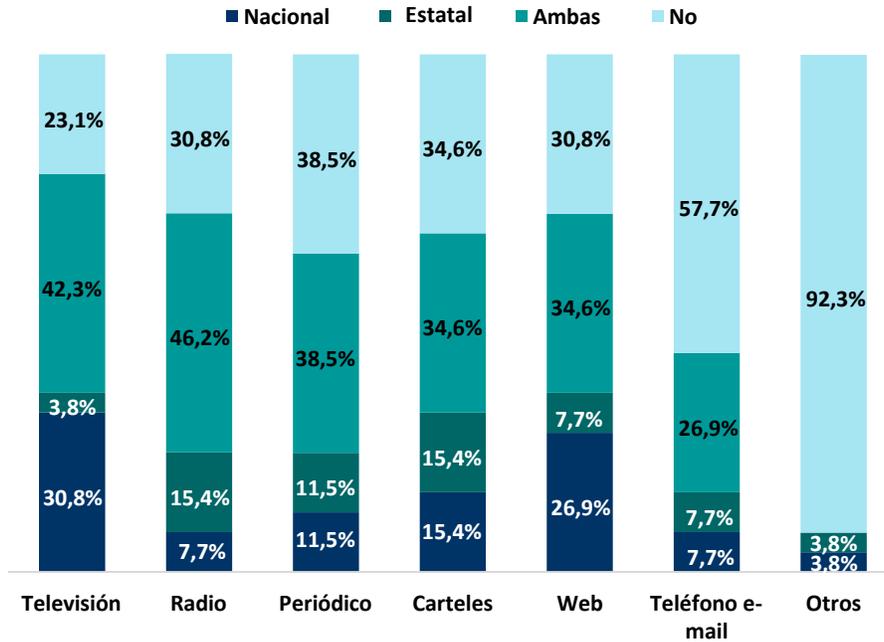
4.2. Acción comunitaria y educación en los medios de comunicación

El uso de diferentes medios de comunicación con fines educativos es un tema relevante debido a que es una forma de hacer llegar información a diversos sectores de la población. En este caso, se exploró si en los 24 meses previos a la realización del estudio, se habían realizado campañas educativas sobre las razones por las que es conveniente que los bebedores reduzcan el consumo de alcohol, y si estas campañas tuvieron alcance nacional, estatal o de ambos tipos.

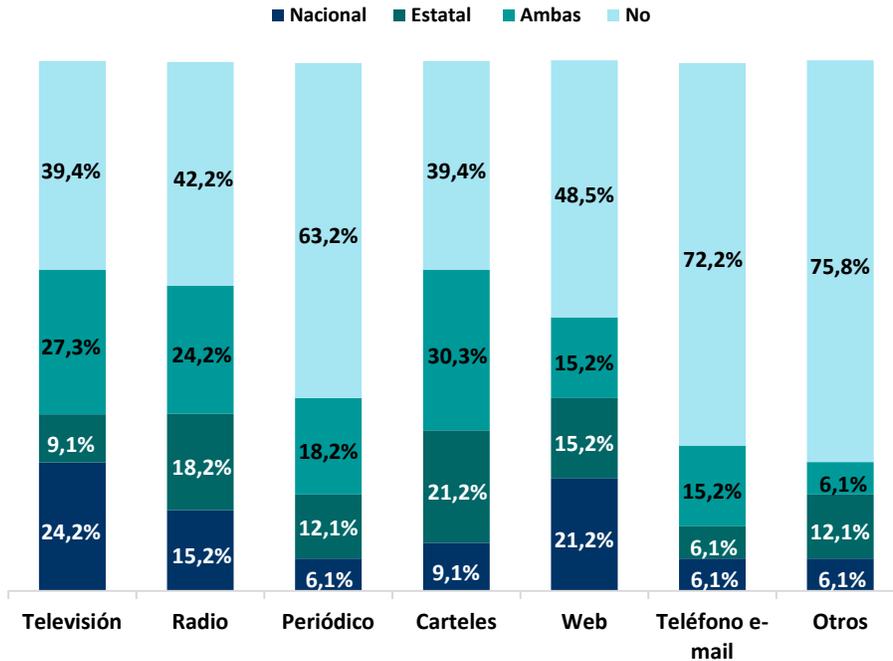
Los informantes de las instituciones de salud (gráfica 4) indicaron que el medio más frecuente para llevar a cabo las campañas de educación es la televisión (76,9%) -el 42,3% coincidió en señalar que éstas tienen alcance nacional y estatal. En segundo término se encuentran las campañas a través de la radio (69,3%) e Internet (69,2%), en que ambos casos también tienen alcance nacional y estatal (46,2% y 34,6% respectivamente). El uso del teléfono y el correo electrónico (e-mail) no es tan frecuente, ya que sólo el 42,3% refirió esta forma de difundir información.

Por su parte, el 60,6% de los representantes de instituciones especializadas en adicciones indicaron que los medios más frecuentes para hacer campañas educativas son la televisión y los carteles, y en segundo lugar reportaron la radio (57,8%) seguida por Internet (51,5%) (gráfica 5). Este grupo de profesionales hizo mención del uso de otros medios tales como: Campaña Nacional “Compartiendo Esfuerzos” de AA, Campaña Estatal de Alcohol de Chihuahua, Juntas de información, Conferencias, Trípticos/Dípticos, pantallas electrónicas y ferias de salud.

Gráfica 4. Campañas de educación sobre las razones por las que los bebedores deben reducir el consumo: instituciones de salud



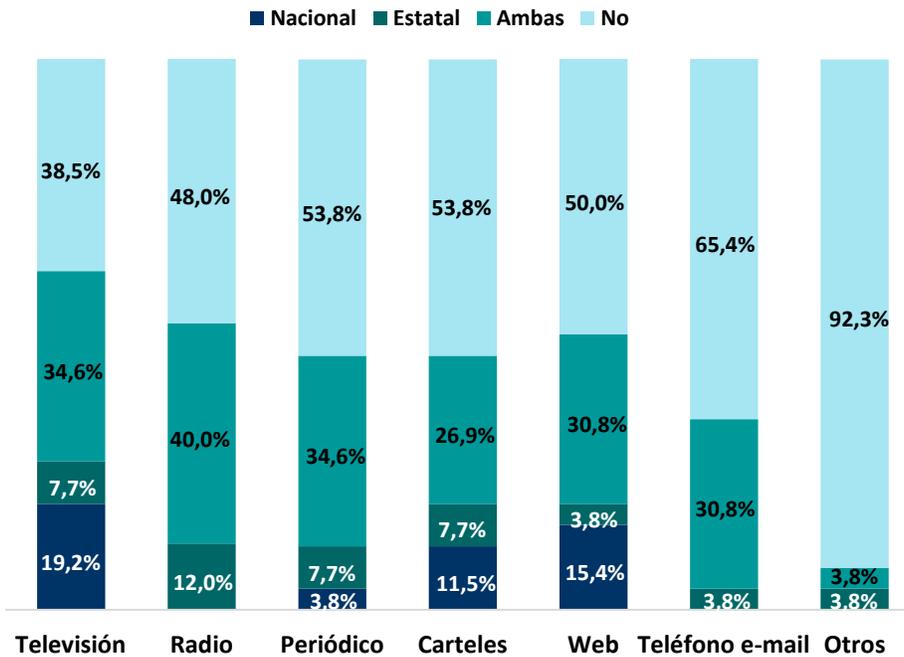
Gráfica 5. Campañas de educación sobre las razones por las que los bebedores deben reducir el consumo: instituciones especializadas en adicciones



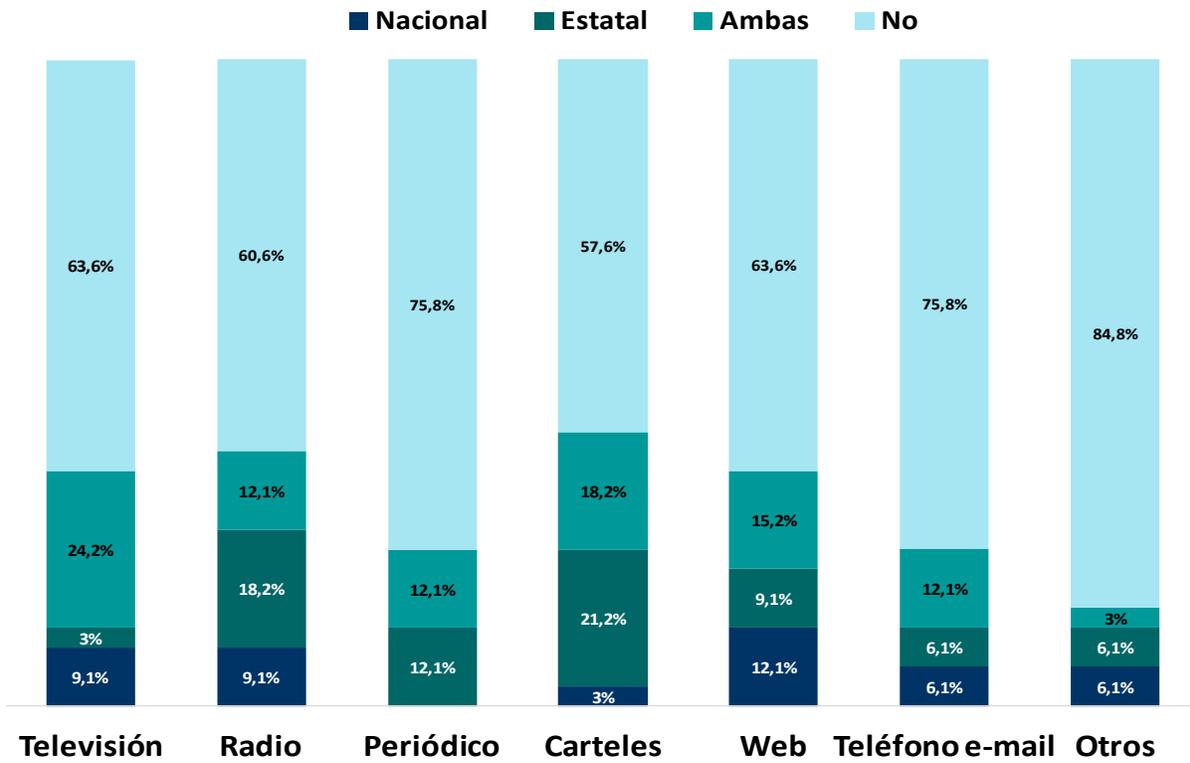
De igual forma, se indagó si en los 24 meses previos se habían realizado campañas educativas en las que se explicara específicamente alguna forma en la que es posible reducir el consumo de alcohol. La información analizada muestra que este tipo de campañas son menos frecuentes: 61,5% de los participantes de instituciones de salud indicaron que se realizan a través de la televisión, 52% indicó que existen campañas de radio y el 50% informó que otro medio importante es Internet (gráfica 6).

Los participantes de instituciones especializadas en adicciones (gráfica 7) reportaron que los medios más empleados para educar a la población sobre formas para reducir el consumo son los carteles y los anuncios espectaculares (42,4%) y la radio (39,4%), mientras que una proporción menor reportó el uso de periódicos, el teléfono y los correos electrónicos (24,2%).

Gráfica 6. Campañas de educación sobre formas de reducir el consumo de alcohol: instituciones de salud

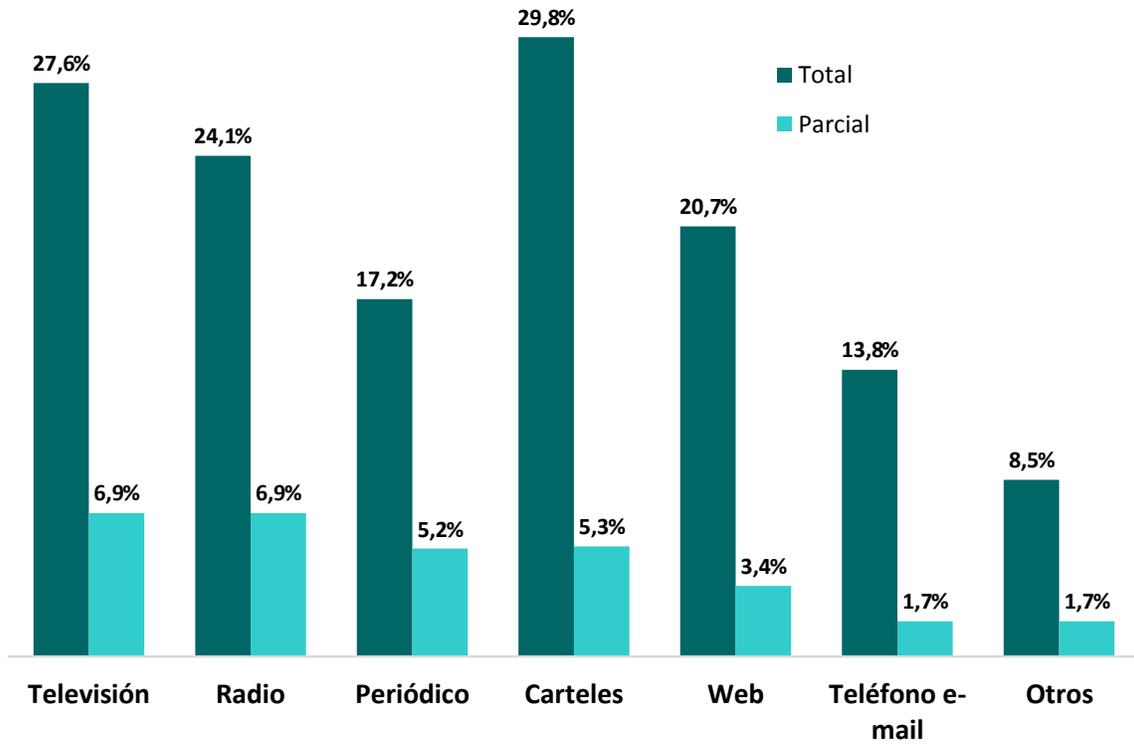


Gráfica 7. Campañas de educación sobre formas de reducir el consumo de alcohol: instituciones especializadas en adicciones



Se indagó también si las campañas educativas sobre el consumo de alcohol perjudicial y riesgoso son financiadas con fondos públicos; cabe señalar que en este rubro se obtuvieron pocas respuestas, pero se observó que cerca del 30% de ambos grupos de informantes considera que las campañas educativas son financiadas en su totalidad con fondos públicos, particularmente los carteles y anuncios espectaculares, los spots de televisión y la radio (gráfica 8). La percepción de que se destinan fondos públicos para financiar parcialmente las campañas es mucho menor, ya que apenas entre 1,7% y 6,9% de los informantes lo refirió de esta forma.

Gráfica 8. Financiamiento de las campañas de educación con fondos públicos



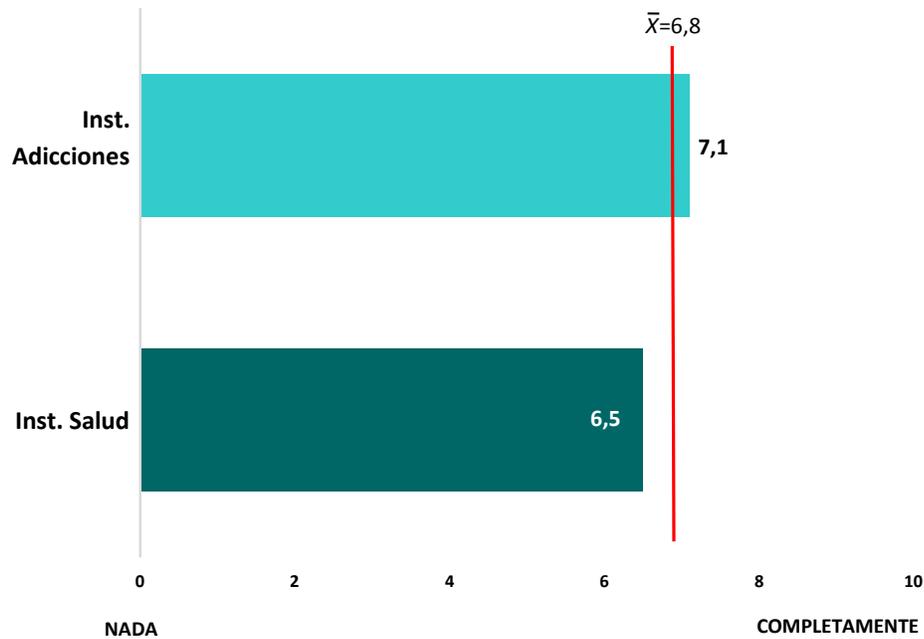
4.3. Servicios de salud e infraestructura para la detección y tratamiento

La “Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol” (OMS, 2010) plantea como una acción necesaria el fortalecimiento de los sistemas de salud, de tal modo que puedan ampliar su capacidad de ofrecer servicios de prevención y tratamiento de los trastornos asociados al consumo de alcohol, y propone específicamente apoyar las iniciativas de detección e intervención breve en la atención primaria de salud y otros entornos, así como coordinar estrategias y servicios integrados o vinculados de prevención, tratamiento y atención de los trastornos por consumo de alcohol y las diversas afecciones comórbidas. En esta sección se presentan los datos acerca de la infraestructura disponible para llevar a cabo estas acciones en el sistema de salud en México.

4.3.1. Sistema de salud integrado

La percepción acerca del grado en que los sistemas estatales de atención primaria a la salud han incorporado medidas para atender el consumo perjudicial y riesgoso es positiva. La estimación se obtuvo mediante una escala donde “0” indica que estas medidas no han sido incluidas, y “10”, que se han incluido completamente. El 65,4% de las respuestas provenientes de instituciones de salud se concentraron en los niveles 7 a 10, con una media de 6,54 ($\pm 2,70$), y en las instituciones especializadas en adicciones la media fue de 7,1 ($\pm 2,60$), con un 64,5% de las respuestas en los niveles 7 a 10 (gráfica 9).

Gráfica 9. Integración de la atención del consumo de alcohol perjudicial y riesgoso en el sistema de atención primaria a la salud



Los comentarios que cada uno de los participantes proporcionó con respecto a las razones por las que eligieron una respuesta específica sugieren que, aun cuando se observa un avance importante a nivel nacional desde la creación de las UNEME-CAPA, la completa incorporación de la detección y tratamiento en el nivel de atención primaria requiere aún de acciones para sensibilizar y capacitar al personal, poner mayor énfasis en la detección del consumo perjudicial y riesgoso, fortalecer la infraestructura y las redes interinstitucionales, entre otras acciones. La tabla 4 contiene más detalles sobre la opinión de los informantes de cada Estado.

Tabla 4. Comentarios acerca del nivel de integración de la atención del consumo de alcohol perjudicial y riesgoso en el sistema de atención primaria a la salud

Estado	Comentarios
Baja California Sur	<p>Cada uno de los municipios del Estado de Baja California Sur cuenta con una unidad de atención primaria en adicciones, por medio de las cuales se brinda capacitación sobre abuso de alcohol a los promotores de salud y personal de los centros de salud. También se ha capacitado al personal de atención primaria en la detección de consumo de alcohol y otras drogas, y se ha puesto en marcha un convenio de referencia contra referencia con ISSSTE e IMSS. Las unidades CAPA brindan tratamiento ambulatorio para los bebedores en riesgo, en tanto que a través del personal de CAPA se desarrollan acciones de difusión.</p>
Campeche	<p>No se tiene ese dato.</p>
Chihuahua	<p>Se están llevando a cabo estrategias para atender esta problemática, en conjunto con otras instituciones, seguridad pública y vialidad, SEP, etc.</p> <p>Actualmente el sistema de salud se encuentra llevando acciones de prevención --con énfasis en la prevención del consumo de alcohol-- en el Estado de Chihuahua, mediante la comisión estatal de atención a las adicciones, coordinando de manera activa las acciones que se llevan a cabo en las UNEME-CAPA de las diferentes localidades, tanto en prevención como en atención a la población.</p> <p>En la mayoría de los casos no se sabe adónde referir los pacientes.</p> <p>La atención está integrada en el sistema estatal, pero faltan acciones que favorezcan la demanda a tan altos índices de este problema social, porque no se le da la importancia debida a esta área de la salud.</p> <p>Desconoce los servicios de atención integrada a nivel estatal, pero la atención de primer nivel se apoya con talleres de prevención.</p> <p>Desconoce si existen programas y capacitación al personal del primer nivel.</p> <p>Los servicios de salud aún tienen muchos déficit en detección y canalización sobre el consumo de alcohol.</p> <p>Para los servicios de salud es primordial brindar esta atención, pero no se lleva a cabo al 100%. Aunque los profesionales de salud saben que deben indagar sobre esta enfermedad, no se le da el peso que tienen los demás programas.</p> <p>Existe cierta desintegración dentro de las mismas dependencias.</p> <p>Han trabajado juntos en escuelas, comunidades e interinstitucionales en donde la prevención es prioridad.</p>

Tabla 4 cont.

<p>Distrito Federal</p>	<p>Se cuenta con un programa de tratamiento específico para personas con problemas en su forma de beber que no son alcohólicas. Hay además acciones específicas de prevención dirigidas a la población de 10 a 18 años de edad con el objetivo de evitar el consumo excesivo o riesgoso.</p> <p>Existen las UNEME-CAPA que trabajan en unidades de primer nivel, cuyo objetivo es la prevención y tratamiento de uso inicial de drogas (incluido el alcohol) en la comunidad, buscando mejorar la salud y calidad de vida de los usuarios y familiares.</p> <p>Las UNEME-CAPA del Distrito Federal están integradas a un centro de salud, incorporándose así a las acciones para la atención del alcohol y de otras drogas lícitas e ilícitas</p> <p>En las UNEME-CAPA se proporciona este tipo de servicios, pero se considera que falta difusión a la sociedad para darle a conocer la existencia de este tipo de asistencia.</p> <p>La atención primaria al consumo perjudicial y riesgoso de alcohol no se lleva a cabo en todos los centros de salud. En algunos centros no conocen los instrumentos clínicos para detectar este problema. Además, por falta de capacitación del personal, no hay un modelo de detección temprana y canalización oportuna eficaz en los establecimientos especializados.</p>
<p>Guanajuato</p>	<p>Está integrada en las acciones preventivas y de atención primaria en los niveles educativos, ámbito laboral y comunidades vulnerables a través de los centros de salud con personal capacitado en adicciones, atendidos por los psicólogos municipales.</p> <p>Los planes de atención en salud integran la detección, canalización y atención de los problemas relacionados al consumo de alcohol.</p> <p>En el sistema de salud la atención del consumo perjudicial y riesgoso está relegada por dar prioridad a la dependencia del alcohol. Existe una mayor práctica de la detección de población con dependencia y con graves afectaciones a su salud, y no se ha consolidado como prioritario o como práctica detectar al consumidor de riesgo o explosivo.</p> <p>Dentro de la atención que se brinda en las unidades de primer nivel, la prevención forma parte del paquete básico de atención para una mejor salud y se realizan las detecciones para su intervención oportuna.</p>
<p>Hidalgo</p>	<p>La atención del consumo de alcohol perjudicial y riesgoso se encuentra integrada en el sistema estatal de atención primaria, mediante los servicios que brindan las UNEME-CAPA y el sistema de referencia y contra-referencia que los núcleos básicos de atención a la salud mental y los centros de salud tienen en el Estado. Aun así, es preciso reconocer que no es suficiente para la atención de toda la población que lo requiere, especialmente por las dificultades geográficas que ofrece el Estado para que las personas que lo necesiten lleguen hasta las unidades de atención.</p>
<p>ISSSTE</p>	<p>Esta institución ha realizado un importante esfuerzo para capacitar a médicos, enfermeras, trabajadores sociales, psicólogos y nutriólogos en asesoría breve para la reducción del consumo nocivo de alcohol. Sin embargo, aún no hay una cobertura total por parte del personal de salud.</p>

Tabla 4 cont.

<p>Jalisco</p>	<p>No hay programas específicos. Se atienden solamente las complicaciones médicas, gastritis, sangrado de tubo digestivo alto, hepatopatía alcohólica, etc. El Estado no cuenta con la suficiente infraestructura y coordinación interinstitucional para referir los casos detectados para su atención adecuada y oportuna.</p> <p>Mediante los programas que cuenta el Consejo Estatal contra las Adicciones en Jalisco.</p> <p>Se conoce el impacto sobre la salud que tiene el consumo de alcohol: se asocia a accidentes y hechos violentos o de agresión y autoagresión, cirrosis hepática y sus complicaciones, salud mental y dinámica familiar...como sustancia de abuso debutante que después lleva al uso de drogas. No hay un programa de prevención y educación en atención primaria en salud... O si existe, no está difundida.</p> <p>Se realiza prevención primaria a través de material impreso informativo, aunque no de manera constante ni suficiente.</p> <p>En lo que respecta a la Secretaría de Salud, hay charlas dentro de los centros de salud.</p> <p>Está todavía en el nivel donde se realizan acciones preventivas, como de promoción, prevención --tanto en individuos como en grupos y en población abierta-- y canalización a los centros CAPA.</p>
<p>Michoacán</p>	<p>Se cuenta con un tratamiento específico para bebedores problema, así como sesiones de grupo de AA; sin embargo en el CAPA no se cuenta con el servicio médico que podría complementar este tratamiento.</p>
<p>Oaxaca</p>	<p>El sistema de salud a nivel estatal cuenta con el Programa de Prevención de Adicciones y con los Centros de Atención Primaria en Adicciones. Sin embargo, falta compromiso y apoyo por parte de otras instancias involucradas en la atención del consumo perjudicial y riesgoso. Tal es el caso de área de Atención Médica de los SSO, para que a través del personal de las unidades de primer nivel de atención se realice la detección y referencia/contrareferencia de pacientes que se encuentran en este grupo de riesgo; de IEEPO, para la aplicación de tamizajes a los alumnos y dar formalidad al proceso de detección y derivación a los CAPA, así como para un correcto seguimiento a los alumnos que requieran de intervención.</p> <p>Si bien se realizan actividades preventivas en las unidades de primer nivel, la Jurisdicción Sanitaria No. 1 es la que tiene más unidades de salud, y no todas cuentan con información y personal suficientes para desarrollar esta actividad preventiva.</p> <p>Las UNEME-CAPA también realizan actividades intramuros a través de la orientación y asesoría breve a usuarios identificados con un nivel de consumo de uso y abuso de sustancias, o bien referidos por alguna instancia de atención que requiera el servicio a través de la detección temprana y la atención oportuna para mejorar la calidad de vida individual, familiar y social.</p> <p>Dado que los recursos siguen siendo precarios como para realizar acciones que en verdad logren un impacto en la sociedad del Estado, hasta la fecha sólo se han logrado resultados mínimos e indispensables para cubrir las necesidades de una población altamente demandante.</p>

Tabla 4 cont.

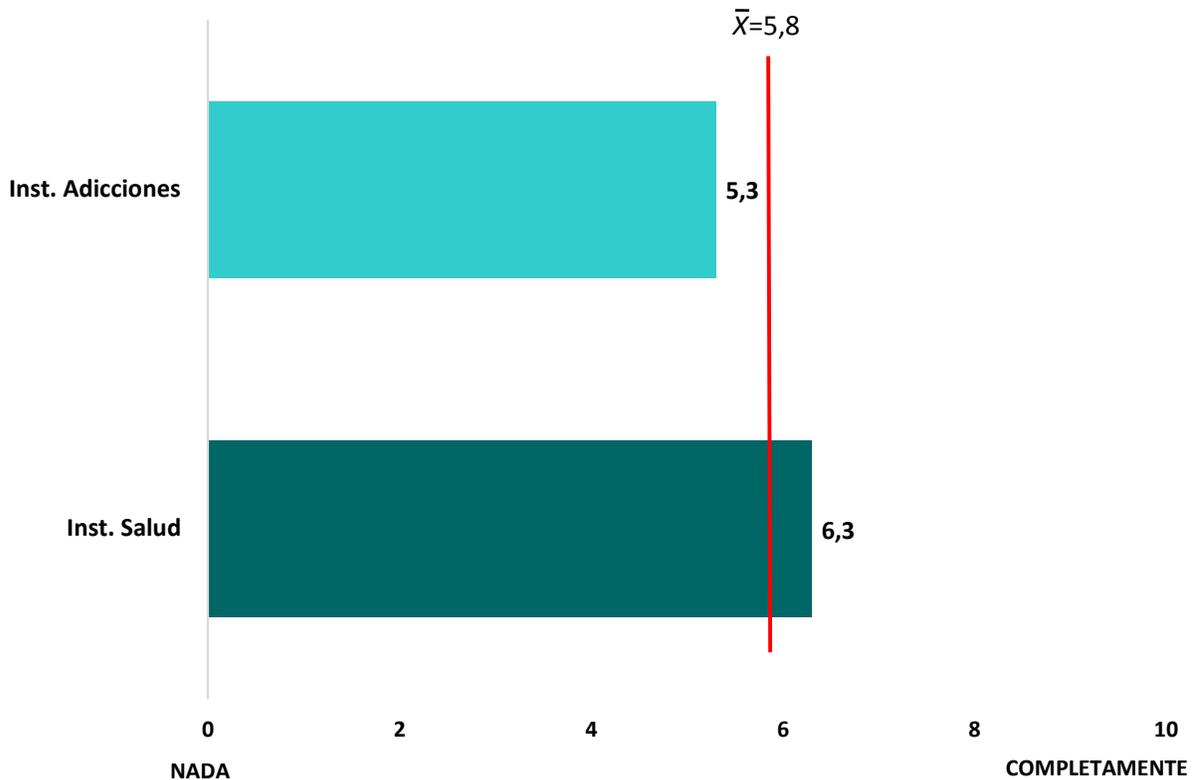
<p>Puebla</p>	<p>Las unidades de primer nivel atienden al grupo de la población de consumo riesgoso y perjudicial, como un filtro para la detección y derivación a los segundos y/o terceros niveles de atención. No obstante, la práctica cotidiana demuestra que no es abordada ni se tienen registros sobre la orientación médica que se ofrece en dichos servicios. Por otra parte, en materia de prevención primaria se observa que las acciones de promoción de la atención se dan esporádicamente (p. ej. Semana Nacional Compartiendo Esfuerzos).</p> <p>Se considera que debería instrumentarse como un programa específico, ya que viene integrado en las funciones de prevención primaria, secundaria y terciaria dentro de las acciones de las UNEME-CAPA. Sin embargo, al dársele énfasis como programa específico encaminado a la población del alto riesgo podría desarrollar estrategias para la implementación específica y el seguimiento epidemiológico.</p> <p>Existen varias razones: no hay un algoritmo de atención a la población con problemas de alcoholismo, porque el personal de salud no se ha concientizado acerca de la atención a problemas de consumo de alcohol. Debido a que son una gran cantidad de programas, el personal de salud utiliza menos tiempo que el necesario para desalentar el consumo de sustancias en la población en la que tienen influencia --aunado esto a los usos y costumbres propias de la comunidad, lo cual suele limitar aún más la asesoría ofrecida.</p> <p>Es poco el personal especializado que hay en la región en relación con la demanda de atención existente.</p> <p>Por las acciones que ha realizado el Estado a través de foros estatales con adolescentes escolares y asociaciones privadas, también se está trabajando en talleres preventivos con grupos en riesgo, incluyendo madres, padres, niños y adolescentes.</p> <p>El consumo de alcohol es un problema de salud pública, ya que afecta el área psicosocial de la persona que la consume y de quienes están a su alrededor.</p> <p>En las unidades de primer nivel se indica que hay que diagnosticar, referir o (llegado el caso) atender a todo paciente que acuda a la unidad de salud, pero el personal por una u otra cosa no lo hace.</p> <p>La prevención forma parte de los programas prioritarios, y se trabaja a nivel estatal y jurisdiccional.</p>
<p>Sinaloa</p>	<p>Corresponde a los programas oficiales previamente establecidos.</p>
<p>San Luis Potosí</p>	<p>Existe un involucramiento en el sistema de salud por medio del programa de UNEME-CAPA.</p> <p>En las Unidades de Primer Nivel se usan cuestionarios de detección del consumo de alcohol. Sin embargo este método no se realiza en toda la población a la que está dirigida y --cuando se detecta esta situación-- pocas veces se refiere al usuario a atención especializada --o se envía sin formato oficial y no se da seguimiento al caso.</p>
<p>Tabasco</p>	<p>En el sector salud se ha estado capacitando y trabajando en la red de referencias para dar alternativas beneficiosas de atención tanto pública como privada.</p>
<p>Tamaulipas</p>	<p>Se cuenta con una amplia red de servicios con 18 UNEME-CAPA y 25 módulos de Salud Mental y Adicciones que brindan este servicio.</p>

Tabla 4 cont.

<p>Tlaxcala</p>	<p>En el Estado de Tlaxcala, en todas las unidades de primer nivel se detecta (con la prueba ASSIST) uso, abuso o dependencia de alcohol, tabaco y otras sustancias para ser referidos a las UNEME-CAPA (donde también identifican jóvenes con factores de riesgo y uso de sustancias), Centro de Integración juvenil estatal, Centro integral de atención de salud mental y adicciones (CISMAA), Servicios de AA o al Fideicomiso para la atención de las adicciones (FIPADIC) para la atención temprana y, en casos necesarios, se refiere a los centros de rehabilitación residencial reconocidos por la CONADIC, y a los módulos de especialidad en salud mental y adicciones (psicología y psiquiatría) en el segundo nivel de la Secretaría de Salud del Estado.</p>
<p>Veracruz</p>	<p>Debido a la existencia de actividades de prevención del consumo que se realizan constantemente en la zona de influencia de las UNEME-CAPA, así como el tratamiento oportuno, se eligió la respuesta 10 porque las UNEME-CAPA tienen como misión contribuir a desacelerar la tendencia de las enfermedades crónicas de mayor prevalencia, a través del modelo de prevención clínica y atención integral innovadora, factible y de calidad --dado que los centros de salud refieren a las UNEME-CAPA las personas que lo necesitan.</p> <p>Se escogió un puntaje de 7, dado que aún falta más interés y compromiso por parte de los centros de salud para prevenir y tratar a los pacientes que padecen esta enfermedad -- ya que en estos lugares es donde se puede tener el primer contacto, sobre todo en las comunidades más alejadas de la jurisdicción.</p> <p>Se determinó un puntaje de 5 porque existen programas que previenen el consumo de sustancias adictivas. El enfoque está dirigido a prevenir o reducir el consumo, pero en caso de aparición de enfermedad o sustancia no existen centros de tratamiento residenciales o especializados para su atención dentro de los servicios públicos de salud.</p> <p>Se decidió un puntaje de 6 debido a que, aun cuando hay centros de atención, no son suficientes como para atender la demanda de la población nacional.</p> <p>Se considera que con la creación de los CAPA esta integración se ha fortalecido, pero aún hace falta incrementar acciones en el nivel de atención primario para que exista un vínculo mayor y la atención sea completa.</p> <p>Se dio un puntaje de 10 porque existen 17 CAPA a nivel estatal encargados de prevenir y proporcionar atención de calidad y gratuita a todas las personas que soliciten el servicio. Se trabaja incansablemente por la salud de todos los veracruzanos.</p> <p>El personal del primer nivel de atención aplica de forma sistemática el AUDIT a todos los usuarios adolescentes, mujeres embarazadas y quienes cursen con una enfermedad degenerativa no trasmisible, sin importar el motivo de consulta. Además se les brinda la asesoría pertinente; de igual forma se realiza un tamizaje con la misma herramienta al 100% de los alumnos en escuelas incorporadas al programa de Escuela y Salud, por lo que la cobertura de tamizaje y asesoría en alcohol es del 70% de la población.</p>

De forma idéntica se estimó la incorporación de la atención del consumo de alcohol perjudicial y riesgoso en el nivel secundario de atención a la salud. En la gráfica 10 se puede ver que el 51,8% de las opiniones de los informantes de instituciones especializadas en adicciones se concentra en los niveles 4 a 6, que la media de respuesta fue 5,3 ($\pm 2,4$) y que 58,3% de las respuestas de las instituciones de salud se ubican en los niveles 7 a 10, con una media de 6,3 ($\pm 2,9$), lo que sugiere una integración parcial.

Gráfica 10. Integración de la atención del consumo de alcohol perjudicial y riesgoso en el sistema de atención secundaria de salud



Los comentarios que se presentan en la tabla 5, respecto al nivel de integración de la atención del consumo de alcohol perjudicial y riesgoso en el sistema de atención secundaria a la salud, apuntan a que ésta es un área que requiere mayores esfuerzos. Algunos participantes desconocen cuál es el estado actual de este tema, y otros consideran necesario ampliar la cobertura y una mejor coordinación entre las diversas instancias involucradas en la atención de los pacientes que consumen alcohol.

También opinan que es preciso sensibilizar al personal que trabaja en hospitales sobre la relevancia de realizar la detección, la atención y la referencia cuando es necesario. En este sentido, una preocupación que expresaron varios informantes es la falta de centros públicos especializados en la atención de pacientes que ya presentan indicios de dependencia.

Tabla 5. Comentarios acerca del nivel de integración de la atención del consumo de alcohol perjudicial y riesgoso en el sistema de atención secundaria de salud

Estado	Comentarios
Baja California Sur	Sin respuesta
Campeche	No se tiene ese dato
Chihuahua	<p>Se están llevando a cabo acciones para atender el consumo del alcohol y el bebedor problema, así como charlas dirigidas a los conductores ebrios, etc. El padecimiento relacionado con las enfermedades atendidas en este nivel se asocia con el consumo de alcohol perjudicial y riesgoso y, por lo tanto, con la prevención del consumo, en base a lo que se ha identificado en la localidad (Cd. Juárez).</p> <p>Se desconoce a dónde se debe enviar a los pacientes</p> <p>Desconoce totalmente el proceso de la atención secundaria a nivel estatal; en cuanto al primer nivel, la atención se brinda en el centro de atención primaria en adicciones.</p> <p>Desconoce si hay estrategias, programas o capacitaciones en la atención de segundo nivel.</p> <p>Existe integración al sistema federal porque no hay centros de internamiento del sector salud en el Estado.</p> <p>Hace falta más cobertura de segundo nivel de atención, sobre todo en internamiento y para la atención de las co-morbilidades derivadas de éste.</p> <p>Existe cierta desintegración dentro de las mismas dependencias.</p> <p>Las unidades especializadas dan un tratamiento integral para la rehabilitación del paciente.</p>
Distrito Federal	<p>No se cuenta con información al respecto.</p> <p>Desconoce el dato.</p> <p>Dentro de los sistemas de salud son casi nulos los Centros de Atención de Adicciones, cuando ya está presente la enfermedad. La mayoría de los centros que atienden la problemática pertenecen al sector privado y la prestación de servicios no es la adecuada.</p> <p>Normativamente sí, pero sólo en lugares muy especializados como son los toxicológicos, algunos CIJ, y servicios de urgencias de hospitales de la red del D.F.</p>

Tabla 5 cont.

Guanajuato	<p>Se cuenta con 9 centros de atención en adicciones (UNEME-CAPA) a nivel estatal, así como CAISAME, que atiende a pacientes con trastorno psicopatológico por consumo de sustancias; está en inicios la apertura del centro de desintoxicación estatal para la atención en el segundo y tercer nivel. La atención médica se ha enfocado en dar un servicio integral biopsicosocial en los diferentes ámbitos.</p> <p>Derivado de la no consolidación de la detección del consumo de riesgo o perjudicial, los usuarios no llegan a los servicios secundarios. Por otro lado, cuando llegan a servicios secundarios como los hospitales, su atención es postergada por varios motivos: saturación de servicios, prioridad a enfermedades no relacionadas al consumo de drogas, estigmatización del consumidor por parte del personal de salud, falta de capacitación y conocimiento para el manejo del consumidor de riesgo, entre otros.</p> <p>Este tipo de pacientes no llegan a solicitar atención en un segundo nivel y, cuando llegan, son referidos a las unidades primarias.</p>
Hidalgo	<p>La atención del consumo de alcohol perjudicial y riesgoso está integrada en el sistema estatal de atención secundaria a través de los centros de atención residencial que ofrece el Estado, con un modelo de atención único en el país que incluye el tratamiento residencial a niños y adolescentes --nuevamente, la gran dificultad estriba en la cantidad de pacientes que es posible atender y en la sentida necesidad de fortalecer la atención hospitalaria con el modelo de consejo médico breve, y otras estrategias para reducir el consumo nocivo de alcohol y la derivación al CAPA más cercano.</p>
ISSSTE	<p>Se considera que la respuesta es 6, debido a que al presentarse el derechohabiente con una urgencia médica relacionada con el uso nocivo de alcohol, al atender la urgencia y estabilizar al paciente se realiza asesoría breve y/o la referencia a una institución especializada para el control de su consumo nocivo --sin embargo, esta acción no se encuentra sistematizada.</p>

Tabla 5 cont.

<p>Jalisco</p>	<p>No hay programas específicos. Se atienden sólo complicaciones médicas como gastritis, sangrado de tubo digestivo alto, hepatopatía alcohólica etc. Nunca son referidos a áreas de psiquiatría, psicología etc.</p> <p>El Estado no tiene suficiente infraestructura y coordinación interinstitucional para referir adecuadamente los casos a instancias donde reciban atención idónea y oportuna.</p> <p>En el segundo nivel de atención se registran complicaciones con gran impacto en la demanda de atención. No hay una estrategia establecida --o al menos difundida-- que suplemente la atención. Hay un plan de promoción y prevención para la salud.</p> <p>No hay capacitación continua y permanente para los diferentes servicios -- preventivos, de detección oportuna (sólo como detección de conductores alcoholizados)-- y generalmente los pacientes acuden a tratamiento cuando ya han desarrollado dependencia.</p> <p>Se cuenta con el trabajo conjunto del Consejo Estatal contra las Adicciones en Jalisco, los Centros de Integración Juvenil y los Centros de Atención Primaria en Adicciones (CAPA).</p> <p>Hay centros especializados donde se brinda atención y se deriva a centros de rehabilitación.</p>
<p>Michoacán</p>	<p>En la atención secundaria se otorga el tratamiento médico de desintoxicación, pero no se realiza la vinculación con el departamento de psicología para identificar la causa del consumo.</p>
<p>Oaxaca</p>	<p>Dado que las unidades de salud se encuentran a mucha distancia de la Ciudad de Oaxaca (donde están la mayoría de los centros de referencia), los pacientes no pueden asistir a un tratamiento debido a su situación económica y/o a la mencionada lejanía de los centros.</p> <p>Solamente se identifica en forma temprana a jóvenes susceptibles o vulnerables para el desarrollo del trastorno, por medio de la aplicación de tamizajes (AUDIT y POSIT) para la detección de individuos en uso o abuso de alcohol. También se refieren a las UNEME-CAPA (que se encuentran en los Valles Centrales) para su atención oportuna.</p> <p>La atención secundaria es casi nula por la falta de sensibilización en el personal de este nivel de atención. En este sentido, cabe mencionar también que hay una saturación en el servicio y carencias de infraestructura, personal y medicamentos para atender a personas con problemas de consumo de alcohol. Entonces, cuando estas personas llegan a solicitar atención médica, son referidas a un segundo lugar ya que para el personal de hospitales hay otras prioridades.</p> <p>No existen suficientes centros especializados para la atención del problema. En (nuestra) región se carece de una institución con especialistas que brinden no sólo información, sino una atención que pueda ser accesible a las localidades de (nuestra) jurisdicción.</p>

Tabla 5 cont.

Puebla	<p>El Estado ha realizado foros estatales con adolescentes escolares y asociaciones privadas. También se está trabajando con grupos en riesgo como madres de familia-padres y niños, y se realizan talleres preventivos para adolescentes.</p> <p>Se cuenta con UNEME-CAPA de Cholula y San Martín, y la Clínica de Adicciones.</p> <p>Los pacientes que son referidos por consumo de alcohol son atendidos según el problema respectivo.</p> <p>Hace falta mucha capacitación en el personal de salud. Asimismo, el tiempo no alcanza debido a la inmensidad de programas y trámites burocráticos, lo cual afecta negativamente a la cantidad de tiempo disponible para la atención.</p>
Sinaloa	<p>Se requieren más centros y personal capacitado en la atención secundaria.</p>
San Luis Potosí	<p>No hay instituciones públicas específicas para tratamiento residencial en el Estado, pero existe un programa que proporciona subsidios para usuarios que requieren tratamiento residencial.</p> <p>En hospitales se brinda atención a síndromes de abstinencia a través de urgencias.</p>
Tabasco	<p>Se está trabajando para cambiar esquemas, incluido el estigma sobre personas con esta enfermedad para quienes los profesionales de primero y segundo nivel de atención todavía no están sensibilizados.</p>
Tamaulipas	<p>Se otorga adecuada atención en hospitales a usuarios con diagnóstico de intoxicación y síndrome de abstinencia. Existe en el Estado un centro gubernamental de tratamiento y rehabilitación para usuarios de alcohol y otras drogas.</p>
Tlaxcala	<p>Después de ser detectados y valorados los casos en el primer nivel de atención, se les brindan varias posibilidades de atención ambulatoria y residencia en los módulos especializados de salud mental y adicciones de segundo nivel o en las clínicas reconocidas por la CONADIC para completar su rehabilitación, y además se canalizan casos especiales a dependencias estatales (p. ej. CECATLAX, SERAJ, Instituto de Cultura, etc.) para completar su rehabilitación.</p>

Tabla 5 cont.

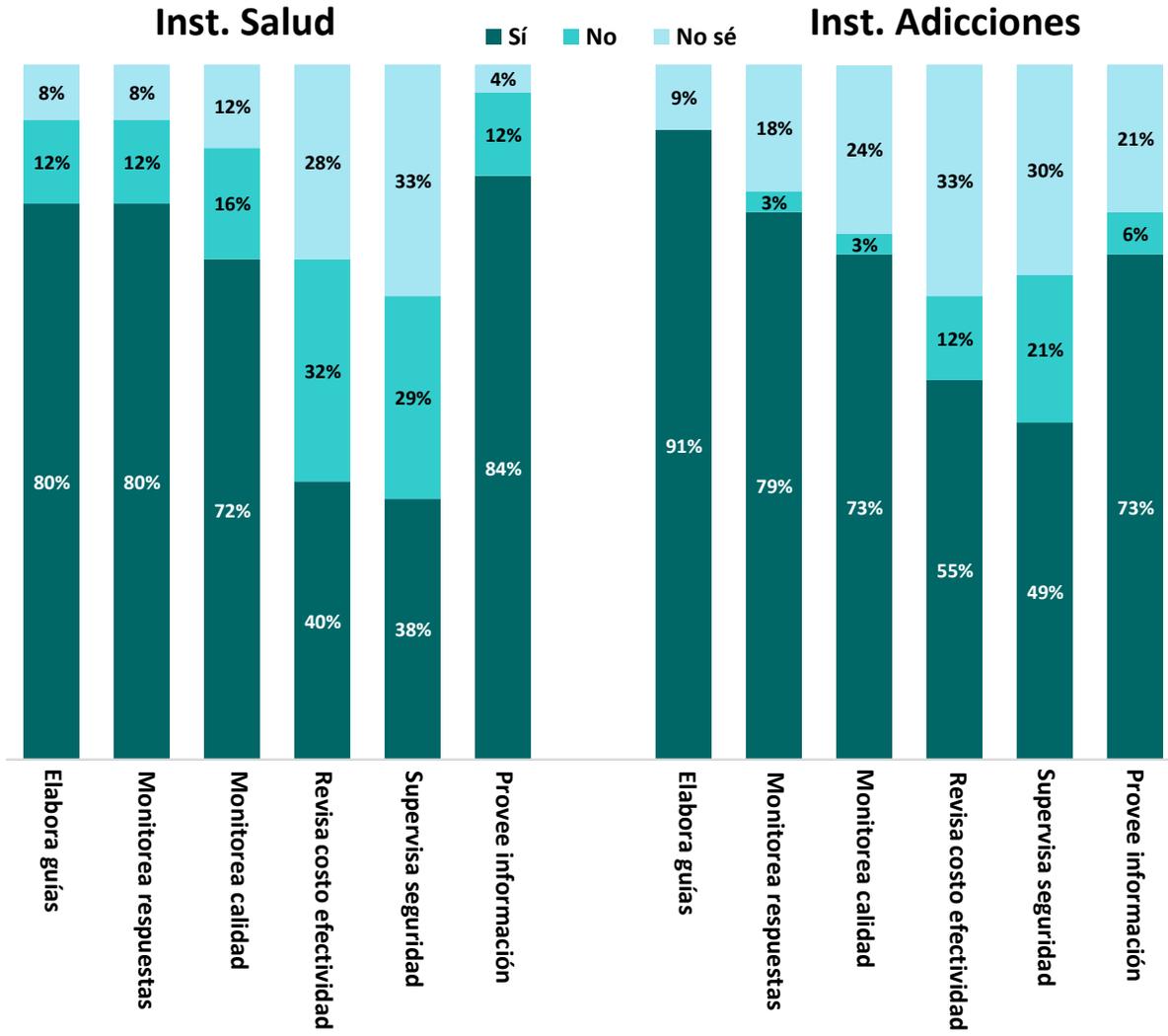
<p>Veracruz</p>	<p>En el nivel secundario de atención hay menos opciones. Sólo se cuenta con un establecimiento de atención institucional de prevención integral --El Centro Estatal contra las Adicciones "CUSPIDE".</p> <p>Hace falta más interés por parte de los hospitales para referir a pacientes con consumo de alguna sustancia a UNEME-CAPA, pues no los refieren aun teniendo la información necesaria para realizar una cita a dicho centro</p> <p>El puntaje es 5 porque existen programas que previenen el consumo de sustancias adictivas. El enfoque está dirigido a prevenir o disminuir el consumo, pero en casos de presentarse enfermedad o uso de alcohol, no existen centros de tratamiento residenciales o especializados para su atención dentro del sector público.</p> <p>De acuerdo a los programas establecidos en las UNEME-CAPA, se contempla dar tratamientos a los usuarios que consumen bebidas alcohólicas, pero no hay suficientes unidades para cubrir a toda la población en riesgo o de consumo perjudicial.</p> <p>Se considera que con la creación de los CAPA esta integración se ha fortalecido, aun cuando falta incrementar acciones en el nivel de atención primaria para que haya un vínculo mayor y la atención sea completa.</p> <p>Lo desconoce, la atención secundaria corresponde a otro nivel normativo.</p>
------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

4.3.2. Estructuras para la calidad de la atención

Por otro lado, se indagó la existencia de organizaciones gubernamentales o privadas responsables de regular la calidad de la atención que se ofrece en las instituciones para el manejo del consumo de alcohol perjudicial y riesgoso. Esto significó la elaboración de guías de práctica clínica, la implementación de sistemas de monitoreo de la respuesta de salud a nivel poblacional y de la calidad de la atención, la revisión de la costo-efectividad de las intervenciones, la supervisión de la seguridad del tratamiento farmacológico para la atención de la dependencia al alcohol y la provisión de información a los prestadores de servicios de salud.

En la gráfica 11 se puede ver el porcentaje de informantes que reconoce la presencia de instancias reguladoras de la calidad a nivel nacional y estatal. Destaca que tanto en las instituciones de salud como en las especializadas en adicciones hay claridad respecto a la existencia de diferentes instancias responsables de realizar el monitoreo. Se observa también que la evaluación de la costo-efectividad de las intervenciones y la supervisión de la seguridad de los tratamientos farmacológicos son actividades que ya se realizan, pero todavía requieren mayor desarrollo.

Gráfica 11. Presencia de instituciones que regulan la calidad de la atención



En la tabla 6 se presenta el listado de las instituciones reconocidas como encargadas de monitorear y regular la calidad de la atención; cabe aclarar que en algunos casos se mencionó a más de una instancia en un rubro particular, pero sólo se incluye el número de veces que se mencionó en primer lugar. En el caso del ISSSTE, la institución cuenta con sus propios mecanismos de regulación y monitoreo, y éstos se aplican en todas las unidades de esta dependencia a nivel nacional. En términos generales CONADIC, CENADIC y la Secretaría de Salud Federal son las principales responsables de llevar a cabo las acciones relacionadas con la regulación de la atención al consumo de alcohol.

Tabla 6. Instituciones responsables de regular la atención del consumo de alcohol perjudicial y riesgoso

Institución responsable	Elabora guías clínicas para la atención del consumo de alcohol perjudicial y riesgoso	Monitorea la respuesta de salud a nivel poblacional	Monitorea la calidad de la atención del consumo de alcohol perjudicial y riesgoso	Revisa la costo-efectividad de las intervenciones	Supervisa la seguridad de los tratamientos farmacológicos para la atención de la dependencia del alcohol	Provee información a los prestadores de servicios de atención a la salud sobre el consumo de alcohol
Secretaría de Salud Federal	8	4	4	4	2	4
Secretaría de Salud Estatal	1	2	1	1	2	5
CONADIC	11	10	7	4	4	8
CENADIC	5	3	6	4	4	3
CECAs	2	4	5	4	3	5
UNEME-CAPA	4	5	5	3	3	8
ISSSTE	1	1	1	1	1	1
UNAM	2			2		
CIJ	2	2	2	2	1	2
IAPA	1	1	1	1	1	1
CENETEC*	3					
INPRF	1					
Coord. Salud Mental y Adicciones Estatal	1					
Observatorio Nacional de Adicciones		2	1			
Sistema de Vigilancia Epidemiológica		5				
Instituto Nacional de Salud Pública		1				
Comité de bioética y revisión de expedientes clínicos			1			
COFEPRIS**			1		2	
Instituto Jalisciense de Salud Mental						1

*Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, **Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios.

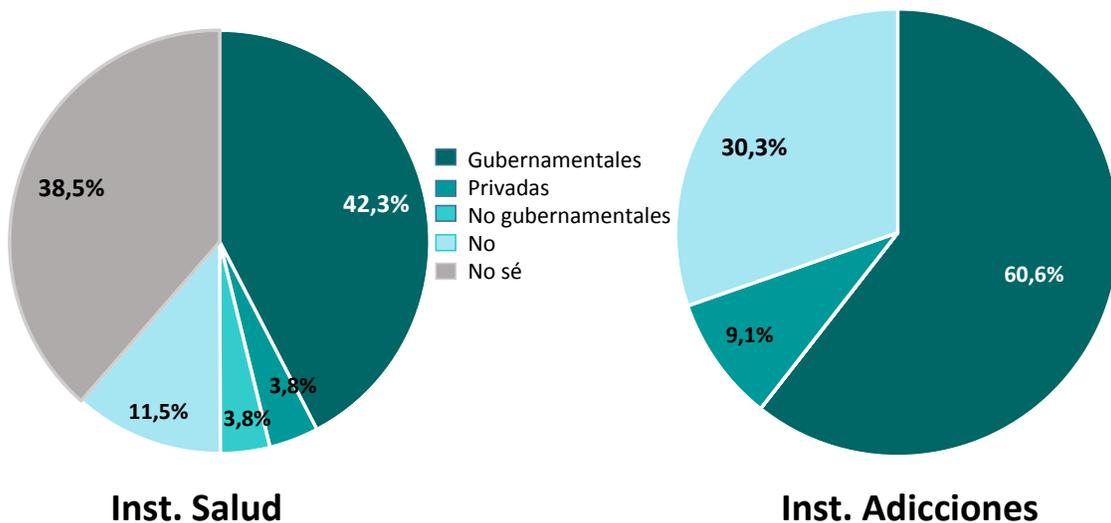
4.3.3. Investigación y conocimiento de la salud

En esta sección se busca saber si en los últimos 10 años se han realizado investigaciones sobre la atención del consumo de alcohol perjudicial y riesgoso, y si las instituciones encargadas de llevar a cabo los estudios son gubernamentales, no gubernamentales o privadas; se excluye la participación de la industria farmacéutica y la industria del alcohol.

En el caso de las instituciones de salud, el 42,3% de los informantes opinó que hay instituciones gubernamentales que han llevado a cabo estudios sobre la atención del consumo de alcohol, mientras que la proporción que reportó la participación de instancias privadas y no gubernamentales fue 3,8%, respectivamente.

Por otro lado, 60,6% de los profesionales de las instituciones especializadas en adicciones reportaron que las investigaciones se realizan únicamente en organizaciones gubernamentales, 9,1% señaló que no se realizan investigaciones sobre el tema y 30,3% no sabía.

Gráfica 12. Instituciones que en los últimos 10 años han realizado investigación sobre la atención del consumo de alcohol perjudicial y riesgoso



En el cuestionario se solicitó también que indicaran cuáles son las entidades que realizan dichas investigaciones. En la tabla 7 se presenta el listado de las instituciones gubernamentales, privadas y no gubernamentales referidas, así como el número de veces que se mencionó cada una de ellas.

Tabla 7. Instituciones que realizan investigaciones sobre la atención del consumo de alcohol perjudicial y riesgoso

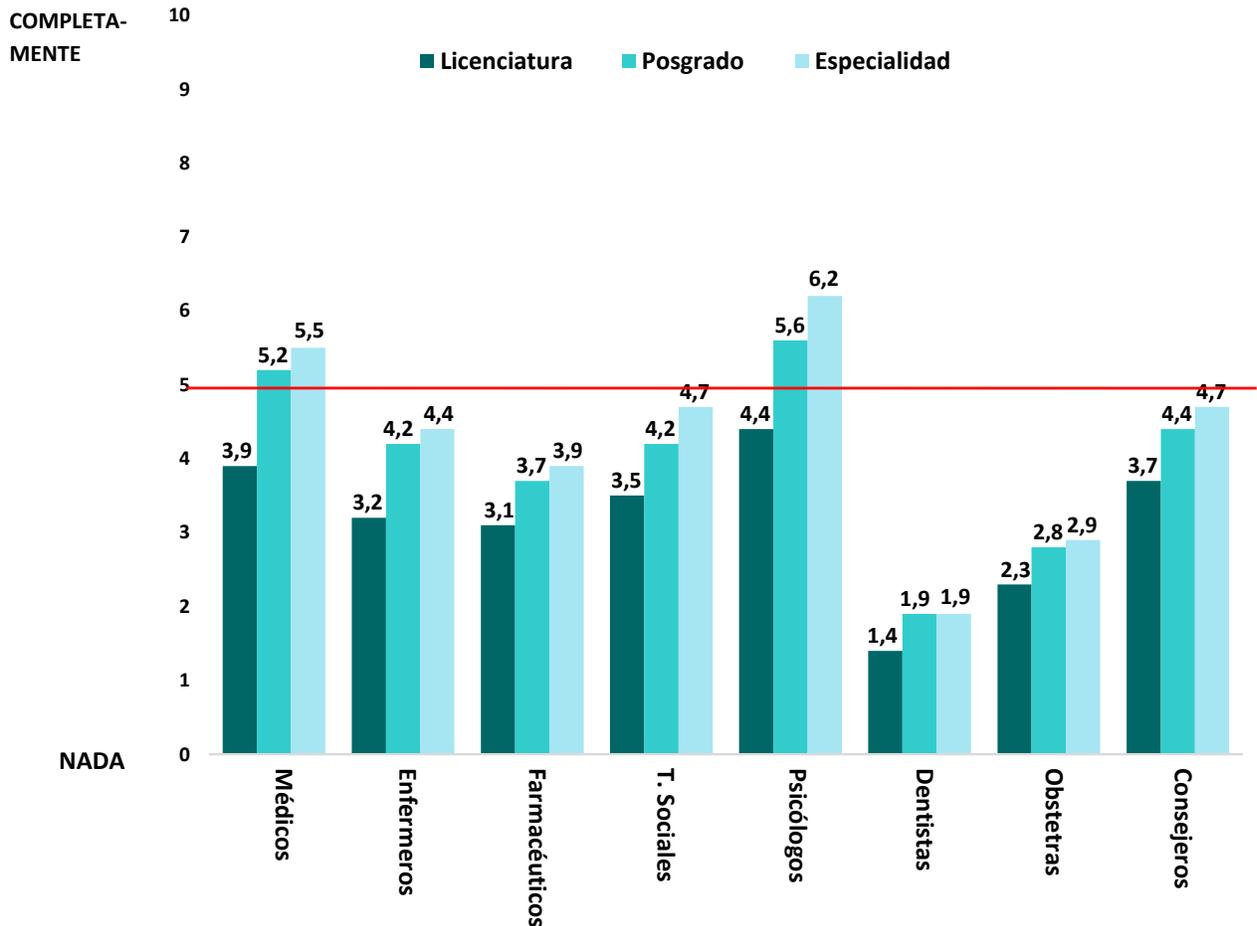
Institución	Número de menciones
Secretaría de Salud	6
CONADIC	5
INPRF	5
CIJ	4
UNAM	3
FISAC	3
INSP	2
CECAs	2
SISVEA	2
CECAM	1
INEGI	1
Hospital Civil de Guadalajara	1
Universidad Veracruzana	1
Alcohólicos Anónimos	1

4.3.4. Formación de recursos humanos

La instrumentación exitosa de medidas para la prevención, detección y tratamiento del consumo de alcohol perjudicial y riesgoso descansa, en gran parte, en la disponibilidad de profesionales de la salud competentes y bien capacitados en estas actividades. Por esta razón, es de gran importancia conocer hasta qué punto los planes de estudio de diferentes carreras relacionadas con el cuidado de la salud han incorporado temas referentes a la atención de los problemas relacionados al consumo de alcohol. En la gráfica 13 se muestran los valores promedio obtenidos mediante una escala que va de 0=nada a 10=completamente, sobre la inclusión de dichos temas en el currículum de 8 diferentes profesiones en niveles de licenciatura, posgrado y especialidad.

En la gráfica se observa que la inclusión de temas relacionados con el abordaje del consumo de alcohol ha alcanzado un nivel medio en la formación de psicólogos y médicos, particularmente en los programas de posgrado (media=5,65±3,3, x=5,27±3,62, respectivamente) y especialidad (media=6,27±3,44, media=5,59±3,7 respectivamente). Por otro lado, las carreras en las que estos tópicos son menos frecuentes, aun a nivel de posgrado y especialidad, son las de cirujano dentista (media=1,49±2,16) y obstetra (media=2,3±3,0).

Gráfica 13. Integración del entrenamiento en detección y tratamiento del consumo de alcohol perjudicial y riesgoso en los planes de estudios profesionales



4.3.5. Políticas y estrategias para la atención

En la gráfica 14 se puede ver la proporción de informantes que refirió la existencia de políticas oficiales sobre la atención del consumo de alcohol perjudicial y riesgoso a nivel nacional y estatal. Los datos se analizaron para el total de las instituciones, sin separarlas por ámbito de acción (n=59). Cabe señalar que estos datos deben interpretarse con cautela ya que las categorías consideradas no son excluyentes.

El 78,9% de los informantes reportó que las políticas existentes en materia de alcohol forman parte de estrategias nacionales más amplias --a nivel estatal el porcentaje fue de 54,4%. En contraste, el 68,5% reportó que actualmente existe una política específica nacional sobre el tema y 54,4% señaló que se cuenta con políticas estatales. Por otro lado, se informó que en México existen políticas en materia de alcohol que no ponen énfasis en la atención de carácter nacional (45,6%) y estatal (38,6%); finalmente, el 40,4% dice que en la actualidad se está elaborando una política nacional específica sobre atención del consumo de alcohol y 26,3% opina que esto ocurre también a nivel estatal. El 7% indicó que no existen políticas nacionales ni estatales sobre la atención del consumo de alcohol.

Gráfica 14. Presencia de políticas para la atención del consumo de alcohol perjudicial y riesgoso (n=59)



En la tabla 8 se enlistan las políticas nacionales que los informantes señalaron como relevantes para la atención del consumo de alcohol en México, en tanto que la tabla 9 contiene las políticas a nivel estatal en materia de consumo de alcohol.

Tabla 8. Políticas nacionales relacionadas con la atención del consumo de alcohol perjudicial y riesgoso

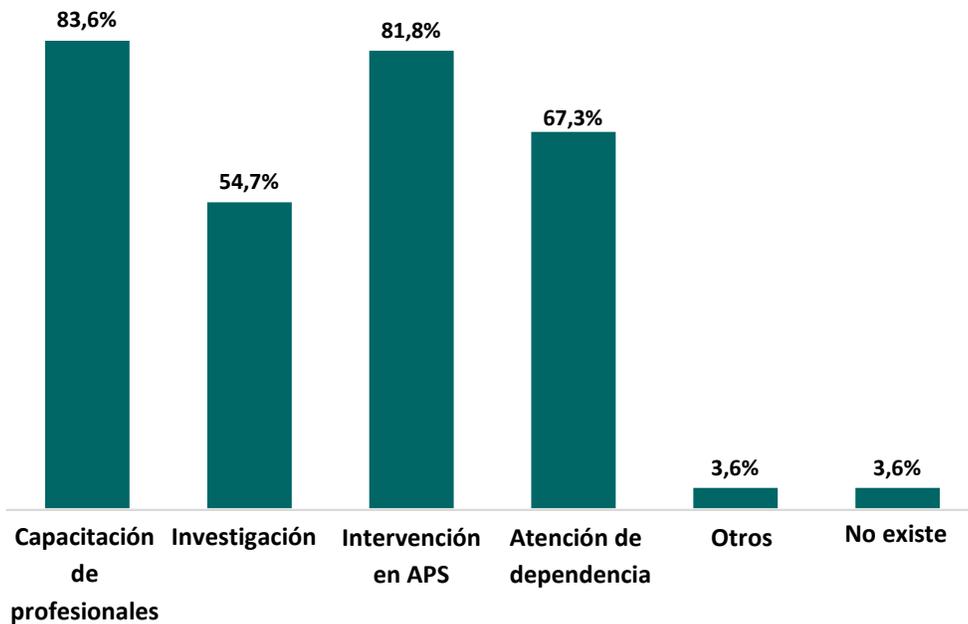
Documento	Características
Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (2 menciones)	Define a la salud como un derecho de los ciudadanos mexicanos.
Ley General de Salud (5 menciones)	Titulo décimo primero: Programas contra las adicciones, Capítulo II, Programa contra el Alcoholismo y el Abuso de Bebidas Alcohólicas, Art. 185,186 y 187, Art 17.
Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009 para la prevención, tratamiento y control de las adicciones (13 menciones)	Tiene por objeto establecer los procedimientos y criterios para la atención integral de las adicciones. Es de observancia obligatoria en todo el territorio nacional para los prestadores de servicios de salud del Sistema Nacional de Salud, y en los establecimientos de los sectores público, social y privado que realicen actividades preventivas, de tratamiento, rehabilitación y reinserción social, reducción del daño, investigación, capacitación y enseñanza o de control de las adicciones.
Guías de Práctica Clínica en Adicciones. (6 menciones)	Se trata de publicaciones de la Secretaría de Salud a través de CENETEC. Las relacionadas con la atención del consumo de alcohol son: Manejo del síndrome de abstinencia alcohólica en el adulto en el primer nivel de atención, Secretaría de Salud, 2008. Actualidades en adicciones. Prevención y tratamiento de las adicciones en los servicios de salud, Secretaría de Salud, 2012. Guía de práctica clínica. Prevención detección y consejería en adicciones para adolescentes y adultos en el primer nivel de atención. Secretaría de Salud, 2015.
Programa de Acción Específico: Prevención y Atención Integral de las Adicciones (6 menciones)	Se publicó en enero de 2015, e incluye seis objetivos enfocados a brindar información para enfrentar adicciones. Entre sus puntos incluye: reforzar medidas para prevenir adicciones; mejorar la cobertura y servicios de atención a personas que requieran tratamiento; fortalecer la formación de especialistas en adicciones; fomentar investigación científica contra las adicciones; elaborar un marco regulatorio moderno y eficiente en materia de adicciones, y fortalecer la presencia del país en foros internacionales sobre atención a adicciones.
Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 (2 menciones)	Meta 2: México Incluyente. Gobierno de la República.
Programa Sectorial de Salud 2013-2018 (2 menciones)	Objetivo 1: línea de acción 1.4.6. Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 12 de diciembre de 2013.
Plan de acción regional para reducir el consumo nocivo de alcohol, OPS (1 mención)	No es una política nacional, pero los objetivos y estrategias convergen con los programas nacionales.

Tabla 9. Políticas estatales relacionadas con la atención del consumo de alcohol perjudicial y riesgoso

Documento	Estado
Programa Conduce sin Alcohol	Distrito Federal
Centro Urbano de Retención Vial por Alcoholimetría	Jalisco
Reglamento de tránsito y vialidad del Estado	Michoacán
Ley contra los vicios del alcoholismo y de las drogas heroicas	Oaxaca
Ley general de salud del Estado	Tabasco
Programa de Prevención y Control de Adicciones	Veracruz

Entre los componentes más frecuentes de las políticas vigentes se encuentran estrategias para la capacitación de profesionales de la salud (83,6%), estrategias para reforzar la intervención de los profesionales en el escenario de la atención primaria (81,8%) y apoyo a la atención especializada en dependencia del alcohol (67,3%). En menor proporción se reportaron la investigación relacionada con la atención de personas que consumen alcohol (54,7%) y otras estrategias (3,6%), pero no se proporcionaron ejemplos de estas modalidades (gráfica 15).

Gráfica 15. Componentes de las políticas nacionales y estatales en materia de atención del consumo de alcohol perjudicial y riesgoso (n=59)



En la tabla 10 se hacen comentarios adicionales acerca de las políticas existentes y su implementación. Entre ellos se pueden distinguir algunos factores que los informantes identifican como barreras para la implementación de políticas sobre la atención del consumo excesivo de alcohol, por ejemplo la falta de lineamientos y una estrategia clara para la difusión de las políticas, la necesidad de revisar con regularidad las normas actuales, la falta de coordinación entre instituciones y equipos de trabajo, y la falta de recursos humanos y financieros para llevar a cabo tales políticas de forma adecuada.

Tabla 10. Comentarios acerca de la disponibilidad de políticas nacionales y estatales sobre la atención del consumo de alcohol perjudicial y riesgoso

Estado	Comentarios
Baja California Sur	Existe la estrategia de detección temprana en adicciones, la cual contempla el consumo de alcohol riesgoso y comprende la aplicación de tamizaje con el objetivo de detectar los casos de riesgo, los cuales, una vez detectados, son referidos para brindarles una intervención precoz y en caso de ser necesario un tratamiento breve ambulatorio. También como producto de los resultados de dicho tamizaje, se programan actividades como charlas y talleres (p. ej. "Tú decides"), enfocados en la prevención del uso nocivo de alcohol.
Chihuahua	Desconoce si existen políticas y estrategias de salud para la difusión e instrumentación de acciones para la atención del consumo de alcohol perjudicial y riesgoso a nivel nacional o estatal. Consultó información en la página web de CENADIC y Secretaría de Salud, así como la ENA 2011 y no encontró información.
Guanajuato	Es necesario estar en revisión continua, tanto de la norma oficial como de las guías clínicas sobre adicciones.
Jalisco	Hace falta una secretaría sobre el alcoholismo como en otros países. Falta trabajar para difundir las políticas.
Oaxaca	En Oaxaca sólo existe la Ley contra los vicios del alcoholismo y de las drogas heroicas. Ley publicada en el Periódico Oficial del Estado de Oaxaca el jueves 6 de julio de 1922. La última reforma publicada en el Periódico Oficial fue el 14 de diciembre de 1946. Esta ley establece procedimientos restrictivos, fiscales y punitivos, pero no menciona ningún apartado para la atención y tratamiento.
Puebla	Los gobiernos municipales y estatales deben involucrarse realmente en estas tareas de prevención que son compartidas y se debe trabajar en equipo --no cada quien por su lado-- y proporcionar los recursos a las jurisdicciones del nivel federal para materiales, cursos, etc.
Sinaloa	Los programas implementados son adecuados, pero falta aún un mayor número de personal capacitado en la atención y prevención del consumo de alcohol.
Tlaxcala	En el Estado de Tlaxcala se realiza un programa de TV donde se tratan temas relacionados a los factores de riesgo y el abuso del alcohol: "Por una nueva vida".

4.3.6. Estructuras para la supervisión de las acciones en los servicios de salud

En prácticamente todas las entidades federativas incluidas en el estudio, las funciones de supervisión de la prestación de servicios de atención del consumo de alcohol recaen sobre todo en los secretarios técnicos de los CECA (tabla 11); al respecto, es importante mencionar que con frecuencia los secretarios técnicos ocupan también un cargo dentro de las secretarías de salud estatales, ya sea como directores o coordinadores de los servicios de salud mental y adicciones. En algunos casos, la supervisión es una responsabilidad compartida entre el CECA y la Secretaría de Salud. Por su parte, el ISSSTE cuenta con sus propios procedimientos y la entidad responsable de monitorear los programas de atención del consumo de alcohol es la Dirección Médica, con la colaboración de la Subdirección de Prevención y Protección a la Salud y la Jefatura del Departamento de Redes de Servicios del Primer Nivel de Atención.

Tabla 11. Responsables de supervisar la atención del consumo de alcohol perjudicial y riesgoso

Estado	Responsable de la supervisión
Baja California	Secretaría Técnica del CECA/Dirección del Centro de Salud Mental y Adicciones
Chihuahua	Secretaría Técnica del CECA Coordinación de Atención a las Adicciones
Distrito Federal	Secretaría de Salud del Distrito Federal a través de la Coordinación de las UNEME-CAPA Asesora en los Servicios de Salud Pública
Guanajuato	Secretaría Técnica del CECA Jefatura de Atención Psicosocial y Responsable del Programa de Prevención y Atención de Adicciones (CECA) Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato (ISAPEG)
Hidalgo	Secretaría Técnica del CECA Dirección General de Unidades Especializadas de la Secretaría Estatal de Salud
Jalisco	Secretaría Técnica del CECA Coordinación Regional de Salud Mental y Adicciones de la Secretaría de Salud de Jalisco

Tabla 11 cont.

Michoacán	Secretaría Técnica del CECA/Jefatura del Departamento de Salud Mental y Adicciones
Oaxaca	Dirección de Prevención y Promoción de la Salud de los Servicios de Salud de Oaxaca
Puebla	Secretaría Técnica del CECA Coordinación Estatal de las UNEME-CAPA Coordinador de la Oficina para la Prevención Primaria en Tabaco, Alcohol y Drogas
Sinaloa	Secretaría Técnica del CECA
San Luis Potosí	Responsable Estatal del Programa de Adicciones
Tabasco	Jefatura del Departamento de Adicciones, Secretaría de Salud
Tamaulipas	Sin información
Tlaxcala	Secretaría Técnica del CECA/Coordinación Estatal de Salud Mental y Adicciones
Veracruz	Secretaría Técnica del CECA/ Jefatura del Departamento de Prevención de Adicciones Encargado de la Oficina de Prevención de Alcoholismo de los Servicios de Salud de Veracruz (SESVER)

En la tabla 12 se dan más detalles sobre la forma en que opera el sistema de supervisión de la atención. Aquí es posible identificar que en algunos estados la supervisión es una función compartida o coordinada entre dos o más instancias, dependiendo de la forma en que están organizados los servicios; en ocasiones, los responsables se ocupan también de monitorear los programas relativos a otras sustancias y tabaco.

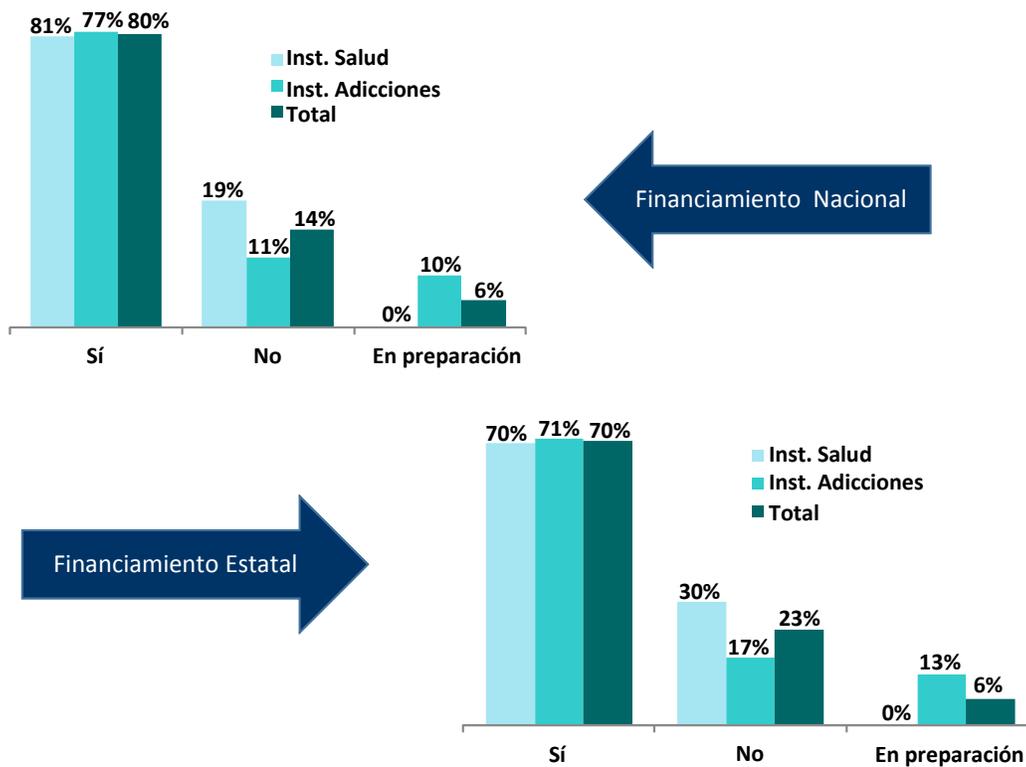
Tabla 12. Comentarios sobre la supervisión de las acciones para la atención del consumo de alcohol perjudicial y riesgoso

Estado	Comentarios
Chihuahua	<p>Generalmente a nivel Estado son CEAADIC, UNEME-CAPA, pero desconoce si el manejo es integral o no.</p> <p>En caso de existir quien supervise, desconoce quién podría dirigir los servicios para la atención del consumo de alcohol.</p>
Hidalgo	<p>En el caso de los servicios que otorgan las UNEME-CAPA, en el Estado de Hidalgo se ha creado la Dirección General de Unidades Especializadas, que a su vez coordina directamente con el STCECAH</p>
Oaxaca	<p>No hay una persona específica para el rubro de atención del consumo de alcohol. Es a través del personal del Programa de prevención de adicciones de la Dirección de Prevención y Promoción de la Salud de los Servicios de Salud de Oaxaca que se realiza supervisión al personal de las 6 Jurisdicciones Sanitarias (1 responsable de programa de prevenciones de adicciones en cada jurisdicción) y al de los 7 Centros de Atención Primaria en Adicciones (CAPA), pero de manera general en las 3 vertientes alcohol, tabaco y drogas.</p>
Puebla	<p>El nivel de supervisión está enfocado exclusivamente en las 9 UNEME-CAPA con que cuenta el Estado de Puebla.</p> <p>En cuanto a la supervisión para las unidades de primer nivel de atención no existe una entidad responsable. Sin embargo, en la actualidad el responsable de planeación, evaluación e investigación establecerá --por indicación del Secretario Técnico del CECAP, en el marco del programa nacional-- un programa dirigido particularmente a las unidades de primer nivel de atención que se encuentran ubicadas en los Polígonos de Alto riesgo del Municipio</p> <p>Con el Centro Estatal contra las Adicciones hay una amplia comunicación, coordinación y capacitación para el desarrollo de las actividades. Solamente hace falta que liberen más recursos de la federación y no tarden tanto.</p>
San Luis Potosí	<p>No existe un programa específico para la atención del consumo de alcohol perjudicial y riesgoso. Las acciones de prevención y tratamiento se instrumentan en el programa de adicciones.</p> <p>El programa de adicciones incluye todas las sustancias adictivas así como el quehacer de los Centros de Atención Primaria en Adicciones. No hay una persona o instancia específica para el tema del alcohol.</p>
Tamaulipas	<p>La atención está integrada a los demás programas de adicciones.</p>
Tlaxcala	<p>En la Secretaría de Salud estatal también se encuentra el Secretario Técnico del Consejo Estatal contra las Adicciones, quien instrumenta acciones para la capacitación, regulación y mejora en la atención del abuso de alcohol, entre otras acciones.</p>

4.3.7. Financiamiento y asignación de recursos

La gran mayoría de los informantes reportó que en México los servicios de atención del consumo de alcohol son financiados con fondos nacionales (80%) y estatales (70,2%) (gráfica 16); el 41,7% indicó que el monto del financiamiento nacional se revisa con frecuencia y 50,9% dijo que esto ocurre también con el financiamiento estatal; la periodicidad esta revisión es anual.

Gráfica 16. Financiamiento de los servicios de atención del consumo de alcohol perjudicial y riesgoso



Por otro lado, sólo el 5,1% del total de los participantes indicó que parte de los impuestos al alcohol se emplean para financiar los servicios de atención. Los datos sugieren que se desconoce qué proporción de los fondos recaudados a través de los impuestos se destina a la provisión de servicios a los consumidores de alcohol (una sola persona indicó que el porcentaje es de 1%). Tampoco se sabe si este monto se somete a revisiones periódicas. En las tablas 13 y 14 se pueden ver pormenores sobre de este tema, donde queda de manifiesto que hay poca información acerca del monto destinado a la atención del consumo de alcohol y su administración, y de la parte de los

impuestos procedentes de las bebidas alcohólicas que se emplean en acciones preventivas o para el tratamiento del consumo perjudicial y riesgoso.

Tabla 13. Comentarios sobre el financiamiento de las acciones para la atención del consumo de alcohol perjudicial y riesgoso

Estado	Comentarios
Campeche	No se tiene el dato exacto.
Chihuahua	Desconoce esas revisiones para la atención de alcohol. Información no disponible. No contesta estas preguntas porque ignora si se hace o no. Sabe que hay un financiamiento, pero desconoce la periodicidad de las revisiones (probablemente cada año). Sabe que es monitoreada y supervisada, pero no con qué frecuencia.
Distrito Federal	El presupuesto local se incluye dentro del asignado a la operación de los dos centros de atención toxicológica en el Distrito.
Hidalgo	Del análisis al presupuesto de egresos para el ejercicio 2015, no se deriva un desglose que permita afirmar que se cuenta con recursos para este rubro en específico. Los recursos únicamente se gestionan en forma global para los servicios oficiales de la Secretaría de Salud, en los que se integran los relativos a la Comisión Nacional contra las Adicciones, la Subsecretaría de Prevención y Promoción a la Salud y los Centros de Integración Juvenil, A.C.
Jalisco	El Consejo Estatal contra las Adicciones en Jalisco otorga becas de tratamiento hospitalario a usuarios de drogas en general, entre ellos el consumo de alcohol. Si existe, no lo conocen, pero hay un Consejo Estatal contra las Adicciones que cada año convoca a documentar casos durante una semana centinela y anualmente analizan los datos. Falta difundir en un segundo paso la estrategia de salud pública.
Oaxaca	Todos los recursos del Programa de Prevención de Adicciones de la Secretaría de Salud de Oaxaca son asignados por el CENADIC de nivel Federal a través del AFASPE. Se revisa pero es incongruente con las necesidades.
Puebla	Desconoce el financiamiento y manejo de recursos sobre alcoholismo. Es importante tener la información tanto nacional o estatal para verificar en qué se gasta el dinero de la federación.
San Luis Potosí	El recurso no es específico para la atención del abuso de alcohol.
Sinaloa	A través del Gobierno Federal (CENADIC) se revisa el financiamiento utilizado en los programas de prevención y atención en alcoholismo.
Tlaxcala	En el Estado se supervisa el gasto de los programas de la Secretaría de Salud a través de contraloría del Estado de manera trimestral.

Tabla 14. Comentarios sobre el financiamiento de las acciones para la atención del consumo de alcohol perjudicial y riesgoso con impuestos al alcohol

Estado	Comentarios
Campeche	Información no disponible.
Chihuahua	Información no disponible. Desconoce el porcentaje de los impuestos asignados a la atención del uso de alcohol. Ignora lo referente a los presupuestos. Da una respuesta negativa porque desconoce si se destinaron recursos para atención del consumo de alcohol perjudicial y riesgoso. No lo sabe.
Guanajuato	Información no disponible.
Hidalgo	En materia de recursos financieros, no se cuenta con información que permita dar respuesta a lo anterior.
Jalisco	No tienen ningún conocimiento.
Puebla	Desconoce el manejo financiero de los impuestos que se recaudan. No saben en qué se invierte el dinero.
San Luis Potosí	Desconoce la información. Se cuenta con recursos para la operación de los CAPA que atienden, entre otras sustancias, el consumo de alcohol. También se realizan campañas de prevención a través de medios de difusión masiva.
Sinaloa	El gobierno supervisa o audita a las empresas cerveceras el cumplimiento asignado a dicho rubro.
Tlaxcala	Dicha política no está contemplada a nivel estatal.

4.4. Apoyo para la provisión de tratamiento

Como se ha visto en secciones previas, México cuenta con diferentes políticas públicas, programas de acción, normas oficiales, guías de práctica clínica y otros elementos que se han creado con la finalidad de mejorar la provisión de los servicios sobre el uso de alcohol perjudicial y riesgoso. En este apartado se analiza la disponibilidad y la adopción de estos recursos en las instituciones responsables de ofrecer la atención.

4.4.1. Sistemas de detección y evaluación de la calidad

La opinión de los participantes acerca de la disponibilidad de los diferentes recursos para apoyar a los prestadores de servicios se evaluó a través de una escala que va de 0=nada disponible a 10=completamente disponible. Se exploró la disponibilidad a nivel nacional y dentro de las instituciones donde trabajan los informantes.

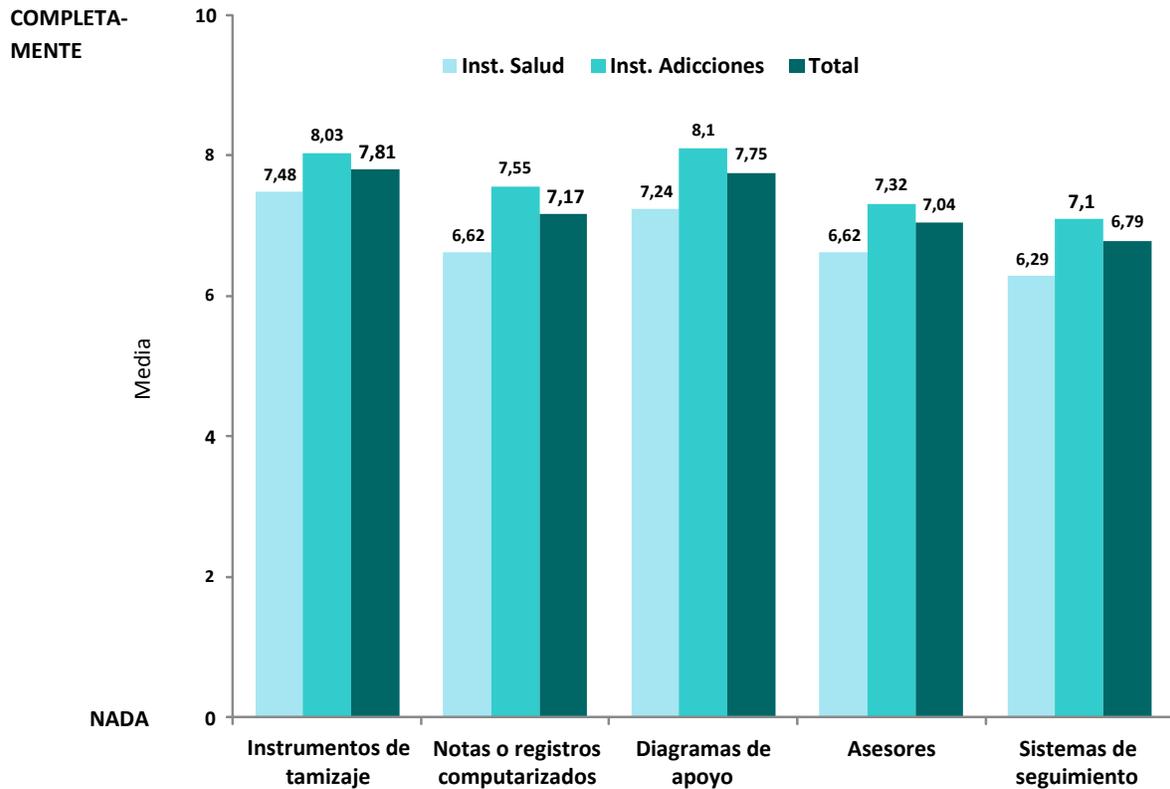
La gráfica 17 muestra la media de respuesta en las instituciones de salud (n=26), en instituciones especializadas en adicciones (n=33) y en la muestra total (n=59). Se aprecia que uno de los recursos de apoyo más disponibles en todo el territorio nacional son los instrumentos de tamizaje (media=7,81±3,08) y los diagramas que esquematizan el proceso de detección y atención de las personas que consumen alcohol (media=7,75±2,9).

Los recursos de apoyo menos frecuentes a nivel nacional son los sistemas de monitoreo y seguimiento de pacientes (media=6,79±3,25), especialmente en las instituciones de salud (media=6,29±3,66).

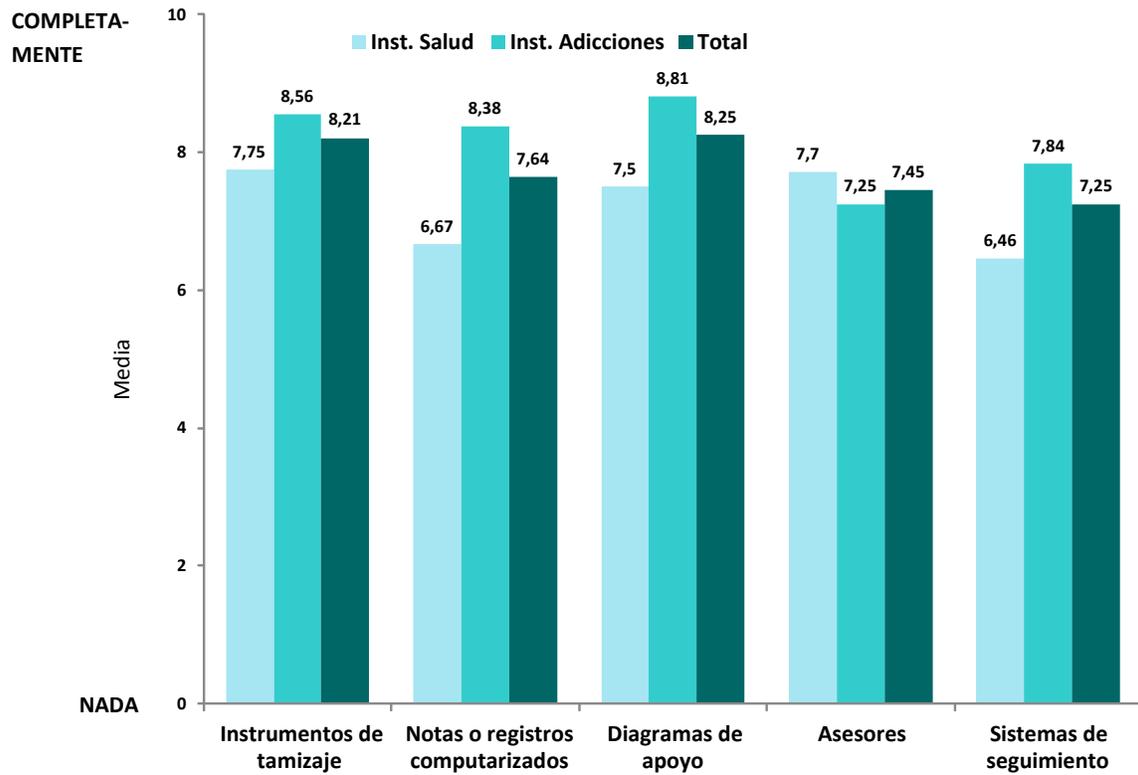
Un patrón similar se observa cuando se examina la disponibilidad de los recursos de apoyo al interior de las instituciones de origen de los informantes (gráfica 18). Nuevamente los diagramas de apoyo y los instrumentos de tamizaje son los elementos que más se han difundido, sobre todo en las instituciones especializadas en adicciones (media=8,81±1,8 y media=8,56±2,35 respectivamente); resalta que en las instituciones

de salud la disponibilidad de asesores es mayor (media=7,71±3,66) que en las especializadas en adicciones (media=7,25±3,41).

Gráfica 17. Disponibilidad de recursos de apoyo para la atención del consumo de alcohol perjudicial y riesgoso a nivel nacional



Gráfica 18. Disponibilidad de recursos de apoyo para la atención del consumo de alcohol perjudicial y riesgoso dentro de su institución



En los comentarios incluidos en la tabla 15 sobre la disponibilidad de los recursos de apoyo, se aprecia que a pesar de que en la mayoría de las instituciones se cuenta con recursos materiales, la capacitación continua del personal de salud es una necesidad sentida por los informantes de ciertos Estados.

Tabla 15. Comentarios sobre la disponibilidad de recursos de apoyo para la atención del consumo de alcohol perjudicial y riesgoso a nivel nacional, estatal e institucional

Estado	Comentarios
Campeche	No hay datos precisos.
Chihuahua	<p>Generalmente los insumos son pocos en atención de primer nivel. Desconoce totalmente. Desconoce si existe la disponibilidad de dichos recursos. Se hacen intentos dirigidos a prevenir el consumo pero no hay un plan integral. En atención primaria, los casos de tamizaje positivo se refieren al centro de atención primaria en adicciones.</p>
Guanajuato	<p>Se cuenta debidamente con el material de apoyo para cubrir los tratamientos, pero se necesita la asesoría continua de atención. El Estado hace los tamizajes que manda la normativa. En la institución se trata de asesorar al personal de manera interna.</p>
Hidalgo	<p>No se cuenta con información precisa a nivel nacional. En el Estado los servicios están disponibles en los CAPA. El ítem “Ayuda de asesores para la atención del consumo de alcohol perjudicial y riesgoso” le pareció confuso, pero si logró entenderlo bien, ha de explicar que los terapeutas del CAPA fungen como asesores de los usuarios y a su vez reciben asesoría de parte de la Dirección del CAPA, Dirección de Unidades Médicas Especializadas, CECA (área rectora ante CENADIC) o la red de apoyo de los centros de tratamiento del Estado cuando se requiere asesoría.</p>
Jalisco	<p>Sólo conoce las guías de manejo asociado al alcoholismo y síndrome de supresión secundario a éste publicados en CENETEC. Programas desarrollados en la Secretaría de Movilidad. Se realizan estudios de corte epidemiológico por autores clínicos que publican en el Anuario de Investigación en Adicciones, editado por el Centro de Estudios de Alcoholismo y Adicciones de la Universidad de Guadalajara. Programa llevado por los Centros de Atención Primaria en Adicciones, con el programa de atención de bebedores problema.</p>
Michoacán	<p>En el CAPA se cuenta con la prueba “AUDIT” para detectar el consumo de alcohol en el usuario. El país cuenta con estos Centros en diferentes Estados de la república. Prueba AUDIT. En el año 2014 se capacitó al personal en el uso del modelo Cognitivo Conductual del cual deriva el tratamiento: “Detección temprana e intervención breve para bebedores problema”. Se da seguimiento a los pacientes que terminaron el tratamiento después de 1, 3 y 12 meses.</p>

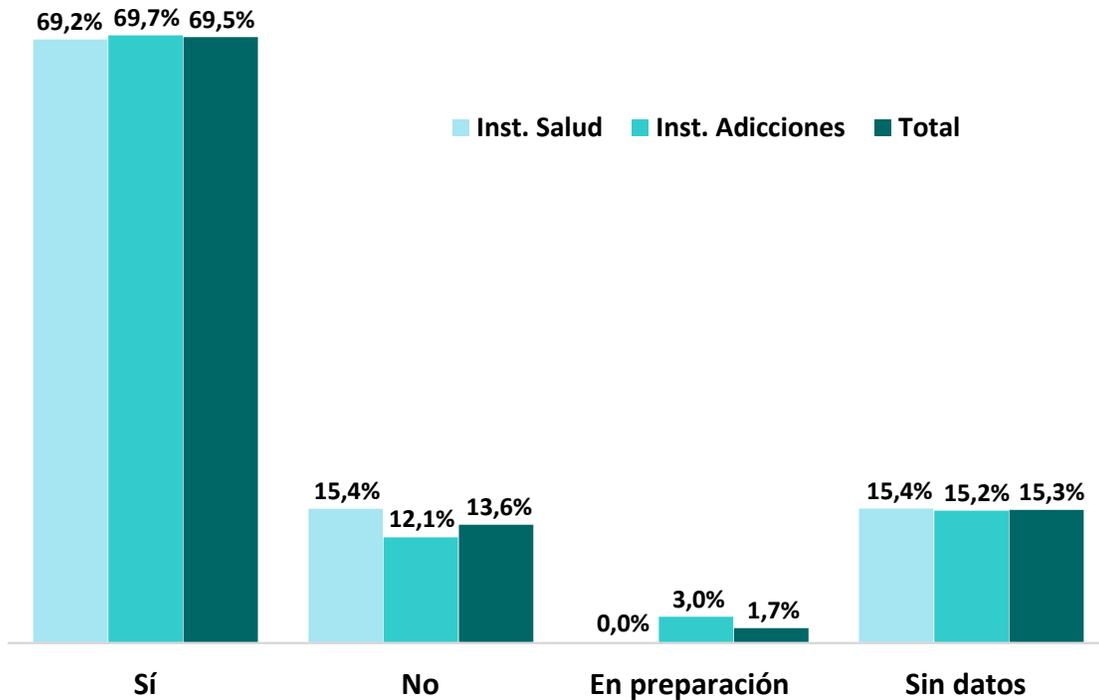
Tabla 15 cont.

Oaxaca	Los CAPA cuentan con los instrumentos para la detección, así como los psicólogos que están en las unidades de primer nivel de atención. También cuentan con los resultados de los tamizajes aplicados a nivel estatal (ASSIST) y con los flujogramas de derivación y atención de los pacientes en riesgo. Sin embargo, falta mayor asesoría al personal de medicina, enfermería y trabajo social de las unidades de salud respecto a este tema, y además hacerles ver la importancia de realizar un seguimiento adecuado a los pacientes detectados; no sólo es la detección, sino también la derivación, la atención y el seguimiento que se le da a cada persona en riesgo.
Puebla	Todas estas ayudas se encuentran dentro de los sistemas de información vía Internet, particularmente los promovidos por la OMS-CICAD-OEA. Las capacitaciones de retroalimentación revisten particular relevancia (pero son muy escasas: deberían realizarlas con más frecuencia pues la federación tiene el recurso para hacerlo). A nivel nacional se podría decir lo mismo, pero particularmente las UNEME-CAPA tienen y/o cuentan con información al respecto. No se cuenta con ningún apoyo para la prevención de las adicciones.
San Luis Potosí	El Sistema de Información en Salud (SIS) arroja las detecciones sobre uso, abuso o dependencia de alcohol, y el SICECA (Sistema de Información de los Consejos Estatales contra las Adicciones) información sobre los programas de intervención breve otorgados a los usuarios de CAPA. Se trata de llevar a cabo de acuerdo a las condiciones y presupuesto asignado.
Sinaloa	La institución federal así como las no gubernamentales monitorean estadísticas sobre consumo de alcohol.
Tlaxcala	Se tiene ASSIST y guías de práctica clínica en primero y segundo nivel de atención en la Secretaría de Salud, además de las presidencias municipales que tienen psicólogos.

4.4.2. Protocolos y guías

El 69,5% de los informantes refirió que en México existen guías clínicas multidisciplinarias para la atención del consumo de alcohol perjudicial y riesgoso, que han sido certificadas o acreditadas por alguna asociación de profesionales de la salud o por una sociedad científica; una pequeña proporción (1,7%) considera que actualmente se están elaborando este tipo de guías. No se aprecian diferencias por tipo de institución (gráfica 19). Poco más de la mitad (54,4%) indicó que las guías existentes se refieren exclusivamente al tratamiento del consumo de alcohol, mientras que 17,5% opina que los procedimientos se encuentran en guías para la atención de otros problemas de salud.

Gráfica 19. Guías clínicas multidisciplinares para la atención del consumo de alcohol perjudicial y riesgoso existentes en México según los informantes



La tabla 16 contiene el listado de las guías clínicas que fueron mencionadas; el 32,2% del total de participantes señaló que existen estudios que documentan la implementación de las guías en la práctica cotidiana; sin embargo, no proporcionaron las referencias de trabajos publicados al respecto.

Tabla 16. Guías de práctica clínica disponibles en México para la atención del consumo de alcohol perjudicial y riesgoso

Título del document	Disponible en:
Catálogo maestro de práctica clínica Guías CENETEC Guías clínicas de la Secretaría de Salud Guías clínicas de salud mental	http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html
Guía de práctica clínica SS-023-08. Prevención, detección y asesoría en adicciones e intervención de las adicciones para adolescentes y adultos en el primer nivel de atención. Secretaría de Salud. Guía clínica No. 23. Adicciones en atención primaria, CENETEC, SSA	http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/023_GPC_Adicciones1erNivel/SSA_023_08_EyR.pdf
Guía de práctica clínica SS-097-08. Manejo del síndrome de abstinencia alcohólica en el adulto en el primer nivel de atención CENETEC, SSA	http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/097_GPC_Abstinenciaalcohol/SSA-097-08_ABSTINENCIA_ALCOHxLICAEVR.pdf
Guía de práctica clínica ISSSTE-256-13. Diagnóstico y tratamiento de intoxicación aguda por alcohol etílico en el adulto en el segundo y tercer nivel de atención CENETEC, SSA	http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/ISSSTE_256_13_INTOXICACIONETILICA/ISSSTE_256_13_EYR.pdf
Guías de CONADIC	http://www.cenadic.salud.gob.mx/publicaciones/pub_esp.html
Manual de detección temprana e intervención breve para bebedores problema, UNAM	http://www.cenadic.salud.gob.mx/PDFS/publicaciones/deteccion.pdf
Intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas (PIBA), UNAM	http://www.cenadic.salud.gob.mx/PDFS/publicaciones/intervencion_breve.pdf

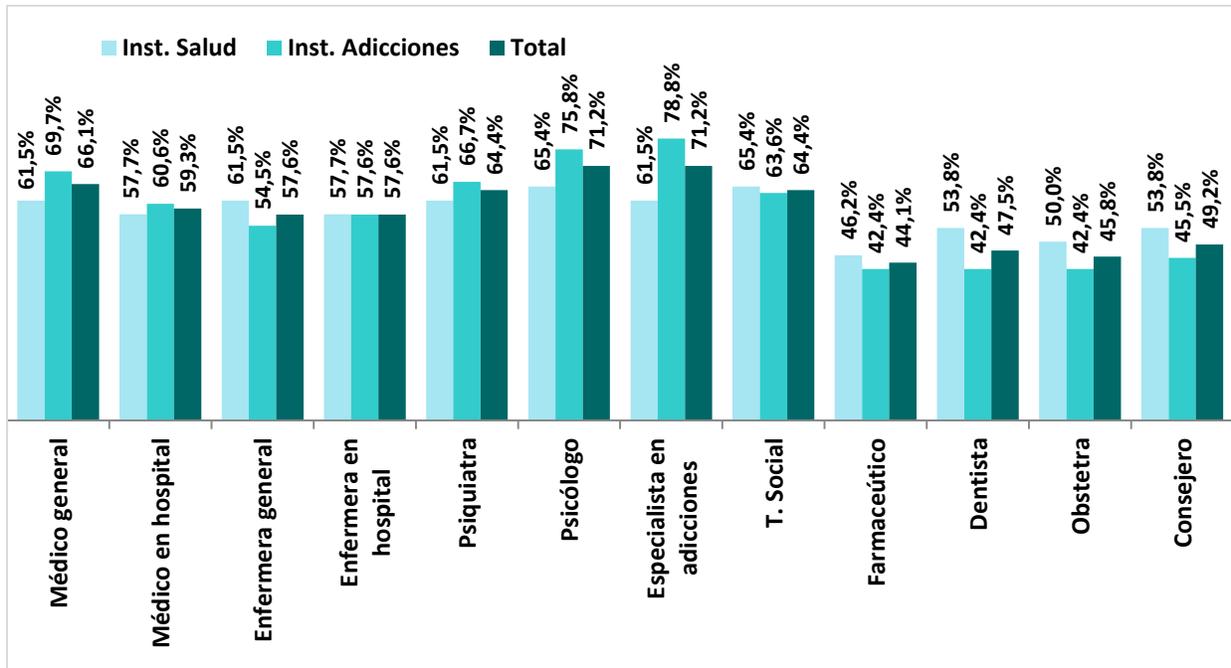
4.4.3. Incentivos a los prestadores de servicios

En opinión de los participantes, prácticamente ningún profesional de la salud recibe incentivos adicionales a su salario normal por proporcionar orientación sobre el consumo de alcohol a los pacientes a su cargo. No obstante, esta actividad no necesariamente forma parte de las diversas funciones descritas en las cláusulas de servicio o en el contrato laboral. Los datos de la gráfica 20 sugieren que hay algunas diferencias en las respuestas de los dos tipos de instituciones, lo cual podría deberse a que las características de la plantilla de personal de cada una (p. ej. las UNEME-CAPA) cuentan con médico general, trabajador social, dos o tres psicólogos, un apoyo

administrativo y un coordinador; la plantilla de las otras instancias que colaboraron varía porque son de diversa índole (ver anexo 1).

Según los informantes que trabajan en instituciones especializadas en adicciones, dar orientación sobre el consumo de alcohol forma parte de las funciones principalmente de los especialistas en adicciones (78,8%), psicólogos (75,8%), médicos generales (69,7%) y psiquiatras (66,7%). Para el 65,4% de los informantes de instituciones de salud, ésta es una labor que forma parte de las funciones de los psicólogos y trabajadores sociales, y 61,5% dice que es una actividad de los médicos generales, enfermeras, psiquiatras y especialistas en adicciones. La proporción de personas que ven la orientación sobre consumo de alcohol como parte de las funciones de farmacéuticos, dentistas, obstetras y consejeros es menor al 50%.

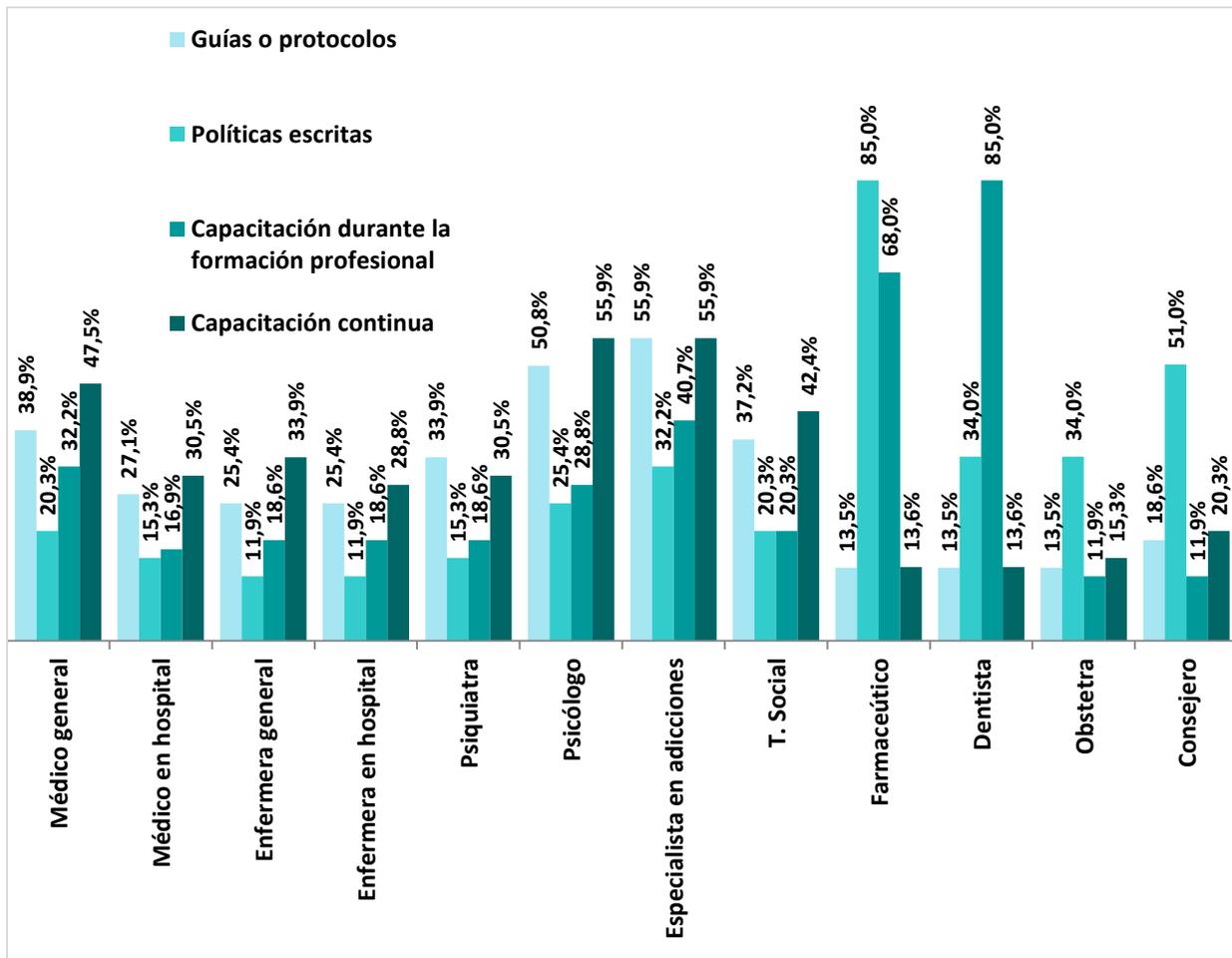
Gráfica 20. Profesionales cuyas cláusulas de servicio incluyen la orientación sobre el consumo de alcohol perjudicial y riesgoso



Los recursos de apoyo para la atención de consumo de alcohol (guías o protocolos clínicos, políticas escritas y oportunidades de capacitación) no están disponibles de forma semejante para todos los profesionales de la salud; en la gráfica 21 se muestra que son los especialistas en adicciones y los psicólogos quienes tienen

mayor acceso a recursos como guías y protocolos de atención (55,9% y 50,8% respectivamente) así como oportunidades de capacitación continua (55,9% en ambos casos). En contraste, entre 3,4% y 20,3% consideró que los recursos de apoyo están disponibles para los farmacéuticos, los dentistas, los obstetras y los consejeros, por lo que estos profesionales cuentan con menos oportunidades para incorporar los procedimientos de detección y tratamiento en su práctica cotidiana.

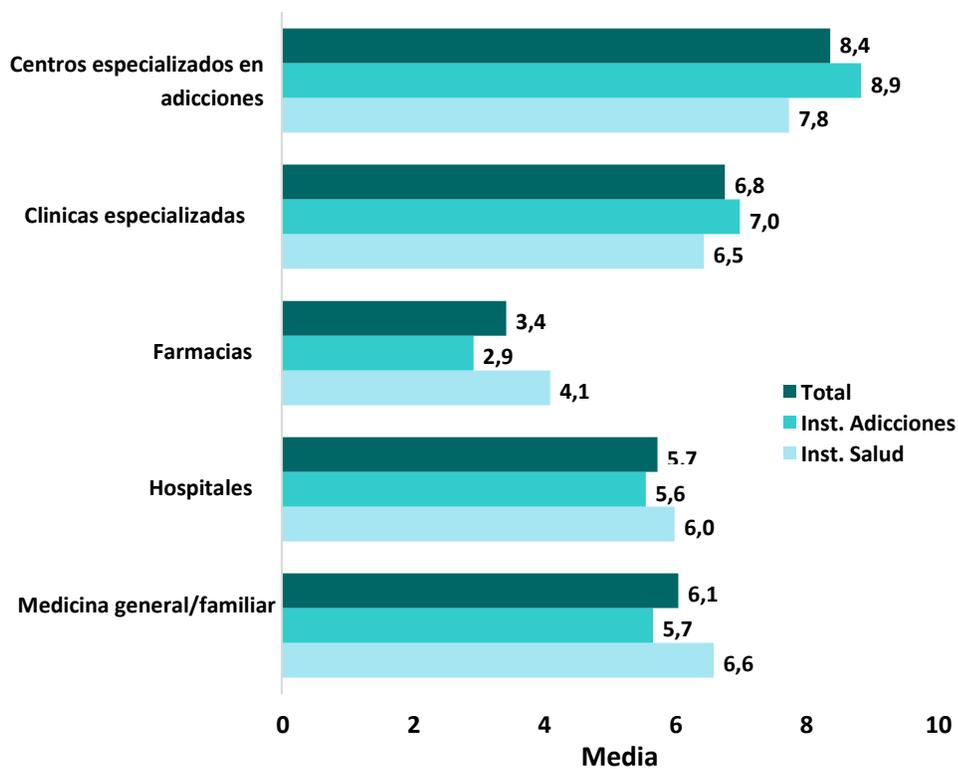
Gráfica 21. Disponibilidad de recursos de apoyo para la atención del consumo de alcohol perjudicial y riesgoso



4.5. Disponibilidad y accesibilidad de la intervención y el tratamiento

En esta sección del instrumento de evaluación se solicitó a los participantes que indicaran el grado en que la población tiene acceso a la atención para el consumo de alcohol perjudicial y riesgoso, tomando como referencia una escala de 0=nada a 10 completamente. Los resultados de esta valoración se indican en la gráfica 22, donde se observa que la población puede acceder a los servicios de atención principalmente en centros especializados en adicciones (media=8,4±2,2), seguidos de clínicas especializadas en rehabilitación residencial (media=6,77±2,67) y en unidades de medicina general y/o familiar (media=6±2,89). Las farmacias son los escenarios donde estos servicios son menos accesibles (media=3,4±3,23).

Gráfica 22. Disponibilidad de recursos de apoyo para la atención del consumo de alcohol perjudicial y riesgoso



Como complemento de estos datos cuantitativos, en la tabla 17 se incluyen los comentarios de algunos informantes con respecto a situaciones que pueden limitar tanto la búsqueda de ayuda como el acceso al tratamiento.

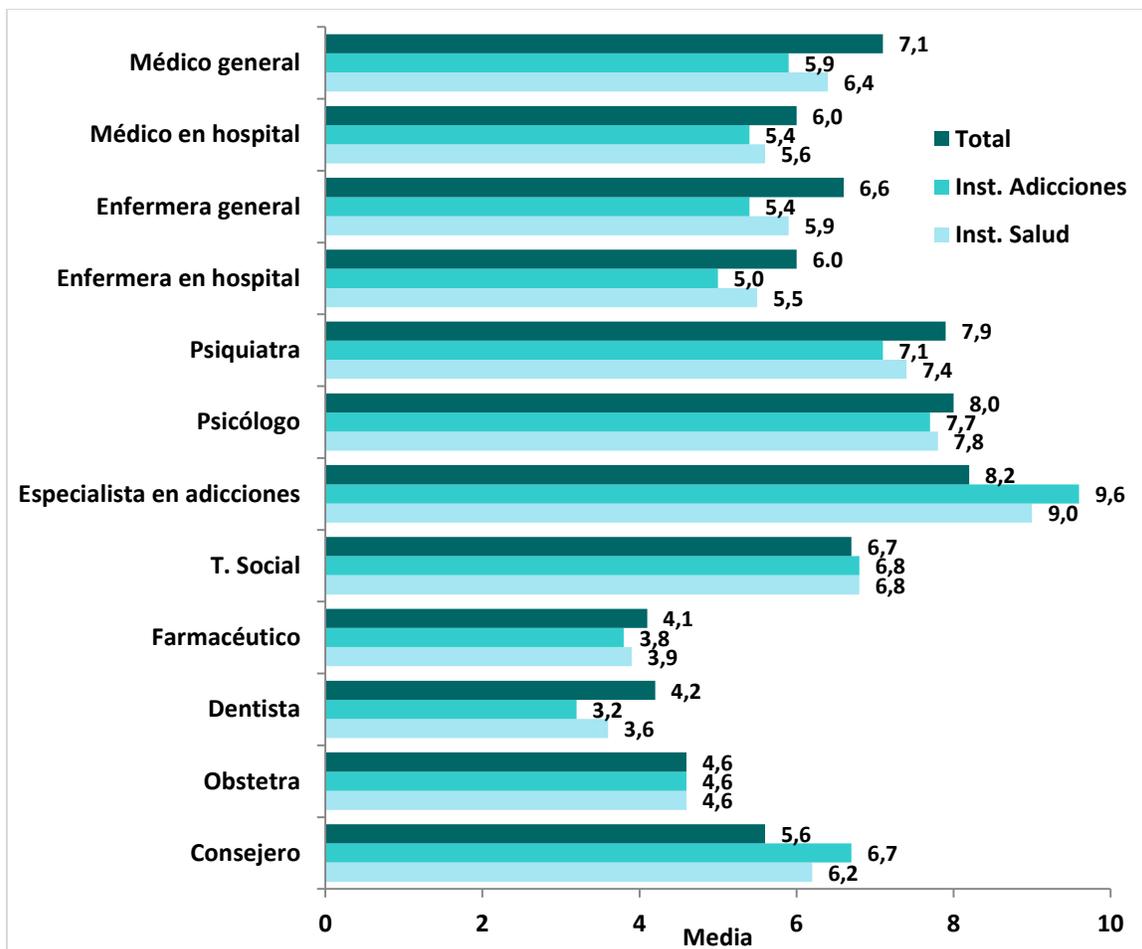
Tabla 17. Comentarios sobre la disponibilidad y accesibilidad de la atención del consumo de alcohol perjudicial y riesgoso

Estado	Comentarios
Chihuahua	<p>Generalmente los pacientes son atendidos en hospitales o consulta externa por sus enfermedades y/o sus comorbilidades, pero en materia de alcohol después de egresarlos no hay tratamiento integral para el abandono de consumo de alcohol.</p> <p>La problemática social es muy elevada por diversos factores, y el consumo de alcohol en exceso se ha llegado a considerar normal, por lo cual las personas que lo hacen no lo ven como algo dañino para la salud.</p> <p>Hay medidas de primer nivel de atención a través del CAPA.</p>
Distrito Federal	<p>La demanda de servicios sobrepasa la capacidad del personal, y no se cuenta con el material necesario para realizar intervenciones.</p> <p>En los Centros de Atención a Adicciones --por la propia naturaleza de sus funciones-- es más probable que se desarrollen acciones tendientes a proporcionar a los pacientes acceso a la atención del consumo de alcohol perjudicial.</p>
Guanajuato	<p>Hay casos en los cuales algunos hospitales no atienden de la mejor manera a las personas que beben en exceso; es preciso sensibilizar al personal para dignificar a este tipo de pacientes mediante una atención más humanitaria.</p>
Michoacán	<p>Se cuenta con cuatro Centros de Atención Primaria en Adicciones.</p> <p>Los hospitales no tienen la infraestructura necesaria para la demanda en la atención médica; por lo tanto en muchas ocasiones no consideran el alcoholismo como una prioridad, dando así importancia a otras patologías.</p>
Oaxaca	<p>A nivel de intervención y tratamiento se cuenta con los CAPA y CIJ (Centros de Integración Juvenil) que brindan atención a un nivel preventivo de uso y abuso de sustancias a toda la población en riesgo. Sin embargo, en cuanto a la experiencia y la referencia de pacientes que han solicitado un servicio médico como tal en centros de salud y hospitales no hay una adecuada atención, y muchas veces son discriminados. La atención sólo la reciben de los Grupos de Central Mexicana de Servicios Generales de A.A. de tipo ambulatoria, y a nivel residencial en un 80% son anexos o centros de rehabilitación de ayuda mutua que funcionan en condiciones precarias. No hay clínicas de tipo profesional; solo se cuenta con una en el Estado y con costos de servicio muy elevados.</p>
Puebla	<p>Hay que aclarar que el acceso a los servicios como un derecho existe dentro de la normativa y los protocolos de atención; el problema radica en que estos procedimientos no son implementados en la práctica sanitaria. De ahí que tanto el desconocimiento de los profesionales para realizar referencias y contra referencias, como la precaria infraestructura operativa donde profesionalmente se ofrece este tipo de servicio, afectan la atención para el Estado de Puebla, si se considera que sólo hay nueve UNEME-CAPA, dos Centros de Integración Juvenil, y ocho centros de tratamiento y rehabilitación certificadas por el CENADIC --para una Entidad Federativa de 160 municipios y cerca de 5,5 millones de habitantes.</p> <p>Los recursos, medicamentos y centros son insuficientes.</p>
San Luis Potosí	<p>Hay sólo 7 CAPA en el Estado, con 56 municipios por cubrir; las distancias son la principal limitante. Hacen falta servicios para la desintoxicación y atención de abstinencia en el segundo nivel de atención.</p>
Tlaxcala	<p>Hay mayor facilidad de acceso en el primer nivel de atención debido a la cobertura estatal.</p>

4.6. Responsabilidad clínica de los profesionales de la salud

Con la finalidad de valorar en qué medida los diferentes profesionales de la salud consideran que proporcionar orientación sobre el consumo de alcohol es una parte importante de la práctica clínica de rutina, se solicitó a los informantes que indicaran su opinión mediante una escala de 0=nada a 10=completamente. De acuerdo con esta forma de reporte, los participantes juzgan que es relevante sobre todo para los especialistas en adicciones (media=9±2,40), los psicólogos (media=7,83±2,66) y los psiquiatras (media=7,43±2,96) (gráfica 23). En menor medida también dicen que es una tarea de los trabajadores sociales (media=6,79±3,01) y los consejeros (media=6,21±3,35), pero no es relevante en los farmacéuticos (media=3,9±3,4) ni en los dentistas (media=3,64±3,31).

Gráfica 23. Percepción de que proporcionar orientación sobre el consumo de alcohol perjudicial y riesgoso es parte importante de la práctica profesional



Cuando se les pidió que indicaran si existen publicaciones sobre el tema, los informantes no proporcionaron referencias al respecto, pero si algunas reflexiones acerca del papel de los profesionales de la salud (tabla 18). Resulta relevante el compromiso con la provisión de servicios de atención y la necesidad de capacitación continua.

Tabla 18. Comentarios sobre la responsabilidad clínica de los profesionales de la salud en la atención del consumo de alcohol perjudicial y riesgoso

Estado	Comentarios
Chihuahua	Cree que todos los trabajadores de la salud deberían estar continuamente en la atención y prevención de esta y otras drogas, con campañas específicas y un tratamiento integral. Todos los prestadores de servicios de salud deben brindar orientación sobre el consumo de alcohol perjudicial y riesgoso. Sin embargo, como se dijo antes, en la práctica no se realiza o no se dedica el tiempo necesario.
Distrito Federal	Se desconocen los datos de los profesionales de la salud enlistados, debido a que el personal en la unidad sólo realiza psicología y trabajo social. Se trata de psicólogos, especialistas en adicciones y trabajadores sociales contratados en las UNEME-CAPA.
Guanajuato	Algunos profesionales de la salud evitan atender a pacientes con problemas de alcohol. Es necesario sensibilizar al personal de salud tanto de entidades públicas como privadas.
Hidalgo	No se dispone de datos sobre este tema.
Oaxaca	Falta sensibilización y capacitación en este tema en la mayoría de los profesionales de la salud que no están de algún modo directamente involucrados con la atención de las adicciones, puesto que no consideran importante proporcionar orientación sobre el consumo de alcohol perjudicial y riesgoso dentro de su práctica clínica de rutina --más bien, lo ven como una carga extra de trabajo.
Puebla	Los profesionales sanitarios pueden decir que es muy importante proporcionar orientación sobre el consumo de alcohol perjudicial y riesgoso, pero la práctica cotidiana suele contradecir este supuesto, debido a: falta de tiempo (sobre saturación en la atención), mayor número de pacientes potenciales, menor número de recursos humanos para la atención de los primeros niveles de salud, ausencia de capacitación y desconocimiento de las funciones que tienen dentro de su área de trabajo En esta jurisdicción, los únicos que brindan orientación y capacitación preventiva son los promotores de la salud.
San Luis Potosí	Existen Guías de práctica clínica.
Sinaloa	Los profesionales que integran el equipo técnico para prevención y atención aplican sus conocimientos de manera adecuada a la población en general.
Tlaxcala	Se contemplan servicios de asesoría en el programa de trabajo de la Secretaría de Salud del Estado.

4.6.1. Publicaciones sobre la atención del consumo de alcohol perjudicial y riesgoso

En esta sección se solicitó a los participantes que proporcionaran datos acerca de estudios, encuestas o publicaciones recientes sobre diversos procedimientos relacionados con la atención del consumo de alcohol perjudicial y riesgoso en los centros de atención primaria a la salud, indicando la fecha de la publicación y los hallazgos más relevantes. La tabla 19 contiene la información proporcionada por los participantes en relación con los distintos elementos de la atención.

Tabla 19. Estudios, encuestas o publicaciones sobre la provisión de servicios de atención del consumo de alcohol perjudicial y riesgoso en el primer nivel de atención

Estudios sobre el nivel de consumo de alcohol de los pacientes en el primer nivel de atención			
Informante	Año	Principales resultados	Referencia
Chihuahua	--	Disminución de la edad de inicio en el consumo de alcohol.	Encuesta Nacional de Adicciones.
Guanajuato	2012	25 de cada 100 adolescentes reportaron haber consumido alcohol durante el año previo a la encuesta. Entre los varones, 11 de cada 100 reportaron haber consumido 5 copas o más por ocasión en la que bebieron (definición de abuso) al menos una vez al mes. Entre los años 2000 y 2012 no se observa un cambio estadísticamente significativo en el porcentaje total de adolescentes que consumen alcohol (24,8% en 2000; 25% en 2012).	Encuesta Nacional de Adicciones.
Jalisco	2014	El 21,9% consumen alcohol; iniciaron tratamiento a los 27 años, después de 11 años de consumo; 68% que consumieron en el mes anterior reportan problemas familiares como los principales.	SIECD de CIJ Consumo de sustancias en pacientes de primer ingreso a tratamiento en Centros de Integración Juvenil, primer semestre de 2014, usuarios de alcohol y tabaco.
Jalisco	2007	Nacional	Alcohol y salud pública, un caso para la acción.
Michoacán	2011	Nacional y regional	Encuesta Nacional de Adicciones 2011.
Oaxaca	2011	Nacional y estatal	http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ENA_2011_DROGAS_ILICITAS.pdf
Puebla	2011	Nacional	Encuesta Nacional de Adicciones.

Tabla 19 cont.

Sinaloa	2011	Nacional	Encuesta Nacional de Adicciones.
Sinaloa	2008	Nacional	Manuales de la Secretaría de Salud, Atención y Seguimiento de Pacientes.
Tabasco	--	Los niveles de consumo y número de población con problemas de consumo.	Encuesta Nacional de Adicciones, Encuesta de Establecimientos.
Guanajuato	2008, 2011	Crecimiento en el consumo de drogas ilegales de 2002 a 2011, especialmente de la marihuana. Los hombres de 18 a 34 años son la población más afectada por dicho consumo, mientras que en los adolescentes el aumento ha sido mínimo. Quienes han recibido algún tipo de prevención presentan las prevalencias de consumo más bajas, lo cual indica que es necesario seguir trabajando en esta área con los jóvenes para consolidar las acciones de promoción de la salud y prevención; también hay que trabajar más con la población infantil, con una evaluación sistemática de todas estas acciones.	Encuesta Nacional de Adicciones.
Veracruz	2011	Nacional	Encuesta Nacional de Adicciones.
Veracruz	2012	A nivel nacional 8 de cada mil personas consumen todos los días, la forma de consumo es típica = 5 copas en hombre y 4 en mujeres	Programa contra el alcoholismo y uso de bebidas alcohólicas. Actualización 2011-2012, pág. 15.
Veracruz	2011 2013	De acuerdo a la ENA 2011, a nivel nacional la clasificación de consumo diario en hombres es de 1,4% y en mujeres es el 0,2%, en población de 18 a 65 años. Para el Estado de Veracruz en los hombres es de 1,5% y 0,1% en las mujeres. En relación con la categoría de bebedores altos, a nivel nacional se reporta el 47,2% en hombres y el 19,3% en mujeres, y en Veracruz el 45% para los hombres y 17,9 % para las mujeres. En el análisis del año 2013 del SISVEA, el alcohol se presenta como la primera droga de inicio y de impacto.	Encuesta Nacional de Adicciones. Sistema de Vigilancia Epidemiológica.
Veracruz	2011	La edad promedio en la que los actuales adultos mexicanos se iniciaron en el consumo de bebidas alcohólicas es de 17,4 años; los hombres se iniciaron a una edad promedio más temprana (16,8) que las mujeres (18,3). Otro dato de llamar la atención es que el 27% de la población y el 33% de los hombres declaran haber consumido sus primeros tragos antes de los 16 años.	Encuesta Nacional de Adicciones.
Veracruz	2011	Nacional	Encuesta Nacional de Adicciones.

Tabla 19 cont.

Estudios sobre orientación proporcionada a pacientes con consumo de alcohol perjudicial y riesgoso en el primer nivel de atención			
Informante	Año	Principales resultados	Referencia completa
Oaxaca	--	Nacional, Reducción en la edad de inicio en el consumo de alcohol.	Manual de intervención breve para bebedores problema
Jalisco	2008	Estatad.	Modelo de atención UNEME-CAPA
Tabasco	--	Deserción del 20% de los pacientes que reciben tratamiento a nivel nacional.	Estado de deserción de atención de usuarios de CAPA.
Veracruz	2012	En términos absolutos, más personas recibieron tratamiento en 2011 que en 2008. Sin embargo en términos relativos este índice se mantuvo estable, es decir, el aumento de personas en tratamiento corresponde al aumento del tamaño de la población, sin ganancias proporcionales de cobertura.	Encuesta Nacional de Adicciones, Alcohol, pág. 39.
Veracruz	--	El resultado regional de los pacientes orientados con consumo de alcohol es de 3813 personas, incluyendo hombres y mujeres cuyo rango de edad es de 12 a 65 años.	Cédula Anual de la UNEME-CAPA Minatitlán.
Estudios sobre calidad de la atención del consumo de alcohol perjudicial y riesgoso en el primer nivel de atención			
Informante	Año	Principales resultados	Referencia completa
Sinaloa	2008	Nacional.	Manuales de la Secretaría de Salud sobre atención y seguimiento de pacientes.
Veracruz	2012	Estudio realizado por personal estatal del Departamento de Prevención de adicciones, se obtuvo un porcentaje de 73% en la calificación sobre calidad de la atención.	Dictamen de acreditación, 16 de diciembre del 2012.
Estudios sobre el uso y apego a las guías y protocolos de práctica clínica para la atención del consumo de alcohol perjudicial y riesgoso en el primer nivel de atención			
Informante	Año	Principales resultados	Referencia completa
Chihuahua	2011	Procedimientos protocolarios	Manual de procedimientos de CENADIC.
Veracruz	2014	El modelo de atención aplicable en la UNEME-CAPA, así como la generación de sus procedimientos, estarán a cargo de la dirección técnica del secretario técnico del Consejo Nacional contra las Adicciones.	Manual de procedimientos del secretario técnico del Consejo Nacional contra las Adicciones.
Sinaloa	2014	Nacional	Informativa y de auditoría federal.

Tabla 19 cont.

Estudios sobre la eficacia de las intervenciones para el consumo de alcohol perjudicial y riesgoso en el primer nivel de atención			
Informante	Año	Principales resultados	Referencia completa
Sinaloa	2014	Nacional	Informativa y de auditoría federal
Tabasco	--	Deserción del 21% a nivel nacional.	Estado de deserción de atención de usuarios de CAPA
Veracruz	2014	Conclusión y logro de la meta del tratamiento. Evaluación pre-post del conjunto de instrumentos que miden el patrón de consumo del usuario.	Manual de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema.
Estudios sobre la costo-efectividad de las intervenciones para el consumo de alcohol perjudicial y riesgoso en el primer nivel de atención			
Informante	Año	Principales resultados	Referencia completa
Sinaloa	2014	Nacional	Informativa y de auditoría federal
Tabasco	--	51% costo menor al del 2000.	Estado de deserción de atención de usuarios de CAPA.
Veracruz	2014	En el número de usuarios que son detectados, que ingresan en el programa y que tienen un seguimiento	Manual de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema.
Estudios sobre el uso del AUDIT en el primer nivel de atención			
Informante	Año	Principales resultados	Referencia completa
Tabasco	--		Estado de deserción de atención de usuarios de CAPA.
Veracruz	2012	Las diversas pruebas mostraron una sensibilidad de 0,9 y una especificidad de 0,8 para el punto de corte en 8.	Publicación oficial: Organización Mundial de la Salud. Departamento de Salud Mental y Dependencias de Sustancias. // Generalitat Valenciana Consellería de Bienestar Social.
Estudios sobre las actitudes de los profesionales de la salud hacia la atención del consumo de alcohol perjudicial y riesgoso en el primer nivel de atención			
Informante	Año	Principales resultados	Referencia completa
Veracruz	2014	De acuerdo al Programa de SiCalidad, en el rubro de trato digno se obtuvo un porcentaje del 100% en la evaluación del último cuatrimestre.	Encuestas de trato digno aplicadas por el aval ciudadano y buzón de felicitaciones, sugerencias y quejas.
Estudios sobre la cantidad de profesionales de la salud involucrados en la atención del consumo de alcohol perjudicial y riesgoso en el primer nivel de atención			
Informante	Año	Principales resultados	Referencia completa
SIN INFORMACIÓN			

4.7. Información sobre las características de los usuarios

El propósito de esta sección fue recopilar información acerca de estudios, encuestas o publicaciones recientes sobre las características de los usuarios de servicios de atención primaria a la salud, así como sobre el uso de distintos tipos de tratamiento para reducir el consumo de alcohol (tabla 20).

Tabla 20. Estudios, encuestas o publicaciones sobre las características de la población de usuarios de alcohol y su tratamiento

Estudios sobre el conocimiento de la población acerca de los riesgos asociados al consumo de alcohol			
Informante	Año	Principales resultados	Referencia completa
Campeche	2011		Encuesta Nacional de Adicciones.
Chihuahua	2011	Conocer el consumo.	Encuesta Nacional de Adicciones.
Jalisco	2009 y 2012	Consumo en abuso (21,6% en 2009 y 16,9% en 2012).	Encuesta Escolar sobre Adicciones Jalisco.
Jalisco	2008	Nacional y estatal.	Modelo de atención UNEME-CAPA.
Michoacán	2012	En Michoacán el porcentaje de adolescentes que ha consumido bebidas alcohólicas alguna vez en la vida fue de 57,8%, y fue mayor en hombres (61,4%) que en mujeres (54,3%). Por grupos de edad, en los hombres de 15 a 19 años de edad el porcentaje de los que han consumido bebidas alcohólicas alguna vez en la vida fue 1,9 veces mayor que el porcentaje en los de 10 a 14 años (80,5 y 42,2%, respectivamente). En las mujeres de 15 a 19 años de edad el porcentaje de las que han consumido bebidas alcohólicas alguna vez en la vida fue 2,9 veces mayor que el porcentaje en las de 10 a 14 años (79,9 y 27,4%, respectivamente). Respecto a la comparación con las estimaciones nacionales, el porcentaje de adolescentes de Michoacán que ha consumido bebidas alcohólicas alguna vez en la vida se ubicó en la posición 1 entre todos los estados y estuvo arriba de la estimación nacional (42,9%).	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados por entidad federativa. Michoacán, INSP.
San Luis Potosí	2011		Encuesta Nacional de Adicciones.
Veracruz	2011 2013		Encuesta Nacional de Adicciones y SISVEA 2013.
Veracruz	2011	Resultados sobre el consumo, edad de inicio, frecuencia, prevalencia.	Encuesta Nacional de Adicciones.

Tabla 20 cont.

Estudios sobre el conocimiento de la población acerca de métodos efectivos para reducir el consumo de alcohol			
Informante	Año	Principales resultados	Referencia completa
Chihuahua	2011	Conocer el consumo.	Encuesta Nacional de Adicciones.
Guanajuato	2012	Cerca de 830 mil del total de personas consumidoras de alcohol han ido a tratamiento, o sea casi 100 mil personas más que las reportadas en el año 2008; en tanto, al considerar solo a quienes cumplen el criterio de posible dependencia al alcohol, el incremento ha sido de casi 40 mil personas. El número de mujeres que ha ido a tratamiento es muy bajo en comparación con los hombres.	Encuesta Nacional de Adicciones.
Veracruz	2011	Nacional y estatal.	Encuesta Nacional de Adicciones.
Veracruz	2010		Manual de detección temprana e intervención breve para bebedores problema, Programa de Intervención para adolescentes que inician en el consumo de alcohol y otras drogas.

Algunos participantes incluyeron notas adicionales para indicar que no contaban con la información solicitada o ampliar los datos. Por ejemplo, un informante de Chihuahua comentó que *“mucha de la población conoce los daños del alcohol, en algunas zonas marginadas [los] desconocen porque es cultural [en] muchos de los casos”*, otra opinión proveniente del mismo Estado aclara que *“se han realizado encuestas como la ENA que se pueden consultar en internet; sin embargo desconozco si se difunden a la población en general”*.

Los colaboradores del Estado de Michoacán por su parte señalaron que *“generalmente las encuestas o estudios miden el problema y se sabe que el alcohol es perjudicial para la salud, pero una encuesta nunca da métodos efectivos para reducir el consumo de alcohol perjudicial y riesgoso”*.

Finalmente, en la tabla 21 se enlistan los datos que los informantes proporcionaron sobre estudios que indagan el uso de distintas formas de ayuda (formal e informal) para reducir el consumo de alcohol. Como puede observarse, la literatura que se refiere es mínima, pero no debe interpretarse como un indicador de que no se

llevan a cabo investigaciones al respecto. Con mucha frecuencia, los participantes insertaron comentarios adicionales para aclarar que no están familiarizados con estos datos, que desconocen la existencia de publicaciones sobre el tema o que no cuentan con la información requerida. Otros comentarios fueron los siguientes:

“En todos los casos anteriores en la hoja de SISVEA se le pregunta al usuario si ha recibido tratamiento y se especifica qué tipo” (Informante de Chihuahua).

“Falta definir los porcentajes, no se ha podido obtener datos claros fidedignos debido a que algunas páginas de consulta de internet se encuentran en veda electoral. Así mismo, es necesaria la investigación cuantitativa para revisar los resultados favorables o no de cada uno de los métodos utilizados y/o si no las hay sería interesante investigar con más tiempo” (Informante de Guanajuato).

“La ENA 2011 no establece el dato específico para el consumo perjudicial o de riesgo, y solo lo hace sobre consumidores de alcohol y consumidores con posible dependencia. Así mismo aporta el dato del número y porcentaje de población que recibió ayuda profesional, pero no desagrega por tipo de profesional: médico, psicólogo, trabajador social, etc., como lo pide la pregunta anterior” (Informante de Guanajuato).

“La información es parcial puesto que sólo algunas preguntas de la Encuesta Escolar sobre Adicciones tienen que ver con el consumo abusivo de alcohol” (Informante de Jalisco).

“Los únicos datos con los que se cuenta sobre adicciones son los de la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA 2011), la cual [...] proporciona datos a nivel nacional y regional pero no estatal, incluye resultados de alcohol, tabaco y otras drogas. También se cuenta con el SICECA (Sistema de Información de los sistemas Estatales contra las Adicciones) del CENADIC, en el cual se reportan las acciones preventivas y de tratamiento que brinda el personal de los Centros de Atención Primaria en Adicciones a nivel Nacional y Estatal y del cual se pueden obtener ciertos datos estadísticos” (Informante de Oaxaca).

Tabla 21. Estudios, encuestas o publicaciones sobre búsqueda de ayuda para reducir el consumo de alcohol

Estudios sobre el porcentaje de personas que ha buscado <u>ayuda de un médico</u> para reducir su consumo de alcohol			
Informante	Año	Principales resultados	Referencia completa
Chihuahua	--		Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Adicciones.
Guanajuato	2000		Trastornos adictivos Vol. 2.
Jalisco	2012	2,8% a nivel estatal.	Encuesta Escolar sobre Adicciones.
Tabasco	--		Encuesta Nacional de Establecimientos Residenciales y Consejeros
Veracruz	2011	Datos nacionales y estatales.	Encuesta Nacional de Adicciones.
Estudios sobre el porcentaje de personas que ha buscado <u>ayuda de una enfermera</u> para reducir su consumo de alcohol			
Informante	Año	Principales resultados	Referencia completa
Chihuahua	--		Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Adicciones.
Estudios sobre el porcentaje de personas que ha buscado <u>ayuda de un farmacéutico</u> para reducir su consumo de alcohol			
Informante	Año	Principales resultados	Referencia completa
Chihuahua	--		Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Adicciones.
Tabasco	--		Encuesta Nacional de Adicciones. Encuesta Nacional de Establecimientos Residenciales y Consejeros.
Estudios sobre el porcentaje de personas que ha buscado <u>ayuda de un psicólogo</u> para reducir su consumo de alcohol			
Informante	Año	Principales resultados	Referencia completa
Guanajuato	2011	Mejora en las habilidades cognitivas y de conducta para cambiar el consumo de alcohol y mantener la abstinencia. En otras palabras, ayuda a los pacientes a reconocer las situaciones de consumo, evitarlas y enfrentarse a ellas. Es una estrategia terapéutica estructurada, orientada hacia objetivos concretos, y centrada en los problemas inmediatos. Es flexible y adaptable a las necesidades individuales de cada paciente y es compatible con cualquier otro tipo de intervención terapéutica.	Encuesta Nacional de Adicciones.
Oaxaca	--		Orientación breve AUDIT.
Tabasco	--		Encuesta Nacional de Adicciones. Encuesta Nacional de Establecimientos Residenciales y Consejeros.
Veracruz	2011	Datos nacionales y estatales	Encuesta Nacional de Adicciones.

Tabla 21 cont.

Estudios sobre el porcentaje de personas que ha buscado <u>ayuda de un dentista</u> para reducir su consumo de alcohol			
Informante	Año	Principales resultados	Referencia completa
Sin datos			
Estudios sobre el porcentaje de personas que ha buscado <u>ayuda de amigos o familiares</u> para reducir su consumo de alcohol			
Informante	Año	Principales resultados	Referencia completa
Tabasco			Encuesta Nacional de Establecimientos Residenciales y Consejeros.
Estudios sobre el porcentaje de personas que ha buscado <u>consejos en internet</u> para reducir su consumo de alcohol			
Informante	Año	Principales resultados	Referencia completa
Sin datos			
Estudios sobre el porcentaje de personas que ha buscado <u>ayuda en una clínica especializada</u> para reducir su consumo de alcohol			
Informante	Año	Principales resultados	Referencia completa
Veracruz		Usuarios: hombres 91%, mujeres 9%, establecimientos identificados: 2291	Diagnóstico nacional de servicios residenciales en el tratamiento de las adicciones.
Estudios sobre el porcentaje de personas que ha buscado <u>ayuda en grupos de autoayuda</u> para reducir su consumo de alcohol			
Informante	Año	Principales resultados	Referencia completa
Guanajuato	2011	29,8% de la población consumidora de alcohol y 33,4% de la población con posible dependencia recibieron atención en modalidad de ayuda mutua.	Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública; Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Alcohol. Medina-Mora ME, Villatoro-Velázquez JA, Fleiz-Bautista C, Téllez-Rojo MM, Mendoza-Alvarado LR, et al., México DF
Tabasco	--		Encuesta Nacional de Establecimientos Residenciales y Consejeros.
Estudios sobre el porcentaje de personas que ha buscado <u>ayuda en líneas telefónicas</u> para reducir su consumo de alcohol			
Informante	Año	Principales resultados	Referencia completa
Sin datos			
Estudios sobre el porcentaje de personas que ha usado <u>la fuerza de voluntad</u> para reducir su consumo de alcohol			
Informante	Año	Principales resultados	Referencia completa
Sin datos			

Tabla 21 cont.

Estudios sobre el porcentaje de personas que ha buscado <u>consejos de un trabajador social</u> para reducir su consumo de alcohol			
Informante	Año	Principales resultados	Referencia completa
Tabasco	--		Encuesta Nacional de Establecimientos Residenciales y Consejeros.
Estudios sobre el porcentaje de personas que han buscado <u>medicina alternativa (curanderos, yerberos, etc.)</u> para reducir su consumo de alcohol			
Informante	Año	Principales resultados	Referencia completa
Tabasco	--		Encuesta Nacional de Establecimientos Residenciales y Consejeros.
Estudios sobre el porcentaje de personas que ha buscado <u>ayuda espiritual</u> para reducir su consumo de alcohol			
Informante	Año	Principales resultados	Referencia completa
Tabasco	--		Encuesta Nacional de Establecimientos Residenciales y Consejeros.

5. DISCUSIÓN Y RECOMENDACIONES

El presente estudio tuvo como objetivo explorar la disponibilidad de servicios para la detección y el tratamiento del consumo de alcohol perjudicial y riesgoso en el primer nivel de atención a la salud en México. Para ello, se empleó un instrumento de evaluación que ya ha sido utilizado en otros países y que ha arrojado datos muy útiles acerca de las fortalezas y las áreas de oportunidad de los servicios de salud para hacer frente a los problemas ocasionados por la ingesta excesiva de alcohol. Por lo tanto, los hallazgos aquí presentados son coincidentes con los resultados de estudios similares realizados en Europa.

Otra característica notable del estudio es que, dada la metodología para la obtención de los datos, los hallazgos reflejan el consenso de diferentes actores involucrados en la provisión de dichos servicios; de esta manera, se cuenta con una amplia gama de perspectivas provenientes de distintos profesionales de la salud como médicos generales y especialistas, enfermeras, psicólogos, investigadores, responsables de políticas y profesionales que laboran en centros de atención para el consumo de alcohol, entre otros.

Los resultados muestran que México cuenta con una infraestructura potencialmente apta para abordar los problemas asociados al consumo de alcohol en el primer nivel de atención --aunque también se identificaron algunos retos importantes.

- De acuerdo con la estructura de la Secretaría de Salud, la CONADIC y el CENADIC son las instancias oficiales responsables de coordinar, difundir e instrumentar las acciones en esta materia. La mayoría de los participantes reconoce la autoridad de estos organismos gubernamentales que a nivel estatal operan a través de los CECAs y las UNEME-CAPA en coordinación con la Jurisdicciones Sanitarias.
- Hay además otras instituciones gubernamentales y no gubernamentales que participan significativamente en la provisión de servicios de atención al consumo de alcohol en exceso, tales como los Centros de Integración Juvenil y Alcohólicos Anónimos. Con respecto a la participación de los grupos de ayuda mutua, es importante señalar que si bien se han logrado avances en la detección y la atención

de personas con riesgo leve y moderado debido a su consumo de alcohol, las opciones para el tratamiento de los casos más graves son casi nulas dentro del sector público. La limitada respuesta gubernamental ha dado pie a que la sociedad civil tome la responsabilidad; el alto número de grupos de Alcohólicos Anónimos establecidos en México coloca a este país en el segundo lugar entre los países donde más se registran estas asociaciones (Rosovsky, 2009).

- Además de optimizar la utilización de la infraestructura existente, es indispensable fortalecer la capacidad de respuesta del sistema de salud mediante la creación de centros de tratamiento públicos que ofrezcan servicios de atención para consumidores de alto riesgo y monitoreando su funcionamiento.
- Llama la atención que algunos informantes mencionaran a la Fundación de Investigaciones Sociales AC (FISAC) como parte de las organizaciones encargadas de difundir e instrumentar la atención del consumo de alcohol perjudicial y riesgoso. Este es un ejemplo de la creciente y paradójica participación de la industria del alcohol en la difusión de medidas para prevenir problemas relacionados con el consumo. Este dato sugiere que es necesario discutir el tema, revisar las regulaciones sobre la participación de la industria en dichas actividades y analizar la forma en que las políticas públicas nacionales se apegan a las recomendaciones del Comité de Expertos de la OMS (2007) en problemas relacionados con el consumo de alcohol.
- En el país –a través de diferentes medios-- se llevan a cabo campañas educativas sobre las consecuencias del consumo excesivo de alcohol tanto a nivel nacional como estatal. En estas actividades se ha incorporado el uso de medios electrónicos (internet), pero prevalecen las campañas en radio y televisión. Los contenidos específicos no refieren formas concretas mediante las que se puede reducir el consumo de alcohol o que alienten a la búsqueda de ayuda.
- La literatura internacional sobre la eficacia de las estrategias educativas y persuasivas demuestra que estas medidas tienen un efecto muy limitado en la modificación de la conducta de consumo. Por lo tanto, se recomienda evaluar el impacto real y la costo-efectividad de dichas campañas en México, con la finalidad

de reorientar la toma de decisiones en torno al uso de los recursos económicos destinados a la difusión de información preventiva.

- En general, se ha avanzado en la incorporación de acciones relacionadas con la detección y tratamiento del consumo de alcohol en el primer nivel de atención, como lo muestra la creación de las UNEME-CAPA en 2007, que han contribuido a ampliar la cobertura de la atención primaria pero forman parte de los servicios especializados.
- La implementación de programas de detección, tratamiento y referencia en los servicios de atención primaria de salud en general se encuentra en proceso y el grado de avance difiere de un Estado a otro. Al respecto, es conveniente continuar la sensibilización y capacitación de profesionales de la salud que trabajan en unidades de atención no especializada, y monitorear la adopción de estas estrategias en la práctica diaria. También es relevante identificar los factores organizacionales/institucionales, personales y socioculturales que actúan como barreras o facilitadores de su implementación, y finalmente difundir experiencias de implementación exitosas, como el estudio binacional ASSIST-QUIT, que se llevó a cabo en Tijuana y Los Ángeles (Natera, Arroyo, Gelberg y Andersen, 2013).
- De igual forma, es necesario reforzar el mecanismo de vinculación entre los centros de salud y las UNEME-CAPA, para la referencia de los casos que pueden beneficiarse de las intervenciones breves que ahí se ofrecen --o bien referirlos a otras instituciones.
- La detección y abordaje del consumo de alcohol en el nivel secundario requiere mayor énfasis. Predomina la percepción de que en este nivel se hace hincapié en el cuidado de las complicaciones médicas, y que el personal de salud no cuenta con los elementos fundamentales para una identificación adecuada. A ello se añan actitudes poco favorables hacia los consumidores, carencia de centros de tratamiento públicos para referir a quienes ya presentan síntomas de dependencia, y ausencia de mecanismos para dar seguimiento a estos pacientes.

- México cuenta con diversos documentos oficiales donde se establecen políticas públicas, programas de acción específicos y lineamientos de intervención para normar la prevención y atención del consumo de alcohol perjudicial y riesgoso, así como el consumo de otras sustancias.
- Se debe ampliar la difusión de las políticas públicas a fin de que puedan implementarse adecuadamente y consolidar la coordinación entre las diversas instituciones y actores involucrados en la atención del consumo de alcohol.
- En cuanto al monitoreo de la calidad de la atención, la Secretaría de Salud Federal, las Secretarías de Salud Estatales --así como CONADIC y CENADIC-- son las instancias rectoras y responsables de elaborar guías de práctica clínica y otros materiales para regular la prestación de los servicios.
- Se han logrado avances en la estandarización de los procedimientos de detección, por medio de la creación de Guías de Práctica Clínica como principal medio de transferencia tecnológica. Estas herramientas constituyen un referente a nivel nacional para la toma de decisiones clínicas en el primer nivel de atención, pero poco se sabe acerca de su incorporación en los procedimientos de rutina y el impacto de esta estrategia en la salud de la población.
- Los manuales de intervención breve cognitivo-conductual propuestos por la UNAM y el INPRFM son también un marco de referencia muy importante para la atención de los consumidores de alcohol en exceso y se han adoptado como el modelo básico de atención en las UNEME-CAPA a nivel nacional. La transferencia tecnológica de estas intervenciones se ha llevado a cabo mediante cursos presenciales y en línea, donde ha participado gran parte del personal de las UNEME-CAPA. No obstante, hace falta estudiar la fidelidad con la que se realizan estos tratamientos y una evaluación de su eficacia e impacto.
- Otras instituciones --que también dependen de la Secretaría de Salud-- colaboran en la elaboración de protocolos de monitoreo, pero se desconoce si existen estudios específicos sobre su aplicación.

- Es recomendable ampliar la difusión de los procedimientos de monitoreo y de los estándares de calidad para apoyar a los profesionales de la salud en el desempeño de las actividades relacionadas con la atención del consumo de alcohol perjudicial y riesgoso.
- La inclusión de temas relacionados con la atención del consumo de alcohol en los planes de estudio de los profesionales de la salud es aún incipiente, y se ofrecen principalmente como programas de posgrado de especialidad y de capacitación continua.
- Se requiere fomentar la inclusión de estos temas en el nivel de licenciatura, e incorporar en esta formación a profesionales que tradicionalmente no se han involucrado --como los dentistas y obstetras.
- Debido a la estructura del sistema de salud, está bien delimitado cuáles son las figuras responsables de supervisar los programas de atención del consumo de alcohol a nivel nacional y estatal.
- Los servicios de atención al consumo de alcohol son financiados con recursos provenientes del gobierno federal y de los gobiernos estatales. Hay poca información acerca del monto destinado a estas actividades y su administración, pero se percibe como insuficiente. Es preciso considerar los beneficios de impulsar la legislación del uso de los impuestos a las bebidas alcohólicas para financiar los servicios de prevención y atención del consumo perjudicial y riesgoso.
- Existe un número importante de recursos de apoyo para la atención del consumo de alcohol, tales como instrumentos de tamizaje, diagramas de consulta rápida sobre los procedimientos de identificación e intervención y formatos de registro. Estos instrumentos son ampliamente accesibles para la mayoría de los prestadores de servicios, pero hacen falta más recursos para la capacitación en el empleo de estos insumos y, en general, en la implementación de programas de intervención.
- Se percibe que los profesionales responsables de dar orientación sobre el consumo de alcohol son los psicólogos, especialistas en adicciones y médicos generales. Otros profesionales que podrían tener un papel relevante en la detección y

tratamiento --como dentistas, obstetras y farmacéuticos-- quedan relegados de esta responsabilidad.

- Excepto el caso de las UNEME-CAPA, no hay un sistema de incentivos para alentar a los profesionales de la salud de primer nivel a incorporar la detección y la atención del consumo de alcohol en su práctica cotidiana.
- En México se cuenta con diversos estudios epidemiológicos que ayudan a observar los cambios en el comportamiento del consumo de alcohol –los informes de estos estudios se han difundido suficientemente.
- Por otro lado, la investigación sobre implementación, eficacia y efectividad de los programas de identificación, atención y referencia es escasa, pero existen algunos ejemplos que no fueron reportados por los informantes. Esto hace suponer que los prestadores de servicios están alejados de los aportes de la investigación en este campo, y en consecuencia, los hallazgos de investigación no se difunden en este sector de los profesionales de la salud. Cabe cuestionarse entonces cuál es el impacto de la investigación científica en la práctica clínica y en la formulación de políticas públicas.
- Es perentorio incrementar la inversión de recursos económicos en investigación, así como proponer nuevos esquemas de transferencia tecnológica y difusión de la ciencia, que contribuyan a cerrar la brecha entre el avance científico y la práctica clínica.
- Los hallazgos del presente estudio son relevantes en el ámbito nacional, pues contribuyen a la identificación de áreas donde se han logrado avances en la atención del consumo de alcohol. Asimismo, estos datos pueden contribuir a la toma de decisiones porque revelan las áreas que requieren mayor impulso y recursos económicos, por ejemplo la capacitación del personal de salud, el monitoreo y supervisión de las prácticas clínicas, la investigación sobre implementación de los programas de detección temprana y tratamiento oportuno, y la disseminación de las investigaciones nacionales. También pueden servir como líneas de base para documentar los avances en el futuro.

- En el ámbito regional, el estudio sienta un precedente porque es uno de los primeros esfuerzos en la evaluación de la disponibilidad de servicios para atender el consumo de alcohol, y contribuye al cumplimiento de la Estrategia Mundial para reducir el uso nocivo de alcohol a través de la investigación (OMS, 2010).
- Por otro lado, es también la primera vez que se emplea el instrumento ODHIN en México y en América Latina. Si bien ha sido una experiencia muy positiva, en el futuro será necesario realizar adaptaciones para recolectar información más específica, incluyendo la disponibilidad de los servicios para atender las necesidades particulares de diferentes grupos vulnerables, como la población indígena y las mujeres.

6. REFERENCIAS

- Agerwala, SM y McCance-Katz EF. (2012). Integrating Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT) into Clinical Practice Settings: A Brief Review. *Journal of Psychoactive Drugs* 44 (4): 307-317.
- Anderson P, Gual A, Colon J. (2008). *Alcohol y atención primaria de la salud: informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas*. Washington, D.C.: OPS.
- Babor TF y Higgins-Biddle JC. (2001). *Intervención Breve para el Consumo de Riesgo y Perjudicial de Alcohol. Un manual para la utilización en atención primaria*. OMS.
- Babor TF, Higgins-Biddle JC, Dauser D, Higgins P & Burleson JA. (2005). Alcohol Screening and Brief Intervention in primary care settings: Implementation models and predictors. *Journal of Studies on Alcohol* 66 (3): 361-368.
- Babor TF, McRee BG, Kassebaum PA, Grimaldi PL, Ahmed K & Bray J. (2007). Brief Intervention and Referral to Treatment (SBIRT). *Substance Abuse* 28 (3): 7-30.
- Berenzon S, Saavedra N, Medina-Mora ME, Aparicio V, Galván J. (2013). Evaluación del sistema de salud mental en México: ¿hacia dónde encaminar la atención de la salud mental? *Revista Panamericana de Salud Pública*; 33(4):252–258.
- Borges G, Medina-Mora ME, Wang P, Lara C, Berglund P & Walters E. (2006). Treatment and adequacy of treatment of mental disorders among respondents to the Mexico National Comorbidity Survey. *Am J Psychiatry* 163, 1371-1378.
- Borges G, Wang P, Medina-Mora ME, Lara C, Chiu WT. (2007). Delay of first treatment of mental and substance abuse disorders in Mexico. *Am J Public Health* 97:1638-1643.
- Centros de Integración Juvenil. (2015). <http://www.cij.gob.mx/Redatencion/redatencion.html> (Consultado el 13 de abril de 2015)
- Comisión Nacional contra las Adicciones. (2015). http://www.conadic.salud.gob.mx/nueva_vida/pres_nuevavida.html (Consultado el 13 de abril de 2015)
- Frenk J, Lozano R, González M. (1994). *Economía y salud: propuesta para el avance del sistema de salud en México. Informe final*. México, D.F.: Fundación Mexicana para la Salud.
- Gómez O, Sesma S, Becerril V, Knaul F, Arreola H, Frenk J. (2011). Sistema de Salud en México. *Salud Publica Mex*, 53 Supl 2:S220-S232.
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública; Secretaría de Salud. (2011). Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Alcohol. Medina-Mora ME, Villatoro-Velázquez JA, Fleiz-Bautista C, Téllez-Rojo MM, Mendoza-Alvarado LR, Romero-Martínez M, Gutiérrez-Reyes JP, Castro-Tinoco M, Hernández-Ávila M, Tena-Tamayo C, Alvear-Sevilla C y

- Guisa-Cruz V. México DF, México: INPRFM; 2012. Disponible en: www.inprf.gob.mx, www.conadic.gob.mx, www.cenadic.salud.gob.mx, www.insp.mx
- Kumate J, Sepúlveda J, Wolpert E, Juan M, Fonseca G, Gutiérrez G, et al. (1994). Fortalecimiento de los sistemas locales de salud. Proyecto de desarrollo de Jurisdicciones Sanitarias. *Salud Pública de México*, 36(6):673-693.
- Lozano R, Zitko P, Gómez H. (2009). La carga atribuible al consumo de alcohol. En Medina-Mora ME, Robles R, Cortina D y Real T (Eds.). *Evaluación de políticas públicas para el control del abuso de alcohol en México*. (pp. 83-105). México: INPRF, Secretaría de Salud.
- Medina-Mora ME, Berenzon S. (2013). Salud Mental y Adicciones. México, Academia Mexicana de Ciencias.
- Miller WR, Brown JM, Simpson TL, Handmaker NS, Bien TH, Luckie LF, Montgomery HA, Hester RK, Tonigan JS. (1995). What works? A methodological analysis of the alcohol treatment outcome literature. En Hester RK, Miller WR (Eds.). *Handbook of alcoholism treatment approaches: Effective alternatives* (2nd ed.) (pp. 12–44). Boston, MA: Allyn and Bacon.
- Monteiro M. (2007). Alcohol y Salud Pública en las Américas: Un caso para la acción. Washington, Organización Panamericana de la Salud.
- Natera-Rey G, Arroyo M, Gelberg L, Andersen R. (2013). Prevalence of substance consumption using the Alcohol, Smoking, and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) and the Quit Using Drugs Intervention Trial (QUIT): brief intervention at Tijuana and Los Angeles health centers. *Addiction Science & Clinical Practice*, 8(Suppl 1):A51
- Northwest Frontier Addiction Technology Transfer Center NFATTC. (2010) Cernimiento, Intervención Breve y Referidos a Tratamiento. Series 39, 13 (7). Recuperado de: http://www.attcnetwork.org/userfiles/file/NorthwestFrontier/Vol_%2013%20Numero%207.pdf.
- Organización Mundial de la Salud. (2010). Estrategia Mundial para Reducir el Uso Nocivo del Alcohol. OMS, Ginebra, Suiza, 40 pp.
- Orozco R, Borges G, Velasco-Ángeles L, Medina-Mora ME. (2012). Rezago y brecha de tratamiento en la población con abuso y dependencia al alcohol. En: Medina-Mora ME (coord.). *Alcohol y Políticas Públicas*. (pp. 289-312). México, El Colegio Nacional.
- Rosovsky H (2009). Alcohólicos Anónimos en México, fragmentación y fortalezas. *Desacatos*, 29:13-30.
- Scafato E, Gandin C, Laurabt M, Keurhorst M, Kolsek M, Gual A, Matrai S, et al. (2013) The ODHIN assessment tool: a tool to describe the available services for the management of hazardous and harmful alcohol consumption at the country and regional level. *Addiction Science & Clinical Practice*, 8(Suppl 1):A67.

Soto G, Lutzow MA, González R. (2012). Rasgos generales del sistema de salud en México. En: II. La salud pública y la medicina. pp. 119-167.

Suárez J, Herrera C. (2013). Atención de la salud reproductiva de las mujeres indígenas en México. México, Abogadas y Abogados para la Justicia y los Derechos Humanos. 244 p.

ANEXO 1. LISTA DE COLABORADORES

Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC)

Dr. Manuel Mondragón y Kalb
Comisionado Nacional contra las Adicciones

Lic. Patricia Reyes del Olmo
Directora General Técnica Operativa

Mtra. Gabriela Ruiz Torres
Subdirectora de Operaciones Intersectoriales en Salud Pública

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

Dra. Ma. Elena Medina Mora Icaza
Directora general

Mtra. en Psic. Guillermina Natera Rey
Directora de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales

Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones en la Ciudad de México (IAPA)

Dr. Rafael Camacho Solís
Director general

Dr. Gustavo Castillo Ramírez
Director de Tratamiento y Rehabilitación

Dr. Eduardo Federico Riquelme García
Subdirección Normativa de Tratamiento y Rehabilitación

Lic. Dulce María Rodríguez Cervantes
Directora de Supervisión y Regulación de Centros de Tratamiento

Mtro. Óscar Flores Cuéllar
Subdirector de Planeación

Alejandra Prieto de la Rosa
Jefa de la Unidad Departamental de Integración de Información

Instituto de Salud y Seguridad Social para los Trabajadores del Estado (ISSSTE)

Dr. Rafael Navarro Meneses
Director Médico

Dra. Margarita Blanco Cornejo
Subdirectora de Prevención y Protección a la Salud

Dra. Blanca de la Rosa Montaña
Jefa de Servicios de Programas de Prevención y Atención Médica de Enfermedades Crónicas y Degenerativas.

Lic. Héctor Noé Morales Ortiz
Jefe del Departamento de Redes de Servicios del Primer Nivel de Atención

Baja California Sur

Mtra. María Estela Castro Terrazas
Directora general del Consejo Estatal contra las Adicciones (CECA)

Chihuahua

UNEME-CAPA Águilas de Zaragoza

Mirna Lizeth Ruvalcaba Chairez
Responsable de Unidad
UNEME-CAPA Altavista

Dr. Jorge Torres Alvidrez
Responsable de Unidad
UNEME-CAPA Azteca

Rebeca Lozoya Gutiérrez
Coordinadora del programa de "Salud Mental"
Jurisdicción Sanitaria IV

Francisco José Garfias García
Director
UNEME-CAPA Delicias

T.S. Erika María Baca Tarín
Coordinadora
Jurisdicción Sanitaria V

Arturo Muñoz Martínez
Director
UNEME-CAPA Nuevo Casas Grandes

Lic. Sol Adriana Sánchez García
Psicóloga
UNEME-CAPA Parral

Dr. Luis Virgilio Pérez Alonso
Coordinador de Adicciones
Jurisdicción Sanitaria III

Lizeth Guadalupe Arias González
Coordinadora de Promoción de la Salud
Jurisdicción Sanitaria I

Jacqueline Hernández Duarte
Auxiliar del Programa de Salud Mental
Jurisdicción Sanitaria I

Dra. Sandra Patricia Peña
UNEME-CAPA SUR

Verónica Margarita Domínguez Carrillo
UNEME-CAPA SUR

Lic. Israel Herrera
UNEME-CAPA SUR

Distrito Federal

Lic. María Magdalena Patlán Briseño
Directora de Proyectos Estratégicos
Secretaría de Salud del Distrito Federal

Psic. Laura Vargas Sánchez
UNEME-CAPA Clínica 5

Psic. Verónica Ornelas Garnica
UNEME-CAPA Clínica 5

Psic. Blanca Mantilla Maya
UNEME-CAPA Rovirosa

Psic. Elvira Rodríguez Velázquez
UNEME-CAPA Rovirosa

Guanajuato

Ma. Yadira Alvarado Román
Coordinadora
UNEME-CAPA Dr. Carlos J. Rodríguez Ajenjo

Ruth Rocha Peña
Coordinadora
UNEME-CAPA Joya

Mayela Venegas López
Coordinadora
UNEME-CAPA Dolores Hidalgo

María Josefina Ramos Guzmán
Coordinadora
UNEME-CAPA Celaya

Dra. Carolina Pineda Chávez
UNEME-CAPA Celaya

T.S Claudia Jiménez Bustamante
UNEME-CAPA Celaya

Psic. Josefina Ramos Guzmán
UNEME-CAPA Celaya

Hidalgo

Consejo Estatal contra las Adicciones (CECA)

Responsables de UNEME-CAPA de Hidalgo

Departamento de Primer Nivel de Atención de los
Servicios de Salud de Hidalgo

Jalisco

Dr. Flavio Miramontes Montoya
Servicio de Psiquiatría del Hospital General de
Occidente
Secretaría de Salud

Mtro. Enrique de Jesús Aceves Arce
Coordinador Regional Centro-Occidente
Centros de Integración Juvenil A.C

Lic. Luis Gómez Villaseñor
Director de la Unidad de Hospitalización Zapopan
Centros de Integración Juvenil A.C

Raúl Rosete Ramírez
Responsable de Unidad
UNEME-CAPA Tlajomulco

Dr. Cesar Alejandro Larios Durán
Subdirección Médica
Cruz Roja Mexicana I.A.P Delegación Guadalajara

Luis Javier Robles Arellano
Coordinador del Sistema de Vigilancia Epidemiológica
de las Adicciones
Consejo Estatal contra las Adicciones (CECA) Jalisco

Rosa Martha Meda Lara
Coordinadora del Programa CUCS y de la Maestría en
Psicología de la Salud
Universidad de Guadalajara

Mtro. Rodrigo Alfonso Hernández Reyes
Maestro en Psicología de la Salud
Universidad de Guadalajara

Xóchitl Denisse Valle
Pasante de Médico Cirujano y Partero
Universidad de Guadalajara

Psic. Mayra J. de la Mora López
Coordinadora Regional de Salud Mental
Región Sanitaria XIII Centro-Guadalajara

Dra. Fátima Belén Cueriel López
Coordinadora de Participación Social de la Región
Sanitaria XIII

Lic. Gisera Raudales Hernández
Apoyo a Trabajo Social en la Región Sanitaria XIII

Michoacán

Daniela Gómez de la Cueva
Coordinadora
UNEME-CAPA Morelia

José Antonio Navarro
UNEME-CAPA Morelia

Oaxaca

Dr. Ángel Alfonso Quintero Martínez
Director de Prevención y Promoción de la Salud
Servicios de Salud de Oaxaca

Dr. Pablo Espinosa Osorio
Coordinador del Programa de Prevención de Adicciones
Servicios de Salud de Oaxaca

Carlos Cruz Pérez
Jefe de Jurisdicción
Jurisdicción Sanitaria No. 1 Valles Centrales

Rogelia López Orozco
Responsable de los Programas Prevención de
Adicciones y Salud Mental
Jurisdicción Sanitaria No.6 Sierra Tlacolula de
Matamoros

Puebla

Zenaido Cruz Herrera
Jefe de Planeación, Evaluación e Investigación del
Programa de Prevención y Tratamiento de las
Adicciones
Consejo Estatal contra las Adicciones (CECA)

Claudia María Velázquez Ramos
Coordinadora Estatal de los UNEME-CAPA de Puebla
Consejo Estatal contra las Adicciones (CECA)

Jorge Salvador Arroyo Arroyo
Responsable del Programa de Adicciones
Jurisdicción No. 1 Huauchinango

Dr. Bruno Rueda Tenahua
Coordinador del Programa de Adicciones
Jurisdicción Sanitaria No. 2 Chignahuapan

Tec. Henry Guerra Parra
Responsable del Programa de Adicciones
Jurisdicción Sanitaria No. 3 Zacapoaxtla

Dra. Dizarahelin Luna Rodríguez
Coordinadora del Programa de Adicciones
Jurisdicción Sanitaria No. 5 Huenjoxingo

José Guevara López
Coordinador del Programa de Adicciones
Jurisdicción Sanitaria No. 7 Izucar De Matamoros

Dra Luz del Mar Brigada Olivier
Coordinador Médico
Jurisdicción Sanitaria No. 10 Tehuacán

Sinaloa

Psic. Martin Montoya Angulo
Coordinador
UNEME-CAPA Guamuchil

Psic. Oscar Ernesto Rivera Lopez
Psicólogo
UNEME-CAPA Guamuchil

San Luis Potosí

Lic. Daniel T. Casas Rosales
Director
UNEME-CAPA Salinas

Cesar Flavio Charcas Reyna
Trabajo Social
UNEME-CAPA Salinas

Alheida Hitzel Lugo Gómez de la Casa
Directora
UNEME-CAPA Soledad de Graciano Sánchez

Tabasco

Miguel Ángel Fonz Pérez
Secretario Técnico
Consejo Estatal contra las Adicciones (CECA)

Psic. Feddra Espinosa López
Coordinadora Estatal de los UNEME-CAPA de Tabasco
Consejo Estatal contra las Adicciones (CECA)

Psic. Eduardo Cámara
Coordinador de Prevención Contra el Tabaquismo
Consejo Estatal contra las Adicciones (CECA)

Psic. Lucía Santiago
Coordinadora del SISVEA y Observatorio de Tabasco
Consejo Estatal contra las Adicciones (CECA)

Dr. William Ocaña
Jurisdicción de Jonuta
Consejo Estatal contra las Adicciones (CECA)

Dr. Jesus Pech
Coordinador de VIH y tuberculosis
Consejo Estatal contra las Adicciones (CECA)

Tamaulipas

Dra. Soraya Elizabeth Sánchez Diez de Pinos
Secretaría Técnica
Secretaría de Salud Estatal

Mtro. Carlos Alejandro Guevara López
Coordinador del Programa de Adicciones
Secretaría de Salud Estatal

Lic. José Guadalupe Fuentes
Secretaría de Salud Estatal

Tlaxcala

Oscar Acosta Castillo
Coordinador Estatal de Salud Mental y Adicciones
O.P.D. Salud de Tlaxcala

Veracruz

Eneyda Gutiérrez Garduza
Responsable de Unidad
UNEME-CAPA Coatzacoalcos 01

Ma. Rosalía Gali Malpica
Coordinadora del Departamento de Adicciones
Jurisdicción Sanitaria VIII

Dr. Luis Ángel López Martínez
Coordinador
UNEME-CAPA Martínez de la Torre

Javier Palacios Ferat
Coordinador Médico
UNEME-CAPA Xalapa 01

Emigdio Merlín Ortiz
Responsable de Unidad
UNEME-CAPA Minatitlán

Dra. Irma Selene Ramírez Altamirano
Médico Encargado
UNEME-CAPA Orizaba

Dr. Javier Rocha Mota
Coordinador
UNEME-CAPA Papantla

Alejandra Bonola Jiménez
Responsable del Programa de Prevención de Adicciones
Jurisdicción Sanitaria V

Dra. Matilde Gamundi
Coordinadora
UNEME-CAPA Poza Rica

**Documento elaborado por: Marcela Tiburcio Sainz
Abril 2015**

ANEXO 2. CUESTIONARIO

PARTE I. IDENTIFICACIÓN

Datos de la Institución

Nombre: _____

Dependencia: _____

Sector (privado o público): _____

Dirección: _____

Teléfono (s): _____

Tipo de servicios que presta: _____

Área de cobertura de servicio (estado, delegación, ciudad, etc.): _____

Datos de la persona que responde el cuestionario

Nombre: _____

Organización: _____

Cargo dentro de la Organización: _____

Teléfono (s) de contacto: _____

Correo electrónico: _____

Fecha de terminación del cuestionario: _____ / _____ / _____
Día Mes Año

A. DISPONIBILIDAD DE ASOCIACIONES U ORGANIZACIONES

Se entiende como una asociación, sociedad o coalición (formal o informal) al grupo de expertos, profesionales, actores relevantes o personas clave involucrados en la difusión y aplicación de medidas para combatir enfermedades o problemas relacionados con el consumo de alcohol perjudicial y riesgoso.

¿Existe alguna asociación u organización formal o informal a **nivel nacional** encargada de difundir e instrumentar la atención para el consumo de alcohol perjudicial y riesgoso?

<input type="checkbox"/>	Sí
<input type="checkbox"/>	No

En caso afirmativo,

¿Cuál es el nombre de la asociación? _____

¿En qué fecha se creó? _____

Por favor, describa en una frase el objetivo de la asociación: _____

¿Hay una asociación u organización formal o informal dentro de **su institución** encargada de difundir e instrumentar la atención sobre el consumo de alcohol perjudicial y riesgoso?

<input type="checkbox"/>	Sí
<input type="checkbox"/>	No

En caso afirmativo,

¿Cuál es el nombre de la asociación? _____

¿En qué fecha se creó? _____

Por favor, describa en una frase el objetivo de la asociación: _____

PARTE II

B. ACCIÓN COMUNITARIA Y ENSEÑANZA EN LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN

1. La siguiente tabla tiene como objetivo determinar si en el país se han implementado en los últimos 24 meses **campañas de educación pública** que proporcionen información sobre: 1) la razón por la que las personas que consumen alcohol deben reducir su consumo o 2) sobre la forma de reducir dicho consumo, y si éstas fueron financiadas con fondos públicos.

Por favor marque con una X las casillas que describan mejor la situación a nivel nacional y estatal (en caso de conocer datos de una entidad federativa en específico).

		Campaña informativa sobre por qué los bebedores deben reducir el consumo	Campaña informativa sobre la forma de reducir el consumo de alcohol	Las campañas se financiaron con fondos públicos		
		Sí, por favor de marcar la casilla correspondiente	Sí, por favor de marcar la casilla correspondiente	Total	Parcial	No
Televisión	<i>Nacional</i>					
	<i>Estatal</i>					
Radio	<i>Nacional</i>					
	<i>Estatal</i>					
Periódicos y revistas	<i>Nacional</i>					
	<i>Estatal</i>					
Carteles/ espectaculares	<i>Nacional</i>					
	<i>Estatal</i>					
Sitio web	<i>Nacional</i>					
	<i>Estatal</i>					
Teléfono / Correos electrónicos	<i>Nacional</i>					
	<i>Estatal</i>					
Otros (por favor indique)	<i>Nacional</i>					
	<i>Estatal</i>					

C. SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA SALUD E INFRAESTRUCTURA PARA LA ATENCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL PERJUDICIAL Y RIESGOSO

Sistema de salud integrado. *Esta sección explora en qué grado el sistema de salud ha incorporado acciones para la atención del consumo de alcohol perjudicial y riesgoso.*

2a. En una escala de 0 a 10, ¿hasta qué punto considera que la atención del consumo de alcohol perjudicial y riesgoso está integrada en su sistema **institucional** de atención **primaria** a la salud?

Nada										Completamente	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Por favor, explique el motivo por el cual eligió esa respuesta:

2b. En una escala de 0 a 10, ¿hasta qué punto diría que la atención del consumo de alcohol perjudicial y riesgoso está integrada en su sistema **institucional** de atención **secundaria** a la salud?

Nada										Completamente	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Por favor, explique el motivo por el cual eligió esa respuesta:

Estructuras para la calidad de la atención

3. Por favor, indique si existen organizaciones gubernamentales o privadas que realicen las siguientes actividades (puede ser su propia institución):

Por favor especifique en la última columna de la tabla si la organización labora a nivel nacional o estatal (en caso de conocer datos de una entidad federativa en específico).

Hay una organización gubernamental o privada que:	No	Sí	No sé	Sí, favor de indicar el nombre del organización y si es nacional o estatal
3.1. Tiene la responsabilidad de elaborar guías clínicas para la atención del consumo de alcohol perjudicial y riesgoso				
3.2. Monitorea respuestas de salud a nivel poblacional para la atención del consumo de alcohol perjudicial y riesgoso				
3.3. Monitorea la calidad de la atención proporcionada para la atención del consumo de alcohol perjudicial y riesgoso				
3.4. Revisa la costo-efectividad de las intervenciones para la atención del consumo de alcohol perjudicial y riesgoso				
3.5. Supervisa la seguridad de los tratamientos farmacológicos para la atención de la dependencia alcohólica				
3.6. Provee información a los cuidadores de la salud acerca de la atención del consumo de alcohol perjudicial y riesgoso				

Por favor, agregue cualquier otro comentario aquí:

Investigación y conocimiento de la salud

4. En los últimos 10 años ¿se han **realizado investigaciones sobre la atención** del consumo de alcohol perjudicial y riesgoso con fondos asignados por el gobierno u organizaciones no gubernamentales (excluyendo las compañías farmacéuticas y la industria del alcohol)? *Considere investigaciones **nacionales y estatales (en caso de conocer datos de una entidad federativa en específico).***

(Puede marcar más de una opción)

<input type="checkbox"/>	Sí , de una organización gubernamental ¿Cuál?_____
<input type="checkbox"/>	Sí , desde organizaciones privadas designadas por el gobierno ¿Cuál?_____
<input type="checkbox"/>	Sí , desde una organización no gubernamental ¿Cuál?_____
<input type="checkbox"/>	No
<input type="checkbox"/>	No sé

5. En una escala de 0 a 10, ¿hasta qué punto diría usted que **el entrenamiento en la detección y el tratamiento del consumo de alcohol perjudicial y riesgoso forma parte del plan de estudios** de las siguientes carreras profesionales dedicadas al cuidado de la salud?

*Por favor marque con una X cada una de las opciones que describan mejor la situación dentro de **su institución.***

	Nada											Completamente											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Médicos																							
Licenciatura																							
Posgrado																							
Especialidad																							
Enfermeros																							
Licenciatura																							
Posgrado																							
Especialidad																							
Farmacéuticos																							
Licenciatura																							
Posgrado																							
Especialidad																							
Trabajadores Sociales																							
Licenciatura																							
Posgrado																							
Especialidad																							
Psicólogos																							

Licenciatura												
Posgrado												
Especialidad												
Dentistas												
Licenciatura												
Posgrado												
Especialidad												
Obstetras												
Licenciatura												
Posgrado												
Especialidad												
Consejeros (*Licenciatura en Consejería o carreras profesionales afines)												
Licenciatura												
Posgrado												
Especialidad												

Por favor, agregue cualquier otro comentario aquí:

Políticas y estrategias de salud para la difusión e instrumentación de acciones para la atención del consumo de alcohol perjudicial y riesgoso

6. ¿Existen políticas oficiales sobre la atención del consumo de alcohol perjudicial y riesgoso por parte del Gobierno o la Secretaría de Salud?

Marque con una X las casillas que describan mejor la situación a nivel nacional y estatal.

(Puede marcar más de una opción)

Nacional	Estatal	Políticas
		Existe una política gubernamental específica para la atención del consumo de alcohol perjudicial y riesgoso
		Existe una política gubernamental para la atención del consumo de alcohol perjudicial y riesgoso que forma parte de una estrategia general sobre el control del alcohol
		Existe una política de alcohol o estrategia general que no se enfoca en la atención del consumo de alcohol perjudicial y riesgoso
		Existe una política gubernamental en preparación para la atención del consumo de alcohol perjudicial y riesgoso
		No hay políticas gubernamentales sobre la atención del consumo de alcohol perjudicial y riesgoso

En caso afirmativo, favor de indicar la(s) referencia(s):

Por favor, agregue cualquier otro comentario aquí:

7. En caso de existir alguna **política gubernamental para la difusión e implementación** de acciones para la atención del consumo de alcohol perjudicial y riesgoso, ella incluye:

(Por favor marque todas las opciones que correspondan)

	Sí	No
Estrategias para la capacitación de los profesionales de la salud		
Estrategias de investigación para atender el consumo de alcohol perjudicial y riesgoso		
Estrategias para reforzar las intervenciones de los profesionales de atención primaria de la salud		
Apoyo para la atención de la dependencia alcohólica en los servicios de tratamiento especializado		
Otros		
No existe dicha política		

Estructuras para la instrumentación de las acciones en los servicios de salud

8. ¿Hay alguna persona dentro de su **institución**, que **supervise o dirija los servicios para la atención** del consumo de alcohol perjudicial y riesgoso?

<input type="checkbox"/>	Sí
<input type="checkbox"/>	No

En caso afirmativo, por favor proporcione sus datos:

Nombre: _____

Organización y cargo: _____

Teléfono: _____

Por favor, agregue cualquier otro comentario aquí:

Financiamiento para los servicios de salud y asignación de recursos

9. ¿Existe financiamiento gubernamental para los servicios de atención del consumo de alcohol perjudicial y riesgoso?

Por favor marque con una X las casillas que describan mejor la situación a nivel nacional y estatal (en caso de conocer datos de una entidad federativa en específico).

NACIONAL			ESTATAL		
Sí	No	En preparación	Sí	No	En preparación

10. ¿Se realizan revisiones periódicas sobre la cantidad de financiamiento que se asignará?

Nacional	Estatal	
		Sí
		No

En caso afirmativo:

Nacional	Estatal	
		Se revisa cada año
		Se revisa cada 2 a 5 años
		Se revisa cada 5 años o más
		Otros (<i>especificar</i>) _____

Por favor, agregue cualquier otro comentario aquí:

11. ¿En México parte de los impuestos al alcohol se destinan o asignan a **financiar los costos de los servicios para la atención** del consumo de alcohol perjudicial y riesgoso?

<input type="checkbox"/>	Sí
<input type="checkbox"/>	No

En caso afirmativo, indique el porcentaje destinado: _____

12. En caso afirmativo, ¿el dinero recaudado realmente se gasta en los **costos de este servicio**?

<input type="checkbox"/>	Sí
<input type="checkbox"/>	No

En caso negativo, especifique en qué se gasta: _____

13. En México ¿el porcentaje del impuesto que es asignado a los servicios para la atención del consumo de alcohol perjudicial y riesgoso, **se revisa** alguna vez?

<input type="checkbox"/>	Sí
<input type="checkbox"/>	No

En caso afirmativo:

<input type="checkbox"/>	Se revisa cada año
<input type="checkbox"/>	Se revisa cada 2 a 5 años
<input type="checkbox"/>	Se revisa cada 5 años o más
<input type="checkbox"/>	Otros (<i>especificar</i>) _____

Por favor, agregue cualquier otro comentario aquí:

D. APOYO A LA PROVISIÓN DE TRATAMIENTO

Sistemas de detección, evaluación de la calidad, referencia y seguimiento

14. En una escala de 0 a 10, ¿hasta qué punto considera que los siguientes **recursos** se encuentran **disponibles para los proveedores de la atención primaria a la salud?**

Por favor, conteste la pregunta para cada uno de los incisos (nivel nacional, estatal e institucional)

a) EN SU PAÍS, cuál es la disponibilidad de:

	Nada disponible					Completamente disponible					
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Instrumentos para identificar consumidores de alcohol en riesgo											
Notas de casos o registros informáticos para reconocer niveles de riesgo de alcohol											
Protocolos o diagramas de apoyo para la atención del consumo de alcohol perjudicial y riesgoso											
Ayuda de asesores para la atención del consumo de alcohol perjudicial y riesgoso											
Sistemas de seguimiento para el monitoreo y asesoramiento de pacientes											

Por favor, agregue cualquier otro comentario aquí:

b) EN SU ESTADO, cuál es la disponibilidad de:

	Nada disponible						Completamente disponible					
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Instrumentos para identificar consumidores de alcohol en riesgo												
Notas de casos o registros informáticos para reconocer niveles de riesgo de alcohol												
Protocolos o diagramas de apoyo para la atención del consumo de alcohol perjudicial y riesgoso												
Ayuda de asesores para la atención del consumo de alcohol perjudicial y riesgoso												
Sistemas de seguimiento para el monitoreo y asesoramiento de pacientes												

Por favor, agregue cualquier otro comentario aquí:

c) EN SU INSTITUCIÓN, cuál es la disponibilidad de:

	Nada disponible					Completamente disponible					
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Instrumentos para identificar consumidores de alcohol en riesgo											
Notas de casos o registros informáticos para reconocer niveles de riesgo de alcohol											
Protocolos o diagramas de apoyo para la atención del consumo de alcohol perjudicial y riesgoso											
Ayuda de asesores para la atención del consumo de alcohol perjudicial y riesgoso											
Sistemas de seguimiento para el monitoreo y asesoramiento de pacientes											

Por favor, agregue cualquier otro comentario aquí:

Protocolos y guías

15. En su institución, ¿existen guías clínicas multidisciplinarias para la atención de consumo de alcohol perjudicial y riesgoso certificadas o acreditadas por una asociación de profesionales en la atención de la salud o sociedad científica?

*Por favor marque con una X las casillas que describan mejor la situación en **su institución** tanto a nivel nacional y estatal (en caso de conocer datos de una entidad federativa en específico).*

NACIONAL			ESTATAL		
Sí	No	En preparación	Sí	No	En preparación

En caso afirmativo:

- Son guías exclusivas para la atención del consumo perjudicial y riesgoso de alcohol
- Forman parte de otras guías de atención clínica (p. ej. Guías de salud mental)

Por favor, proporcione la(s) referencia(s):

Por favor, agregue cualquier otro comentario aquí:

16. Si en **su institución** existen guías clínicas para la atención del consumo de alcohol perjudicial y riesgoso que han sido aprobadas, ¿hay **estudios sobre cómo se implementan (uso y apego a las guías) en la práctica clínica cotidiana?**

Por favor indique si los estudios reportan datos a nivel nacional o estatal (en caso de conocer datos de una entidad federativa en específico).

NACIONAL			ESTATAL		
Sí	No	En preparación	Sí	No	En preparación

En caso afirmativo, proporcione la(s) referencia(s):

Por favor, agregue cualquier otro comentario aquí:

17. Por favor indique si en **su institución**, los profesionales de la salud enlistados a continuación tienen un **salario adicional por proporcionar orientación sobre el consumo de alcohol perjudicial y riesgoso**, o si esa función está dentro de las cláusulas de su servicio (contrato) y es parte de su sueldo normal.

	Se recibe un pago adicional por proporcionar orientación sobre el consumo de alcohol perjudicial y riesgoso		La orientación acerca sobre el consumo de alcohol perjudicial y riesgoso está dentro de las cláusulas del servicio y es parte del salario normal	
	Sí	No	Sí	No
Médicos generales				
Médicos de hospitales				
Enfermeras generales				
Enfermeras de hospitales				
Psiquiatras				
Psicólogos				
Especialistas en adicciones				
Trabajadores Sociales				
Farmacéuticos				
Dentistas				
Obstetras				
Consejeros				
Otro profesional de la salud ¿cuál? _____				

Por favor, agregue cualquier otro comentario aquí:

18. Por favor indique si en **su institución**, los profesionales de la salud disponen (o no) de los **recursos o apoyos** que se enlistan a continuación, para la atención del consumo de alcohol perjudicial y riesgoso.

	Guías o protocolos		Políticas escritas por una asociación de profesionales expertos en el tema		Capacitación durante la formación profesional		Entrenamiento en la capacitación continua	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Médicos generales								
Médicos de hospitales								
Enfermeras generales								
Enfermeras de hospitales								
Psiquiatras								
Psicólogos								
Especialistas en adicciones								
Trabajadores Sociales								
Farmacéuticos								
Dentistas								
Obstetras								
Consejeros								
Otro profesional de la salud ¿cuál? _____								

Por favor, agregue cualquier otro comentario aquí:

E. INTERVENCIÓN Y TRATAMIENTO

Disponibilidad y accesibilidad

19. En una escala del 0 al 10, ¿en qué medida cree usted que los **pacientes en su institución tienen acceso a la atención** del consumo de alcohol perjudicial y riesgoso en cada uno de los escenarios enlistados a continuación?

	Nada											Completamente											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Acceso a la atención en:																							
Medicina general/familiar																							
Hospitales																							
Farmacias																							
Clínicas especializadas (rehabilitación residencial)																							
Centros de atención a adicciones																							

Por favor, agregue cualquier otro comentario aquí:

F. PROVEEDORES DE SERVICIOS DE SALUD

Responsabilidad clínica

20. En una escala de 0 a 10, ¿hasta qué punto estima que en **su institución** los profesionales enlistados a continuación consideran que proporcionar orientación sobre el consumo de alcohol perjudicial y riesgoso es **parte importante de su práctica clínica** de rutina?

La orientación es parte de su práctica clínica de rutina:	Nada					Completamente					
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Médicos generales											
Médicos de hospitales											
Enfermeras generales											
Enfermeras de hospitales											
Psiquiatras											
Psicólogos											
Especialistas en adicciones											
Trabajadores Sociales											
Farmacéuticos											
Dentistas											
Obstetras											
Consejeros											
Otro profesional de la salud ¿cuál? _____											

Si hay publicaciones sobre el tema, por favor, proporcione la(s) referencia(s):

Por favor, agregue cualquier otro comentario aquí:

Tratamiento

21. En su país, Estado o institución, ¿existen **estudios, encuestas o publicaciones** que indaguen si los siguientes **procedimientos se realizan en centros de atención primaria a la salud**? Si es así, ¿cuáles son los hallazgos más recientes?

Por favor indique si el estudio reporta datos nacionales o estatales.

Estudios que indaguen sobre los siguientes procedimientos en centros de atención primaria:	Año de publicación (Si no cuenta con la información, escriba NO)	Principales resultados y si son a nivel nacional o estatal	Referencia completa del estudio, encuesta o publicación
Evaluación del nivel de consumo de alcohol de los pacientes			
Orientación para los pacientes con consumo de alcohol perjudicial o riesgoso			
Supervisión continua a la orientación proporcionada, para asegurarse que cumple con criterios de calidad			
Uso y apego a las guías y protocolos de práctica			
Evaluación de la eficacia de las intervenciones para el consumo de alcohol perjudicial y riesgoso			
Evaluación de la costo-efectividad de las intervenciones para el consumo de alcohol perjudicial y riesgoso			
Uso del cuestionario AUDIT			
Evaluación de las actitudes de los profesionales de la salud hacia la atención del consumo de alcohol perjudicial y riesgoso.			
Evaluación de la cantidad (aumento o disminución) de los profesionales de la salud involucrados en la atención del consumo de alcohol perjudicial y riesgoso.			

Por favor, agregue cualquier otro comentario aquí:

G. USUARIOS DE SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD

Conocimiento

22. ¿Existen **estudios, encuestas o publicaciones** que proporcionen respuesta sobre los siguientes temas? Si es así, ¿cuáles son los hallazgos más recientes?

Por favor indique si el estudio reporta datos nacionales o estatales.

Estudios, encuestas o publicaciones que indaguen si:	Año de publicación (Si no cuenta con la información, escriba NO)	Principales resultados y si son a nivel nacional o estatal	Referencia completa del estudio, encuesta o publicación
La población sabe que el consumo de alcohol perjudicial y riesgoso puede ser nocivo para la salud.			
La población conoce métodos efectivos para reducir el consumo de alcohol perjudicial y riesgoso.			

Por favor, agregue cualquier otro comentario aquí:

Conductas de búsqueda de ayuda

23. ¿Existen **encuestas, estudios o publicaciones** (nacionales o estatales) que reporten el porcentaje de personas con un patrón de consumo de alcohol perjudicial y riesgoso que alguna vez hayan utilizado alguno de los siguientes **métodos para reducir su consumo**? Si es así, ¿cuáles son los hallazgos más recientes? *Por favor indique si el estudio reporta datos nacionales o estatales.*

Estudios, encuestas o publicaciones sobre:	Año de publicación (Si no cuenta con la información, escriba NO)	Principales resultados y si son a nivel nacional o estatal	Referencia completa del estudio, encuesta o publicación
Ayuda de un médico			
Ayuda de una enfermera			
Ayuda de un farmacéutico			
Ayuda de un psicólogo			
Ayuda de un dentista			
Ayuda de amigos o familiares			
Consejos de Internet			
Clínica especializada (rehabilitación)			
Grupos de autoayuda			
Líneas telefónicas de ayuda			
Fuerza de voluntad			
Consejos de un trabajador social			
Medicina alternativa o tradicional (curanderos, yerberos, acupuntura, etc.)			
Ayuda espiritual (sacerdote, monje, consejero espiritual, pastor, etc.)			

Por favor, agregue cualquier otro comentario aquí:

H. APOYO EN EL LLENADO DE ESTE CUESTIONARIO

Si en el llenado del cuestionario participaron otros especialistas o instituciones, por favor enlístelos aquí:



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud

OFICINA REGIONAL PARA LAS **Américas**