

TRATAMIENTO Y REHABILITACION DE PERSONAS CON PROBLEMAS DE DROGAS EN CHILE

Cuad. Méd. Soc. XXXVII, 3, 1996/ 44-50

*Dr. Alberto Minoletti Scaramelli**

Uno de los problemas de salud emergente en los últimos años en Chile es el abuso de drogas, el que ha sido reconocido no sólo por los estudios epidemiológicos recientes sino también, y más importante aún, por la propia comunidad nacional, la cual lo ha expresado a través de encuestas de opinión, diagnósticos locales participativos, consultas a servicios públicos, peticiones a las autoridades y diversos otros medios.

Es especialmente preocupante el aumento epidémico del consumo de "pasta base" (sulfato de cocaína) y "coca" (clorhidrato de cocaína), que iniciado en el norte del país se ha desplazado en forma creciente al centro y sur. Estas sustancias, además de su fuerte poder adictivo, se asocian frecuentemente con problemas de salud, tales como depresión del sistema inmunológico, infecciones frecuentes, desnutrición, insuficiencia coronaria, angustia, depresión, trastornos de personalidad, psicosis aguda, entre otros.

Consecuente con lo anterior, se ha observado en los últimos años un número creciente de consultas por problemas médicos asociados al uso de estas y otras drogas, haciendo cada vez más imperioso para los equipos de salud familiarizarse con los efectos de estas sustancias, las formas de diagnóstico temprano, los métodos de intervención a su alcance y los servicios adonde derivar.

Reconociendo la gravedad y complejidad del abuso de drogas, y los múltiples factores involucrados, tanto desde la perspectiva del indi-

viduo (genéticos, bioquímicos, neurofisiológicos, psicológicos, etc.) como de su entorno (familiares, sociales, culturales, económicos, etc.), el Area Prioritaria Beber Problema y Consumo Indebido de Drogas del Ministerio de Salud ha desarrollado una serie de experiencias innovadoras en la prevención, tratamiento y rehabilitación del consumo de sustancias, con el fin de contribuir a aminorar este problema.

Es así como en la prevención se han implementado acciones tanto en el sistema escolar, en conjunto con el Ministerio de Educación y el Instituto Nacional de la Juventud, con los programas "Quiero Mi Vida" y "Juégatela por la Vida", como a nivel comunitario con los Centros Comunitarios de Salud Mental Familiar, el Programa de Reforzamiento Psicosocial de la Atención Primaria y los Proyectos Comunitarios de Prevención. Estas iniciativas han permitido disponer en el momento actual de equipos de salud capacitados en todas las regiones del país, metodologías de mayor efectividad, materiales educativos y redes intersectoriales, posibilitando así el desarrollo de iniciativas de prevención de mayor envergadura e integralidad.

De manera similar, la puesta en marcha del Programa de Rehabilitación de Drogadictos en 1994, que ha contemplado tanto la contratación de más de 100 profesionales a lo largo del Chile, como el aporte de fondos extraordinarios para capacitación, equipamiento de centros de atención,

* Encargado Area beber problema y consumo indebido de drogas, Unidad de Salud Mental Ministerio de Salud.

comunidades terapéuticas y vigilancia epidemiológica, junto a la elaboración de normas de calidad de atención, ha significado que por primera vez el Sistema Público Salud disponga de respuestas terapéuticas básicas para los problemas asociados al consumo de drogas en todos los lugares del país.

Un esfuerzo adicional que ha realizado el Área Prioritaria Beber Problema y Consumo Indebido de Drogas es la formación de un grupo de trabajo con diversos profesionales chilenos, en el que se han recogido los conocimientos y las experiencias de diversas disciplinas, distintas orientaciones teóricas y diferentes campos de acción. Fruto de este trabajo es la elaboración del documento "Orientaciones Técnicas para el Tratamiento y Rehabilitación de Personas con Problemas de Drogas", publicado en 1996, y cuyos principales aspectos se resumen a continuación.

1. OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO Y REHABILITACION

Se plantea enfrentar el tratamiento de las dependencias con un enfoque integral, que considere a la persona dependiente tanto en su ser físico-biológico como psicológico y social, inserto en una familia (cualquiera sea su estructura), interactuante con personas significantes y en un medio social que condiciona de alguna manera su vida, pero en el cual él ha determinado a su vez un estilo de vida que le es propio y particular.

El objetivo del tratamiento será el propender al mejoramiento de la calidad de vida de la persona dependiente, así como de apoyarla a conseguir una mejor reinserción social, familiar y laboral y finalmente la construcción de un estilo de vida alternativo.

Esta modalidad de tratamiento, con servicios insertos en los distintos niveles del sistema de salud (público y privado) y de sectores vinculados (educación, iglesias, ONGs, organismos comunitarios trabajo, etc.) debe integrar, para apoyar el cambio de vida de la persona, a los siguientes actores:

- La persona afectada por drogas.
- La comunidad de pares dependientes organizados bajo los principios de la autoayuda.
- El equipo multidisciplinario (integrado por profesionales, técnicos, monitores y/o personas recuperadas de drogas).
- La familia de la persona dependiente.
- La comunidad en la cual se encuentra inserta la persona dependiente y su familia.

2. TECNICAS DE INTERVENCION

2.1. ENTREVISTA:

2.1.1. Entrevista de acogida

Consiste en la intervención mínima que se realiza al momento de pesquisar un caso, en cualquier punto de la red de atención de salud. Para ello se requiere que todos los miembros del equipo de salud se capaciten en técnicas básicas de diagnóstico precoz, entrevista, motivación a la persona consultante y elaboración de un plan de tratamiento y rehabilitación en conjunto con ella.

Es fundamental que este primer contacto se realice en privado y se garantice su carácter confidencial y empático, puesto que de la acogida inicial dependerá el lazo afectivo que establezca la persona con el sistema de tratamiento y su grado de adherencia a futuro.

2.1.2 Entrevista de evaluación

La primera entrevista, a pesar de estar centrada en la acogida, tendrá siempre un carácter de evaluación diagnóstica. Sin embargo, la evaluación integral de la persona con problemas de drogas debe entenderse como un proceso que debe cumplir, al menos, con los siguientes objetivos:

- Obtener toda la información posible sobre el consumo de drogas por la persona y los problemas que en relación a ello manifiesta.
- Identificar los factores asociados con el consumo de drogas (trastornos físicos, problemas sociales y/o psicológicos).
- Detectar los aspectos vulnerables de la persona y de su familia y determinar hasta qué punto están dispuestos y pueden colaborar con el tratamiento.

2.1.3 Entrevista motivacional

El proceso motivacional por el cual una persona decide iniciar el cambio de conducta, de usar droga a no usarla es muy complejo, contemplando elementos cognitivos, emocionales y eventos vitales, entre muchos otros.

Es importante adecuar la estrategia de motivación a la etapa particular en que se encuentre la persona en su proceso de cambio.

- Enfoques empáticos y no confrontacionales para la persona que no ve su problema, ni la necesidad de cambio.
- Técnicas de apoyo a la autoeficacia para la

persona que piensa y siente la necesidad del cambio.

- Desarrollo de habilidades conductuales y sociales para la persona que ha iniciado el proceso de cambio.
- Refuerzo de logros para la persona que se encuentra manteniendo la conducta de abstinencia y/o moderación.

2.2. INTERVENCION INDIVIDUAL

La intervención individual, en sus diversos modelos terapéuticos, se orienta a mantener y a aumentar el nivel de motivación de la persona. Habrá casos en que la persona deba asistir a psicoterapia individual con psicólogo o psiquiatra por presentar trastornos conductuales y/o emocionales de mayor complejidad. Esa terapia no reemplaza la intervención individual focalizada en problemas de drogas que realiza el miembro del equipo de salud no especialista en psicoterapia.

Es aconsejable que los miembros del equipo de salud se capaciten en aquellas técnicas de intervención individual que demuestren mayor efectividad y que sean consonantes con sus propios estilos personales (Ejemplo: técnicas de desarrollo personal, enfrentamiento de estrés, prevención de recaídas, etc.).

2.3. INTERVENCION GRUPAL

Muchas de las situaciones que afectan a las personas con problemas de uso y/o dependencia de drogas son de naturaleza interactiva (social). La relación con otras personas, en un ambiente protegido, provee la oportunidad para desarrollar nuevas habilidades de interacción social.

En el grupo, la persona deberá enfrentarse con la idiosincrasia de las otras personas, aprenderá a conducirse con normas y límites; a reforzar a los compañeros y a recibir la retroalimentación de parte de ellos acerca de su propio comportamiento. Esta experiencia le permite a la persona saber cómo lo perciben los demás; tiene la oportunidad de ser reforzado por sus compañeros y de aprender a reforzar a los demás.

El trabajo grupal permite además manejar problemas que involucran la interacción con otras personas, tales como: acercamiento hacia otros, desarrollo de habilidades en la comunicación, conseguir amigos, reducción de la ansiedad social, etc.

2.4. INTERVENCION FAMILIAR

El trabajo con la familia, como parte de la autoayuda a personas con problemas de uso y/o dependencia a drogas, está basado en un modelo que argumenta que el individuo no puede ser considerado como una entidad aparte del sistema social en el cual está y se desenvuelve. El consumidor de drogas mantiene su comportamiento por el reforzamiento positivo que recibe de los otros miembros de la familia, y, a su vez, él refuerza la sobreprotección y las relaciones de constante acosamiento de parte de cada uno de los otros miembros.

Durante este tipo de intervención, la familia deberá enterarse en la forma más concreta posible de cómo está funcionando y cómo se mantiene el frágil equilibrio de su sistema, e intentará identificar los diversos roles que cada uno de sus miembros ha aprendido y la forma como estos roles se mantienen y se perpetúan. Asimismo conocerá los diversos procedimientos para modificar esas contingencias e interacciones patológicas.

2.5. GRUPOS DE AUTOAYUDA

De acuerdo a la experiencia chilena con la dependencia del alcohol, es posible postular que, si los grupos de autoayuda para otras drogas reciben el apoyo técnico apropiado, alcanzarían un desarrollo considerablemente mayor, tanto en términos de cobertura como en impacto, en la rehabilitación de las personas consumidoras de drogas y sus familias.

La inversión de tiempo profesional en asesorar a los grupos de autoayuda existentes y en facilitar la creación de nuevos grupos se considera de alta eficiencia en términos de costo-beneficio. La dedicación de unas pocas horas a la semana permite que un grupo de personas reciba intervenciones terapéuticas integrales, sostenidas a lo largo del tiempo y de mínimo costo, a cargo de personas que, habiendo vivido la dependencia a alguna droga, han desarrollado una sabiduría para superarla.

El grupo de autoayuda constituye un espacio de aprendizaje de nuevos estilos de vida a la vez que es un canalizador de angustias.

2.6. COMUNIDAD TERAPEUTICA

Es una forma de trabajo y de vida que ayuda a las personas en su crecimiento emocional y desarrollo personal, considerándolas capaces de influir en su propio proceso de tratamiento, rehabilita-

ción y/o recuperación. Este modelo de intervención es muy diferente a los institucionales tradicionales del sector salud, con ausencia de dominación de jerarquías profesionales e institucionales, y priorizando las relaciones horizontales de autoayuda y la participación de la familia y la red social. El vivir y trabajar en una comunidad terapéutica significa el poder compartir experiencias, dentro de un marco de respeto y solidaridad.

Dentro del contexto chileno, las comunidades terapéuticas en el área de la dependencia a drogas tienen aún un desarrollo incipiente, y en su gran mayoría se han estructurado como organizaciones no gubernamentales. A pesar de que gran parte de las comunidades terapéuticas comparten principios y valores similares, existen entre ellas diferencias importantes en la forma en que enfrentan el problema.

Como una forma de contribuir a favorecer su desarrollo y asegurar la calidad de su trabajo, el Área Prioritaria Beber Problema y Consumo Indebido de Drogas ha conseguido que se apruebe por Decreto Supremo del Presidente de la República un Reglamento de Comunidades Terapéuticas que reconoce su existencia legal y regula su funcionamiento básico.

3. ACTIVIDADES DE LOS DISTINTOS NIVELES DE ATENCION

3.1. NIVEL PRIMARIO DE ATENCION

- Participación activa de todo el equipo de salud en programas de prevención que tiendan al desarrollo pleno, sin consumo de drogas, de niños, jóvenes y adultos, de la familia y de la comunidad.
- Apoyo técnico a proyectos e iniciativas de los distintos grupos de la comunidad, orientados a promover el desarrollo integral de la persona, la familia y la comunidad.
- Actividades de difusión e información dirigidas a la comunidad en general y orientadas a que la población identifique los problemas relacionados con la dependencia.
- Actividades de educación dirigidas a la población con factores de riesgo y orientadas a identificar y fortalecer factores protectores.
- Apoyo a redes comunitarias que tengan como objetivo coordinar las distintas acciones de los grupos activos y movilizar a la población en torno a la problemática de la dependencia.
- Desarrollo del enfoque multisectorial motivando a los distintos sectores (vivienda, educa-

ción, trabajo, seguridad, etc.) para un trabajo coordinado, integrado y constante de prevención del consumo de drogas.

- Incorporación a la práctica habitual de los equipos de salud, del uso de técnicas de entrevista, cuestionario, examen físico y exámenes de laboratorio, que permitan el diagnóstico temprano del consumo de sustancias y la dependencia.
- Capacitación permanente del equipo de salud en técnicas de diagnóstico precoz del consumo de drogas y orientación hacia el rol de agentes de pesquisa, educadores y asesores técnicos.
- Acciones educativas orientadas a que las personas aprendan a autodiagnosticarse el uso riesgoso de sustancias y la dependencia.
- Diagnóstico participativo de la comunidad que permita conocer, en la forma más completa posible, los tipos de drogas utilizadas, formas en que se consumen y otras variables, con el fin de detectar factores de riesgo en la comunidad.
- Capacitación permanente del equipo de salud en técnicas y métodos de tratamiento y rehabilitación de personas dependientes.
- Coordinación con los niveles secundario y terciario de atención, Centros Comunitarios de Salud Mental Familiar (COSAM), equipos psicosociales, ONG's, sectores sociales y organizaciones comunitarias, para un manejo coordinado y eficiente de las personas en tratamiento y sus familiares.
- Apoyo y fortalecimiento a la formación de agrupaciones de familiares y grupos de autoayuda.
- Apoyo y fortalecimiento a las redes sociales de apoyo a personas en tratamiento (familia, grupo de pares, comunidad).
- Apoyo técnico y asesoría en la formación de redes locales multisectoriales que favorezcan la reinserción laboral y social de las personas en tratamiento.

3.2. NIVEL SECUNDARIO DE ATENCION

- Implementación de una Unidad de Dependencias al interior de los Servicios de Psiquiatría, con el fin de garantizar la atención integral y oportuna de especialidad a las personas dependientes con comorbilidad psiquiátrica y/o complicaciones psiquiátricas derivadas de la dependencia.
- Acogida, diagnóstico y evaluación a las perso-

nas que demanden en forma espontánea, para determinar derivación a instancia pertinente, si no corresponde al nivel secundario.

- Sistematización y difusión de los modelos de tratamiento implementados en la Unidad.
- Coordinación efectiva y permanente con los niveles primario y terciario de atención.
- Apoyo técnico permanente a equipos de atención primaria, grupos de autoayuda y agrupaciones de familiares.
- Participación en actividades tendientes a fortalecer las redes sociales de apoyo a personas en tratamiento.
- Apoyo técnico y asesoría en la formación de redes locales multisectoriales que favorezcan la reinserción social y laboral de las personas en tratamiento.
- Desarrollo e implementación de un modelo de investigación en dependencia y vigilancia epidemiológica del consumo de drogas, aplicable en los tres niveles de atención y en la comunidad.

3.3. NIVEL TERCIARIO DE ATENCION

- Implementación de una Unidad especializada para el tratamiento de la dependencia severa, estado de intoxicación o de privación severa, dependencia con patología dual o comorbilidad psiquiátrica y manejo de las complicaciones médicas y psiquiátricas de la dependencia.
- Formación de un equipo multidisciplinario, altamente afiatado y con capacidad resolutoria frente a los requerimientos planteados por el manejo de la dependencia severa y con complicaciones.
- Coordinación con los niveles primario y secundario de atención.
- Apoyo técnico permanente a equipos de atención primaria y secundaria, grupos de autoayuda y agrupaciones de familiares.
- Participación en actividades tendientes a fortalecer las redes sociales de apoyo a personas en tratamiento.
- Apoyo técnico y asesoría en la formación de redes locales multisectoriales que favorezcan la reinserción social, educacional y laboral de las personas en tratamiento.
- Trabajo con grupos de autoayuda y acciones de promoción de organización de grupos de autoayuda.
- Investigación operacional
- Docencia de Pre y Postgrado.

4. TRABAJO EN RED

La creación de redes territoriales como modalidad de trabajo para el enfrentamiento de las problemáticas relacionadas con el consumo de drogas, es una propuesta basada en los principios de intersectorialidad, participación social y protagonismo comunitario.

El trabajo en red es una estrategia vinculatoria, de articulación e intercambio entre instituciones y/o personas que deciden asociar, voluntaria y concertadamente, sus esfuerzos, experiencias y conocimientos, para el logro de fines comunes.

La red es un resultado de esa estrategia. Constituye una modalidad organizativa y de gestión que adoptan los miembros que deciden esa vinculación. Sus características fundamentales son: la aceptabilidad, la flexibilidad normativa, la apertura, la horizontalidad y la fluidez y espontaneidad de las relaciones. La organización de la red se logra cuando los componentes han adoptado creencias y metas colectivas, haciéndolas suyas, o bien cuando han acordado actuar según las metas y creencias organizacionales como si fuesen propias.

El nivel en que se desarrolla el trabajo en redes se refiere a sistemas interinstitucionales, más que a las estructuras o vinculaciones intrainstitucionales, las que podrán mantener sus tradicionales formas de organización y gestión o avanzar hacia estructuras matriciales.

La posibilidad de trabajar en red el tema del consumo de sustancias tiene la enorme ventaja de incluir a todos los sectores sociales interesados o involucrados en la temática. Tiene el reconocimiento implícito de que el problema rebasa los límites del sector salud y ofrece la posibilidad a los distintos grupos sociales de asumir responsabilidades de acuerdo a sus recursos y experiencias.

Potencialmente prepara las condiciones para disminuir las tensiones inherentes a las competencias e intereses sectoriales, y aún personales, en el tema, poniendo el énfasis en la colaboración y coordinación, en la definición de roles particulares, y fundamentalmente, en los usuarios, quienes deben estar presentes en la organización y funcionamiento de la red.

Entendemos por red para el abordaje del consumo de drogas al conjunto o sistema de organizaciones públicas o privadas, formales o informales, que coordinan, potencian y complementan actividades destinadas a la prevención del consumo de drogas, y al diagnóstico, tratamiento, rehabilitación e inserción de las personas con problemas relacionados con el consumo de drogas, a cargo

de una unidad geográfico-administrativa determinada.

La red debería incluir a los afectados por el consumo de drogas y buscar que alcancen una plena autovalencia a través de su reinserción social, pero no sólo en el rol de receptores y retroalimentadores de los servicios recibidos, sino como miembros activos, agentes terapéuticos y pilares del funcionamiento de la red.

La red difiere del concepto clásico de niveles de atención en salud, ya que en la red no hay niveles sino componentes u organizaciones debidamente acreditadas, que interactúan libremente entre sí y que desarrollan acciones específicas.

4.1. CARACTERÍSTICAS DE UNA RED TERRITORIAL

Las siguientes son las características que podrían definir una red territorial para el abordaje del consumo de drogas:

- Organización funcional que utiliza los programas y establecimientos preexistentes (unidades funcionales), sean o no específicos sobre el tema drogas, y promueve el desarrollo de aquellas unidades que se definan como deficitarias o prioritarias.
- Incluye unidades funcionales del sector público y privado.
- Sus componentes o unidades funcionales tienen definidas sus funciones específicas en la red. La presencia de más de un componente con la misma especialidad no constituye un problema.
- La red posee una estructura funcional y/o administrativa semejante a un sistema abierto, y los componentes se relacionan entre sí de modo complementario y sinérgico.
- Tiene límites geográficos definidos.
- Los componentes se ordenan funcionalmente de acuerdo a los servicios que ofrece cada uno de ellos y a flujos internos de derivación e información.
- La red posee una coordinación o dirección, la cual podría ser rotatoria entre los distintos componentes que puedan cumplir esta función.
- Posee canales de comunicación y referencia interna y un sistema nosológico consensual.
- La red tiene una definición de sus funciones, entre las que se incluye: planificación, organización, coordinación, evaluación, producción de servicios directos e indirectos.

4.2. COMPONENTES Y USUARIOS DE LA RED

A grandes rasgos, los integrantes de la red son:

- a) Todos los establecimientos, programas, equipos de trabajo o personas que desarrollan actividades de prevención, tratamiento o rehabilitación del consumo de drogas, en el área territorial que se pretende abordar.

- b) Todos los establecimientos, programas, equipos de trabajo o personas que realizan actividades en otros problemas de salud, o de otros sectores, y que pueden apoyar la prevención, tratamiento y rehabilitación en consumo de drogas.

De este modo la red estaría compuesta por unidades específicas del tema drogas y unidades no específicas para el tema drogas, las cuales pueden participar de los procesos de prevención, tratamiento o rehabilitación, mediante las actividades que les son propias. Ejemplo de unidades no específicas serían: unidades de capacitación y empleo, servicios de medicina interna de hospitales, servicios de urgencias generales, unidades vecinales, departamentos municipales, organizaciones comunitarias, etc.

La red estará compuesta a lo menos por:

- Unidades asistenciales o nodos
- Usuarios o destinatarios
- Organismos comunitarios
- Sector institucional, público y privado

Las unidades asistenciales son todas aquellas organizaciones que cumplen alguna función de recuperación o rehabilitación, independientemente de su origen administrativo. Ejemplos de éstas son: Comunidades Terapéuticas, Servicios de Psiquiatría, COSAM, SAPU, Unidades de Emergencia, Grupos de Autoayuda, Policlínicos de ONG, Grupos de Acción Comunitaria, etc.

Entre los usuarios o destinatarios de la red se distinguen los usuarios externos como: Dependientes de drogas, Consumidores de drogas, Grupos de riesgo, Familias de los consumidores de drogas, Centros laborales, Centros educacionales, Organismos de gobierno, Organismos de comunicación social; y los usuarios internos como: las unidades asistenciales o nodos de la propia red, servicios de salud, entre otros.

Los organismos comunitarios de la red serán todas aquellas organizaciones formales e informales motivadas en el trabajo de prevención, tratamiento y rehabilitación en consumo de drogas; ejemplo de ellas son: Unidades vecinales, Centros de madres, Agrupaciones culturales, deportivas, religiosas, Sindicatos, Organizaciones empresariales, etc.

El sector institucional de la red está representado, entre otros, por: departamentos municipales, servicios de salud, servicios de bienestar y/o médico de empresas, ONG's, Sename, Sernam, INJ, Sector judicial, policías, etc.

5. CONCLUSIONES

El modelo de atención descrito se encuentra parcialmente implementado en Chile. Es así como en el año 1995 se alcanzó un crecimiento significativo en el número de actividades del área alcohol y drogas en todo el Sistema Nacional de Servicios de Salud. Este crecimiento afectó tanto a las medidas de regulación de la oferta de sustancias como a la promoción de salud mental y prevención, tratamiento y rehabilitación del abuso.

La cobertura alcanzada con actividades de prevención permitió una cobertura del 16,8% en la población de 10 a 17 años, lo cual implicó un aumento de 4 veces el número absoluto de niños y jóvenes beneficiados, en relación al año anterior. El número de personas atendidas por problemas de alcohol y drogas en el Sistema superó las 30.000, con una cobertura de 9,5%, lo cual duplicó las cifras de años anteriores. Por primera vez se dispuso de información epidemiológica a lo largo del tiempo, en dos años consecutivos, en cinco Servicios de Salud.

Los equipos de salud que trabajan en el área de alcohol y drogas a lo largo del país han alcanzado una mayor validación y consolidación. En la pro-

moción y prevención, han sido capaces de extender las acciones más allá del sistema escolar, incluyendo en forma creciente el trabajo comunitario. Los 100 profesionales contratados para rehabilitación completaron en 1995 su capacitación básica, se conformaron como equipo, e iniciaron el trabajo en red con instituciones públicas y privadas.

No obstante lo anterior, la brecha entre lo logrado y las necesidades crecientes en este campo aún son enormes. Probablemente, para lograr un impacto significativo en los indicadores de morbimortalidad, de acuerdo a experiencia de otros países, se necesite aumentar la cobertura de prevención en 3 veces y la de tratamiento y rehabilitación en 2. Además de un avance global como país, se requiere superar las grandes diferencias existentes en los niveles de cobertura entre los Servicios de Salud (desde 2,4% a 60,5% en prevención).

Otro aspecto fundamental de la productividad es asegurar la calidad de las acciones en marcha. No es lo mismo que en un Servicio de Salud se esté invirtiendo en promedio \$ 98 al año por cada niño en prevención, y que en otro se destinen más de \$ 3.000 para el mismo fin. De manera similar, en tratamiento y rehabilitación, un promedio de intervenciones individuales o grupales cercano a 1 en un Servicio de Salud, indica que las posibilidades de ayudar efectivamente a la mayoría de los consultantes por problemas de alcohol y drogas en esa red de atención es extremadamente baja.