

ARTÍCULOS

Pensamiento y Acción Interdisciplinaria

PROCESOS CRÍTICOS PARA LA ENTREGA DE SERVICIOS DE REHABILITACIÓN DE CALIDAD A PERSONAS DROGODEPENDIENTES: UNA MIRADA DESDE LOS PROFESIONALES

CRITICAL PROCESSES FOR THE DELIVERY OF QUALITY REHABILITATION SERVICES TO DRUGDEPENDENTS.

AN APPROACH FROM PROFESSIONALS

Recepcionado: 26 de Agosto de 2016 / Aceptado: 30 de Octubre de 2016

Adolfo Alejandro Soto Lagos¹

Resumen

La investigación que pretende divulgar el presente artículo, tuvo como objetivo central determinar los procesos críticos relevantes presentes en los centros de tratamiento de personas drogodependientes, modalidad ambulatorio intensivo (PAI) y residencial (PR) en la Provincia de Concepción. Estos procesos fueron estudiados, a partir de la experiencia de profesionales vinculados a dichos centros de tratamiento. En este marco, el estudio se llevó a cabo en dos etapas: la primera etapa fue de valoración cualitativa de opiniones y juicios (análisis de contenido), con el fin de construir una lista de procesos críticos relevantes en la entrega de prestaciones. En la segunda etapa, se llevó a cabo una medición cuantitativa de tipo descriptivo simple y descriptivo bivariado a través de ANOVAS, que permitió medir los parámetros ideales para la entrega de prestaciones y el nivel de importancia otorgado a cada uno de ellos.

El proceso de estudio, permitió construir categorías de análisis para abordar el problema de la de calidad en los tratamientos de rehabilitación por consumo de drogas, así como también generó indicadores asociados a estándares de calidad, que pueden resultar útiles en la configuración futura de modelos para la gestión de la calidad en políticas públicas para la salud, a partir de la consideración de la calidad total.

Palabras claves: consumo de drogas, tratamiento, gestión de calidad, procesos críticos, estándares de calidad, salud mental.

Abstract

The main objective of this research was to determine the critical processes present in drug treatment centers, intensive ambulatory (PAI) and residential (PR) in the Province of Concepción. These processes were studied, based on the experience of professionals linked to these treatment centers. In this context, the study was carried out in two stages: the first stage was a qualitative assessment of opinions and judgments (content analysis), in order

¹ Trabajador Social, Magister en Trabajo Social y Políticas Sociales, docente Asistente (según jerarquización), Universidad Santo Tomás sede Concepción. Correo electrónico: adolfosoto@santotomas.cl

to build a list of critical processes relevant to the delivery of benefits. In the second stage, a quantitative measure of descriptive simple and descriptive bivariate was carried out through ANOVAS, which allowed to measure the ideal parameters for the delivery of benefits and the level of importance granted to each one of them.

The study process allowed us to construct categories of analysis to address the problem of quality in drug rehabilitation treatments, as well as generating indicators associated with quality standards that may be useful in the future configuration of models for the management of the quality in public policies for the health, from the consideration of the total quality.

Key words: Drug consumption, treatment, quality management, critical processes, quality standards, mental health

Introducción y planteamiento del problema

De acuerdo con el reciente informe mundial de drogas, los niveles de consumo de sustancias ilícitas en el último lustro a pesar de no haber aumentado significativamente (o proporcionalmente con la población mundial), tienden a crecer cada año. En el 2014 las cifras muestran que 1 de cada 20 personas adultas consumieron algún tipo de droga y se calcula que más de 29 millones de personas en todo el mundo, sufren trastornos asociados al consumo, pero solamente 1 de cada 6 recibe tratamiento (United Nations Office on Drugs and Crime, 2016).

Por otro lado, la OPS (Organización Panamericana de Salud), mediante el informe regional sobre el consumo de alcohol y la salud en las Américas (OPS, 2015), informa que más de 300.000 muertes en toda la región fueron causadas por el consumo de alcohol en 2012. Una de las principales causas de muerte principal atribuible al alcohol es la cirrosis para ambos sexos, y entre los hombres, la cifra de mortalidad por alcohol está distribuida mayoritariamente entre los traumatismos atribuibles al alcohol (accidentes automovilísticos, violencia) y las disfunciones plenamente atribuibles al alcohol (hepatopatías, intoxicación etílica), y el grupo de mayor incidencia es el de mayores de 70 años.

Contrastando estos datos con algunos resultados de estudios nacionales, puede realizarse algunas observaciones sobre las conductas de riesgo que están íntimamente asociadas al consumo problemático de alcohol y drogas. Por ejemplo, el grupo de personas que usa drogas inyectables en Brasil, es un grupo especialmente vulnerable al contagio de enfermedades transmisibles al compartir agujas infectadas o sostener relaciones sexuales con varias parejas del mismo sexo y sin protección (Monteiro & Bertoni, 2014). Por su parte en Chile, el consumo de

alcohol per cápita es elevado y se concentra en unos pocos días de la semana, por lo que cada ocasión de consumo se caracteriza por la ingesta de una gran cantidad de alcohol, poniendo a los consumidores y consumidoras en riesgo de padecer problemas de salud, la mayoría de ellos crónicos (MINSAL, 2010).

Estos datos revelan que existen problemas serios de salud, asociados al consumo problemático de drogas y alcohol y que la adicción a las sustancias en sí, es un problema de salud pública de alta consideración. La propagación de ETS (VIH/SIDA y Hepatitis C como prevalentes), y el aumento progresivo en las cargas de morbilidad a causa de sobredosis o accidentes mortales relacionados con las altas ingestas de alcohol, solo o en combinación con otras sustancias, son asuntos que deberían ser atendidos con especial atención por parte de los Estados en sus políticas para el tratamiento del consumo.

Al respecto, las consecuencias que tiene en el bienestar de las comunidades tanto el comercio ilegal como el uso abusivo de drogas, no pueden observarse tomando en cuenta parcialmente el aumento en los niveles de riesgo de contagio de enfermedades, o los índices de accidentabilidad, muertes o comisión de delitos, asociados al uso de alguna sustancia en particular. Es necesario considerar, como lo plantea el citado informe mundial de drogas, su afectación en determinados aspectos del desarrollo sostenible de las comunidades en cada Estado, y actuar consecuentemente con una visión integradora y promotora de capacidades tanto a nivel individual, como comunitario, local y nacional.

Reforzar las políticas para combatir la pobreza, aumentando el llamado “gasto público” en salud es una de las vías que para reducir la desigualdad en Chile, plantea un informe reciente de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OECD, 2015). Sin embargo, según el mismo informe, esfuerzos adicionales se hacen necesarios para combatir la pobreza de manera eficaz, como las medidas para la formalización de empleos, la disminución de la desigualdad en el nivel ingreso, y a largo plazo, la mejora en la oferta de oportunidades para que niños, niñas y jóvenes se desarrollen plenamente, gracias a atenciones de calidad en materia de salud y educación.

Las medidas adoptadas actualmente para prevenir y contrarrestar los problemas de salud asociados al consumo problemático de alcohol y drogas en el territorio chileno, están siendo valiosas pero distan aún de garantizar la efectividad en los tratamientos o de contrarrestar la exclusión y el limitado acceso a cupos de tratamiento. Esta situación remarca la importancia de formular, ejecutar y evaluar políticas y estrategias nacionales contra las drogas, con base en evidencia e incluyendo una perspectiva transversal de los

derechos humanos, tal y como lo resalta el segundo de los objetivos del “Plan de Acción Hemisférica contras las Drogas”, acogido por todos los estados parte de la Organización de Estados Americanos (OEA):

Formulate, implement, evaluate and update national drug policies and/or strategies that will be comprehensive and balanced, based on evidence that include a cross-cutting human rights perspective, consistent with obligations of parties under international law with a focus on gender and emphasizing development with social inclusion. (CICAD, 2016, pág. 1)

Para ofrecer tratamientos de rehabilitación por consumo en el marco de lo propuesto por la Comisión Interamericana para el Control y Abuso de Drogas – CICAD, debe trabajarse entonces en la implementación a nivel país de mejoras concretas, tales como la selección de tratamientos probados científicamente o la implementación de protocolos basados en evidencia, además de la formalización de la implementación del enfoque de género en todas las atenciones. Estos avances significarían una mejora sustancial para las políticas públicas en salud, ya que un tratamiento que se brinde acorde a ciertos parámetros validados científica y técnicamente, permitiría atender efectiva, diferenciada y sistemáticamente a las personas con problemas de adicción.

En alusión a lo anterior, la política nacional para el control de consumo de alcohol y drogas está caracterizada principalmente por la integración de actividades de prevención en salud y la instalación de servicios de tratamiento terapéutico. Los servicios de tratamiento se agrupan en tres modalidades distintas: ambulatorio básico, ambulatorio intensivo y residencial, mediante los cuales el SENDA (Servicio Nacional de Drogas y alcohol), intenta promover acciones gracias a la atención en redes asistenciales públicas o mediante programas adjudicados a entidades privadas, vía concurso **público**.

A pesar del esfuerzo denodado por parte del SENDA en conjunto con otras instituciones **públicas y privadas**, por brindar alternativas a las personas para la superación de sus problemas de adicción o consumo problemático, en necesario que se diseñen políticas públicas intersectoriales, que resguarden el derecho a la rehabilitación efectiva, tal y como lo considera el Estado chileno.

Dada la naturaleza de los problemas que se busca tratar de resolver, este derecho debería ser garantizado en términos de calidad y los usuarios afectados por trastornos asociados al consumo de drogas, deberían contar con las mejores condiciones posibles para su recuperación, participando de un tratamiento psico-

lógico que puede ser breve, pero respaldado por pruebas científicas y con apoyo empírico (Labrador, Echeberrúa, & Becoña, 2000).

Reconociendo lo complejo que resulta la implementación de mejoras relacionadas con la gestión de la calidad en los tratamientos, y valorando el grado de centralidad que tiene la organización de la oferta de atenciones y prestaciones en salud, para los procesos de articulación entre políticas sectoriales que guardan relación con la inclusión y la superación de las brechas, es posible considerar como urgente cualificar la y homologar los niveles de calidad en la atención terapéutica. Todo esto con el propósito de brindar a las personas sin que medie su género, condición social o económica, acceso libre a tratamientos efectivos para superar sus problemas de adicción o consumo problemático.

En atención a lo que hasta aquí se ha expuesto, existen varias razones para que el diseño de estrategias de evaluación y mejora de los sistemas de tratamiento, se convierta en un asunto ingente e ineludible para la política pública chilena en materia de salud.

Por lo anterior, la investigación que pretende divulgar el presente artículo, abordó la evaluación de ciertos aspectos que influyen determinadamente en la efectividad de los servicios de tratamiento a personas con problemas de consumo de alcohol y drogas, en la VIII Región del Biobío, buscando aportar a la discusión y a la reflexión en torno a la gestión de la política pública en salud, tanto a nivel local, como regional y nacional.

El estudio se centró en determinar de manera particular, los aspectos que cualitativamente los profesionales de los centros de tratamiento, consideran como procesos críticos o aquellos procesos que siendo relevantes para la organización, es decir, claves, muestran un pobre desempeño con relación a la calidad con que se brindan a los clientes (Pozo & Rodríguez Cotilla, 2005). Sobre esta base de información, se analizó cuantitativamente cuales son los márgenes de incidencia o correlación que existen entre sus opiniones y determinadas variables socio-demográficas (como sexo, edad, nivel de ingresos, años de experiencia y de formación técnica o profesional, entre otras).

El enfoque metodológico partió de la consideración de un modelo propuesto por Fernández para la evaluación de la calidad de los servicios entregados en centros de tratamiento para personas drogodependientes. En dicho modelo, los criterios fundamentales propuestos para formular y ejecutar dicha evaluación son: Accesibilidad, Eficacia, Adecuación, Coordinación, Continuidad, Satisfacción

usuaria, Satisfacción de Profesionales, Eficiencia y Calidad Científico Técnica (Fernández, 1999). Gracias al proceso de investigación y a partir de trabajos de construcción colectiva, se incorporaron otros dos criterios adicionales: Redes e Infraestructura.

De igual forma, el estudio asumió el análisis y aplicación del concepto de calidad total propuesto por la EFQM, que proporciona un conjunto de criterios para definir a las organizaciones de excelencia, capaces de lograr buenos resultados en sus procesos y mantenerlos (Maderuelo, 2002). Los criterios considerados o procesos críticos incluidos en la discusión con los grupos de profesionales consultados fueron: Liderazgo, Política y estrategia, Personas, Recursos y alianzas, Procesos, Resultados relativos a los clientes, Resultados relativos al personal, Resultados relativos a la sociedad y Resultados Claves.

Materiales y métodos

El estudio se desarrolló con una metodología mixta, que inició con una fase cualitativa, compuesta por la realización y sistematización de 2 grupos focales, en los que participaron profesionales de 9 centros de tratamiento (tanto para personas adultas como para niños, niñas y adolescentes), focalizados en la Provincia de Concepción². Durante esta fase se buscó determinar, gracias a la reducción fenomenológica de las opiniones vertidas en la discusión, la mayor cantidad de elementos asociados a la calidad en el tratamiento de personas con problemas de adicción, presentes en la experiencia y en los criterios operativos mediante los que se guían los profesionales y técnicos consultados.

Dichos elementos, en una segunda fase de tipo cuantitativa, fueron operacionalizados mediante matrices y variables siguiendo el modelo de calidad total y en función de ciertos hallazgos, se consideraron ciertas dimensiones, subdimensiones e indicadores de calidad, sobre los cuales se volvió a consultar a los participantes. Un instrumento tipo encuesta fue el medio para valorar el grado de importancia que se le da a cada proceso crítico.

Al respecto de la fase cuantitativa, se llevó a cabo un análisis descriptivo univariado y bivariado para determinar los ideales o estándares de calidad asociados a cada proceso crítico, tratando de demostrar la relación existente entre estos

² Se tomó en cuenta como universo de estudio, las opiniones y experiencias de un grupo de profesionales vinculados a centros de tratamiento con modalidad ambulatoria intensiva (PAI) y residencial (PR), que financiados por SENDA, funcionan en la Provincia de Concepción solamente y representan el 85% de la oferta regional.

ideales y distintas variables socio-demográficas tales como el sexo, la edad, la experiencia acumulada y el monto de remuneración por prestación de servicios profesionales o técnicos en procesos de tratamiento.

Cabe aclarar que al respecto de lo anterior, que en la norma y orientaciones técnicas de los planes de tratamiento para personas adultas con problemas asociados al consumo de drogas, se reconoce la importancia de organizar el proceso de tratamiento en cuatro etapas generales, de acuerdo a cómo se logre gestionar y evolucione el tratamiento particular de cada persona (SENDA, 2012). Las etapas de tratamiento propuestas, han sido acogidas como una especie de modelo por la mayoría de los centros en su oferta terapéutica, lo que hace dividir el proceso para su implementación y evaluación a grandes rasgos en:

- Acogida, para el diagnóstico y adaptación al tratamiento.
- Intervención en profundidad, para el desarrollo de factores protectores y competencias para la mantención de la abstinencia.
- Incorporación, para la preparación del egreso.

El estudio se centró en indagar y analizar la forma real/factual, con la que operan los centros de tratamiento ambulatorio intensivo y residencial en la Provincia de Concepción, encontrando que el programa terapéutico es el centro de la intervención, y a través suyo se busca contener y articular todos los elementos que sustentan el servicio que entrega cada centro.

Este servicio debe ser prestado en atención a ciertos estándares establecidos por el convenio de funcionamiento, y deben configurarse como un conjunto suficiente de acciones y prestaciones que incorporen aspectos tales como una duración estimada para el tratamiento, un conjunto mínimo de prestaciones e intervenciones y un diseño por etapas (SENDA, 2012).

A pesar de la presencia de la norma y las orientaciones técnicas para organizar los procesos de tratamiento en Chile, es sumamente importante destacar la ambigüedad que existe en cuanto a las medidas exigidas para cada centro con el fin de asegurar el derecho a un tratamiento efectivo.

Más allá de una expresión de voluntades particulares por generar protocolos o medidas estándar en atención, la política actual llega a dar un seguimiento tan solo preliminar a la calidad de las prestaciones brindadas. Existe un espacio por llenar, relacionado con la generación de marcos orientativos para la gestión inte-

gral de la calidad, con el fin mejorar el funcionamiento de las organizaciones en general, y de los servicios públicos de salud en particular (Soto Lagos, 2012).

Resultó importante en relación con lo anterior, verificar cómo la oferta pública de tratamiento para la superación del consumo problemático de drogas y alcohol en la Provincia de Concepción, está determinada por problemas como el fortalecimiento de la inversión pública o la atención de parte de profesionales poco especializados, mal remunerados y/o cualificados (Soto Lagos, 2012). De igual forma, se comprueba la ausencia de una gestión que promueva la evaluación, monitoreo y seguimiento con base en la evidencia, para los planes de tratamiento en que participan las personas a través de la oferta pública y privada. Esto incide directamente en la perpetuación de la exclusión de grupos de menor nivel socioeconómico, pues son estos grupos más vulnerables a caer en la drogodependencia, y a manifestar recaídas durante los procesos de tratamiento (CICAD, 2016).

La necesidad de articular de mejor forma la oferta de tratamiento, y sobre todo, de revisar experiencias en el contexto actual de las políticas **públicas en salud que guían el quehacer del grupo de profesionales y técnicos**, incluidos en el universo de estudio, fueron dos de las premisas con las se buscó identificar y sistematizar algunas de las prácticas y procedimientos que asegurarían la calidad en la oferta de tratamientos.

Al respecto, si bien el distinguir de manera detallada algunos elementos nucleares o procesos críticos que afectan la promoción de la calidad y efectividad en los tratamientos no se puede considerar un logro excepcional, es relevante que a propósito de las opiniones expresadas por los profesionales incluidos en este estudio, se comience a dialogar y a generar plataformas para la construcción participativa de políticas públicas. Se puede y debe contar con ese proceso, para la articulación de las ideas y esfuerzos que las organizaciones de la sociedad civil, representantes del mundo académico y de las mismas familias y comunidades afectadas por los problemas que causa el consumo problemático de drogas, ya están desarrollando activamente.

Resultados y hallazgos

En relación al análisis descriptivo univariado, se presentan a continuación aquellos factores o indicadores que resultaron preponderantes en cada proceso crítico, según lo consultado con el grupo de personas que participaron como informantes del estudio.

Respecto a la accesibilidad al centro de tratamiento, se presentan como factores más incidentes, el “pronto ingreso a tratamiento una vez realizada la derivación” (85%) y “que exista locomoción pública cercana al centro de tratamiento” (77%). Cabe señalar, que estas dos situaciones, actúan como principales barreras para el acceso a tratamiento y que la demora asociada al ingreso a algunos centros de tratamiento, puede verse aumentada gracias a las pocas posibilidades reales que existen para el desplazamiento directo entre el domicilio y el Centro de Tratamiento y viceversa. Esto afecta a la persona en tratamiento y a sus familiares, según lo comentado por los y las participantes del estudio.

Por otra parte, en relación con la adecuación, aparece como el factor de mayor influencia “el ingreso expedito una vez se ingresa a lista de espera” (81%). Al respecto, muchos centros de tratamiento cuentan con amplias listas de espera (debido a la alta demanda de tratamiento) y ante esta situación, los y las profesionales consultados manifestaron preocupación sobre la incidencia que tiene la prolongada espera para el ingreso al proceso de tratamiento, en el resultado final del proceso. En razón a dicha demora, parte importante de los usuarios en lista de espera podrían verse afectados en sus posibilidades reales de superar problemas de consumo, al no recibir atenciones a tiempo y que aseguren el manejo adecuado de episodios de recaída o deserción de los programas de tratamiento.

En lo que respecta a la eficacia, las situaciones más relevantes a tomar en consideración son: que exista “Una adecuada proporción entre horas contratadas de profesionales y carga laboral” (93%), “Que el centro utilice todos los recursos aportados vía convenio (financiamiento estatal)” (85%) y que “El centro cuente con toda la planta profesional que estipulan las normas técnicas” (82%).

Las fallas asociadas a estas situaciones, se traducen en la operación de programas de tratamiento profesionales que presentan una alta carga laboral, en relación con las horas contratadas, disponiendo de poco tiempo para prestar un servicio profesional de calidad. Sumado a esto, se evidencia una mala o deficiente utilización de los recursos ingresados vía convenio, no invirtiendo lo necesario para implementar mejoras significativas en el servicio. Por último, se piensa que algunos centros pueden estar operando sin toda la planta profesional y técnica requerida por norma técnica o con personal poco calificado.

En cuanto a los factores incidentes en satisfacción usuaria, resultó importante considerar que “Los usuarios deben sentirse acogidos y bien tratados en el centro de tratamiento” (92%). De igual forma, existe una alta valoración por “La generación de un buen vínculo terapéutico entre profesionales y usuarios/as” (89%), y se otorga también alto nivel de importancia a “La sensación de progresar en el tratamiento por parte del usuario/a” (85%), así como el hecho de “Que los usuarios/as perciban relaciones armónicas entre profesionales” (85%).

En este punto, se acentúan algunos problemas asociados al vínculo terapéutico (profesional/usuario), tales como los tratos inadecuados o distantes, que no facilitan la generación de confianza en el equipo profesional por parte de los usuarios y usuarias. Al respecto, la calidad del tratamiento o de los sistemas de tratamiento se ve mermada gracias a las dificultades para establecer un adecuado vínculo terapéutico, elemento esencial para lograr un buen nivel de adherencia al tratamiento.

Por otra parte es importante, según lo expresado por los participantes del estudio, que todo usuario pueda sentir confianza en el tratamiento y que puedan observar que existen garantías para el logro de avances y resultados específicos, de acuerdo a cada etapa del plan de tratamiento. Al no poseer esa confianza, la motivación por la superación de los problemas de adicción, puede disminuir sensiblemente. De igual forma, se evidencia que los usuarios y usuarias pueden percibir tensiones y conflictos al interior de los equipos de personas a cargo del tratamiento, lo que desalentaría o expondría al usuario/as a un clima poco grato que afecta su permanencia.

Respecto de los procesos de coordinación, surgieron opiniones que consideran como factor preponderante en la promoción de una atención de calidad, “La existencia de una comunicación fluida entre profesionales” (93%), particularmente en los procesos de traspaso de información sobre los avances en el tratamiento de usuarios y usuarias. Al respecto, el traspaso de información entre los miembros de los equipos a cargo de los centros de tratamiento, no guardaría los márgenes de confidencialidad de la información que se requiere, por falta de protocolos o prácticas de traspaso efectivo de la información. Es necesario entonces, que todos los equipos cuenten con un adecuado manejo de las informaciones y de canales para su traspaso, sin violar el derecho a la confidencialidad que tiene cada usuario o usuaria.

Al consultar sobre la continuidad de los tratamientos, el asunto que mayor incidencia refleja es la necesidad de contar con tratamientos en donde se dé “el menor número de interrupciones posibles” (48%). Se aprecia por parte del grupo de profesionales, que los quiebres o discontinuidades en el tratamiento afectarían notoriamente los resultados del mismo, y se insiste en que las labores para

el rescate y recuperación de los usuarios y usuarias, deben articularse a algún proceso dentro de la agencia de tratamiento por parte de cada centro terapéutico.

En relación con la satisfacción de los recursos humanos, el factor considerado como de mayor importancia es la “existencia de un buen clima laboral” (93%) y de “un alto grado de compromiso de los/las profesionales” (93%). Enseguida se ubica como factor, la gestión del bienestar del recurso humano, ya que “el centro debe procurar instancias de autocuidado y otros beneficios para sus trabajadores/as” (89%).

Si bien en relación con este proceso, se comentó reiteradamente que los bajos niveles de ingreso surgían como un problema a considerar, al valorar comparativamente los factores que inciden en el bienestar del grupo de personas a cargo de los centros de tratamiento, se puede observar la presencia de otros factores a considerar. La presencia o ausencia de conflictos y tensiones entre colegas, la falta de compromiso en torno al tratamiento de los usuarios y usuarias por parte del equipo técnico, y la falta de instancias de autocuidado y desarrollo personal en un trabajo en el que existe una alta exposición al estrés y la frustración, son asuntos que hay que atender de manera privilegiada.

Respecto de la infraestructura, lo más valorado por los profesionales es la “existencia de dependencias suficientes para un óptimo desarrollo del trabajo” (93%) y la “existencia de mobiliario suficiente y en buen estado” (93%). En un segundo nivel de importancia, aparece la “necesidad de contar con dependencias limpias” (89%). En relación con estos datos, los elementos que resultan críticos son la disposición de espacios o dependencias adecuadas para este tipo de prestaciones y la elección pertinente de mobiliario para desarrollar un óptimo trabajo terapéutico.

En cuanto a la eficiencia en el uso de los recursos, lo más importante para el grupo de profesionales consultados es “contar con una cantidad de recursos suficientes y necesarios” (89%) y que “exista un uso adecuado de los recursos” (93%), es decir para los fines convenidos. En torno a este proceso, los elementos críticos que se desprenden, están vinculados con la gestión administrativa y financiera de los centros, dado que el monto de recursos necesario para operar y ofertar buenos servicios, puede variar entre un centro y otro. Sin embargo, en la opinión de los profesionales consultados, el monto de gastos y operaciones no es manejado efectivamente, a pesar de que la firma de convenios de ejecución debería garantizar una adecuada presupuestación y organización de los recursos, o al menos ajustado a la oferta.

En cuanto a redes comunitarias, en el estudio se encontró con que el factor preponderante es que “la comunidad conozca el área de trabajo del centro y el

perfil de sus usuarios/as” (70%). El grupo de profesionales consultados, le otorgó **mucha importancia al trabajo en red**, considerándose como un nodo crítico para el reconocimiento de las redes locales de salud, y más puntualmente de salud mental, así como el reconocimiento social, familiar o comunitario del trabajo que realiza el centro de tratamiento en favor de sus usuarios y usuarias.

Por último, en relación con la calidad científico técnica, lo más importante es que “el centro cuente con un Programa terapéutico actualizado y en permanente revisión” (93%). Tomando en consideración esto, un asunto crítico es la capacidad técnica que llegue a desarrollar cada centro de tratamiento, para poseer y agenciar un adecuado modelo y planes de tratamiento conforme a programas actualizados o en permanente actualización de acuerdo a las nuevas tendencias en tratamiento terapéutico.

Procesos críticos y factores asociados

En relación con el análisis bivariado realizado a través de ANOVAS, se buscaron diferencias significativas en las percepciones de la importancia asignada a los procesos críticos y sus componentes. Los hallazgos permiten valorar algunos contrastes en la importancia otorgada a los procesos críticos, según sea la modalidad bajo la que trabaja cada centro de tratamiento (PAI y o PR). Las diferencias más marcadas se dieron principalmente en torno al proceso de Coordinación ($t=2,46$, $p=0,054$), e Infraestructura ($t=12,42$, $p=0,0064$), en donde los promedios más altos de importancia asignada, están en presentes en el grupo de profesionales pertenecientes a centros residenciales.

Por otra parte, en cuanto a la calidad científico técnica ($t=5$, $p=0,0064$), existe un promedio más alto de importancia otorgada en los profesionales de centros ambulatorios intensivos. También se puede observar cierta ponderación, aunque de menor importancia, para en el proceso crítico eficiencia ($t=2,73$, $p=0,0857$).

De igual forma, es importante destacar que al estudiar la relación entre la valoración de la importancia de los procesos críticos, y algunas variables socio-demográficas, se encontró que en relación con el sexo de las personas entrevistadas, se marcan diferencias considerables en los proceso calidad científico técnica ($t=6,93$, $p=0,0242$) e infraestructura ($t=4,97$, $p=0,0565$), en las que los promedios de importancia **más altos corresponden** a los hombres, al igual que en accesibilidad ($t=4,49$, $p=0,0715$). En relación con el proceso de coordinación, son las mujeres quienes tienen promedios más altos en la importancia asignada ($t=3,08$, $p=0,0594$).

En el marco de la influencia de otras variables en la valoración de los procesos críticos, no se encontraron diferencias significativas en cuanto a la edad y profesión de los encuestados. Sin embargo se puede señalar que los profesionales de menor edad, presentaron promedios levemente mayores de valoración en casi todos los procesos críticos estudiados.

Tampoco se encontraron diferencias significativas con respecto al tiempo de trabajo en un mismo centro de tratamiento, ni en cuanto a la experiencia laboral en temas específicos, como el tratamiento de adicción y manejo de la salud mental de los usuarios. Por último, se considera importante rescatar que para dos procesos específicos, el grupo con experiencia laboral menor a 3 años, les otorga mayor importancia o valoración. Los aspectos relacionados con la satisfacción de los/las usuarios y usuarias ($F=2,46$, $p=0,0907$) y la eficiencia ($F=3,13$, $p=0,0474$), puntúan levemente más alto que el resto de grupos.

Síntesis para una propuesta de indicadores de Calidad

El análisis descriptivo arrojó información relevante en términos de los niveles o estándares ideales en cada proceso crítico, permitiendo lanzar a partir del estudio, una propuesta de estándares de calidad que toma como base, cada componente de los aquí denominados procesos críticos para el tratamiento del consumo problemático de drogas. Por la incidencia que tienen en la agencia de procesos de tratamiento, en su evaluación y cualificación, es que resulta importante no pasarlos por alto.

Para la revisión detallada de la propuesta, se presenta a continuación la tabla número 1: “Propuesta de estándares de calidad a partir de procesos críticos para el tratamiento”, cuya elaboración es producto de un ejercicio de síntesis, con el que el investigador quiere aportar elementos para la discusión sobre el problema de la calidad de los tratamientos, su evaluación y la necesidad de implementar sistemas de mejora continua en el marco de la calidad total de los procesos de atención en salud.

Tabla 1: Propuesta de estándares de calidad a partir de procesos críticos para el tratamiento. ³

| Proceso Crítico (Criterio) | Subcategoría | Indicadores de Calidad | Estándar | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|---|------------|-----------|---------------------|---------------------|-------------|-------------|------------|------------|------------|-------------|---------------------------|------------|-----------------------|---------------------------|------------|-----------------------|-------------|------------|--|-------------|
| Accesibilidad | Ubicación | Emplazamiento del centro respecto otros centros de salud | <ul style="list-style-type: none"> • A menos de 300 mts. De un centro asistencial | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Medios de transporte requeridos para llegar al centro | <ul style="list-style-type: none"> • En un radio de 100 mts. De la ubicación del centro de tratamiento. • Da lo mismo la cantidad de medios de transportes requeridos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Financiamiento de los costos de traslado | <ul style="list-style-type: none"> • Entre un 50% y un 100% de los gastos del usuario/a • Hasta un 50% de los gastos del tutor/a | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Ingreso a tratamiento | Factibilidad del ingreso | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Tiempos de espera | <ul style="list-style-type: none"> • No más de una semana | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Eficacia | Recursos Humanos | -Tipo de profesionales disponibles (planta mínima por programa) | <table border="0"> <tr> <td>PAI</td> <td>PR</td> </tr> <tr> <td>Trabajador/a social</td> <td>Trabajador/a social</td> </tr> <tr> <td>Psicólogo/a</td> <td>Psicólogo/a</td> </tr> <tr> <td>Psiquiatra</td> <td>Psiquiatra</td> </tr> <tr> <td>Paramédico</td> <td>Enfermero/a</td> </tr> <tr> <td>Técnico en Rehabilitación</td> <td>Paramédico</td> </tr> <tr> <td>Terapeuta ocupacional</td> <td>Técnico en Rehabilitación</td> </tr> <tr> <td>Educador/a</td> <td>Terapeuta ocupacional</td> </tr> <tr> <td>Talleristas</td> <td>Educador/a</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Talleristas</td> </tr> </table> | PAI | PR | Trabajador/a social | Trabajador/a social | Psicólogo/a | Psicólogo/a | Psiquiatra | Psiquiatra | Paramédico | Enfermero/a | Técnico en Rehabilitación | Paramédico | Terapeuta ocupacional | Técnico en Rehabilitación | Educador/a | Terapeuta ocupacional | Talleristas | Educador/a | | Talleristas |
| | | PAI | PR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Trabajador/a social | Trabajador/a social | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Psicólogo/a | Psicólogo/a | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Psiquiatra | Psiquiatra | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Paramédico | Enfermero/a | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Técnico en Rehabilitación | Paramédico | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Terapeuta ocupacional | Técnico en Rehabilitación | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Educador/a | Terapeuta ocupacional | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Talleristas | Educador/a | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Talleristas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Experiencia de los profesionales en drogodependencia y/o salud mental | <ul style="list-style-type: none"> • 1 año como mínimo | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| N° de hrs. Profesionales contratadas (por cada 10 usuarios/as) | PAI: | <ul style="list-style-type: none"> - Jornada completa: Trabajador/a Social, Psicólogo/a, Técnico en Rehabilitación. - Media jornada: Enfermero/a, paramédico, terapeuta ocupacional, tallerista. - Un cuarto de jornada y menos: Psiquiatra, terapeuta natural. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | PR: | <ul style="list-style-type: none"> - Jornada completa: Trabajador/a Social, Psicólogo/a, Técnico en Rehabilitación, paramédico, educador/a. - Media jornada: Enfermero/a, Terapeuta ocupacional, tallerista. - Un cuarto de jornada y menos: Psiquiatra, terapeuta natural | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

³ Nota aclaratoria: Los valores asociados a la referencia de las rentas del Recurso Humano debe ser actualizado al 2016. Como ejemplo, el valor referencial en la categoría de los profesionales psicólogos, trabajadores sociales y psiquiatra, actualizado según los índices de inflación nacional, al 2016 debiera ser \$844.713, en vez de \$751.000.

| Proceso Crítico (Criterio) | Subcategoría | Indicadores de Calidad | Estandar | |
|----------------------------|--------------|------------------------------------|--|--|
| Eficacia | Prestaciones | Tipo de prestaciones entregadas | PAI Consulta de salud mental Mensual Intervención psicosocial grupal Mensual Visitas domiciliarias Semanal Consulta médica Semanal Consulta psicológica Mensual Consulta psiquiátrica Semanal- quincenal Psicoterapia individual Mensual Psicoterapia grupal Mensual Rehabilitación sociolaboral Quincenal-mensual | |
| | | Frecuencia de las prestaciones | PR Consulta de salud mental Mensual Intervención psicosocial grupal Mensual Visitas domiciliarias Semanal Consulta médica Quincenal Consulta psicológica Mensual Consulta psiquiátrica Quincenal Psicoterapia individual Mensual Psicoterapia grupal Mensual Psicodiagnóstico Semanal Consultoría de salud mental Semanal Rehabilitación sociolaboral Mensual | |
| | | Tiempo destinado a cada prestación | Mínimo media hora | |
| | | Logros terapéuticos | % de altas terapéuticas | • Hasta un 30% de egresos exitosos en un año |
| | | | % de deserciones | • Hasta un 40% de deserciones esperables |
| | | | Número de recaídas después del 6° mes | • Hasta 2 veces |

| Proceso Crítico (Criterio) | Subcategoría | Indicadores de Calidad | Estandar |
|----------------------------|----------------------------------|---|---|
| Adecuación | Demanda del servicio | - Utilización de cupos | • Cupos deben utilizarse en un 100% |
| | | - Existencia de listas de espera | • Debe existir, pero el ingreso debe ser dentro de un mes |
| | Pertinencia de la oferta | -Atractivo de oferta terapéutica | • Debe ser por sobre todo atractiva para los usuarios/as |
| | | Flexibilidad de la oferta del centro | • Los Centros deben tener un alto nivel de flexibilidad en torno a sus Procesos. |
| Coordinación | Comunicación entre profesionales | -Existencia de mecanismos de comunicación interna | Reuniones de equipo Análisis de caso clínico Registro documentales (carpeta de usuarios/as) |
| | | -Calidad relaciones entre profesionales | Debe ser: Cercana Integrada Consecuente Preocupada Coordinada Respetuosa |
| | Articulación entre procesos | Procesos operativos que deben estar mínimamente articulados para un servicio de calidad | • Adecuado sistema de derivación con redes de salud • Ingreso del usuario/a a tratamiento • Entrega de prestaciones terapéuticas • Organización de actividades diarias • Adquisición de alimentos e insumos de uso • Mantenimiento y aseo de espacios • Permanencia del usuario/a en tratamiento • Egreso del usuarios/a |

| Proceso Crítico (Criterio) | Subcategoría | Indicadores de Calidad | Estandar |
|----------------------------|------------------------------|---|--|
| Continuidad | | -Interrupción de los tratamientos-requisitos para pase de salida en residencial | <ul style="list-style-type: none"> • Presentar compensación psicológica y fisiológica • Contar con tutor responsable |
| | | -N° de reingresos | En promedio, es aceptable hasta 2 reingresos a un mismo Centro |
| Satisfacción del usuario | Clima organizacional | -Trato de los profesionales | <ul style="list-style-type: none"> • Cordial • Empático • Preocupado • Mostrar disponibilidad |
| | | -Percepción de relaciones profesionales | <ul style="list-style-type: none"> • Cercana • Integrada • Consecuente • Coordinada • Respetuosa |
| | | -Percepción de calificación profesional | <ul style="list-style-type: none"> • Con conocimientos suficientes • Eficientes en el uso del tiempo • Con conocimientos actualizados • Perceptivos de lo que ocurre en el Centro • Responsables en las horas de atención |
| | Espacio físico | -Comodidad de instalaciones | <ul style="list-style-type: none"> • Acogedoras • Prácticas • Multifuncionales • Bien iluminadas • Bien calefaccionadas • Bien ventiladas • Espaciosas |
| | | -Percepción de avances y logros terapéuticos | Usuarios/as deben sentir que avanzan, aunque se presenten episodios de dudas durante el tratamiento |
| | | -Sentimiento de pertenencia | Resulta importante: <ul style="list-style-type: none"> • Generar identidad con Centro • Cumplir expectativas de los usuarios/as. |
| | Cumplimiento de expectativas | | |

| Proceso Crítico (Criterio) | Subcategoría | Indicadores de Calidad | Estandard | | |
|-----------------------------------|---|--|---|---|--|
| Satisfacción de los profesionales | Clima laboral | -Relaciones interpersonales del equipo | <ul style="list-style-type: none"> • Es relevante para el trabajo desplegado desde el Centro de tratamiento, que los profesionales se sientan satisfechos con su equipo de trabajo. | | |
| | | -Relaciones con empleador | <ul style="list-style-type: none"> • Es relevante para el trabajo desplegado desde el Centro de tratamiento, que los profesionales se sientan satisfechos en su relación con los sostenedores del mismo. | | |
| | Condiciones de empleabilidad | -Nivel de ingresos | PAI | | |
| | | | Trabajador/a social, Psicólogo/a, Psiquiatra | \$751.000 y más | |
| | | | Enfermero/a | \$651.000-\$750.000 | |
| | | | Paramédico, Técnico en Rehabilitación , Terapeuta ocupacional | \$551.000-\$650.000 | |
| | | | Educador/a | \$451.000-\$550.000 | |
| | | | Terapeuta en técnicas naturales-alternativas | \$351.000-\$450.000 | |
| | | | PR | | |
| | | | Trabajador/a social, Psicólogo/a, Psiquiatra, Enfermero/a, Terapeuta ocupacional | \$751.000 y más | |
| | | | Paramédico, Educador/a | \$351.000-\$450.000 | |
| | | | Técnico en Rehabilitación | \$451.000-\$550.000 | |
| | | | Terapeuta en técnicas naturales-alternativas | \$551.000-\$650.000 | |
| | | | -Relación laboral contractual | Al menos un 60% de la planta profesionales debe estar con contrato indefinido | |
| Existencia de otros beneficios | Se valora la existencia de: <ul style="list-style-type: none"> • Acceso a capacitación – formación permanente • Facilitar el desarrollo personal de los funcionarios • Contar con beneficios complementarios (viáticos, permisos, etc.) • Proporcionar instancias de autocuidado de equipo • Promover el respeto y no enjuiciamiento de usuarios/as • Resguardar un buen clima laboral • Disponer de instrumental y mobiliario necesario • Contar con dependencias cómodas y que garanticen la privacidad | | | | |

| Proceso Crítico (Criterio) | Subcategoría | Indicadores de Calidad | Estandar |
|----------------------------|------------------------|---|---|
| Eficiencia | Costos tratamiento | -Recursos canalizados vía convenio | SENDA y MINSAL deben financiar el 100% de los costos, en los cupos para población general, ejecutados por entidades públicas y privadas. |
| | | -Suficiencia de recursos | PAI: En promedio, debería pagar \$340.000 por usuario/a en esta modalidad. PR: En promedio, debería pagarse \$595.000 por usuario en esta modalidad |
| | Utilización de insumos | -Inversión de insumos recibidos | Deben ser utilizados en un 100% para financiar el tratamiento |
| Calidad científico-técnica | Prestigio del centro | -Reconocimiento público | Instituciones deben ser reconocidas y validadas en redes de salud. |
| | | -Posesión de resolución sanitaria | Todos los Centros deben tener resolución sanitaria al día, emanada por SEREMI de salud. |
| | Experticia del centro | -Tiempo trabajando en tratamiento drogodependientes | Al menos un año de experiencia en Salud mental y/o Drogodependencia |
| | | -Innovaciones terapéuticas | El Centro debe preocuparse por innovar en la entrega de sus prestaciones. |
| | | -Cuenta con programa terapéutico actualizado | Debe poseer programa terapéutico actualizado al menos bianualmente. |
| | Soporte técnico | -Utilización de instrumentos validados | Idealmente, se deben utilizar instrumentos validados por Servicios de Salud y otras entidades con experiencia comprobada |
| | | -Existencia y utilización de protocolos | Protocolos mínimos: <ul style="list-style-type: none"> • Manejo en crisis • Casos con VIH • Emergencias (incendios-sismos-otros) • Rescate de usuarios/as • Seguimiento de casos • Normas de pase de salida (residenciales) • Visitas en el Centro • Normas de conducta en el centro • No discriminación (con religión, diferencias sexuales, políticas o culturales, etnias, etc. • Otras enfermedades • Manipulación y conservación de Medicamentos |
| - Vínculo terapéutico | | | |

| Proceso Crítico (Criterio) | Subcategoría | Indicadores de Calidad | Estandard | | |
|----------------------------|----------------|---|--|-------|-------|
| Redes | | Coordinación con redes de salud mental y drogas | Tribunales de familia, penal, etc • Cesfam • Hospital psiquiátrico – unidad desintoxicación • Hospital general • Otro centro residencial • Otro centro PAI • Servicio de salud • Unidades de emergencia • SENDA regional • Municipalidad – DAS • Carabineros – PDI • Defensoría pública – Corporación asistencia judicial | | |
| | | Coordinación con otras redes | | | |
| Infraestructura | Dependencias | Uso | • Acogedoras • Prácticas • Multifuncionales • Bien iluminadas • Bien calefaccionadas • Bien ventiladas • Espaciosas | | |
| | | Condiciones generales | | | |
| | | Cantidad para una capacidad de 10 usuarios/as | | | PAI |
| | Box | | | 5 a 6 | 4 a 5 |
| | Baños | | | 3 | 4 |
| | Sala de espera | | | 1 | 1 |
| | Sala de estar | | | 1 | 1 |
| | Comedor | | | 1 | 1 |
| | Cocina | | | 1 | 1 |
| | Dormitorios | | | 0 | 5 |
| | Bodega(s) | | | 1 | 1 |
| | Oficinas | | | 1 | 2 |
| | Patio | | 1 | 1 | |
| Mantenición | Aseo y ornato | Aparecen como importantes en términos de Conservación, limpieza y Calidad, mantención de: <ul style="list-style-type: none"> • Techumbre • Paredes • Piso • Muebles • Sala de baño • Sistema de alcantarillado • Calefacción-ventilación | | | |

Conclusiones y visiones prospectivas

Los resultados asociados al estudio, toman como plataforma de análisis el conjunto de opiniones y juicios aportados por profesionales que trabajan en centros de tratamiento en la Provincia de Concepción, lo que constituye un punto de partida específico para analizar los problemas asociados a la calidad en los tratamientos. Sin embargo, es válido estimar a partir de los resultados arrojados, la necesidad de contar con mejores parámetros y estándares objetivos para el tratamiento, con el fin de promover una efectiva gestión de calidad total en los centros de tratamiento focalizados por el estudio. En este sentido, los resultados dan cuenta de una mirada, que debe ser nutrida con otros aportes y perspectivas a nivel regional y nacional.

La conceptualización contenida en el modelo de Pascual Fernández, que se tomó como base teórica e insumo privilegiado para la consideración y la evaluación de la calidad en el estudio realizado, se constata como adecuada y pertinente a la realidad chilena, debido a que su operacionalización permitió profundizar y estudiar detalladamente todos los temas propuestos (o asuntos a trabajar) sobre los procesos críticos, por parte de las personas consultadas.

Partiendo entonces de la forma como respondieron los y las participantes del estudio, a la pregunta por el problema de la calidad en la oferta terapéutica en materia de drogodependencia en Chile, se puede ver que sigue siendo un tema pendiente, o por lo menos en construcción. Para los y las profesionales hay muchos temas que deben ser corregidos en los procesos de los centros de tratamiento, sin embargo, esto requiere de mayor voluntad política y de una mejor implementación de las estrategias por parte de los organismos ejecutores.

Destacan en el estudio realizado, la presencia de algunos problemas asociados, que afectan sensiblemente la calidad en el tratamiento, tales como las difíciles condiciones laborales (bajos niveles de ingresos y precarización del empleo) a las que se enfrentan los profesionales. Esto repercute en la generación de un nivel alto de rotación laboral y en la baja de los niveles de satisfacción y realización profesional. Siguiendo esta línea, debería considerarse también la calificación profesional y del trabajo terapéutico que brinda cada centro, que sin haber sido estudiadas en el marco del estudio, representan asuntos de vital importancia para el mejoramiento de la calidad y el aseguramiento de resultados en el tratamiento.

En las opiniones y experiencias vertidas por el grupo estudiado, se dio relevancia al hecho de que los centros de tratamiento poseen algunas fallas en cuanto a la infraestructura, y esto sin duda, entra en relación directa con la calidad de la atención. Muchos programas arriendan dependencias para poner en funcionamiento cada centro, y medianamente equipan o habilitan el lugar,

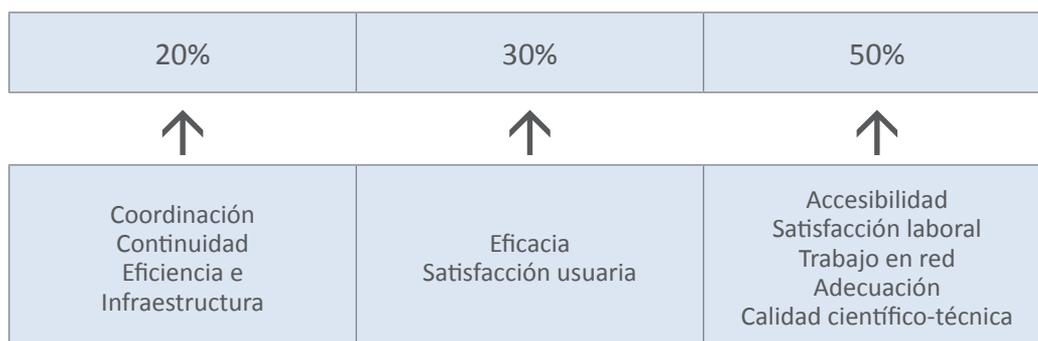
para la entrega de prestaciones. En relación con este asunto, los profesionales sienten en su gran mayoría que los espacios son poco acogedores, no brindan la privacidad necesaria para terapias específicas y por ende, no facilitan la permanencia de usuarios y usuarias.

Por otra parte, la reinserción socio laboral y familiar de los usuarios/as es uno de los procesos que menos desarrollados tiene la oferta actual de tratamiento. Al respecto se verifica la inexistencia de mecanismos o recursos para desarrollar acciones en dichos procesos, lo que podría guardar relación con la escasa relevancia que se le otorga a estos, por parte de las entidades financieras y los organismos del Estado que se hacen cargo de la política pública en salud y otros sectores (educación, fomento del empleo, desarrollo social).

Asoma con fuerza la necesidad de homologar criterios para la evaluación terapéutica, pues al respecto los/as profesionales reconocen que existen disparidades en los Centros de tratamiento, primando más bien subjetividades profesionales y estilos particulares de cada uno de ellos para definir los logros terapéuticos. La norma técnica aporta una categorización básica que ayuda a planificar y evaluar, pero los criterios de evaluación siguen siendo altamente subjetivos.

Gracias al análisis descriptivo y al establecimiento de estándares generales, se quiere brindar un marco sobre el cual observar y evaluar los procesos críticos en cada centro de tratamiento. Sin embargo, es necesario valorar a la importancia de la evaluación contextualizada y aterrizada a la participación de todos los actores involucrados (familias, usuarios, grupos de profesionales, comunidades cercanas), para proveer a cada centro de información relevante, con el fin de diseñar sus objetivos, planear sus acciones y establecer rutas efectivas, para garantizar una oferta de tratamiento para la superación de problemas de consumo de drogas y alcohol efectivas.

En relación a lo anterior, y solo para graficar la situación estudiada los criterios que aparecen con mayor importancia asignada son: eficacia y satisfacción de usuarios/as (aproximadamente un 30% del nivel de importancia otorgada en relación al resto de los procesos críticos). En un segundo orden de importancia se encuentran accesibilidad, satisfacción laboral de trabajadores, trabajo en Red, adecuación y calidad científico técnica. **En total, estos procesos concentran un 50% de la importancia otorgada.** Finalmente, aparecen como menos importantes o significativos, concentrando un 20% de la importancia otorgada, los procesos de coordinación, continuidad, eficiencia e infraestructura.



Desde una lectura crítica, la importancia otorgada no necesariamente coincide con los temas instalados desde los relatos y las experiencias recogidas en los procesos antes descritos. Es importante entonces, que los servicios sociales avancen hacia una lógica de certificación de la calidad, desarrollando estándares y aportando aplicabilidad a modelos existentes y utilizados en otras latitudes, o generando propuestas propias.

El estudio revela que la mejora de la organización de los procesos, dando énfasis a la importancia de develar aquellos tipificados como “críticos”, puede dar pie a plataformas para la evaluación y mejora continua de los tratamientos. El disponer de estándares y modelos de acción ayuda a homologar criterios, generar protocolos, definir rutas o itinerarios de intervención, etc. Desde esta lógica, el presente estudio aporta una mirada que desde el quehacer, las experiencias y los evaluaciones hechas por parte de quienes están al frente de los centros de tratamiento en un contexto específico, que sirve de muestra estudiar una realidad que presentan los centros de tratamiento a nivel regional y nacional.

La política en materia de rehabilitación por consumo de sustancias en Chile, si bien ha presentado avances y mejoras sostenidas en el tiempo, no garantiza aún resultados basados en evidencia, para la entrega de las prestaciones tanto en centros privados como públicos. Por lo tanto, es necesario avanzar en la construcción de procesos centrados en la evidencia y aportar mecanismos de monitoreo y fiscalización.

Desde el Trabajo Social la intervención en el área de la rehabilitación por consumo de drogas, si bien no es nueva desde el quehacer, presenta un rezago importante en la investigación y sistematización de las experiencias. Es importante ésta construcción de contenidos, sobre todo en el marco de una problemática, que ha estado estrictamente ligada a estudio de la salud mental desde la perspectiva clínica (biológicas o psicológica). El componente social actualmente es clave en los procesos de tratamiento, por ende, se requiere asumir compromisos y responsabilidades, en la tarea de garantizar no solo la entrega de servicios, sino su calidad y los resultados que genera en familias, comunidades y a nivel país.

Los elementos aquí recogidos pueden entonces, orientar procesos de evaluación, tanto de procesos de intervención, como de su calidad, generando una plataforma base respecto la cual se pueden construir instrumentos, y generar modelos aplicables a cada realidad particular.

Referencias

- CICAD. (2016). Final draft of the Hemispheric Plan of Action on Drugs 2016-2020. Hemispheric Strategy on Drugs. *Sixtieth Regular Session* (pp. 1-20). Nassau: OEA Publications.
- Fernández, P. (1999). Calidad asistencial en drogodependencias, trastornos adictivos. *Trastornos Adictivos*, 1, 48-63.
- Labrador, F., Echeberrúa, E., & Becoña, E. (2000). *Guía para la elección de tratamientos psicológicos efectivos*. Madrid: Dykinson- Psicología.
- Maderuelo, J. A. (2002). Gestión da la Calidad Total, el modelo EFQM de excelencia. *MEDIFAM*, 41-53.
- MINSAL. (2010). *Encuesta Nacional de Salud ENS-Chile 2009-2010*. Santiago: Gobierno de Chile.
- Monteiro, F. I., & Bertoni, N. (2014). *Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? quantos são nas capitais brasileiras?* Rio de Janeiro: ICICT.
- OECD. (2015). *In It Together: Why Less Inequality Benefits All*. Paris: OECD Publishing. doi:<http://dx.doi.org/10.1787/9789264235120-en>
- OPS. (2015). Informe sobre la situación regional sobre el alcohol y la salud en las Américas. Washington, DC: OPS.
- Pozo, J. M., & Rodríguez Cotilla, Z. (2005). *Hacia una economía basada en el conocimiento*. La Habana: Ed. de Ciencias Sociales.
- SENDA. (2012). *Norma y orientaciones técnicas de los plans de tratamiento y rehabilitación para personas adultas con problemas derivados del consumo de drogas*. Chile.
- Soto Lagos, A. A. (2012). *Procesos críticos en la entrega de la entrega de servicios de calidad en el tratamiento de personas drogodependientes / Tesis para optar por el título de Magister en Trabajo Social y Políticas Sociales (UdeC)*. Concepción. Retrieved from http://dspace2.conicyt.cl/bitstream/handle/10533/93702/SOTO_ADOLFO_2316M.pdf?sequence=1
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2016). *World Drug Report 2016*. Nueva York: United Nations publications.