

**Servicio Nacional para la Prevención y
Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol**

Informe Anual 2016

Informe de Evaluación Técnica

**Programa de tratamiento integral de adolescentes y jóvenes ingresados al
Sistema Penal por Ley n° 20.084 con consumo problemático de alcohol -
drogas y otros trastornos de salud mental**

Santiago, Marzo 2017

I. Introducción

El presente informe contiene los resultados y análisis del proceso de desarrollo de los programas de tratamiento y de la atención en los centros en convenio SENDA- MINSAL- SENAME- GENCHI, durante el año 2016.

La información contenida en este informe, se ha obtenido de las fuentes e instrumentos diseñados para el registro de las acciones administrativas y técnicas destinadas al monitoreo de la gestión del convenio y corresponden a los reportes del Sistema de Información y Gestión SISTRAT, que incluye los datos de las personas atendidas y de los indicadores del proceso terapéutico.

El propósito de este informe es dar a conocer los resultados y aspectos más relevantes involucrados en el desarrollo de los programas de tratamiento en el período comprendido entre enero y diciembre de 2016, con el objeto de evaluar y analizar el cumplimiento de la Norma y Orientaciones Técnicas del Convenio, que permitan orientar las modificaciones, si corresponde, para el mejoramiento de la calidad de la atención otorgada a las personas y la eficacia de las intervenciones en los programas.

Las dimensiones de evaluación consideradas en este informe corresponden a la caracterización de las personas atendidas y los resultados del proceso terapéutico.

En adelante se describen los resultados obtenidos en el desarrollo de la implementación de los programas de tratamiento.

II. Resultados

1. Cobertura

Para entender de mejor forma los datos relacionados al número de personas incluidas en este informe, cabe señalar que existen dos métodos para evaluar el número de personas atendidas en convenio. El primero es mostrar el número de personas diferentes atendidas en el Convenio (4.475) es decir RUT distintos. El segundo es calcular el número de casos que se atendieron (5.904). Este último método siempre va a mostrar un número mayor, puesto que existen personas que como parte de su tratamiento debieron cambiarse de plan o programa durante el período, por lo tanto al sumarlos aparecen más personas en total. Para efectos del presente informe se utilizará como unidad de análisis los casos atendidos.

Tabla N°1: N° Personas por Año.

Año	Personas (Rut distintos)	Personas Casos
2010	3.663	4.688
2011	3.936	5.058
2012	4.200	5.476
2013	4.306	5.638
2014	4.426	5.834
2016	4.373	5.711
2016	4.475	5.904

El número total de personas (casos) atendidas durante el año 2016 fue de 5.904. Este total considera las modalidades de atención financiadas como planes de tratamiento¹, a saber Plan Residencial (PR), Plan Ambulatorio Intensivo en medio libre y privativo de libertad (PAI ML, PAI MP), Hospitalización en Unidades de Corta Estadía en medio libre (UHCE ML) y tres programas ambulatorios intensivos que funcionan al interior de Secciones Juveniles (PAI SJ) en las regiones de Valparaíso, Metropolitana y Araucanía.

Si se suma a esta población las cobertura financiada vía proyecto, que actualmente se ejecutan por los Servicios de Salud en Unidades de Hospitalización de Corta Estadía en medio privativo (UHCE MP), con 208 personas atendidas; y aquella atendida por los Duplas Especializadas licitadas por Gendarmería de Chile (82 personas), el total de personas atendidas se eleva a 6.194.

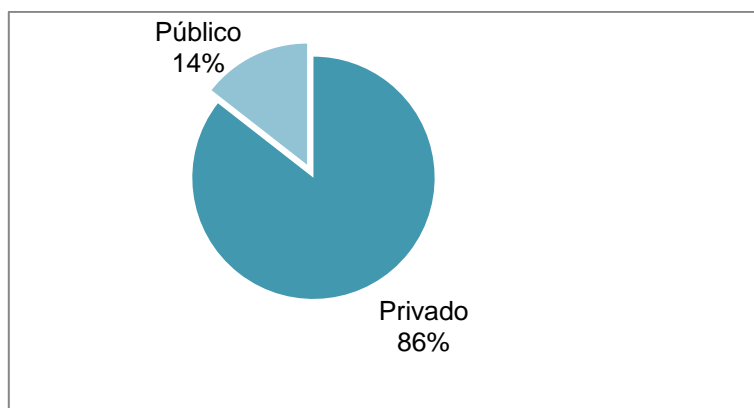
¹ Plan de tratamiento es un conjunto de intervenciones y prestaciones recomendables, definidas de acuerdo a un diagnóstico y orientadas al cumplimiento de los objetivos terapéuticos. Un Plan de tratamiento también incluye medicamentos y exámenes.

En lo sucesivo de este informe, se trabajará con la información otorgada por las modalidades PAI ML, PR, PAI MP, UHCE ML y PAI SJ, es decir, planes de tratamiento.

De las 5.904 personas atendidas el año 2016, el 37% (2.187) ingresó a tratamiento antes de ese año, y el 26% realizó más de un tratamiento durante el año 2016.

El 86%, equivalente a 5.051 personas, se atendió en centros privados en convenio, mientras que el 14%, equivalente a 853 personas, lo hizo en establecimientos públicos.

Figura N°1: Distribución N° Personas según tipo de Centro.



En relación a la modalidad de atención el 59% de las personas asistió a programas de tratamiento ambulatorios en medio libre, el 31,3% a programas ambulatorios en medio privativo de libertad, el 5% a programas residenciales y el 4,1% a Unidades de Hospitalización de Corta Estadía.

Tabla N°2: Distribución de N° personas por tipo de plan.

Plan	Personas Atendidas	
	N	%
ML-PAI	3.518	59,6
ML-PR	293	5,0
ML-UHC	243	4,1
MP-PAI	1.772	30,0
PAI - SJ	78	1,3
Total	5.904	100

2.- Caracterización de la Población.

Al igual que en años anteriores, la mayor parte de la población atendida corresponde a hombres (89,7%), tal como se detalla en la siguiente tabla:

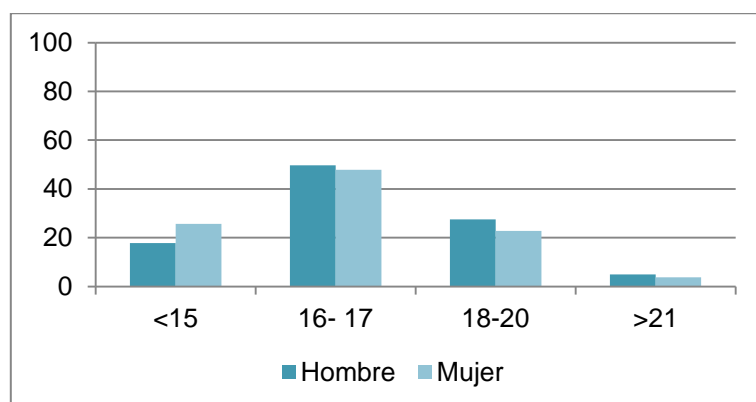
Tabla N°3: Distribución de N° Personas por Sexo.

Sexo	Personas Atendidas	
	N	%
Hombre	5.293	89,7
Mujer	611	10,4
Total	5.904	100

Respecto al análisis según edad, el 68% de las personas atendidas durante el año 2016 fueron menores de edad, lo que muestra un aumento considerable los últimos dos años respecto de 2014, año en el que los menores de edad constituían el 40% de la población. La media y la mediana de edad de la población atendida es de 18 y 17 años respectivamente.

Al distribuir la población según rangos, se observa en la figura 2 que el mayor grupo se ubica en el rango de 16 a 17 años con el 49,5% de los casos atendidos, seguido por el rango de 18 a 20 años con un 27%.

Figura N°2: Distribución de N° Personas por Rango Edad según Sexo.



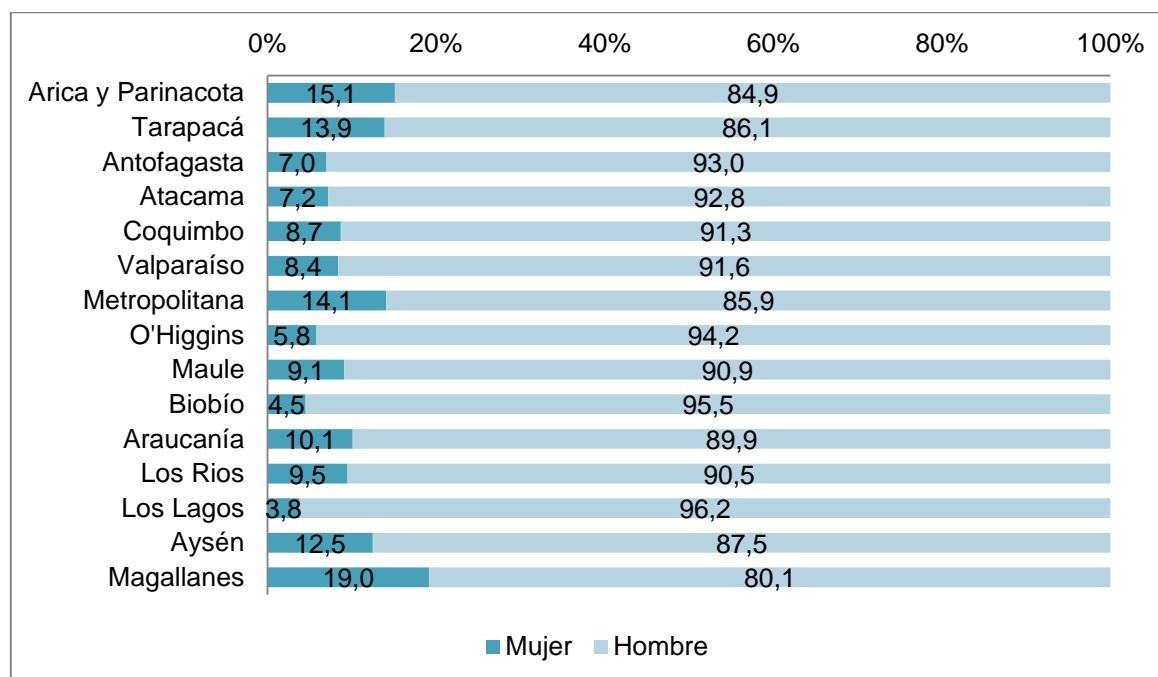
Al hacer una comparación por sexo, las mujeres tienen una representación mayor que en los hombres en el tramo etareo más joven: el 17,8% de los hombres se encuentra en dicho tramo y un 25,7% de las mujeres.

En relación a la distribución de las personas por región, se observa que el 36,4% se atendió en la Región Metropolitana, seguida por las regiones de Biobío y Valparaíso, con un 10% y un 7% respectivamente.

Tabla N°4: Distribución de personas por Región.

Región	Total	
	N	%
Arica y Parinacota	126	2,1
Tarapacá	208	3,5
Antofagasta	330	5,6
Atacama	209	3,5
Coquimbo	161	2,7
Valparaíso	415	7
Metropolitana	2146	36,4
O'Higgins	381	6,5
Maule	319	5,4
Biobío	603	10,2
Araucanía	307	5,2
Los Ríos	210	3,6
Los Lagos	288	4,9
Aysén	80	1,4
Magallanes	121	2,1
Total	5.904	100

Figura N°3: Distribución de personas por Región según sexo.



La mayoría de las personas atendidas el 2016 (95,6%) refiere no pertenecer a ninguna etnia. En el porcentaje restante de personas, la etnia mapuche fue la más declarada en todo el país, con 3,9% y se encuentra mayormente en las regiones Metropolitana, Araucanía y Los Lagos .

Tabla N°5: Distribución N° Personas según etnia.

Personas por Etnia	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
Aimara	3	0,1	2	0,3	5	0,1
Alacalufe	11	0,2	0	0,0	11	0,2
Atacameño	3	0,1	2	0,3	5	0,1
Colla	1	0,0	0	0,0	1	0,0
Diaguita	7	0,1	0	0,0	7	0,1
Mapuche	211	4,0	18	3,0	229	3,9
No pertenece	5.055	95,5	589	96,4	5.644	95,6
Rapanui	2	0,0	0	0,0	2	0,0
Total	5.293	100	611	100	5.904	100

El estado de soltería es el que presenta una mayor frecuencia entre las personas usuarias (97%); seguido de un 2,3% por personas que conviven al momento de ingresar a tratamiento.

Tabla N°6: Distribución N° Personas según Estado conyugal.

Estado conyugal	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
Casado/a	5	0,1	0	0,0	5	0,1
Conviviente	121	2,3	16	2,6	137	2,3
No contesta	10	0,2	0	0,0	10	0,2
Separado/a	9	0,2	2	0,3	11	0,2
Soltero/a	5.139	97,1	592	96,9	5.731	97,1
Viudo/a	9	0,2	1	0,2	10	0,2
Total	5.293	100	611	100	5.904	100

En relación al nivel de escolaridad alcanzado por la población atendida el año 2016, el 47,4% no finalizó la Enseñanza Básica al ingresar a tratamiento y un 23% no finalizó la enseñanza media. Los datos entregados corresponden al último año que él o la adolescente o joven aprobó en el sistema escolar.

Tabla N°7: Distribución de N° Personas según Escolaridad por Sexo.

Escolaridad	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sin Estudios	15	0,3	0	0,0	15	0,3
Básica Incompleta	2.503	47,3	295	48,3	2.798	47,4
Básica Completa	1.313	24,8	168	27,5	1.481	25,1
Media Incompleta	1.237	23,4	129	21,1	1.366	23,1
Media Completa	160	3,0	13	2,1	173	2,9
Técnica Incompleta	11	0,2	1	0,2	12	0,2
Técnica Completa	3	0,1	0	0,0	3	0,1
Universitaria Incompleta	3	0,1	1	0,2	4	0,1
Total	5.230	100	607	100	5.837	100

De acuerdo a la tabla 8, la mayor cantidad de personas atendidas se encontraba fuera del sistema escolar a su ingreso (58%) presentando deserción escolar de un año (13%), dos años (12%), tres años (10%) o más (23%). Un 42% de las personas atendidas el año 2016 se encontraba inserta en el sistema escolar o presentaba menos de un año de deserción.

Tabla N°8: Distribución de N° Personas según años de Deserción Escolar por sexo.

N° de años de Deserción	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
0	2.237	42,3	240	39,3	2.477	42,0
1	677	12,8	97	15,9	774	13,1
2	623	11,8	87	14,2	710	12,0
3	541	10,2	56	9,2	597	10,1
4	438	8,3	50	8,2	488	8,3
5	286	5,4	36	5,9	322	5,5
6	184	3,5	21	3,4	205	3,5
7	107	2,0	11	1,8	118	2,0
8	91	1,7	7	1,2	98	1,7
9	40	0,8	2	0,3	42	0,7
10	69	1,3	4	0,7	73	1,2
Total	5.293	100	611	100	5.904	100

En relación a la condición ocupacional, un 68% de las personas se encontraba sin actividad al momento de ingresar a tratamiento, un 18,6% estudiando sin trabajar y un 6,6% trabajando.

Tabla N°9: Distribución de N° Personas según estado laboral por Sexo.

Ocupación	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
Buscando trabajo por primera vez	42	0,8	2	0,3	44	0,8
Cesante	113	2,1	5	0,8	118	2,0
Estudiando sin trabajar	981	18,6	116	19,1	1097	18,6
Incapacitado permanente para trabajar	1	0,0	0	0,0	1	0,0
No busca	89	1,7	7	1,2	96	1,6
Otra	98	1,9	6	1,0	104	1,8
Pensionado o jubilado sin trabajar	1	0,0	0	0,0	1	0,0
Quehaceres del hogar	6	0,1	6	1,0	12	0,2
Rentista	4	0,1	0	0,0	4	0,1
Sin actividad	3.586	67,9	442	72,8	4.028	68,4
Trabajando	363	6,9	23	3,8	386	6,6
Total	5.284	100	607	100	5.891	100

El 71,8% de personas viven con al menos uno de sus padres, ya sea sólo con la madre (18%), sólo con el padre (3,4%), con ambos, o con alguna de las alternativas anteriores y pareja y/o familia de origen y/o hijos (49,8%). El 8,3% de las personas vive con abuelos.

Tabla N°10: Distribución de N° Personas según las Personas con quien Vive.

Con quien vive	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
Con abuelos	433	8,18	59	9,66	492	8,33
Con amigos	51	1,0	5	0,8	56	1,0
Con el padre (solo)	182	3,4	17	2,8	199	3,4
Con hermanos	85	1,6	10	1,6	95	1,6
Con la Pareja, Hijos y Padres o Familia	64	1,2	5	0,8	69	1,2
Con la madre (sola)	951	18,0	111	18,2	1062	18,0
Con otro NO pariente (sin los padres)	107	2,0	18	3,0	125	2,1
Con otro pariente (sin los padres)	178	3,4	33	5,4	211	3,6
Otros	212	4,0	44	7,2	256	4,3
Solo	125	2,4	11	1,8	136	2,3
Únicamente con hijos y padres o familia	29	0,6	10	1,6	39	0,7
Únicamente pareja e hijos	70	1,3	4	0,7	74	1,3
Únicamente pareja y padres o familia de origen	103	2,0	16	2,6	119	2,0
Únicamente con padres o familia de origen	2.580	48,7	240	39,3	2.820	47,8
Únicamente con la pareja	123	2,3	28	4,6	151	2,6
Total	5.293	100	611	100	5.904	100

De acuerdo a la tabla 11, la gran mayoría de las personas tratadas residen en viviendas del tipo de casa (81%) y departamento (10%); en condiciones de habitabilidad menos independientes como pieza dentro de la vivienda, residencial, pensión u hostel, alrededor del 1,5%; y en condiciones de vivienda más precaria (mediagua y choza, rancho, ruca), un 3,2%. El 1,7% de las personas (100 usuarios) se encontraba en situación de calle. Esta condición se refiere a quienes habitan hospederías, caletas o puntos de calle.

Tabla N°11: Distribución de N° Personas según tipo de vivienda y sexo.

Con quien vive	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
Caleta o punto de calle	82	1,6	9	1,5	91	1,5
Casa	4.331	81,8	456	74,6	4.787	81,1
Choza, Rancho, Ruca	15	0,3	2	0,3	17	0,3
Departamento	506	9,6	85	13,9	591	10,0
Hospedería	8	0,2	1	0,2	9	0,2
Mediagua	147	2,8	23	3,8	170	2,9
otro	130	2,5	20	3,3	150	2,5
Pieza dentro de la vivienda	50	0,9	8	1,3	58	1,0
Residencial, pensión, hostel	24	0,5	7	1,2	31	0,5
Total	5.293	100	611	100	5.904	100

En cuanto a la caracterización de la población atendida según tipo de delito, el mayor porcentaje de personas que ingresó a tratamiento el año 2016 se encontraba cumpliendo una medida o sanción por haber cometido un delito contra la propiedad (77%). Este dato es significativamente superior respecto de los otros motivos de sanción.

Tabla N°12: Distribución de N° Personas según tipo de delito y sexo.

Tipo de delio	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
Crímenes o Delitos considerados en la Constitución	69	1,36	9	1,57	78	1,38
Crímenes o Simples Delitos Contra Fe Pública	7	0,1	0	0,0	7	0,1
Crímenes o Simples Delitos contra el Orden de las Familias	40	0,8	1	0,2	41	0,7
Crímenes o Simples Delitos contra la Propiedad	3.912	76,9	450	78,4	4.362	77,1
Crímenes o Simples Delitos contra las Personas	487	9,6	41	7,1	528	9,3
Faltas	68	1,3	13	2,3	81	1,4
Otros (s)	266	5,2	19	3,3	285	5,0
Otros crímenes, Simples Delitos y Falta en leyes Especiales	173	3,4	22	3,8	195	3,5
Violencia Intrafamiliar Cometida por el adolescente	63	1,2	19	3,3	82	1,5
Total	5.085	100	574	100	5.659	100

Al hacer una distinción por sexo y tipo de delito, la distribución porcentual para cada una de las categorías difiere según sexo. Si bien los delitos contra la propiedad son el tipo de delito mayoritario para ambos sexos, en las mujeres tiene una mayor representación en relación a los otros delitos. Así mismo, la violencia intrafamiliar cometida por adolescentes es mayor en mujeres que en hombres.

Tal como se observa en la tabla 13, no hay diferencias importantes en cuanto al tipo de delito según rango de edad.

Tabla N°13: Distribución de N° Personas según tipo de delito y edad.

Tipo de delito	< 15		16-17		18-20		> 21		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Crímenes o Delitos considerados en la Constitución	8	1	35	1	28	1,7	7	2	78	1
Crímenes o Simples Delitos Contra Fe Pública	3	0	2	0	2	0	0	0	7	0,1
Crímenes o Simples Delitos contra el Orden de las Familias	5	0,5	17	0,6	14	0,9	5	2	41	0,7
Crímenes o Simples Delitos contra la Propiedad	799	79	2.135	76,9	1.209	76,6	219	76	4.362	77
Crímenes o Simples Delitos contra las Personas	79	7,8	258	9,3	164	10,4	27	9	528	9,3
Faltas	9	0,9	42	1,5	26	1,6	4	1,4	81	1,4
Otros (s)	58	5,7	137	4,9	74	4,7	16	5,6	285	5,0
Otros crímenes, Simples Delitos y Falta en leyes Especiales	30	2,9	107	3,8	49	3,1	9	3,1	195	3,4
Violencia Intrafamiliar Cometida por el adolescente	26	2,6	44	1,6	12	0,7	0	0	82	1,4
Total	1.017	100	2.777	100	1.578	100	287	100	5.659	100

La mayoría de las personas cumple una sanción o medida en programas de medio libre, principalmente Libertad Asistida Especial (25,5%), seguida de Medida Cautelar (14,8%) y Libertad Asistida Simple (12%).

Libertad Asistida Especial no presenta diferencias significativas por sexo, sí la internación en Centros de Internación Provisoria (CIP) más frecuente para hombres y Medida Cautelar en Medio Libre para mujeres.

Al realizar una comparación por sexo, un mayor porcentaje de hombres fue atendido en programas que se ejecutan en medio privativo de libertad, es decir, Centros de Internación Provisoria (CIP), Centros de Régimen Cerrado (CRC) y Secciones Juveniles (SJ), esto corresponde a un 34%, y en el caso de mujeres el porcentaje fue de 22,9%.

Tabla N°14: Distribución de N° Personas según Sanción o Medida Judicial y Sexo.

Sanción o Medida judicial	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
Amonestación	17	0,32	2	0,33	19	0,32
Cautelar medio libre	738	13,9	136	22,3	874	14,8
Internación en centro cerrado (CRC)	571	10,8	39	6,4	610	10,3
Internación en sección juvenil	77	1,5	1	0,2	78	1,3
Internación provisoria (CIP)	1.150	21,7	100	16,4	1.250	21,2
Libertad asistida simple	626	11,8	86	14,1	712	12,1
Libertad asistida especial	1.364	25,8	144	23,6	1.508	25,5
Reparación del daño causado	12	0,2	0	0,0	12	0,2
Semi cerrado	422	8,0	37	6,1	459	7,8
Servicios a la comunidad	69	1,3	9	1,5	78	1,3
Suspensión condicional del procedimiento con ambas condiciones	22	0,4	4	0,7	26	0,4
Suspensión condicional del procedimiento, con condición SENAME	55	1,0	10	1,6	65	1,1
Suspensión condicional del procedimiento, con condición SENDA	170	3,2	43	7,0	213	3,6
Total	5.293	100	611	100	5.904	100

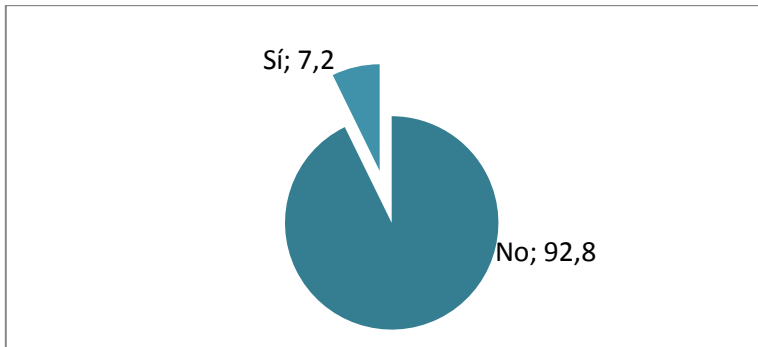
De los atendidos, la principal sanción en la población más joven (14 a 15 años), fue Internación en Régimen Cerrado con un 29,6% en contraposición a un 2,8% con esta misma sanción en mayores de 20 años; en estos últimos la mayoría cumple con su sanción en programas de Libertad Asistida Especial.

Tabla N°15: Distribución de N° Personas según Sanción o Medida Judicial y Edad.

Sanción o Medida judicial	<15		16-17		18-20		>21		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Amonestación	3	0,27	12	0,41	4	0,25	0	0	19	0,32
Cautelar medio libre	255	23,2	478	16,4	134	8,4	7	2,4	874	14,8
Internación en centro cerrado (CRC)	33	3,0	247	8,5	271	17,0	59	20,6	610	10,3
Internación en sección juvenil	0	0,0	6	0,2	39	2,4	33	11,5	78	1,3
Internación provisoria (CIP)	326	29,6	778	26,6	138	8,7	8	2,8	1.250	21,2
Libertad asistida	115	10,5	346	11,9	227	14,2	24	8,4	712	12,1
Libertad asistida especial	226	20,5	648	22,2	523	32,8	111	38,7	1.508	25,5
Reparación del daño causado	2	0,2	8	0,3	2	0,1	0	0,0	12	0,2
Semi cerrado	54	4,9	202	6,9	162	10,2	41	14,3	459	7,8
Servicios a la comunidad	17	1,5	33	1,1	25	1,6	3	1,1	78	1,3
Suspensión condicional del procedimiento con ambas condiciones	4	0,4	12	0,4	9	0,6	1	0,4	26	0,4
Suspensión condicional del procedimiento, con condición SENAME	11	1,0	38	1,3	16	1,0	0	0,0	65	1,1
Suspensión condicional del procedimiento, con condición SENDA	55	5,0	112	3,8	46	2,9	0	0,0	213	3,6
Total	1.101	100	2.920	100	1.596	100	287	100	5.904	100

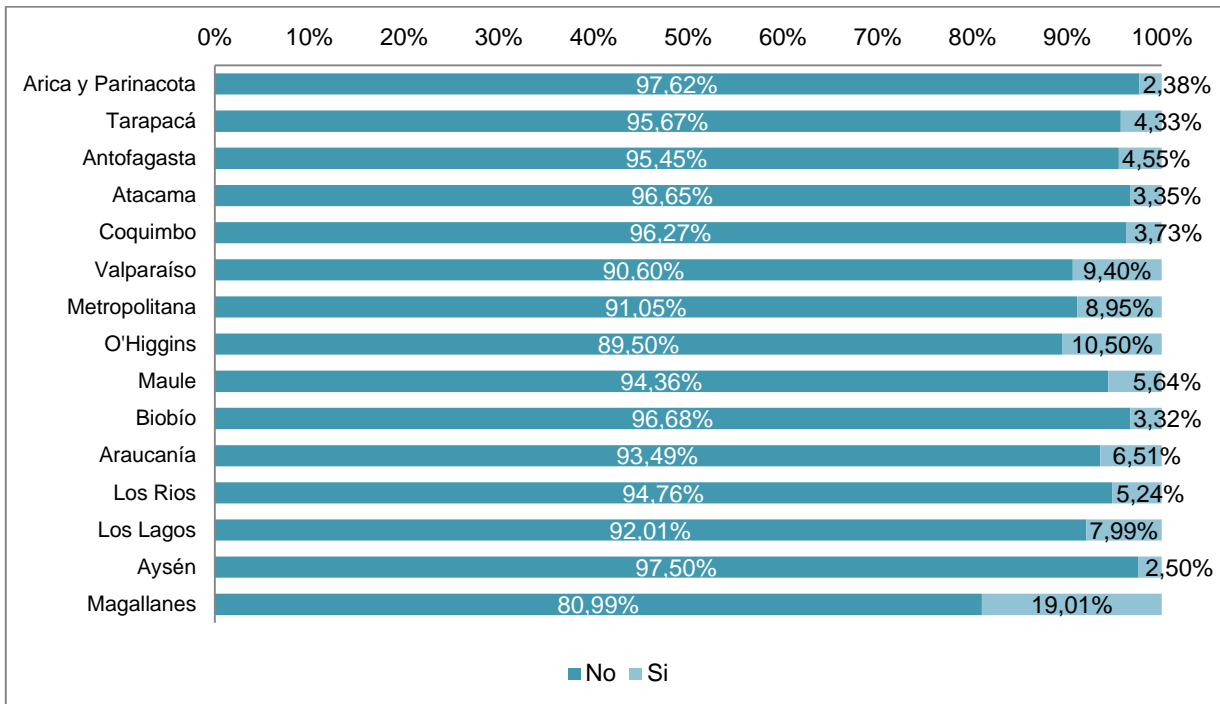
El 7,2% de las personas atendidas ingresó a tratamiento con Sanción Accesorias, 0,7% menos que el año 2015. Este dato confirma la tendencia a la baja que se ha experimentado en los últimos 5 años, en la aplicación de esta sanción en la población atendida.

Figura N°4: Distribución de N° Personas según Sanción Accesorias.



Al desagregar el dato por región, se observa que la región de Magallanes es la que mayoritariamente utiliza esta sanción, con un 19%. En contraposición se aprecia que la región de Arica y Parinacota el porcentaje de personas atendidas con esta sanción es de sólo un 2,4%. En relación al año anterior se observa una marcada disminución de sanciones accesorias en las regiones de Los Lagos, Araucanía, Valparaíso, Coquimbo y Antofagasta, disminuyendo en todos estos casos a la mitad.

Figura N°5: Distribución de N° Personas según las Personas con Sanción Accesorias según Región.



3.- Caracterización del Consumo

En la siguiente tabla se muestra la distribución de las personas según el tipo de sustancia principal de consumo al ingresar a tratamiento.

Tabla N°16: Distribución de N° Personas según sustancia principal.

Sustancia Principal		N	%	N	%
Estimulantes Cocaína				2342	39,7
	Pasta Base	1.715	29,1		
	Cocaína	627	10,6		
	Crack	0	0,0		
Alcohol				614	10,4
	Alcohol	614	10,4		
Marihuana				1995	33,8
	Marihuana	1.995	33,8		
Sedantes				848	14,4
	Sedantes	847	14,4		
	Hipnóticos	1	0,0		
Estimulantes tipo Anfetamínico				27	0,5
	Anfetaminas	12	0,2		
	Metanfetaminas y otros derivados	1	0,0		
	Otros Estimulantes	14	0,2		
Alucinógenos				0	0,0
	Otros Alucinógenos	0	0,0		
Opiáceos				9	0,2
	Otros Opioides Analgésicos	9	0,2		
Inhalables				42	0,7
	Inhalables	42	0,7		
LSD				1	0,0
	LSD	1	0,0		
Otros				17	0,3
	Otros	17	0,3		
Total				5.895 ²	100

² Se excluye del total de casos que reportan sustancia principal, siete personas "sin sustancia principal" atendidas en dispositivos ejecutados en medio privativos de libertad, en el que es posible hacer ingreso de población con otros Trastornos de Salud Mental. También excluye dos casos con sustancia principal en blanco.

La sustancia consumida tanto por hombres como mujeres, que mayoritariamente motiva el ingreso a tratamiento, es en primer lugar Estimulantes Cocaína (en todas sus formas) con un 39,7% de los casos; seguida de Marihuana con un 33,8%; y en tercer lugar de Alcohol con un 10,4%. Al igual que el año anterior, se observa una disminución en el uso problemáticos de estas tres drogas como principales y un aumento del 4,4% en el consumo problemático de sedantes. Así se observa con preocupación un significativo incremento del uso problemático de sedantes en adolescentes en un 8,4% entre los años 2014 y 2016.

Tabla N°17: Distribución de N° Personas según Sustancia Principal de Consumo al Ingreso por sexo.

Sustancia	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
Alcohol	539	10,2	75	12,3	614	10,4
Anfetaminas	10	0,2	2	0,3	12	0,2
Cocaína	547	10,3	80	13,1	627	10,6
Hipnóticos	1	0,0	0	0,0	1	0,0
Inhalables	31	0,6	11	1,8	42	0,7
Metanfetaminas y otros derivados	1	0,0	0	0,0	1	0,0
Marihuana	1.828	34,6	167	27,3	1.995	33,8
Otro	1	0,0	0	0,0	1	0,0
Otros Alucinógenos	17	0,3	0	0,0	17	0,3
Otros Estimulantes	13	0,3	1	0,2	14	0,2
Otros Opioides Analgésicos	6	0,1	3	0,5	9	0,2
Pasta base	1580	29,9	135	22,1	1715	29,1
Sedantes	710	13,4	137	22,4	847	14,4
Total	5.291	100	611	100	5.902	100

La mayor diferencia respecto del consumo problemático entre hombres y mujeres, se evidencia en sedantes con un 13,4% y 22,4% respectivamente; Cocaína 10,3% y 13,1% respectivamente y por otro lado, Pasta base con un 22% para mujeres y 29,9% para hombres y marihuana con un 27,3% en mujeres y 34,6% en hombres.

Tabla N°18: Distribución de N° Personas según Sustancia Principal de Consumo al Ingreso por Grupo Etario.

Sustancia	< 15		16-17		18-20		>21		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Alcohol	75	6,8	277	9,5	220	13,8	42	14,6	614	10,4
Anfetaminas	3	0,3	6	0,2	2	0,1	1	0,4	12	0,2
Cocaína	127	11,6	339	11,6	140	8,8	21	7,3	627	10,6
Hipnóticos	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0
Inhalables	8	0,7	24	0,8	10	0,6	0	0,0	42	0,7
Metanfetaminas y otros derivados	0	0,0	1	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0
Marihuana	391	35,6	1024	35,1	518	32,5	62	21,6	1995	33,8
Otro	0	0,0	0	0,0	1	0,1	0	0,0	1	0,0
Otros Alucinógenos	1	0,1	9	0,3	3	0,2	4	1,4	17	0,3
Otros Estimulantes	2	0,2	6	0,2	3	0,2	3	1,1	14	0,2
Otros Opioides Analgésicos	1	0,1	5	0,2	3	0,2	0	0,0	9	0,2
Pasta base	270	24,6	785	26,9	528	33,1	132	46,0	1715	29,1
Sedantes	221	20,1	439	15,0	166	10,4	21	7,3	847	14,4
Total	1.100	100	2.915	100	1.594	100	286	100	5.895	100

Entre los 14 y los 19 años, la droga más prevalente al ingreso fue Marihuana, con un promedio de 35%. Para mayores de 20 años, la droga principal más consumida fue la Pasta Base de Cocaína, observada en un 46% de los casos. El consumo problemático de sedantes ha tenido una mayor incidencia en la población más joven menor de 15 años, aumentando un 5% en relación al año 2015.

Tabla N°19: Promedio de edad de Inicio de la Sustancia Principal.

Sustancia Principal	Mediana	Promedio	N°
Alcohol	13,0	13,0	614
Cocaína	14,0	13,5	626
Marihuana	13,0	12,4	1.992
Pasta Base	14,0	13,6	1.714
Sedantes	14,0	13,5	846

Para las drogas más consumidas, a saber, Marihuana, y Cocaína (en todas sus formas), los promedios de edad de inicio son 12 y 13 años respectivamente.

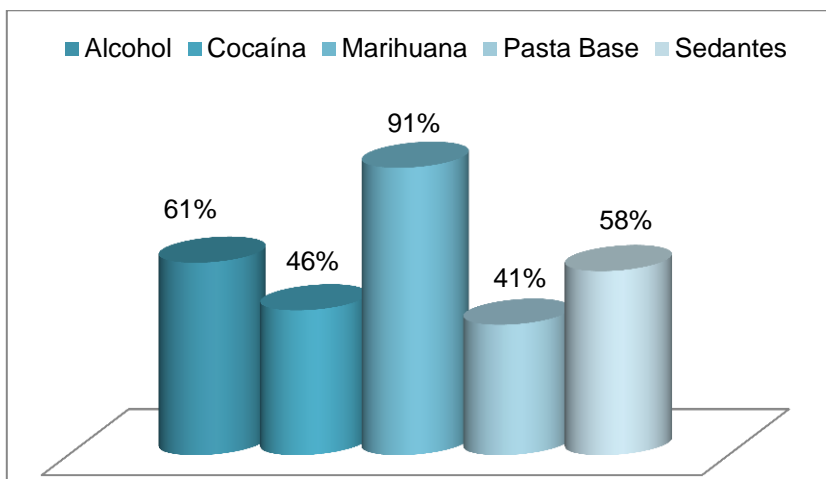
En cuanto a los sedantes, la media se ubica a los 13 años y la mediana a los 14.

Tabla N°20: Promedio de edad de Inicio de la Sustancia Inicial.

Sustancia de Inicio	Promedio	Mediana	N°
Alcohol	12,3	13,0	1.057
Cocaína	12,2	12,0	84
Marihuana	11,9	12,0	4.415
Pasta Base	12,3	13,0	133
Sedantes	12,1	12,0	57

Las edades de inicio del consumo de la sustancia inicial, fueron en promedio 11 años para marihuana y a los 12 años para sedantes, pasta base, alcohol y cocaína. Llama la atención que más de un 70% de los casos atendidos en el año por consumo problemático de alcohol y/o otras drogas, inició su consumo con marihuana alrededor de los 11 años. Lo anterior deja de relieve la necesidad de focalizar en todos los establecimientos educacionales del país, acciones de prevención selectiva e indicada en la población de 5° a 8° básico.

Figura N°6: Distribución de N° Personas según Sustancia Problemática.



La figura grafica el porcentaje de personas que presenta consumo problemático para las distintas sustancias, para ello se consideraron las tres primeras sustancias registradas para cada persona, es decir la sustancia principal, la sustancia secundaria y la terciaria.

Según el gráfico se observa que 9 de cada 10 usuarios presenta consumo problemático de marihuana, y 6 de cada 10 de alcohol, mientras que para pasta base el 40% registró consumo problemático.

Nuevamente se observa un incremento significativo en relación al año anterior en el consumo de Sedantes el cual se elevó en un 26%. En otras palabras, el año pasado 3 de cada 10 personas, consumían sedantes y hoy esa cifra se ha duplicado, es decir 6 de cada 10 adolescentes.

Tabla N°21: Distribución de N° Personas según Sustancia Principal de Consumo al Ingreso por Región.

Región	Alcohol		Cocaína		Marihuana		Pasta Base		Sedantes		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Arica Y Parinacota	11	8,7	3	2,4	51	40,5	39	31	22	17,5	126	100
Tarapacá	1	0,5	78	37,7	60	29	40	19,3	28	13,5	207	100
Antofagasta	14	4,3	34	10,4	139	42,6	74	22,7	65	19,9	326	100
Atacama	14	6,8	7	3,4	47	22,7	97	46,9	42	20,3	207	100
Coquimbo	13	8,1	4	2,5	96	59,6	33	20,5	15	9,3	161	100
Valparaíso	18	4,4	36	8,7	97	23,5	192	46,5	70	16,9	413	100
Metropolitana	49	2,3	336	15,9	675	32	562	26,6	488	23,1	2110	100
O'Higgins	42	11,2	36	9,6	151	40,2	138	36,7	9	2,4	376	100
Maule	46	15,1	17	5,6	143	46,9	87	28,5	12	3,9	305	100
Biobío	46	7,7	31	5,2	96	16,1	351	58,7	74	12,4	598	100
La Araucanía	61	20,2	13	4,3	204	67,5	22	7,3	2	0,7	302	100
Los Ríos	65	31,4	6	2,9	76	36,7	53	25,6	7	3,4	207	100
Los Lagos	92	34,3	22	8,2	117	43,7	27	10,1	10	3,7	268	100
Aysén	66	83,5	4	5,1	9	11,4		0		0	79	100
Magallanes	76	67,3	0	0	34	30,1		0	3	2,7	113	100
Total	614	10,6	627	10,8	1995	34,4	1715	29,6	847	14,6	5798	100

La sustancia principal varía significativamente respecto de la región en la cual se encuentra el centro de tratamiento. Así, la marihuana resulta ser la principal droga consumida en la población atendida en las regiones de Arica, Antofagasta, Coquimbo, Metropolitana, O'Higgins, Maule y Araucanía. El uso de alcohol como droga principal predomina en las regiones más australes del país, a saber, de Magallanes y Aysén. Finalmente el uso de pasta base de cocaína, es más prevalente en las regiones de Atacama (en esta región predominaba Marihuana hasta el 2015), Valparaíso y Biobío.

Llama la atención el aumento significativo los últimos 2 años del consumo problemático de sedantes en las regiones de Tarapacá, Antofagasta, Atacama, Valparaíso y Metropolitana.

Tabla N°22: Distribución de N° Personas según frecuencia de consumo y sexo.

Frecuencia de consumo	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
1 día	173	3,3	24	3,9	197	3,3
2-3 días	1.168	22,1	136	22,3	1.304	22,1
4-6 días	1.034	19,5	110	18,0	1.144	19,4
Menos de 1 semana	35	0,7	3	0,5	38	0,6
No consumió	79	1,5	10	1,6	89	1,5
Desconocida	39	0,7	6	1,0	45	0,8
Todos los días	2.765	52,2	322	52,7	3.087	52,3
Total	5.293	100	611	100	5.904	100

El 93% de las personas que ingresan a tratamiento tienen una frecuencia de consumo que oscila entre el consumo diario y dos a tres días por semana, siendo mayoritariamente el primero con un 52%.

Tabla N°23: Porcentaje de Personas según Diagnóstico de Consumo de Sustancia al Ingreso por Sexo.

Diagnóstico de Sustancia	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
Consumo	988	46,6	128	53,8	1.116	47,3
Dependencia	1.093	51,6	106	44,5	1.199	50,9
Total	2.081	100	234	100	2.315	100

Es relevante señalar que al momento de elaboración de este informe, no todos los usuarios cuentan con Diagnóstico pues parte importante de los usuarios se estaba aún en proceso de evaluación diagnóstica por lo que el número total de personas diagnosticadas según CIE-10 o DSM-IV será diferente al de cobertura (5.904).

Así, el 51% de los usuarios diagnosticados, presentaban diagnóstico de Consumo Perjudicial según la clasificación de enfermedades de la OMS, al desagregarlo por sexo, ambos se distribuyen de manera similar.

Tabla N°24: Distribución de N° de Personas según comorbilidad por Sexo.

Trastorno	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
Esquizofrenia, trastorno esquizotípico	19	0,9	2	0,9	21	0,9
Retraso Mental	30	1,5	0	0,0	30	1,3
Sin trastorno	654	31,6	58	25,1	712	30,9
Trastornos de la conducta alimentaria	3	0,1	0	0,0	3	0,1
Trastornos de la personalidad y del comportamiento	256	12,4	24	10,4	280	12,2
Trastornos de los hábitos y del control	138	6,7	5	2,2	143	6,2
Trastornos del Desarrollo Psicológico	17	0,8	2	0,9	19	0,8
Trastornos del comportamiento asociados	24	1,2	1	0,4	25	1,1
Trastornos del humor (afectivos)	156	7,5	44	19,1	200	8,7
Trastornos mentales orgánicos	18	0,9	5	2,2	23	1,0
Trastornos neuróticos	58	2,8	7	3,0	65	2,8
Trs. del comportamiento y de las emociones	698	33,7	83	35,9	781	33,9
Total	2.071	100	231	100	2.302	100

De las personas ingresadas a tratamiento el año 2016, el 69% presenta un problema psiquiátrico además del trastorno por consumo, siendo más alto en las mujeres (74%) que hombres (69%).

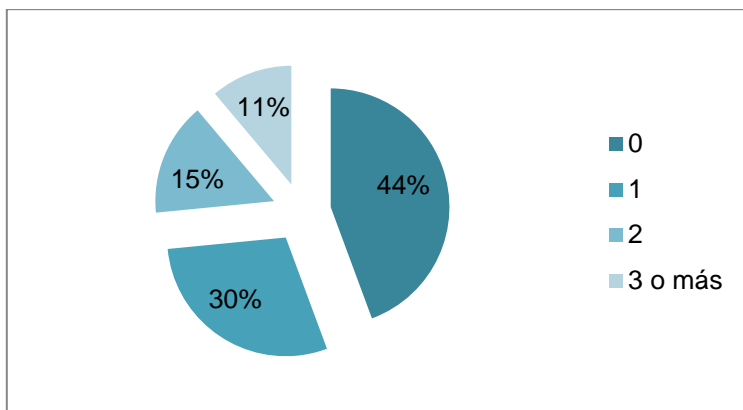
Tabla N°25: Distribución de N° de Personas con trastorno según sexo.

Trastorno	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
Esquizofrenia, trastorno esquizotípico	19	1,3	2	1,2	21	1,3
Retraso Mental	30	2,1	0	0,0	30	1,9
Trastornos de la conducta alimentaria	3	0,2	0	0,0	3	0,2
Trastornos de la personalidad y del comportamiento	256	18,1	24	13,9	280	17,6
Trastornos de los hábitos y del control	138	9,7	5	2,9	143	9,0
Trastornos del Desarrollo Psicológico	17	1,2	2	1,2	19	1,2
Trastornos del comportamiento asociados	24	1,7	1	0,6	25	1,6
Trastornos del humor (afectivos).	156	11,0	44	25,4	200	12,6
Trastornos mentales orgánicos	18	1,3	5	2,9	23	1,5
Trastornos neuróticos	58	4,1	7	4,1	65	4,1
Trs. del comportamiento y de las emociones	698	49,3	83	48,0	781	49,1
Total	1.417	100	173	100	1.590	100

De las personas diagnosticadas con un problema psiquiátrico además del trastorno por consumo, los trastornos más prevalentes son Trastorno del Comportamiento y de las

Emociones con 49% y Trastornos de la Personalidad y del Comportamiento con 17%. Al desagregarlo por sexo, los Trastornos del humor fueron más frecuentes en mujeres 25% que en hombres 11%.

Figura N°7: Porcentaje de tratamientos anteriores.



El 56% de las personas que se atendieron en los centros en convenio el año 2016, habían recibido algún tratamiento anterior. Quienes recibieron tratamientos previos, recibieron en promedio un tratamiento.

Tabla N°26: Distribución de N° de Personas por fecha de Tratamientos Anteriormente Recibidos.

Fecha del último tratamiento	Personas atendidas	
	N	%
1 a 2 años	213	3,9
3 a 4 años	49	0,9
5 o más años	32	0,6
No Corresponde	2101	38,9
Último 12 meses	489	9,1
Último 6 meses	2520	46,6
Total general	5404	100

Del total de personas con tratamiento anteriores, el 47% de ellos lo realizaron durante los últimos 6 meses.

Tabla N°27: Distribución de N° de personas según origen de ingreso.

Origen de ingreso	Personas atendidas	
	N	%
Centro CIP SENAME	1.148	19,4
Centro CRC SENAME	502	8,5
Delegado programa colaborador de SENAME	2.060	34,9
Dupla evaluadora Fiscalía	280	4,7
Equipo de GENCHI	52	0,9
Otro	104	1,8
Otro centro de tratamiento en convenio	1.498	25,4
Otro centro de tratamiento sin convenio	66	1,1
Servicio Urgencia	12	0,2
Tribunal	129	2,2
Usuario	53	0,9
Total	5.904	100

Como muestra la tabla, el origen de ingreso a tratamiento más frecuente fue la derivación por parte de un Delegado de programa colaborador de SENAME, con 34%; en segundo lugar se encuentra la derivación desde otro Centro de Tratamiento en convenio con el 25%; y en tercer lugar la derivación desde los dispositivos de CIP SENAME con 19%.

Tabla N°28: Distribución de N° de Personas por Origen de Ingreso y Plan.

Origen	ML-PAI		ML-PR		ML-UHCE		MP-PAI		PAI-SJ		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Centro CIP SENAME	68	1,9	4	1,4	0	0,0	1.076	60,7	0	0,0	1.148	19,4
Centro CRC SENAME	53	1,5	2	0,7	0	0,0	439	24,8	8	10,3	502	8,5
Delegado programa colaborador de SENAME	2.000	56,9	53	18,1	0	0,0	7	0,4	0	0,0	2.060	34,9
Dupla evaluadora Fiscalía	266	7,6	0	0,0	0	0,0	14	0,8	0	0,0	280	4,7
Equipo de GENCHI	1	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	51	65,4	52	0,9
Otro	81	2,3	3	1,0	14	5,8	4	0,2	2	2,6	104	1,8
Otro centro de tratamiento en convenio	882	25,1	218	74,4	173	71,2	210	11,9	15	19,2	1.498	25,4
Otro centro de tratamiento sin convenio	42	1,2	8	2,7	10	4,1	6	0,3	0	0,0	66	1,1
Servicio Urgencia	0	0,0	0	0,0	12	4,9	0	0,0	0	0,0	12	0,2
Tribunal	90	2,6	4	1,4	34	14,0	1	0,1	0	0,0	129	2,2
Usuario	35	1,0	1	0,3	0	0,0	15	0,9	2	2,6	53	0,9
Total	3.518	100	293	100	243	100	1.772	100	78	100	5.904	100

Se observa en la tabla, que la principal vía de ingreso a los centros con planes ambulatorios en medio libre fue por derivación de Delegado programa colaborador de SENAME, con el 57%. Para la modalidad residencial el origen más recurrente es otro centro de tratamiento en convenio, al igual que para la Unidad de Hospitalización de Corta Estadía. En el caso del plan ambulatorio intensivo en medio privativo, la principal vía de ingreso son los dispositivos de CIP y CRC (85%). Finalmente la principal vía de ingreso al plan ambulatorio intensivo en Secciones Juveniles, fue a la derivación de los equipos de Gendarmería de Chile con 65%.

Tabla N°29: Distribución de N° de Personas según Compromiso Biopsicosocial.

Compromiso	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
Leve	123	5,8	12	5,0	135	5,7
Moderado	1.180	55,7	115	48,3	1.295	54,9
Severo	816	38,5	111	46,6	927	39,3
Total	2.119	100,0	238	100,0	2.357	100,0

El grado de Compromiso Biopsicosocial (CBPS) se refiere a una apreciación de la magnitud de los efectos o consecuencias negativas del consumo de sustancias en las distintas áreas de la vida de las personas que consumen y de su entorno. En relación a este diagnóstico el grado de Compromiso Biopsicosocial más frecuente en las personas al ingresar a tratamiento es Moderado (55%), le sigue el CBPS Severo con el 39% y Leve con el 6%.

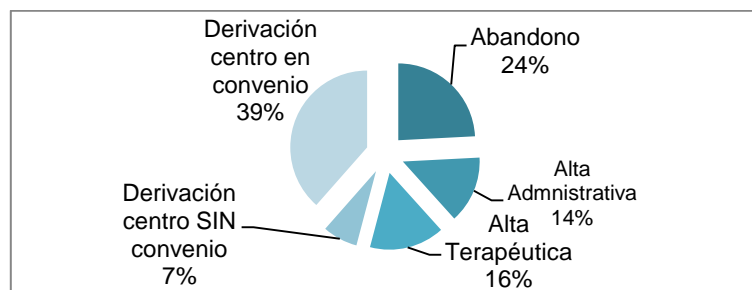
Cuando este dato se desagrega por sexo, el CBPS severo es más frecuente en mujeres que en hombres; 47% y 39%, respectivamente.

4.- Motivo de Egreso

El número de personas que egresaron de los programas de tratamiento durante el período de enero a diciembre de 2016, es de un total de 3.818, que representa el 65% del total de personas atendidas en el año.

Se observa que la derivación a otro dispositivo de tratamiento es el principal motivo de egreso de las personas tratadas, con un 39%; seguida de abandono con 24% y alta administrativa con 14% de los casos.

Figura N°8: Porcentaje de Personas por Motivo de Egreso.



Cabe señalar que de las personas que egresan por alta administrativa, un 63% lo hace por variaciones en su situación legal (cambio o término de sanción).

Tabla N°30: Distribución de Personas por Motivo de Egreso según Sexo.

Motivo de Egreso	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
Abandono	840	24,5	83	21,4	923	24,2
Alta Administrativa	496	14,5	44	11,3	540	14,1
Alta Terapéutica	521	15,2	82	21,1	603	15,8
Derivación centro SIN convenio	233	6,8	49	12,6	282	7,4
Derivación centro en convenio	1.340	39,1	130	33,5	1.470	38,5
Total	3.430	100,0	388	100,0	3.818	100,0

La diferenciación por sexo muestra un mayor porcentaje de altas terapéuticas en mujeres (21%) que en hombres (15%). En hombres, la derivación a otros centros en convenio (39%) y los abandonos (25%) fueron más recurrentes que en mujeres (33% y 21% respectivamente).

Tabla N°31: Porcentaje de Personas por Motivo de Egreso según Rango de Edad.

Motivo de egreso	< 15		16-17		18-20		> 21		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Abandono	127	20,4	475	26,0	269	23,2	52	25,1	923	24,2
Alta Administrativa	75	12,0	214	11,7	203	17,5	48	23,2	540	14,1
Alta Terapéutica	32	5,1	204	11,2	317	27,3	50	24,2	603	15,8
Derivación centro SIN convenio	45	7,2	116	6,4	95	8,2	26	12,6	282	7,4
Derivación centro en convenio	344	55,2	819	44,8	276	23,8	31	15,0	1.470	38,5
Total	623	100	1.828	100	1.160	100	207	100	3.818	100

En la tabla superior se aprecia que a medida que aumenta el rango de edad de las personas, mejora el porcentaje de egresos por alta terapéutica alcanzando un 27% en personas de 18 a 20 años.

Se observa un aumento importante en las altas terapéuticas al cumplir la mayoría de edad y un porcentaje bajo de los egresos por derivación en relación a los menores de edad. Más de la mitad de las personas menores de 18 años se encuentra en proceso de tratamiento transitando entre los dispositivos en convenio y sin convenio con Senda.

Tabla N°32: Porcentaje de Personas por Motivo de Egreso según Tipo de Plan.

Motivo de egreso	ML-PAI		ML-PR		ML-UHCE		MP-PAI		PAI-Sj		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Abandono	681	33,5	41	18,8	19	8,3	180	14,1	2	3,5	923	24,2
Alta Administrativa	275	13,5	29	13,3	5	2,2	204	16,0	27	46,6	540	14,1
Alta Terapéutica	492	24,2	11	5,1	0	0,0	91	7,1	9	15,5	603	15,8
Derivación centro SIN convenio	137	6,7	14	6,4	26	11,4	90	7,1	15	25,9	282	7,4
Derivación centro en convenio	451	22,2	123	56,4	179	78,2	712	55,8	5	8,6	1.470	38,5
Total	2.036	100	218	100	229	100	1.277	100	58	100	3.818	100

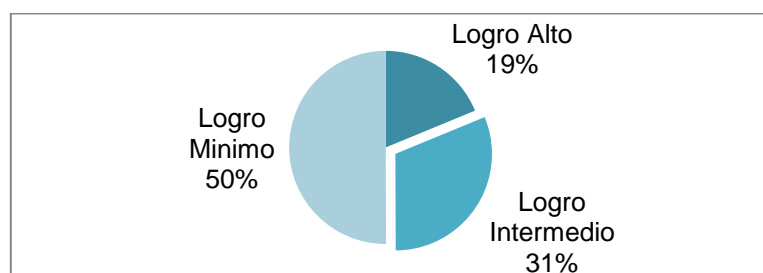
Es importante señalar que no se espera alta terapéutica como motivo de egreso para las unidades de Hospitalización de Cortas Estadías ya que uno de sus principales objetivos es brindar una respuesta oportuna y resolutive para la estabilización y compensación psiquiátrica en los casos de riesgo vital, para que los mismos continúen luego con el proceso de tratamiento en dispositivos ambulatorios o residenciales.

Respecto al total de personas que egresaron, se observa que el plan Ambulatorio Intensivo en Medio Libre es el que registró porcentualmente la mayor cantidad de Altas Terapéuticas, con 24%, mientras que los Ambulatorios Intensivos ejecutados en Secciones Juveniles y los Planes Residenciales alcanzaron el 16% y 5% respectivamente. En relación a los abandonos, la mayor frecuencia se registró en el Plan Ambulatorio Intensivo ejecutado en Medio Libre con el 34%. El porcentaje de egresos por Alta Administrativa fue mayor en Planes Ambulatorios Intensivos ejecutados en el medio privativo de libertad (PAI MP y PAI SJ), con un 63% del total.

5.- Logro Terapéutico al Egreso de Tratamiento

En adelante los gráficos y tablas muestran los logros terapéuticos alcanzados por las personas al momento de egresar de tratamiento, esta evaluación corresponde a la apreciación que hace el equipo o profesional tratante, acerca del grado de logros obtenidos en relación a los objetivos planteados para la persona consultante al ingreso del tratamiento. Los criterios incluyen la evaluación del estado clínico y psicosocial al momento del egreso y una apreciación pronóstica del equipo tratante.

Figura N° 9: Distribución de Personas por Logro Terapéutico al Egreso.



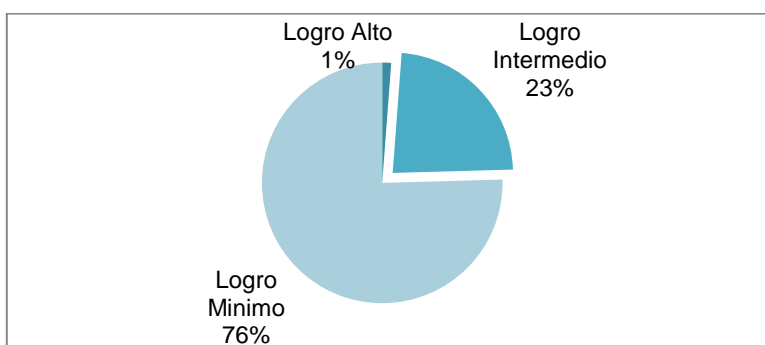
Se observa que del total de personas que egresaron de tratamiento el año 2016, el 50% alcanzó resultados terapéuticos de logro intermedio a alto. Las mujeres tratadas pese a tener un mayor compromiso biopsicosocial como se mencionó anteriormente, egresaron con en mayor proporción que los hombres con logro intermedio alto (54%, versus 49% en hombres).

Tabla N°33: Distribución de Personas por Logro Terapéutico al Egreso según Sexo.

Logros	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
Logro Alto	332	17,9	56	26,8	388	18,8
Logro Intermedio	587	31,6	57	27,3	644	31,2
Logro Mínimo	938	50,5	96	45,9	1.034	50,1
Total	1.857	100	209	100	2.066	100

En la siguiente figura se muestra el nivel de logro terapéutico medido al egresar por Abandono, donde se observa que el 24% del total de personas que abandonaron, a pesar de no terminar su tratamiento, logró resultados terapéuticos de intermedio a alto.

Figura N°10: Distribución de Personas por Logro Terapéutico al Egreso por Abandono.



El nivel de logro terapéutico por tipo de plan, es mayor en los dispositivos ambulatorios intensivos ejecutados en secciones juveniles con 34% de logros altos, y 50% de logros intermedios. Le siguen los planes ambulatorios intensivos en medio libre y privativo, con 20% y 15% de logro terapéutico alto.

Tabla N°34: Distribución de Personas por Logro Terapéutico al Egreso según Tipo de Plan.

Logros	ML-PAI		ML-PR		ML-UHCE		MP-PAI		PAI-Sj		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Logro Alto	294	20,3	9	11,1	0	0	72	15,2	13	34,2	388	18,8
Logro Intermedio	366	25,3	33	40,7	7	29,2	219	46,1	19	50	644	31,2
Logro Mínimo	788	54,4	39	48,2	17	70,8	184	38,7	6	15,8	1.034	50,1
Total	1.448	100	81	100	24	100	475	100	38	100	2.066	100

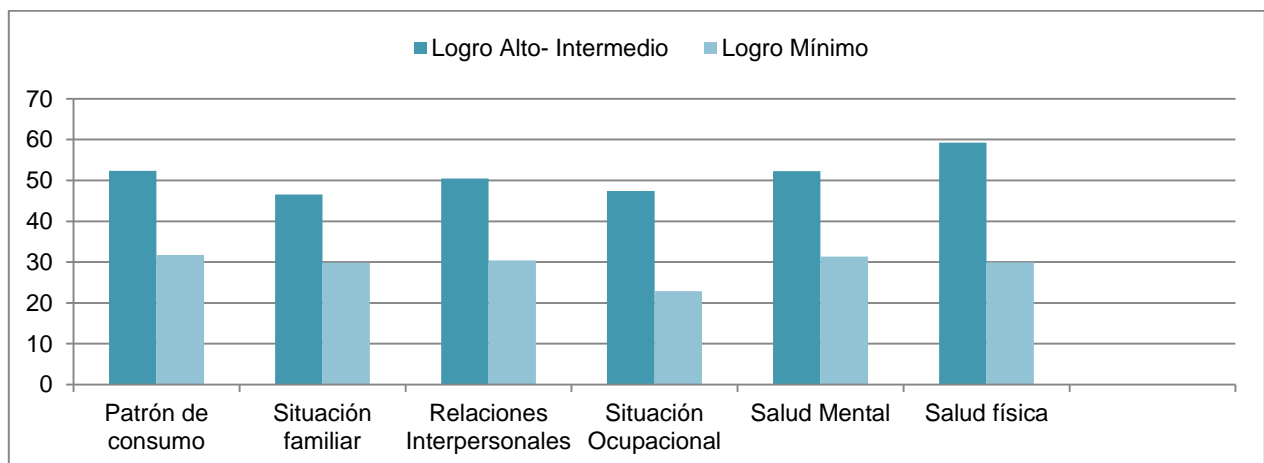
Para la evaluación del logro terapéutico se consideran los cambios que experimenta la persona desde que ingresa a tratamiento, hasta el momento del egreso del programa en las siguientes siete áreas o dimensiones:

Patrón de consumo: el tipo de sustancia, la dosis, la frecuencia y tiempo de consumo, el contexto de consumo, vale decir, forma de acceso a la sustancia, consumo en compañía o en solitario, entre otros.

- **Situación familiar:** calidad de las relaciones al interior del grupo de referencia y la actitud de familia o cercanos en relación al consumo.
- **Relaciones interpersonales:** calidad de relaciones entre sus pares en el contexto, o asociado al problema de consumo.
- **Situación ocupacional:** De la experiencia laboral, de estudios y del tiempo libre (u ocio).
- **Trasgresión a la norma social:** actitudes y conductas personales que violan principios, normas y expectativas sociales, que incluye la comisión de faltas o delitos.
- **Estado de salud mental:** existencia de algún problema de salud mental diagnosticado por DSM- 4 o CIE- 10.
- **Estado de salud física:** Existencia de algún problema de salud física diagnosticado por CIE (incluye control natalidad, control embarazo y sexualidad responsable).

Para el siguiente gráfico se categorizó la variable logro terapéutico en dos, “Logro Alto-Intermedio” y “Logro Mínimo” y se distribuyeron por cada una de las dimensiones.

Figura N°11: Distribución de Personas por Logro Terapéutico al Egreso según Dimensión.



Cuatro de las dimensiones evaluadas, superan el 50% de logros en los cambios favorables obtenidos, siendo las dimensiones salud física y patrón de consumo y salud mental las que registran mayores avances tras el proceso terapéutico. Mientras que las dimensiones con menor logro terapéutico son situación ocupacional y relaciones familiares.

Tabla N°35: Distribución de Personas según Tiempo de Permanencia al Egreso.

Permanencia	ML-PAI		ML-PR		ML-UHG		MP-PAI		PAI-Sj		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<3 meses	395	19,4	102	46,8	226	98,7	621	48,6	7	12,1	1.351	35,4
>3 meses	1.641	80,6	116	53,2	3	1,3	656	51,4	51	87,9	2.467	64,6
Total	2.036	100	218	100	229	100	1.277	100	58	100	3.818	100

En relación al tiempo de permanencia en tratamiento, el 65% de las personas egresadas el año 2016, 3 meses o más en tratamiento.

Tabla N°36: Mediana y Promedio de Meses de Permanencia de Tratamiento según Tipo de Plan.

Tipo de Plan	Mediana	Promedio	N
ML-PAI	9,3	10,1	2.036
ML-PR	3,0	5,2	218
ML-UHC	1,0	1,0	229
MP-PAI	3,0	5,1	1.277
PAI - SJ	7,6	9,9	58

Al desagregar por tipo de plan de tratamiento, se observa que los planes Ambulatorios Intensivos en Medio Libre y en Secciones Juveniles concentran los mayores tiempos de permanencia con promedio de 10 meses cada uno. En tanto los planes residenciales y ambulatorios en medio privativo promedian 5 meses cada uno.

Tabla N°37: Mediana y Promedio de Meses de Permanencia de Tratamiento según Motivo de Egreso.

Motivo de Egreso	Mediana	Promedio	N
Abandono	4,8	6,7	923
Alta Administrativa	4,3	6,8	540
Alta Terapéutica	15,5	17,5	603
Derivación	2,8	4,4	1.548

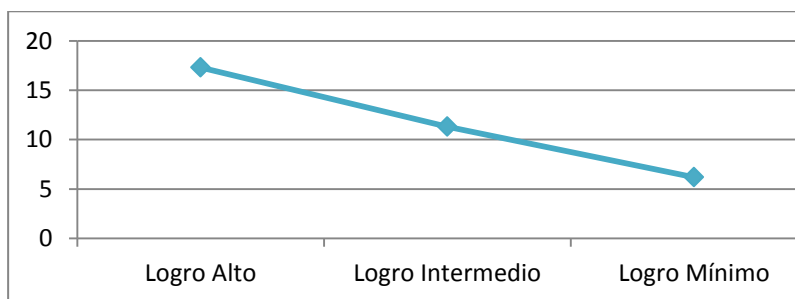
El promedio de meses de tratamiento en el que se logró altas terapéuticas fue a los 17 meses, es decir al habiendo estado un año y medio en el programa de tratamiento. El sexto mes parece ser un momento clave para el trabajo de la motivación y fomento de la adherencia y vinculación al programa terapéutico ya que es en ese periodo en el que se produce mayor cantidad de abandonos y altas administrativas.

Tabla N°38: Mediana y Promedio de Meses de Permanencia de Tratamiento en Egresos por Alta Terapéutica según Tipo de Plan.

Plan	Mediana	Promedio	N
ML-PAI	16,5	18,6	492
ML- PR	11,5	10,6	11
MP-PAI	12,7	12,9	91
PAI-SJ	7,3	11,4	9

Al desagregar por tipo de plan de tratamiento, se observa que los planes Ambulatorios Intensivos en Medio Libre y Privativo concentran los mayores tiempos de permanencia con promedios de 18 y 12 meses respectivamente para el logro de altas terapéuticas. En tanto los planes residenciales presentaron un promedio de 10 meses de permanencia en los egresos terapéuticos.

Figura N°12: Promedio Tiempo de Permanencia y Logro Terapéutico.



De las tablas 37 y 38 es se desprende que a mayor tiempo de permanencia, mayor fue el logro terapéutico obtenido por las personas usuarias.

III. Contexto y análisis cualitativo de la ejecución del Programa.

Desde el año 2007, al entrar en vigencia la Ley 20.084 de Responsabilidad Penal Adolescente, se implementa el **Programa de Tratamiento Integral de Adolescentes y Jóvenes Ingresados al Sistema Penal por Ley N°20.084 con Consumo Problemático de Alcohol - Drogas y Otros Trastornos de Salud Mental**, de modo de hacer posible lo planteado en la Ley, es decir, que los adolescentes y jóvenes que lo requieran, ya sea por aplicación de la sanción accesoria de tratamiento, porque voluntariamente lo solicitan o porque se le ha decretado como suspensión condicional del procedimiento la condición de ingresar a tratamiento, accedan a un programa especializado de tratamiento. Este programa fue desarrollado por CONACE (actual SENDA) y Ministerio de Salud (MINSAL), con la asesoría técnica del Servicio Nacional de Menores (SENAME), basándose en el Programa de Tratamiento para Niños, Niñas y Adolescentes con Consumo Problemático de Drogas (el que también fue utilizado como base para el GES adolescente) y en la experiencia de SENAME en proyectos de tratamiento para adolescentes con consumo problemático de drogas.

El principal objetivo de este Programa es facilitar el acceso, oportunidad, cobertura y calidad del tratamiento por consumo problemático de alcohol y drogas de los adolescentes y jóvenes definidos como sujetos de atención de este Programa.

Durante los años de implementación del Programa se han desarrollado diferentes ámbitos de acción:

1. **Elaboración de documentos:**

Norma Técnica N° 85, Programa de Tratamiento Integral de Adolescentes Infractores de Ley con Consumo Problemático de Alcohol – Drogas y Otros Trastornos de Salud Mental, elaborada por MINSAL, SENAME y CONACE con la colaboración de otros expertos y firmada por la Ministra de Salud el año 2005;

Orientaciones Técnicas, Programa de Tratamiento Integral de Adolescentes Infractores de Ley con Consumo Problemático de Alcohol – Drogas y Otros Trastornos de Salud Mental, elaborada por MINSAL, SENAME y CONACE con la colaboración de otros expertos y publicada el año 2007.

2. **Implementación del sistema de Evaluación Clínica Diagnóstica** en drogas: inicialmente se instaló en los centros indicados por los servicios de salud, sin embargo, a partir del año 2009 las Fiscalías de la Región Metropolitana contratan equipos psicosociales y horas de psiquiatría para que realicen esta función.
3. **Capacitaciones:** debido a que la Ley 20.084 es un ley especializada, el componente de capacitación y actualización ha sido fundamental, y ha abarcado diferentes actores, desde profesionales y técnicos de los equipos de tratamiento, hasta representantes del

ámbito judicial, equipos ejecutores de sanción tanto de administración directa de SENAME o de la red de colaboradores y otros actores estratégicos.

4. **Sistema de Asesoría:** desde el inicio del Programa se ha realizado asesoría técnica a los centros de tratamiento, tanto desde las direcciones regionales de SENDA en conjunto con los respectivos Servicios de Salud de ser posible, como por parte de asesores externos especializados. Esta asesoría es parte de la Gestión de Calidad y es entendida como un proceso de acompañamiento a los equipos de los programas de tratamiento, por parte del equipo asesor, es decir Gestor de Calidad de SENDA y representante del Servicio de Salud respectivo.
Esta instancia se constituye en un apoyo para el continuo desarrollo y crecimiento del programa, lo que se traduce en una alta participación de los profesionales en dicho espacio y receptividad frente a sugerencias técnicas.
5. **Sistema de Evaluación:** desde el año 2012 se implementa una evaluación a los centros del Programa, realizada por un representante de la Secretaría Regional Ministerial de Salud y el Gestor de Tratamiento. En este proceso se evalúa en los centros el nivel de cumplimiento de estándares específicos, referidos a cuatro ámbitos: recursos humanos, trabajo en red, aspectos técnicos, sistemas de información. Al igual que el punto anterior, el desarrollo de un sistema de evaluación está orientado al mejoramiento continuo de la calidad del tratamiento realizado.
6. **Sistema de Información y Gestión de Tratamiento – SISTRAT:** de manera de facilitar la sistematización y el seguimiento a la gestión de tratamiento a distinto nivel, tanto a nivel de los centros como a nivel nacional. Desde el año 2010 los centros utilizan el SISTRAT, En el que incorporan la información de cada uno de los usuarios y usuarias de tratamiento y cada una de las prestaciones que se realizan en su proceso terapéutico.
7. **Red Asistencial de Centros de Tratamiento:** previo a la entrada en vigencia de la Ley no existían centros de tratamiento por consumo problemático de alcohol y otras drogas para esta población, por lo que el gran desafío inicial del Programa fue generar la oferta requerida. Las gestiones se desarrollaron de manera que, al entrar en vigencia la Ley (8 de junio del 2007), se encontraban instalados 95 centros en todo el país.
8. **Intersectorialidad:** Desde el inicio del Programa, éste ha sido un aspecto fundamental, por lo que se implementa a través de un convenio, originalmente el año 2007 entre CONACE (actual SENDA), FONASA, MINSAL y SENAME, en donde el año 2011 se resta FONASA, y sumándose el año 2012 Gendarmería de Chile (GENCHI). Lo anterior, se traduce en una instancia de coordinación técnica nacional (Mesa Nacional), en la que participan todas las instituciones firmantes, instalada desde el año 2007, con una frecuencia de reunión semanal, orientada principalmente a gestionar y realizar seguimiento a la implementación del Programa, junto con establecer los lineamientos de desarrollo del mismo. Esta instancia se replica en cada región con similares características, a través de Mesas Regionales.

En relación a la evaluación del año 2016, se ha querido relevar los siguientes aspectos:

Red de centros de Tratamiento

Durante al año 2016, la red estuvo compuesta por 106 centros (incluye los programas ambulatorios intensivos, tanto en medio libre como medio privativo, los programas residenciales, los programas en secciones juveniles y las unidades de hospitalización de corta estadía, tanto en medio libre como medio privativo) . Cabe destacar que si bien se ha afianzado la red de este programa y se cuenta con una oferta especializada a nivel país, aún existen brechas en la atención, principalmente en lo que se refiere a modalidad residencial y de hospitalización de cuidados intensivos en psiquiatría.

Un desafío permanente lo constituye la continuidad de la atención cuando una persona es derivada de un centro a otro. Las coordinaciones permanentes son una oportunidad para ello, se requiere para lo anterior la generación de protocolos y documentos en general que favorezcan la articulación, como también el trabajo continuo con la red para reforzar el funcionamiento coordinado e integrado entre los diversos prestadores

Cabe señalar además que durante el año 2016, la cobertura de los centros de tratamiento correspondió a un 98,9%. Existen aún centros en que la cobertura no es completa, lo que obedece por un lado, a la disminución de la población en algunos recintos, principalmente secciones juveniles y CRC, y por otro, a la necesidad de una mayor coordinación para favorecer la derivación, acordando criterios comunes que puedan responder a la complejidad del perfil.

Respecto a los tipos de entidades que ejecutaron el programa durante el año 2016, cabe señalar que el 78% corresponden a prestadores privados y un 22% a centros públicos.

Evaluación de los Centros de Tratamiento

A la fecha de la elaboración de este informe, se evaluaron el 98% de los centros. Este procesos constituye un aporte al a la gestión de los centros, dado que se evalúan anualmente elementos como: Aspectos Técnicos, Recursos Humanos, Trabajo en Red, Sistema de Registros y análisis de datos, Derechos y Satisfacción Usuaría e Infraestructura, resultados que se incorporan cualitativamente en el Plan Anual con cada programa o centro, lo que ha impactado positivamente en el mejoramiento de la intervención de éstos.

Por tanto, un desafío en este ámbito es que los programas y centros de tratamiento tengan visible su evaluación en el Sistema de Registro SISTRAT, lo más cercano al inicio de cada año, dado que es insumo para su planificación anual.

Sistema de Monitoreo de Resultados

Durante el año 2016 se continuó con la implementación como parte de la Gestión de la Calidad del Sistema de Monitoreo de Resultados, que incluye la evaluación semestral regional de variables asociadas a Acceso a Servicios (Tiempos de Espera), Retención de Usuarios, Motivos de Egreso y Logro Terapéutico. Este sistema constituye un aporte al desarrollo técnico de los centros y el desafío para el año 2017 corresponde a la implementación de este sistema para cada uno de los centros de manera independiente.

Capacitaciones y Jornadas

El esfuerzo por el mejoramiento de la calidad de la intervención ha sido una prioridad en este Programa. En este sentido, las jornadas y capacitaciones son un gran aporte para los técnicos y profesionales de los equipos.

El año 2016, se realizaron las siguientes capacitaciones, gestionadas por el nivel nacional, contando con la participación de equipos específicos de este Programa:

- Jornada Cortas Estadías; durante el mes de diciembre del año 2016, a la que asistieron representantes de los equipos de cada Unidad (Iquique, Limache, Coronel, Valdivia y Tiltil), un representante de cada servicio de salud, un representante de SENAME regional y representantes de la Mesa Nacional del convenio. En total participaron alrededor de 25 personas. En ésta, se abordó la implementación de algunos aspectos del modelo de gestión de las UHCIP; se presentaron prácticas exitosas, de manera de generar una discusión respecto de distintas estrategias de intervención; así mismo, se realizó una actualización en el tema de comorbilidad, a cargo de una psiquiatra infantoadolescente.
- Jornada de Capacitación en Estrategias Motivacionales destinada a profesionales y técnicos de equipos ejecutores de sanción SENAME, Delegados, PIC e interventores Clínicos de Programas que se ejecutan en medio libre y semi cerrado (Asistente Sociales, Psicólogos, Técnicos Paramédicos, Psicopedagogo, Sociólogos). El objetivo de la Capacitación consistió en ejercitar habilidades que permitan al interventor construir relaciones de ayuda con su población objetivo, concordantes con el espíritu de la entrevista motivacional. Con este fin, se organizó a los asistentes en cuatro grupos de trabajo, quienes participaron en una jornada de 16 horas de trabajo, distribuidas en dos días. Las Jornadas de Capacitación se realizaron entre los meses de Agosto y Noviembre de 2016. Se capacitó a un total de 60 personas.
- Curso de Actualización y Profundización de conocimientos y entrenamiento práctico en habilidades y destrezas terapéuticas para Técnicos en Rehabilitación, técnicos paramédicos, auxiliares de párvulo, educadores y otros técnicos de los centros de tratamiento para población infanto adolescente y población adolescente y joven ingresada por ley 20.084. Durante el año 2016, se realizó la fase semi presencial de este curso (comprendida como la continuación de una

primera parte de la capacitación iniciada el año 2015, la que se realizó en modalidad e- learning). En esta segunda fase semipresencial, participaron 50 técnicos que se desempeñan en programas de tratamiento con esta población.

- Curso de Actualización y Profundización de conocimientos y entrenamiento práctico en habilidades y destrezas terapéuticas para Profesionales de los centros de tratamiento para población infanto adolescente y población adolescente y joven ingresada por Ley 20.084. Durante el año 2015, se realizó la fase e learning con contenidos generales del curso. Durante el año 2016, se realizó el curso en modalidad semi presencial: “Introducción a nociones éticas para el Tratamiento con Población Infanto Adolescente y Joven con consumo problemático de alcohol y otras drogas”. Participaron en este curso Profesionales universitarios (psicólogos trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, enfermeras, psicopedagogos, etc.) pertenecientes a los centros de tratamiento en convenio de población adolescentes y jóvenes ingresados por ley 20.084. Se capacitó en esta modalidad a 51 profesionales. La jornada presencial se realizó en Santiago, durante el mes de Mayo de 2016. Los componentes metodológicos para la fase presencial incluyeron clases expositivas, videos, análisis de casos y discusión grupal sobre las temáticas y actividades realizadas. La fase e -learning de este curso de especialización, se realizó durante el mes de Junio de 2016. Se utilizó una metodología basada en el constructivismo, en donde el alumno es actor principal de su propio aprendizaje, integrando los contenidos, material bibliográfico, ejercicios formativos, actividades y evaluaciones, a través de una plataforma virtual planteada con tal fin.

- Curso Desarrollo de Capacidades de Evaluación para los Equipos Profesionales que trabajan en el Sistema Integrado de Tratamiento de Personas que presentan Consumo Problemático de Drogas y Alcohol de los Programas de Tratamiento Adolescentes. Durante el transcurso del año 2016, se convocó la participación de técnicos y profesionales de 25 centros de tratamiento, el que tuvo por objetivo instalar y/o fortalecer las competencias de evaluación en los profesionales de los centro de tratamientos con convenios con SENDA, contribuyendo a la integración de una cultura de evaluación y mejorando la calidad de los servicios del sistema de tratamiento el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Alcohol. Durante el segundo semestre del año 2016, se implementaron Talleres Teórico Práctico, de dos días de duración en los que se abordaron los contenidos fundamentales para el diseño e implementación de evaluación en el contexto de los centros de tratamiento. El Curso-Taller se realizó en tres versiones: uno en la zona norte, uno en la zona centro y uno en la zona sur. Durante el año 2017 se dará continuidad al curso iniciado, consistiendo en la implementación de los proyectos de evaluación que cada dupla diseñó.

- Durante el mes de Diciembre se realizó una jornada de capacitación con los equipos de secciones juveniles, a la que asistieron los jefes técnicos de secciones juveniles, uniformados que realizan la función de la jefatura en dichas secciones y los encargados regionales de dicho programa, El objetivo de esta jornada se relacionó con: colaborar en el empoderamiento de los diversos actores involucrados en las Secciones Juveniles (Jefes de Sección, Jefes Técnicos y Coordinadores Regionales), de manera de potenciar sus roles y mejorar la gestión de la intervención de esta población. Como conclusión de la jornada se estableció la necesidad de desarrollar lineamientos complementarios que orienten el trabajo en las secciones juveniles considerando la instalación de los equipos licitados en el marco del modelo RNR.

Así mismo, todas las regiones realizaron al menos dos jornadas de capacitación para los equipos que ejecutan programas de tratamiento y en algunos casos, en conjunto además con equipos que ejecutan sanción (administración directa de SENAME y organismos colaboradores). En todas las regiones, al menos una de las jornadas correspondió a “Elaboración de Planes de Tratamiento Individualizados (PTI). Siempre en sintonía con el Nivel Nacional y respondiendo a las necesidades específicas de desarrollo técnico - clínico de cada región, se abordaron temáticas vinculadas principalmente a neuropsicología y consumo de drogas en adolescentes, consumo de psicofármacos, entrevista motivacional, síntesis diagnóstica y diagnóstico integral en adolescentes, patología dual, género, intervención familiar, entre otras. A su vez se realizaron 3 Macro zonales que comprenden un Macro-zona Norte (Arica – Tarapacá- Antofagasta y Atacama) realizado en Antofagasta, un Macro zona Centro (Coquimbo- Valparaíso- Región Metropolitana – O’Higgins - Maule) realizado en Valparaíso y Macro zona Sur (Biobío- Araucanía- Los Ríos- Los Lagos - Aysén y Magallanes) realizado en Temuco, todos ellos con el objetivo de desarrollo de redes y macro redes en tratamiento.

Coordinación Intersectorial: Mesa Nacional de Gestión de Convenio

En relación al funcionamiento de la Mesa Nacional de Gestión del Convenio, cabe señalar que durante el año 2016 se acordó entre las partes y considerando el desarrollo e instalación del programa, que el Convenio de Colaboración Técnica fuese suscrito con fecha indefinida y no con término anual, como había sido anteriormente. Dicho convenio fue aprobado mediante Res. Ex. N°841 de SENDA, del 13 de Septiembre de 2016.

Durante el año 2016, la Mesa Técnica Nacional mantuvo un funcionamiento muy regular, con reuniones semanales de coordinación y análisis de la gestión e implementación del Programa, con una comunicación fluida entre las instituciones partes del Convenio. Lo anterior, permitió responder de manera concertada y simultáneamente a las consultas planteadas por las mesas regionales, factor que disminuyó la posibilidad de errores en la comunicación e interpretación a nivel operativo.

Por otro lado, se solicitó a los representantes regionales de SENDA, Servicios de Salud, Seremis de Salud, SENAME y GENCHI una evaluación por un lado, de los aciertos y dificultades en el marco del Programa durante el año 2016, y por otro, de un análisis del

funcionamiento de las respectivas Mesas Regionales de Gestión del Convenio. La sistematización de lo anterior, permite dar cuenta de una diversidad en relación al desarrollo del Programa y de las mesas Regionales a lo largo del país, que conlleva el desafío de un acompañamiento que reconozca estas diferencias. De lo planteado por las regiones, es importante relevar los siguientes aspectos:

Evaluación del funcionamiento 2016 del Programa a nivel regional:

Las regiones reconocen avances importantes en la coordinación entre los equipos de tratamiento y los equipos que ejecutan sanción. Esto se ha visto materializado en la implementación en la mayor parte de las regiones de espacios de encuentro formales (ya sean regionales o provinciales), en los cuales se han realizado diversas acciones, entre ellas: capacitaciones entre equipos, revisión de casos, organización para la derivación, elaboración de protocolos, entre otras.

Así mismo, las regiones releven el avance en la coordinación entre equipos que brindan tratamiento generándose instancias formales de encuentro, en los cuales también se han generado protocolos e instancias de coordinación que favorezcan la continuidad de los cuidados cuando un/a usuario/a es derivado/a a una modalidad distinta de tratamiento, ya sea por necesidades clínicas, modificaciones en su sanción u otras razones.

Se visibiliza desde las regiones como dificultad, la brecha existente aún en distintos dispositivos, principalmente programas residenciales y unidades de hospitalización de cuidados intensivos en psiquiatría (UHCIP). Así mismo, la falta de especialistas psiquiatras infanto-juveniles y la rotación de profesionales en algunos centros de tratamiento, son elementos que dificultan en ocasiones la instalación de una nueva oferta especializada.

Se mantiene como desafío permanente para el Programa la implementación de la intervención en las Secciones Juveniles de los centros penitenciarios. La población en éstas ha disminuido significativamente los últimos años, lo que ha implicado generar distintas estrategias para abordar el consumo de drogas en articulación con los equipos licitados por GENCHI para la intervención psicosocial en éstas. Las modificaciones en las estrategias han generado ciertas dificultades en la continuidad de la intervención, dados los tiempos de licitación de dichos equipos, aun cuando desde GENCHI se intenciona activamente generar estrategias que permitan dar una respuesta los primeros meses del año.

Un desafío relevado particularmente por las regiones dice relación con la necesidad de una mayor articulación tanto con el nivel de Atención Primaria de Salud y con los servicios especializados de salud mental, con el fin de dar una respuesta integral a las diversas necesidades de los/as adolescentes y jóvenes.

Evaluación del funcionamiento de las Mesas Regionales de Gestión del Convenio:

La mayor parte de las regiones ha implementado de manera regular, estable y continua las reuniones de las mesas Regionales del Convenio. Éstas son visualizadas por la mayoría como una instancia que aporta a la gestión, que permite resolver nudos críticos, por lo que se relevan como un espacio de análisis, toma de acuerdos y resolución conjunta.

A pesar que la Mesa Regional es un espacio instalado, aún existen regiones donde la participación de todas las contrapartes institucionales es aún irregular, dado que no cuentan con la asignación horaria que permita esta función. Es en esas regiones entonces, que se constituye en un desafío la instalación permanente de la Mesa con la participación de todos los actores.

De acuerdo a lo reportado, las mesas se constituyen en espacios de análisis y reflexión de ámbitos administrativo/financieros y técnicos. Se realiza un análisis conjunto con el fin de hacer propuestas tanto de asignación para el año 2017, como para los procesos de reasignación de Junio y Diciembre de 2016. Existe además, en la mayor parte de las regiones, un monitoreo de la ejecución del presupuesto y de la cobertura, como también un levantamiento de brechas en relación a la oferta y la demanda de tratamiento.

Se aprecia una planificación cada vez mayor del trabajo en la gran parte de las mesas, lo que ha permitido poder centrarse en el desarrollo técnico del programa a nivel regional y no sólo en contingencias. Es así que se generaron protocolos para favorecer la coordinación entre programas, especialmente entre aquellos de tratamiento y los de ejecución de sanción; se realizaron visitas conjuntas como Mesa a centros de tratamiento para evaluar el funcionamiento; se generaron instrumentos únicos para la red, por ejemplo, ficha de derivación; se hizo análisis conjunto de los resultados de la Ficha de Monitoreo y de otras variables posibles de levantar a través de SISTRAT (cantidad de prestaciones, número de días de asistencia de los/as usuarios,/as); se diseñaron e implementaron capacitaciones locales, entre otras actividades. Todo lo anterior, dependiendo de las necesidades y realidades regionales.

Se releva particularmente el rol que han ido adquiriendo las Mesas Regionales de Gestión del Convenio en cuanto a la revisión y análisis de casos complejos, que no han sido posibles de resolver a nivel de los centros de tratamiento y programas ejecutores de sanción, facilitando la resolutivez de éstos. Las mesas constituyen un importante referente técnico para los centros y programas en la mayor parte de las regiones.

Otro aspecto relevado, dice relación con la participación activa de representante de SEREMI de Salud en las mesas. Si bien la participación ha estado resguardada en los convenios de los últimos años, ésta se circunscribía en la mayor parte de las regiones al proceso de evaluación técnica de los programas. A partir del año 2016, en gran parte de las mesas regionales, su participación se ha ampliado, siendo parte activa de los procesos técnicos y de gestión del convenio desde sus ámbitos de competencia.

Como parte de los desafíos, la incorporación de otros actores en la coordinación institucional parece fundamental, tales como Unidades de Protección de Derechos de SENAME, Atención Primaria de Salud, entre otros.

Finalmente, un desafío para el año 2017 lo constituye el mejoramiento de los canales de información entre la Mesa Nacional de Gestión del Convenio y las Mesas Regionales. Se requiere generar estrategias que permitan que esta información fluya de manera fidedigna y oportuna, para la toma de decisiones en los distintos niveles.