

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

**Informe Anual 2017**

**INFORME DE EVALUACIÓN TÉCNICA**

**CONVENIO SENDA – MINSAL- SENAME – GENCHI**

**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 de 2018**

## **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 2017.

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 2017, 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

### I. 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 (4.348) es decir RUT distintos. El segundo es calcular el número de casos que se atendieron (5.912). Este último método siempre va a mostrar un número mayor de personas, 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 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
2015	4.373	5.711
2016	4.475	5.904
2017	4.348	5.912

El número total de personas (casos) atendidas durante el año 2017 fue de 5.912. Este total considera las modalidades de atención financiadas como planes de tratamiento<sup>1</sup>, a saber: Plan Residencial (PR), Plan Ambulatorio Intensivo en medio libre y privativo de libertad (PAI ML, PAI MP), Plan de Hospitalización en Unidades de Corta Estadía en medio libre (UHCE ML)<sup>2</sup> y dos programas ambulatorios intensivos que funcionan al interior de Secciones Juveniles (PAI SJ) en las regiones Metropolitana y Araucanía.

---

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> El Plan UHCE ML se ejecuta en las Unidades de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría en Hospitales, nomenclatura acuñada el año 2016, a partir del Documento “Modelo de Gestión de Unidad de Hospitalización de Cuidados Intensivos de Psiquiatría para Población Adulta e Infanto Adolescente” aprobado mediante Res. Ex. N°417, del 5 de Febrero de 2016 por el Ministerio de Salud.

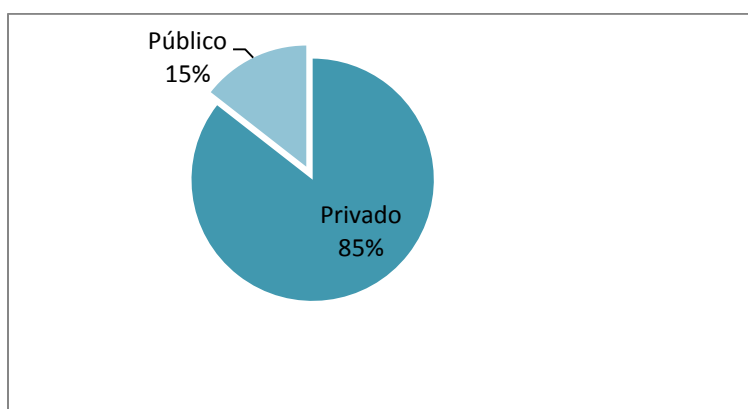
Por otro lado, en el marco del Programa existen cuatro proyectos mediante los cuales se transfieren recursos a Servicios de Salud para la ejecución conjunta de Unidades de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría en centros privativos de libertad (CIP CRC), donde el número de personas atendidas corresponde a 187 adolescentes y jóvenes. Así mismo, en el marco del convenio con GENCHI, en aquellos casos en que el número de jóvenes es inferior a 12 en secciones juveniles, la ejecución del programa de tratamiento corresponde a dicha institución, con la asesorías técnica de SENDA, habiéndose atendido un total de 82 personas.

Para fines de este informe, en lo sucesivo 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 5.912 personas atendidas el año 2017, el 33.4% (1.974) ingresó a tratamiento antes de ese año, y el 32% realizó más de un tratamiento durante el año 2017.

El 85%, equivalente a 5.025 personas, se atendió en centros privados en convenio, mientras que el 15%, equivalente a 887 personas, lo hizo en establecimientos públicos.

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



En relación a la modalidad de atención el 60% de las personas asistió a programas de tratamiento ambulatorios en medio libre, el 30% a programas ambulatorios en medio privativo de libertad, el 5% a programas residenciales y el 4% a Unidades de Hospitalización de Corta Estadía.

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

Plan	Personas Atendidas	
	N	%
ML-PAI	3.542	59,9
ML-PR	289	4,9

ML-UHC	255	4,3
MP-PAI	1.774	30
PAI - SJ	52	0,9
Total	5.912	100

## II. CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN

Al igual que en años anteriores, la mayor parte de la población atendida corresponde a hombres (89,5%), tal como se detalla en la siguiente tabla:

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

Sexo	Personas Atendidas	
	N	%
Hombre	5.293	89,5
Mujer	619	10,5
Total	5.912	100

El 70% de las personas atendidas durante el año 2017 corresponde a menores de 18 años, lo que muestra un aumento a partir del año 2015, que correspondió a un 67%; hasta el año 2014 los menores de edad constituían aproximadamente el 40% de la población. La media y la mediana de edad de la población atendida es de 17 años. Lo anterior podría dar cuenta de un ingreso cada vez más temprano a los programas de tratamiento a partir del año 2014.

Al distribuir la población según rangos, el mayor grupo se ubica en el rango de 16 a 17 años con el 55% de los casos atendidos, seguido por el rango de 18 a 20 años con un 27%.

**Tabla 4: Distribución de N° Personas por Rango Edad según Sexo**

Edad	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
<15	697	13,2	143	23,1	840	14,2
16- 17	2942	55,6	331	53,5	3273	55,4
18-20	1458	27,6	127	20,5	1585	26,8
>21	196	3,7	18	2,9	214	3,6
Total	5.293	100	619	100	5.912	100

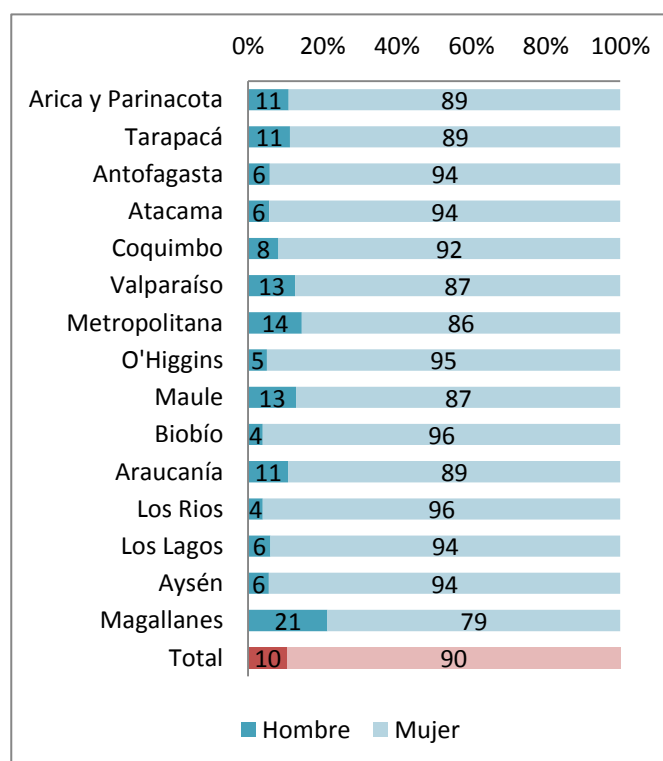
En todos los tramos de edad hubo porcentualmente un mayor predominio de hombres, excepto en el tramo más joven de la población atendida en el cual las mujeres estuvieron un 10% por sobre los hombres.

En relación a la distribución de las personas por región, se observa que el 37% se atendió en la Región Metropolitana, seguida por las regiones de Biobío y Valparaíso, con un 10% y un 7% respectivamente.

**Tabla 5: Distribución Nº Personas por Región**

Región	Total	
	N	%
Arica y Parinacota	138	2,3
Tarapacá	222	3,8
Antofagasta	311	5,3
Atacama	176	3,0
Coquimbo	197	3,3
Valparaíso	412	7,0
Metropolitana	2165	36,6
O'Higgins	378	6,4
Maule	310	5,2
Biobío	635	10,7
Araucanía	353	6,0
Los Ríos	202	3,4
Los Lagos	251	4,3
Aysén	54	0,9
Magallanes	108	1,8
Total	5.912	100

**Figura 2: Distribución Nº Personas por Región según Sexo**



El 96% de las personas atendidas refiere no pertenecer a ninguna etnia. De quienes declaran pertenencia a etnias, el 84% corresponde a Mapuches, con mayor presencia en las regiones de la Araucanía, Los Lagos y Metropolitana.

**Tabla 6: Distribución Nº Personas según etnia**

Personas por Etnia	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
Aimara	7	0,1	2	0,3	9	0,2
Alacalufe	10	0,2	0	0,0	10	0,2
Atacameño	8	0,2	1	0,2	9	0,2

Colla	2	0,0	0	0,0	2	0,0
Diaguita	9	0,2	0	0,0	9	0,2
Mapuche	196	3,7	21	3,4	217	3,7
No pertenece	5.059	95,6	595	96,1	5.654	95,6
Quechua	1	0,0	0	0,0	1	0,0
Rapanui	1	0,0	0	0,0	1	0,0
Total	5.293	100,0	619	100,0	5.912	100

El 97% de las personas usuarias son solteras; el porcentaje restante corresponde en su mayoría a personas que conviven al momento de ingresar a tratamiento.

**Tabla 7: Distribución Nº Personas según Estado conyugal**

Estado conyugal	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
Casado/a	6	0,1	1	0,2	7	0,1
Conviviente	101	1,9	13	2,1	114	1,9
No contesta	18	0,3	2	0,3	20	0,3
Separado/a	8	0,2	0	0,0	8	0,1
Soltero/a	5.150	97,3	603	97,4	5.753	97,3
Viudo/a	10	0,2	0	0,0	10	0,2
Total	5.293	100	619	100	5.912	100

En relación al nivel de escolaridad alcanzado por la población atendida el año 2017, de acuerdo a lo registrado, el 46% no finalizó la Enseñanza Básica al ingresar a tratamiento y un 24% 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 8: Distribución de Nº Personas según Escolaridad por Sexo**

Escolaridad	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sin Estudios	19	0,4	0	0,0	19	0,4
Básica Incompleta	2.422	46,3	264	42,9	2.686	45,9
Básica Completa	1.361	26,0	177	28,8	1.538	26,3
Media Incompleta	1.243	23,8	160	26,0	1.403	24,0
Media Completa	165	3,2	14	2,3	179	3,1
Técnica Incompleta	12	0,2	0	0,0	12	0,2
Técnica Completa	2	0,0	0	0,0	2	0,0
Universitaria Incompleta	2	0,0	0	0,0	2	0,0
Total	5.226	100	615	100	5.841	100

De acuerdo a la tabla 9, 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 (22%). Un 43% de las personas atendidas el año 2017 se encontraba inserta en el sistema escolar o si bien no se encontraba estudiando, presentaba menos de un año de deserción.

**Tabla 9: Distribución de N° Personas según años de Deserción Escolar por sexo**

N° de años de Deserción	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
0	2.255	42,6	277	44,8	2.532	42,8
1	672	12,7	93	15,0	765	12,9
2	615	11,6	75	12,1	690	11,7
3	548	10,4	66	10,7	614	10,4
4 y más	1.203	22,8	108	17,4	1311	22,8
Total	5.293	100	619	100	5.912	100

En relación a la condición ocupacional, un 68% de las personas se encontraba sin actividad al momento de ingresar a tratamiento, un 20% estudiando sin trabajar y un 6% trabajando.

**Tabla 10: Distribución de N° Personas según estado laboral por Sexo**

Ocupación	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
Buscando trabajo por primera vez	38	0,7	2	0,3	40	0,7
Cesante	112	2,1	6	1,0	118	2,0
Estudiando sin trabajar	1.032	19,5	155	25,0	1187	20,1
Incapacitado permanente para trabajar	2	0,0	0	0,0	2	0,0
No busca	97	1,8	11	1,8	108	1,8
Otra	33	0,6	2	0,3	35	0,6
Pensionado o jubilado sin trabajar	1	0,0	0	0,0	1	0,0
Quehaceres del hogar	3	0,1	1	0,2	4	0,1
Rentista	3	0,1	0	0,0	3	0,1
Sin actividad	3.621	68,5	420	67,9	4.041	68,4
Trabajando	345	6,5	22	3,5	367	6,2
Total	5.287	100	619	100	5.906	100

El 72% de personas viven con al menos uno de sus padres, ya sea sólo con la madre (17%), sólo con el padre (4%), con ambos, o con alguna de las alternativas anteriores y pareja y/o familia de origen y/o hijos (50,5%). El 9% de las personas vive con abuelos.



**Tabla 11: Distribución de N° Personas según las Personas con quien Vive**

Con quien vive	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
Con abuelos	458	8,65	63	10,18	521	8,81
Con amigos	49	0,9	16	2,6	65	1,1
Con el padre (solo)	222	4,2	24	3,9	246	4,2
Con hermanos	79	1,5	14	2,3	93	1,6
Con la Pareja, Hijos y Padres o Familia	55	1,0	7	1,1	62	1,1
Con la madre (sola)	931	17,6	98	15,8	1029	17,4
Con otro NO pariente (sin los padres)	118	2,2	14	2,3	132	2,2
Con otro pariente (sin los padres)	171	3,2	28	4,5	199	3,4
Otros	248	4,7	39	6,3	287	4,9
Solo	144	2,7	13	2,1	157	2,7
Únicamente con hijos	2	0,0	1	0,2	3	0,1
Únicamente con hijos y padres o familia	24	0,5	11	1,8	35	0,6
Únicamente pareja e hijos	51	1,0	0	0,0	51	0,9
Únicamente pareja y padres o familia de origen	89	1,7	7	1,1	96	1,6
Únicamente con padres o familia de origen	2568	48,5	257	41,5	2825	47,8
Únicamente con la pareja	84	1,6	27	4,4	111	1,9
Total	5.293	100	619	100	5.912	100

De acuerdo a la tabla 12, 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 un 1,7%; y en condiciones de vivienda más precaria (mediagua y choza, rancho, ruca), un 2,9%. El 1,8% de las personas (88 usuarios) se encontraba en situación de calle. Esta condición se refiere a quienes habitan hospederías, caletas o puntos de calle.

**Tabla 12: Distribución de N° Personas según tipo de vivienda y sexo**

Con quien vive	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
Caleta o punto de calle	75	1,4	5	0,8	80	1,4
Casa	4.307	81,4	474	76,6	4.781	80,9
Choza, Rancho, Ruca	25	0,5	1	0,2	26	0,4
Departamento	516	9,8	89	14,4	605	10,2
Hospedería	8	0,2	0	0,0	8	0,1
Mediagua	135	2,6	13	2,1	148	2,5
otro	142	2,7	22	3,6	164	2,8
Pieza dentro de la vivienda	56	1,1	10	1,6	66	1,1

Residencial, pensión, hostel	29	0,6	5	0,8	34	0,6
Total	5.293	100	619	100,0	5.912	100

En cuanto a la caracterización de la población atendida según tipo de delito, de acuerdo a lo registrado el mayor porcentaje de personas que ingresó a tratamiento el año 2017 se encontraba cumpliendo una medida o sanción por haber cometido un delito contra la propiedad (77%).

**Tabla 13: 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	78	1,54	3	0,51	81	1,4
Crímenes o Simples Delitos Contra Fe Pública	8	0,2	1	0,2	9	0,2
Crímenes o Simples Delitos contra el Orden de las Familias	39	0,8	2	0,3	41	0,7
Crímenes o Simples Delitos contra la Propiedad	3.891	76,7	462	78,8	4.353	77,0
Crímenes o Simples Delitos contra las Personas	490	9,7	39	6,7	529	9,4
Faltas	79	1,6	14	2,4	93	1,6
Otros (s)	229	4,5	22	3,8	251	4,4
Otros crímenes, Simples Delitos y Falta en leyes Especiales	188	3,7	26	4,4	214	3,8
Violencia Intrafamiliar Cometida por el adolescente	69	1,4	17	2,9	86	1,5
Total	5.071	100	586	100	5.657	100

Al hacer una distinción por sexo y tipo de delito, el porcentaje de delitos contra la propiedad y violencia intrafamiliar cometida por adolescentes es mayor en mujeres que en hombres. No hay diferencias importantes en cuanto al tipo de delito según rango de edad, de acuerdo a lo registrado.

**Tabla 14: 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	12	1,5	47	1,5	16	1,0	6	2,8	81	1,4
Crímenes o Simples Delitos Contra Fe Pública	1	0,1	4	0,1	4	0,3	0	0,0	9	0,2
Crímenes o Simples Delitos contra el Orden de las Familias	4	0,5	11	0,4	17	1,1	9	4,2	41	0,7

Crímenes o Simples Delitos contra la Propiedad	598	74,8	2.369	76,7	1.221	78,5	165	77,1	4.353	77,0
Crímenes o Simples Delitos contra las Personas	68	8,5	293	9,5	149	9,6	19	8,9	529	9,4
Faltas	14	1,8	54	1,8	21	1,4	4	1,9	93	1,6
Otros (s)	42	5,3	129	4,2	72	4,6	8	3,7	251	4,4
Otros crímenes, Simples Delitos y Falta en leyes Especiales	32	4,0	128	4,2	51	3,3	3	1,4	214	3,8
Violencia Intrafamiliar Cometida por el adolescente	29	3,6	52	1,7	5	0,3	0	0,0	86	1,5
Total	800	100	3.087	100	1.556	100	214	100	5.657	100

La mayoría de las personas cumple una sanción o medida en programas de medio libre, principalmente Libertad Asistida Especial (27%), seguida de Medida Cautelar (15%) y Libertad Asistida Simple (12%).

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 23%.

**Tabla 15: Distribución de Nº Personas según Sanción o Medida Judicial y Sexo**

Sanción o Medida judicial	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
Amonestación	9	0,17	2	0,32	11	0,2
Cautelar medio libre	768	14,5	139	22,5	907	15,3
Internación en centro cerrado (CRC)	470	8,9	37	6,0	507	8,6
Internación en sección juvenil	51	1,0	1	0,2	52	0,9
Internación provisoria (CIP)	1.259	23,8	104	16,8	1.363	23,1
Libertad asistida simple	586	11,1	92	14,9	678	11,5
Libertad asistida especial	1.456	27,5	142	22,9	1.598	27,0
Reparación del daño causado	18	0,3	3	0,5	21	0,4
Semi cerrado	421	8,0	46	7,4	467	7,9
Servicios a la comunidad	26	0,5	3	0,5	29	0,5
Suspensión condicional del procedimiento con ambas condiciones	22	0,4	3	0,5	25	0,4
Suspensión condicional del	55	1,0	7	1,1	62	1,1

procedimiento, con condición SENAME						
Suspensión condicional del procedimiento, con condición SENDA	152	2,9	40	6,5	192	3,3
Total	5.293	100	619	100	5.912	100

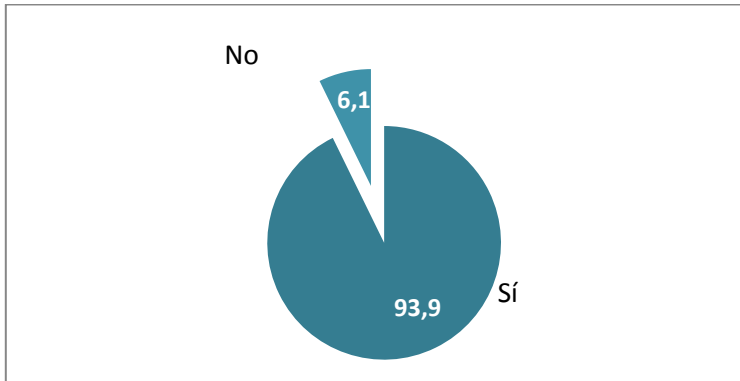
De los atendidos, la principal sanción en la población menor de 18 años fue Internación Provisoria, en tanto los jóvenes mayores de 18 años ejecutaron su sanción principalmente en Libertad Asistida Especial.

**Tabla 16: Distribución de Nº 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	2	0,24	6	0,18	3	0,19	0	0	11	0,19
Cautelar medio libre	209	24,9	591	18,1	105	6,6	2	0,9	907	15,3
Internación en centro cerrado (CRC)	23	2,7	188	5,7	255	16,1	41	19,2	507	8,6
Internación en sección juvenil	0	0,0	0	0,0	34	2,2	18	8,4	52	0,9
Internación provisoria (CIP)	270	32,1	963	29,4	123	7,8	7	3,3	1.363	23,1
Libertad asistida	86	10,2	338	10,3	238	15,0	16	7,5	678	11,5
Libertad asistida especial	148	17,6	788	24,1	582	36,7	80	37,4	1.598	27,0
Reparación del daño causado	6	0,7	12	0,4	3	0,2	0	0,0	21	0,4
Semi cerrado	26	3,1	210	6,4	184	11,6	47	22,0	467	7,9
Servicios a la comunidad	4	0,5	18	0,6	7	0,4	0	0,0	29	0,5
Suspensión condicional del procedimiento con ambas condiciones	3	0,4	13	0,4	8	0,5	1	0,5	25	0,4
Suspensión condicional del procedimiento, con condición SENAME	14	1,7	32	1,0	15	1,0	1	0,5	62	1,1
Suspensión condicional del procedimiento, con condición SENDA	49	5,8	114	3,5	28	1,8	1	0,5	192	3,3
Total	840	100	3.273	100	1.585	100	214	100	5.912	100

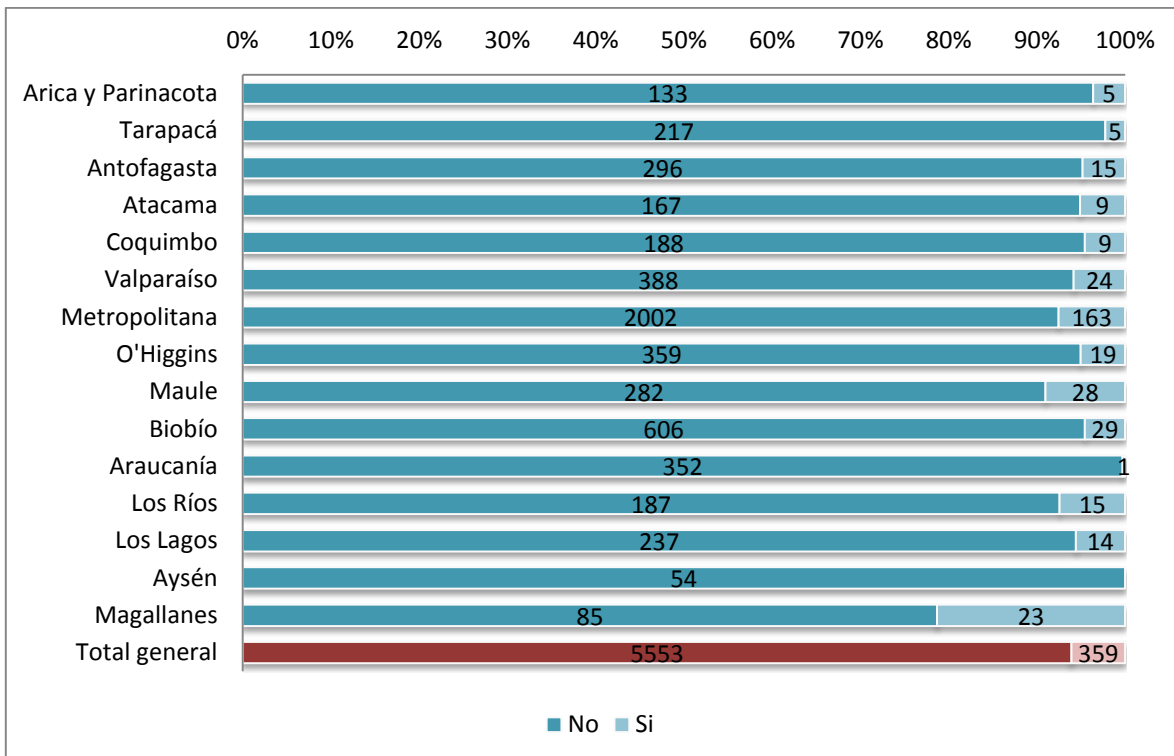
El 6,1% de las personas atendidas ingresó a tratamiento con Sanción Accesorias, 1,9% menos que el año 2015. Este dato confirma la tendencia a la baja experimentada los últimos años, de la aplicación de esta sanción en la población atendida.

**Figura 3: Distribución de Nº 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 4: Distribución de Nº Personas según las Personas con Sanción Accesorias según Región**



## Sustancia Principal de 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 17: Distribución de N° Personas según sustancia principal**

Sustancia Principal		N	%	N	%
Estimulantes Cocaína				2398	40,6
	Pasta Base	1.655	28,0		
	Cocaína	742	12,6		
	Crack	1	0,0		
Alcohol				495	8,4
	Alcohol	495	8,4		
Marihuana				1977	33,4
	Marihuana	1.977	33,4		
Sedantes				954	16,1
	Sedantes	953	16,1		
	Hipnóticos	1	0,0		
Estimulantes tipo Anfetamínico				25	0,4
	Anfetaminas	11	0,2		
	Éxtasis	1	0,0		
	Metanfetaminas y derivados	3	0,1		
	Otros Estimulantes	10	0,2		
Alucinógenos				2	0,0
	Otros Alucinógenos	2	0,0		
Opiáceos				18	0,3
	Otros Opioides Analgésicos	18	0,3		
Inhalables				34	0,6
	Inhalables	34	0,6		
LSD				2	0,0
	LSD	2	0,0		
Otros				5	0,1
	Otros	5	0,1		
Sin sustancia principal (CIP- CRC) <sup>3</sup>				2	0,03
Total		5.912	100	5.912	100

<sup>3</sup> Corresponde a personas “sin sustancia principal” atendidas en dispositivos ejecutados en medio privativo de libertad, en los cuales es posible hacer ingreso de población con otros Trastornos de Salud Mental.

La sustancia que mayoritariamente motiva el ingreso a tratamiento, es en primer lugar Estimulantes Cocaína (en todas sus formas) con un 41% de los casos; seguida de Marihuana con un 33 %; y en tercer lugar de Alcohol con un 8%. En relación al año anterior, se observa un aumento de 2% en el consumo problemático de cocaína y de un 1,7% en Sedantes. Por otro lado el consumo problemático de alcohol disminuyó un 2%.

Se observa con preocupación un significativo incremento del uso problemático de sedantes en adolescentes de 10,1% entre los años 2014 y 2017.

**Tabla 18: Distribución de N° Personas según Sustancia Principal de Consumo al Ingreso por sexo**

Sustancia	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
Alcohol	431	8,1	64	10,3	495	8,4
Anfetaminas	10	0,2	1	0,2	11	0,2
Cocaína	634	12,0	108	17,5	742	12,6
Crack	1	0,0	0	0,0	1	0,0
Éxtasis	1	0,0	0	0,0	1	0,0
Hipnóticos	1	0,0	0	0,0	1	0,0
Inhalables	24	0,5	10	1,6	34	0,6
LSD	1	0,0	1	0,2	2	0,0
Marihuana	1802	34,0	175	28,3	1977	33,4
Metanfetaminas y otros derivados	2	0,0	1	0,2	3	0,1
Otros	5	0,1	0	0,0	5	0,1
Otros Alucinógenos	2	0,0	0	0,0	2	0,0
Otros Estimulantes	5	0,1	5	0,8	10	0,2
Otros Opioides Analgésicos	17	0,3	1	0,2	18	0,3
Pasta Base	1536	29,0	119	19,2	1655	28,0
Sedantes	819	15,5	134	21,7	953	16,1
Sin sustancia	2	0,0	0	0,0	2	0,0
Total	5.293	100	619	100	5.912	100

La mayor diferencia porcentual respecto del consumo problemático entre hombres y mujeres, se evidencia en pasta base con un 29% y 19% respectivamente; seguida de marihuana con un 34% para hombres y 28% para mujeres. La relación es inversa en el caso de sedantes, cocaína y alcohol, sustancias que arrojan un mayor porcentaje de consumo en mujeres que en hombres.

**Tabla 19: 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	61	7,3	251	7,7	168	10,6	15	7,0	495	8,4
Anfetaminas	1	0,1	8	0,2	2	0,1	0	0,0	11	0,2
Cocaína	99	11,8	454	13,9	174	11,0	15	7,0	742	12,6
Crack	0	0,0	1	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0
Éxtasis	0	0,0	1	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0
Hipnóticos	0	0,0	1	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0
Inhalables	5	0,6	21	0,6	7	0,4	1	0,5	34	0,6
LSD	0	0,0	2	0,1	0	0,0	0	0,0	2	0,0
Marihuana	358	42,6	1095	33,5	464	29,3	60	28,0	1977	33,4
Metanfetaminas y otros derivados	1	0,1	2	0,1	0	0,0	0	0,0	3	0,1
Otros	0	0,0	2	0,1	3	0,2	0	0,0	5	0,1
Otros Alucinógenos	0	0,0	2	0,1	0	0,0	0	0,0	2	0,0
Otros Estimulantes	2	0,2	5	0,2	2	0,1	1	0,5	10	0,2
Otros Opioides Analgésicos	2	0,2	13	0,4	3	0,2	0	0,0	18	0,3
Pasta Base	151	18,0	843	25,8	546	34,5	115	53,7	1655	28,0
Sedantes	160	19,1	571	17,5	215	13,6	7	3,3	953	16,1
Sin sustancia	0	0,0	1	0,0	1	0,1	0	0,0	2	0,0
Total	840	100	3.273	100	1.585	100	214	100	5.912	100

Entre los 14 y los 17 años, la droga más prevalente al ingreso fue Marihuana, con un promedio de 38%. Para mayores de 18 años, la droga principal más consumida fue la Pasta Base, con un promedio de 44%. El consumo problemático de sedantes ha tenido una mayor incidencia en el segmento más joven de la población, aumentando de manera sostenida los últimos 4 años.

**Tabla 20: Promedio de edad de Inicio de la Sustancia Principal**

Sustancia Principal	Mediana	Promedio	N°
Alcohol	13,0	12,9	493
Cocaína	14,0	13,7	736
Marihuana	13,0	12,4	1.969
Pasta Base	14,0	13,8	1.644
Sedantes	14,0	13,6	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 21: Promedio de edad de Inicio de la Sustancia Inicial**

Sustancia de Inicio	Promedio	Mediana	N°
Alcohol	12,2	12,0	983
Cocaína	11,4	11,0	58
Marihuana	11,9	12,0	4.486
Pasta Base	12,4	13,0	131
Sedantes	11,6	12,0	94

Tal como puede apreciarse en la Tabla 21, las edades de inicio del consumo de la sustancia inicial, fueron en promedio 11 años para marihuana, sedantes y cocaína; y 12 años para pasta base y alcohol. Llama la atención que un 78% de los casos atendidos, inició su consumo con marihuana alrededor de los 12 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.

**Tabla 22: 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	11	8,0	4	2,9	67	48,9	35	25,5	20	14,6	137	100
Tarapacá	3	1,4	75	33,9	57	25,8	36	16,3	50	22,6	221	100
Antofagasta	15	4,9	38	12,3	129	41,7	53	17,2	74	23,9	309	100
Atacama	6	3,5	4	2,3	52	30,2	79	45,9	31	18,0	172	100
Coquimbo	12	6,1	2	1,0	115	58,4	50	25,4	18	9,1	197	100
Valparaíso	14	3,4	41	10,0	105	25,5	163	39,7	88	21,4	411	100
Metropolitana	51	2,4	423	20,0	589	27,8	530	25,0	527	24,9	2120	100
O'Higgins	25	6,6	41	10,9	136	36,1	163	43,2	12	3,2	377	100
Maule	36	11,8	33	10,8	136	44,6	88	28,9	12	3,9	305	100
Biobío	45	7,1	34	5,4	103	16,3	355	56,3	93	14,8	630	100
La Araucanía	63	18,1	11	3,2	253	72,5	14	4,0	8	2,3	349	100
Los Ríos	61	30,3	9	4,5	63	31,3	63	31,3	5	2,5	201	100
Los Lagos	61	25,4	24	10,0	119	49,6	26	10,8	10	4,2	240	100
Aysén	41	75,9	3	5,6	10	18,5		0,0		0,0	54	100
Magallanes	51	51,5		0,0	43	43,4		0,0	5	5,1	99	100
Total	495	8,5	742	12,7	1977	34,0	1655	28,4	953	16,4	5822	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, Maule, Araucanía y Los Lagos. 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, O'Higgins (en esta región predominaba marihuana hasta 2016), Biobío y Los Ríos (en esta última el porcentaje es de un 31,3 tanto para Marihuana como para Pasta Base).

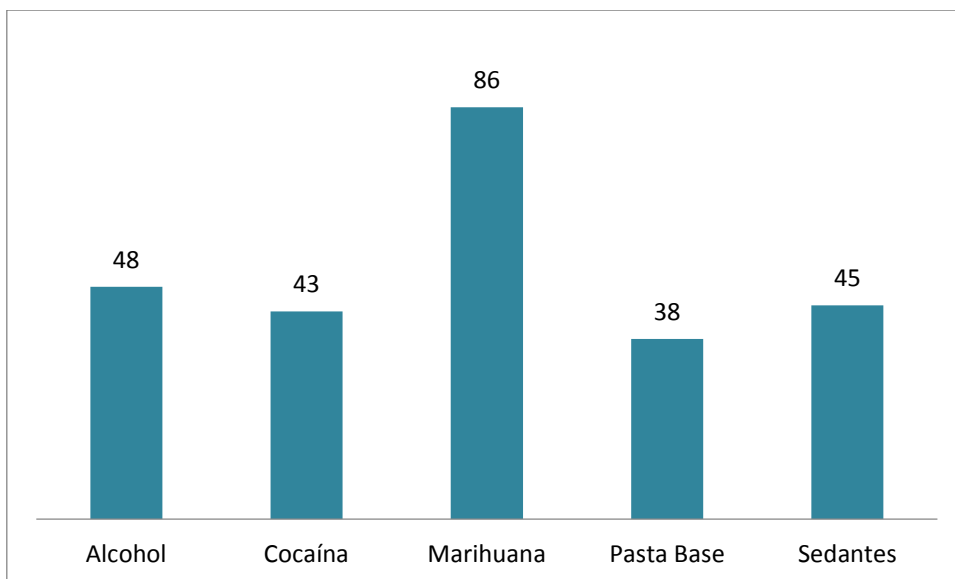
**Tabla 23: Distribución de N° Personas según frecuencia de consumo y sexo**

Frecuencia de consumo	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
1 día	155	2,9	32	5,2	187	3,2
2-3 días	1.146	21,7	117	18,9	1.263	21,4
4-6 días	1.032	19,5	124	20,0	1.156	19,6
Menos de 1 semana	68	1,3	12	1,9	80	1,4
No consumió	40	0,8	7	1,1	47	0,8
Desconocida	46	0,9	7	1,1	53	0,9
Todos los días	2.806	53,0	320	51,7	3.126	52,9
Total	5.293	100	619	100	5.912	100

El 77% 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 53%.

La siguiente 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.

**Figura 5: Porcentaje de Personas según Sustancia Problemática**



En relación al año anterior, se observa una disminución en el uso de las 5 sustancias problemáticas, la mayor variación se dio en el uso problemático de alcohol y sedantes, cada uno de los cuales disminuyó en un 13%; y marihuana en un 5%. Así, el gráfico muestra que 8 de cada 10 usuarios presenta consumo problemático de marihuana y 4 de cada 10 de alcohol, cocaína y/o sedantes.

**Tabla 24: Porcentaje de Personas según Diagnóstico de Consumo de Sustancia al Ingreso por Sexo**

Diagnóstico de Sustancia	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
Consumo Perjudicial	1687	40,1	209	43,2	1896	40,4
Dependencia	2520	59,9	275	56,8	2795	59,6
Total	4207	100	484	100	4691	100

Es relevante señalar que al momento de elaboración de este informe, no todos los usuarios cuentan con Diagnóstico pues parte importante de ellos se encontraba aún en proceso de evaluación diagnóstica por lo que el número total de personas diagnosticadas según CIE-10 o DSM-IV será inferior al de cobertura (5.912).

El 40% 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 25: Distribución de N° de Personas según comorbilidad por Sexo**

Trastorno	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
En estudio	1070	25,1	133	27,4	1203	25,3
Con trastorno	2480	58,2	277	57,1	2757	58,1
Sin trastorno	712	16,7	75	15,5	787	16,6
Total general	4262	100	485	100	4747	100

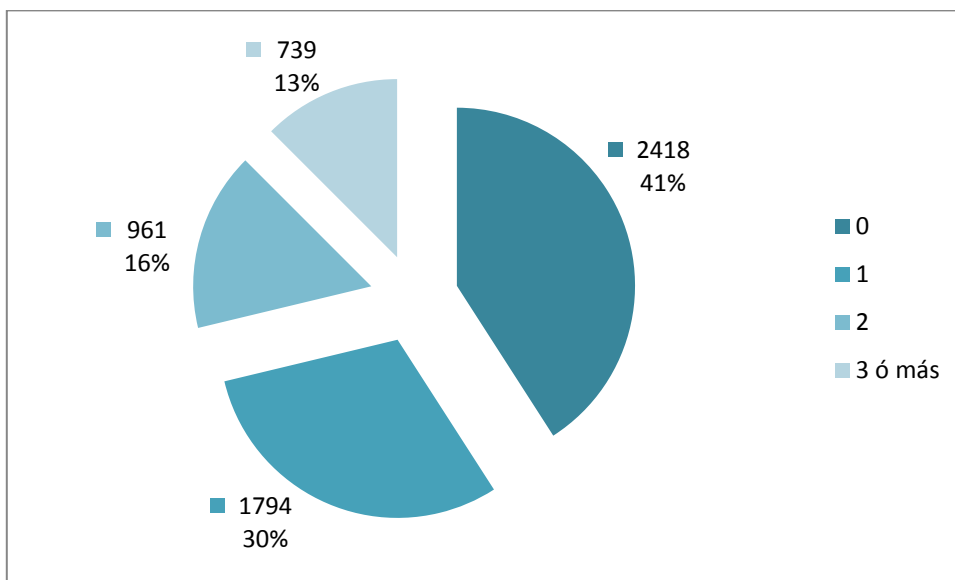
De las personas atendidas el año 2017, el 58% presentó un problema psiquiátrico además del trastorno por consumo. Un 25% del total se encuentra en estudio, es decir, aún en proceso de evaluación diagnóstica.

**Tabla 26: Distribución de N° de Personas con trastorno según sexo**

Trastorno	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
Esquizofrenia, trastorno esquizotípico	30	1,2	1	0,4	31	1,1
Retraso Mental	57	2,3	0	0,0	57	2,1
Trastornos de la conducta alimentaria	1	0,0	2	0,7	3	0,1
Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto	337	13,6	28	10,1	365	13,2
Trastornos de los hábitos y del control	206	8,3	21	7,6	227	8,2
Trastornos del Desarrollo Psicológico	51	2,1	10	3,6	61	2,2
Trastornos del comportamiento asociados	138	5,6	3	1,1	141	5,1
Trastornos del humor (afectivos).	232	9,4	53	19,1	285	10,3
Trastornos mentales orgánicos, incluido	23	0,9	2	0,7	25	0,9
Trastornos neuróticos, secundarios a si	99	4,0	15	5,4	114	4,1
Trs. del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia	1.306	52,7	142	51,3	1.448	52,5
Total	2.480	100	277	100	2.757	100

De las personas diagnosticadas con trastorno psiquiátrico comórbido al trastorno por consumo (2757 casos), el Trastorno más recurrente es el del Comportamiento y de las Emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia con 53%, seguido de Trastornos de la Personalidad y del Comportamiento del adulto con 13%; ambos trastornos con incidencia levemente mayor en hombres. Los Trastornos del humor fueron más frecuentes en mujeres que en hombres.

**Figura 6: Porcentaje de tratamientos anteriores**



El 59% de las personas que se atendieron en los centros en convenio el año 2017, habían participado de algún tratamiento anterior. De éstos, la mayor parte (51%), había participado de un tratamiento.

**Tabla 27: Distribución de N° de Personas por fecha de Tratamientos Anteriormente Recibidos**

Fecha del último tratamiento	Personas atendidas	
	N	%
1 a 2 años	209	6,0
3 a 4 años	52	1,5
5 o más años	30	0,9
Último 12 meses	497	14,2
Último 6 meses	2.701	77,4
Total general	5.574	100

Del total de personas con tratamiento anteriores, el 77% de ellos lo realizaron durante los últimos 6 meses.

**Tabla 28: Distribución de N° de personas según origen de ingreso**

Origen de ingreso	Personas atendidas	
	N	%
Centro CIP SENAME	1.257	21,3

Centro CRC SENAME	416	7,0
Delegado programa colaborador de SENAME	2.065	34,9
Dupla evaluadora Fiscalía	248	4,2
Equipo de GENCHI	32	0,5
Otro	137	2,3
Otro centro de tratamiento en convenio	1.541	26,1
Otro centro de tratamiento sin convenio	56	1,0
Servicio Urgencia	10	0,2
Tribunal	103	1,7
Usuario	47	0,8
Total	5.912	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 35%; en segundo lugar se encuentra la derivación desde otro Centro de Tratamiento en convenio con el 26%; y en tercer lugar la derivación desde los dispositivos de CIP SENAME con 21%.

**Tabla 29: 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	72	2,0	2	0,7	4	1,6	1.179	66,5	0	0,0	1.257	21,3
Centro CRC SENAME	52	1,5	1	0,4	1	0,4	361	20,4	1	1,9	416	7,0
Delegado programa colaborador de SENAME	2.001	56,5	58	20,1	0	0,0	6	0,3	0	0,0	2.065	34,9
Dupla evaluadora Fiscalía	235	6,6	0	0,0	0	0,0	13	0,7	0	0,0	248	4,2
Equipo de GENCHI	3	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	29	55,8	32	0,5
Otro	111	3,1	5	1,7	14	5,5	7	0,4	0	0,0	137	2,3
Otro centro de tratamiento en convenio	918	25,9	213	73,7	195	76,5	198	11,2	17	32,7	1.541	26,1
Otro centro de tratamiento sin convenio	38	1,1	5	1,7	6	2,4	7	0,4	0	0,0	56	1,0
Servicio Urgencia	0	0,0	0	0,0	10	3,9	0	0,0	0	0,0	10	0,2
Tribunal	75	2,1	2	0,7	25	9,8	0	0,0	1	1,9	103	1,7
Usuario	37	1,0	3	1,0	0	0,0	3	0,2	4	7,7	47	0,8
Total	3.542	100	289	100	255	100	1.774	100	52	100	5.912	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 74%, al igual que para la Unidad de Hospitalización de Corta Estadía 77%. En el caso del plan ambulatorio intensivo en medio privativo, la principal vía de ingreso son los dispositivos de CIP y CRC (87%). 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 56%.

**Tabla 30: Distribución de N° de Personas según Compromiso Biopsicosocial**

Compromiso	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
Leve	93	2,2	10	2,1	103	2,2
Moderado	1.990	46,5	241	49,4	2.231	46,8
Severo	2.193	51,3	237	48,6	2.430	51,0
Total	4.276	100	488	100	4.764	100

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.

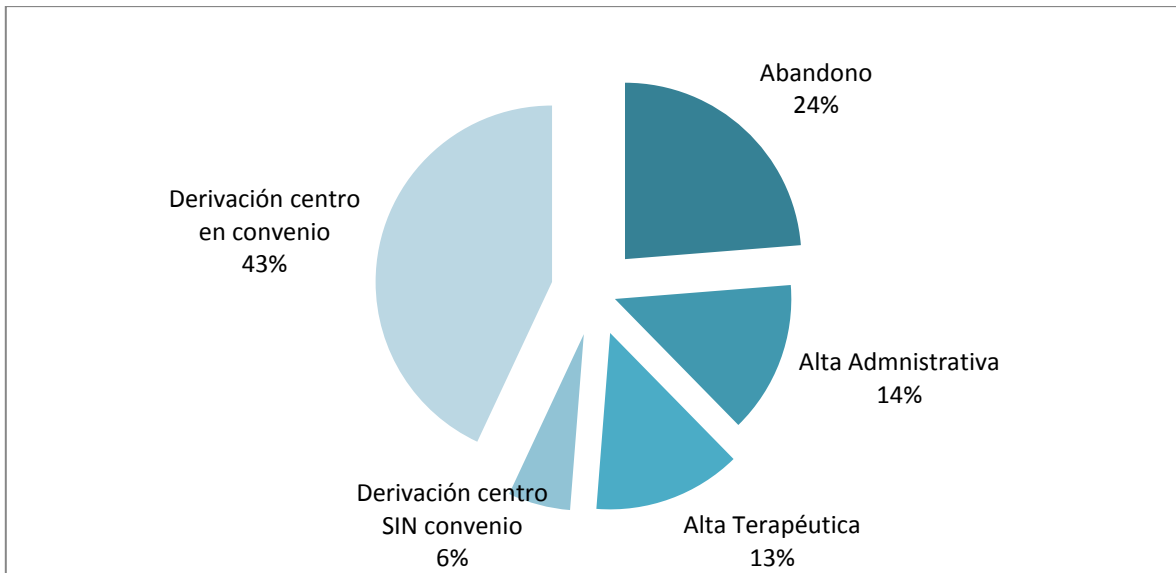
En relación a este diagnóstico, el grado de Compromiso Biopsicosocial más frecuente en las personas al ingresar a tratamiento es Severo con el 51%. En relación al año anterior se observa un aumento significativo (13%) de personas con compromiso biopsicosocial severo y una disminución de personas con CBPS leve.

En relación al 2016, al desagregar el CBPS severo por sexo, se observa que los valores de invierten para hombres y mujeres. Así, para el 2017 el CBPS severo es más frecuente en hombres que en mujeres; 51% y 49%, respectivamente. En el caso de los hombres se observa un aumento de 10 puntos para este nivel de CBPS respecto de 2016.

### **Motivo de Egreso**

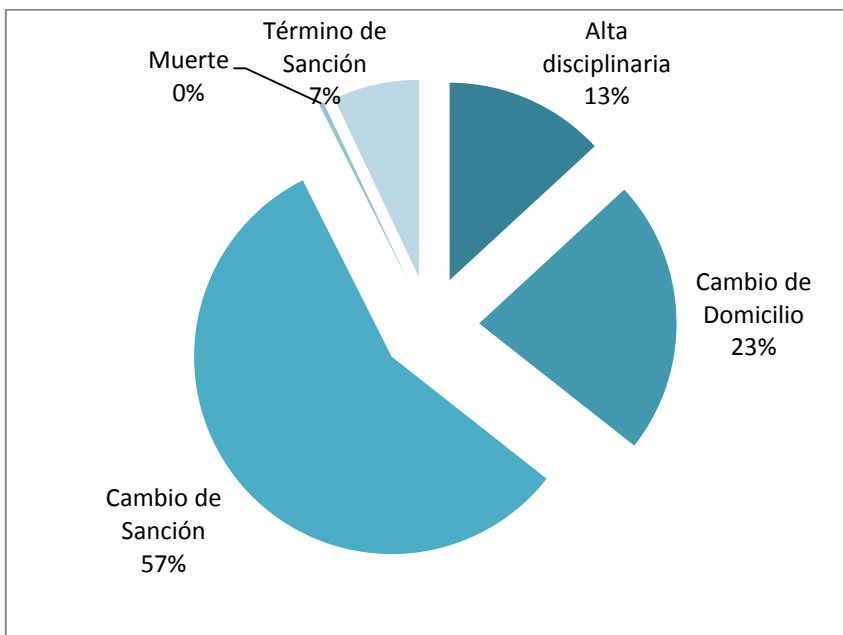
El número de personas que egresó de los programas de tratamiento durante el período de enero a diciembre de 2017, es de 3.762, lo que representa el 64% del total de personas atendidas en el año.

**Figura 7: Porcentaje de Personas por Motivo de Egreso**



Se observa que la derivación a otro dispositivo de tratamiento es el principal motivo de egreso de las personas tratadas, con un 49%; seguida de abandono con 24% y alta administrativa con 14% de los casos

**Figura 8: Porcentaje de Personas por Motivo de Egreso Alta Administrativa**





De las personas que egresan por alta administrativa, un 57% lo hace por variaciones en su situación legal (cambio o término de sanción).

**Tabla 31: Distribución de Personas por Motivo de Egreso según Sexo**

Motivo de Egreso	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
Abandono	779	23,1	114	29,5	893	23,7
Alta Administrativa	492	14,6	32	8,3	524	13,9
Alta Terapéutica	448	13,3	63	16,3	511	13,6
Derivación centro SIN convenio	183	5,4	32	8,3	215	5,7
Derivación centro en convenio	1.473	43,6	146	37,7	1.619	43,0
Total	3.375	100	387	100	3.762	100

La diferenciación por sexo muestra un mayor porcentaje de derivaciones (49%) y altas administrativas (15%) en hombres, que en mujeres (46% y 8,3% respectivamente). En mujeres, el abandono (30%) y las altas terapéuticas (16%); fueron más frecuentes que en hombres (23% y 13% respectivamente).

**Tabla 32: 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	115	21,3	480	22,4	258	27,7	40	27,2	893	23,7
Alta Administrativa	57	10,6	254	11,9	181	19,4	32	21,8	524	13,9
Alta Terapéutica	69	12,8	265	12,4	150	16,1	27	18,4	511	13,6
Derivación centro SIN convenio	36	6,7	99	4,6	66	7,1	14	9,5	215	5,7
Derivación centro en convenio	263	48,7	1.044	48,7	278	29,8	34	23,1	1.619	43,0
Total	540	100	2.142	100	933	100	147	100	3.762	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 18% en personas mayores de 21 años.

Se observa un aumento importante en las altas terapéuticas al cumplir la mayoría de edad y un porcentaje bajo de egresos por derivación en relación a los menores de edad.

**Tabla 33: 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	657	32,8	32	15,0	24	10,1	179	13,9	1	4,4	893	23,7
Alta Administrativa	274	13,7	23	10,8	1	0,4	209	16,3	17	73,9	524	13,9
Alta Terapéutica	417	20,8	11	5,1	0	0,0 <sup>4</sup>	81	6,3	2	8,7	511	13,6
Derivación centro SIN convenio	139	6,9	10	4,7	23	9,7	43	3,4	0	0,0	215	5,7
Derivación centro en convenio	516	25,8	138	64,5	190	79,8	772	60,1	3	13,0	1.619	43,0
Total	2.003	100	214	100	238	100	1.284	100	23	100	3.762	100

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 21%, mientras que los Ambulatorios Intensivos ejecutados en Secciones Juveniles, los Planes ambulatorios ejecutados en medio privativo de libertad y los Planes Residenciales alcanzaron el 8%, 6% y 5% respectivamente.

En relación a los abandonos, la mayor frecuencia se registró en el Plan Ambulatorio Intensivo ejecutado en Medio Libre con el 33%.

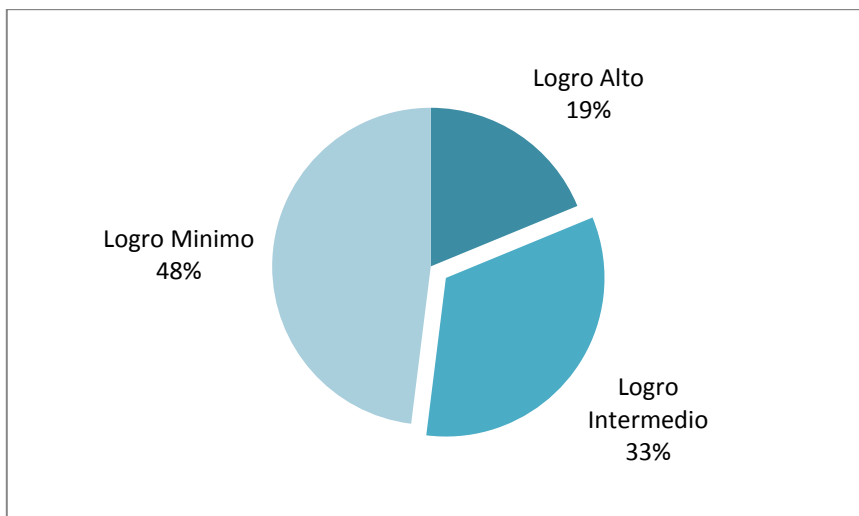
El porcentaje de egresos por Alta Administrativa fue mayor en Planes Ambulatorios Intensivos ejecutados en el Secciones Juveniles, las que alcanzaron un 74%, predominando como causal de egreso en ese plan.

### **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.

<sup>4</sup> 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 continúen luego con el proceso de tratamiento en dispositivos ambulatorios o residenciales.

**Figura 9: Distribución de Personas por Logro Terapéutico al Egreso**



Se observa que del total de personas que egresaron de tratamiento el año 2017, el 52% alcanzó resultados terapéuticos de logro intermedio a alto, un 2% más que el año anterior.

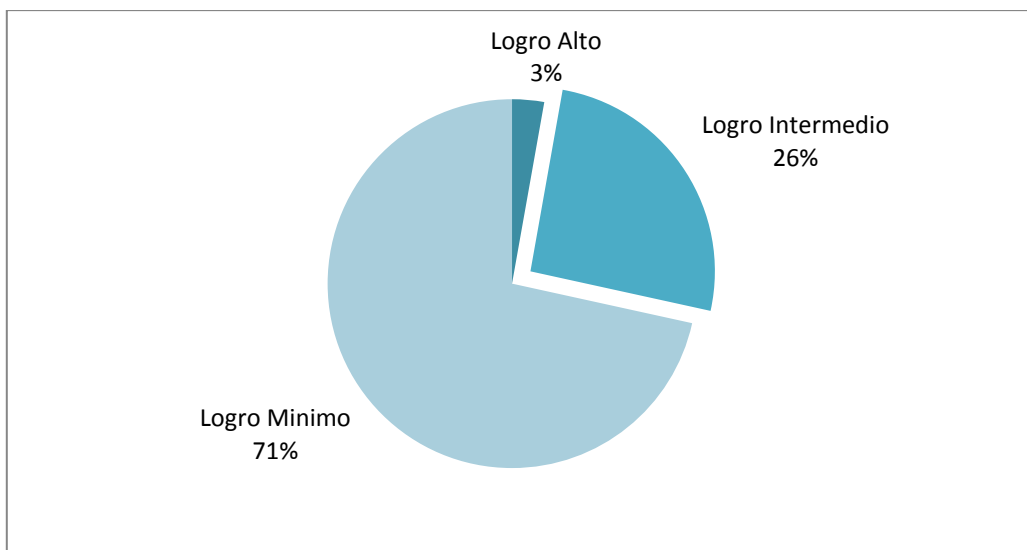
A diferencia de 2016, se observa en la tabla n°34 que los hombres obtienen un mayor nivel de logro tras su egreso que las mujeres.

**Tabla 34: Distribución de Personas por Logro Terapéutico al Egreso según Sexo**

Logros	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
Logro Alto	321	18,7	41	19,6	362	18,8
Logro Intermedio	584	34,0	56	26,8	640	33,2
Logro Mínimo	814	47,4	112	53,6	926	48,0
Total	1.719	100	209	100	1.928	100

En la siguiente figura se muestra el nivel de logro terapéutico medido al egreso por Abandono, donde se observa que el 29% del total de personas que abandonaron, a pesar de no terminar su tratamiento, logró resultados terapéuticos de intermedio a alto.

**Figura 10: Distribución de Personas por Logro Terapéutico al Egreso por Abandono**



Considerando los egresos por alta terapéutica, alta administrativa y abandono<sup>5</sup>, el nivel de logro terapéutico por tipo de plan, es mayor en los dispositivos ambulatorios intensivos ejecutados en secciones juveniles con 80% de logro intermedio- alto. Le siguen los planes ambulatorios intensivos en medio privativo, con 67% y Plan Residencial con 49% de logro terapéutico intermedio- alto.

**Tabla 35: 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	244	18,1	5	7,6	0	0,0	106	22,6	7	35,0	362	18,8
Logro Intermedio	390	28,9	27	40,9	7	28,0	207	44,1	9	45,0	640	33,2
Logro Mínimo	714	53,0	34	51,5	18	72,0	156	33,3	4	20,0	926	48,0
Total	1.348	100	66	100	25	100	469	100	20	100	1.928	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:

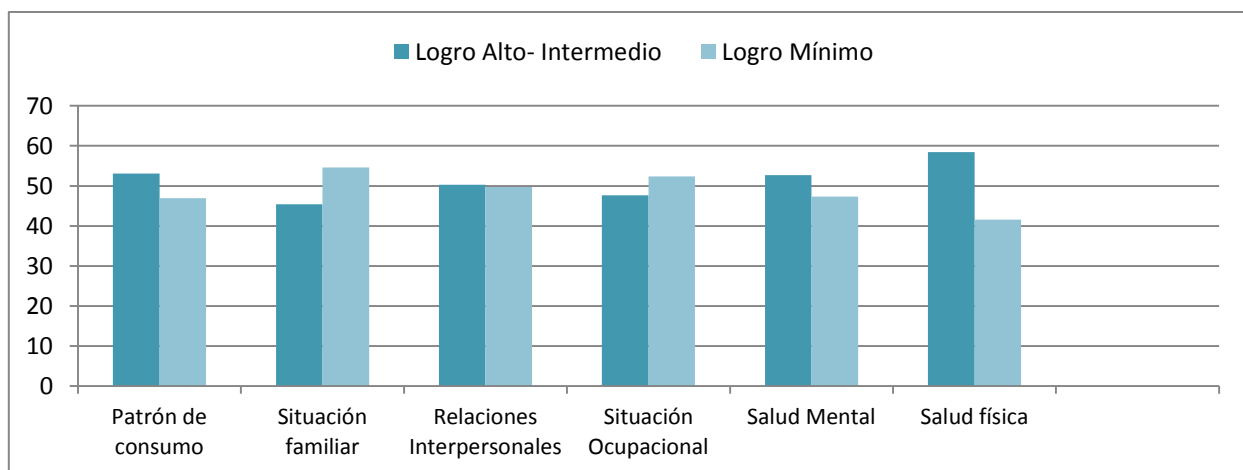
<sup>5</sup> No se consideran para el análisis de logro los casos egresados por derivación, dado que se comprende en la causal que sus necesidades de tratamiento aún no han sido del todo abordadas y que se requiere otro dispositivo de mayor o menor complejidad para dar continuidad.

**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:** (incluye control natalidad, control embarazo y sexualidad responsable): existencia de algún problema de salud física diagnosticado por CIE.

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 11: Distribución de Personas por Logro Terapéutico al Egreso según Dimensión**



Las dimensiones Patrón de consumo, Salud Mental y Salud Física superan el 50% de logro, es decir más de la mitad de los adolescentes y jóvenes egresados obtuvo cambios favorables al finalizar el proceso en dichos ámbitos.

Las dimensiones con menor logro terapéutico son situación ocupacional, situación familiar y relaciones interpersonales.

**Tabla 36: 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	464	23,2	108	50,5	236	99,2	634	49,4	4	17,4	1.446	38,4
>3 meses	1.539	76,8	106	49,5	2	0,8	650	50,6	19	82,6	2.316	61,6
Total	2.003	100	214	100	238	100	1.284	100	23	100	3.762	100

En relación al tiempo de permanencia en tratamiento, el 62% del total de personas egresadas el año 2017, permaneció 3 meses o más en tratamiento.

**Tabla 37: Mediana y Promedio de Meses de Permanencia de Tratamiento según Motivo de Egreso**

Motivo de Egreso	Mediana	Promedio	N
Abandono	4,2	5,7	893
Alta Administrativa	4,2	6,2	524
Alta Terapéutica	14,7	16,1	511

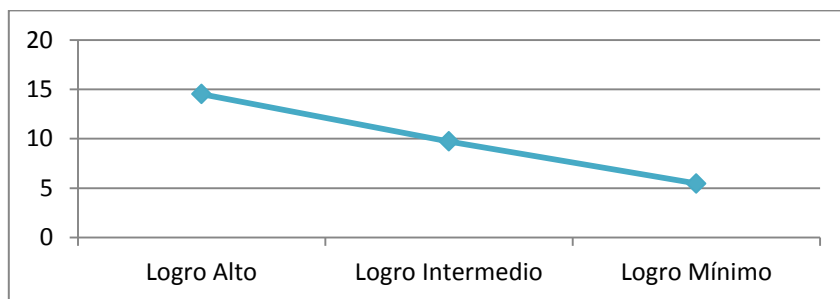
El promedio de meses de tratamiento en el que se logró altas terapéuticas fue a los 16 meses, es decir al habiendo estado un año y medio en el programa de tratamiento. El quinto mes parece ser un momento clave para el trabajo de la motivación y fomento de la adherencia y vinculación al programa terapéutico ya que es en ese periodo en el que se produce mayor cantidad de abandonos y altas administrativas.

**Tabla 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	15,4	16,7	417
ML- PR	6,5	11,2	11
MP-PAI	12,8	14,0	81
PAI-SJ	11,8	11,8	2

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 16 y 14 meses respectivamente para el logro de altas terapéuticas. En tanto los planes residenciales y secciones juveniles presentaron un promedio de 11 meses de permanencia en los egresos terapéuticos.

**Figura 12: Promedio Tiempo de Permanencia y Logro Terapéutico**



De la tabla 38 y la figura 12 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**

A 10 años de la entrada en vigencia de la Ley 20.084 de Responsabilidad Penal Adolescente, se reconoce que ésta significó un importante avance en el cumplimiento de compromisos suscritos por Chile, al crear un sistema que reconoce las particularidades de la etapa del desarrollo en que se encuentran los adolescentes diferenciándolo del proceso de adultos y estableciéndose un tratamiento diferenciado.

En estos años, el sistema se ha ido consolidando: se ha desarrollado una red de centros de tratamiento organizados de acuerdo a la complejidad clínica y biopsicosocial de los sujetos, orientados a la intervención del consumo problemático de sustancias de los/las adolescentes y jóvenes que así lo requieran y de acuerdo a sus necesidades. Junto con lo anterior, la consolidación de un Convenio de Colaboración Técnica entre organismos públicos –SENDA, SENAME, GENCHI, MINSAL, para la implementación del 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, ha favorecido la articulación interinstitucional y la generación de respuestas integrales, que ha permitido el funcionamiento de una Mesa nacional de Gestión del Convenio, así como de Mesas Regionales con la participación de los referentes de las instituciones firmantes.

Este Programa hace posible lo planteado en la Ley, es decir, que los adolescentes y jóvenes que lo requieran, ya sea por aplicación de la sanción accesoria (art. 7°, de la Ley N° 20.084), porque voluntariamente lo solicitan o porque se he decretado como

suspensión condicional del procedimiento la condición de ingresar a tratamiento, accedan a un programa especializado para trabajar esta problemática.

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. 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. 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.

3. Sistema de Asesoría: desde el inicio del Programa se ha realizado asesoría técnica a los programas o 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.

4. Sistema de Evaluación: el año 2012, en el marco de la Gestión de Calidad, se implementa una sistema de evaluación a los centros del Programa, realizada por un representante de la Secretaría Regional Ministerial de Salud y el Encargado de Tratamiento de SENDA Regional. 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, derechos y satisfacción usuaria e infraestructura. Al igual que el punto anterior, el desarrollo de un sistema de



evaluación está orientado al mejoramiento continuo de la calidad del tratamiento realizado.

5. Sistema de Información y Gestión de Tratamiento – SISTRAT: de manera de facilitar la sistematización y el seguimiento a la gestión de tratamiento, tanto desde los programas o centros como desde el nivel nacional. Desde el año 2010 los centros utilizan el SISTRAT, en el que se incorpora 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, constituyéndose en una herramienta administrativa y técnica que permite el seguimiento del Programa.

6. 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.

7. Intersectorialidad: Desde el inicio del Programa, éste ha sido un aspecto fundamental, lo que se ve plasmado en la suscripción de un convenio, el que originalmente fue entre CONACE (actual SENDA), FONASA, MINSAL y SENAME el año 2007. El año 2011 se resta FONASA, y el año 2012 se incorpora 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 el análisis desde la Mesa Nacional sobre el desarrollo del Programa durante el año 2017, se ha querido relevar los siguientes aspectos:

- Red de centros de Tratamiento

Durante al año 2017, la red estuvo compuesta por 110 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 cuidados intensivos en psiquiatría, 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 persisten 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. Lo anterior, tanto cuando existen derivaciones entre centros o programas de tratamiento por consumo en virtud de las necesidades de intervención del adolescente o joven, así como la continuidad cuando existen intervenciones por parte de otros centros de atención de la red de salud y/o de la red psicosocial. Las coordinaciones permanentes son una

oportunidad para ello, se requiere para lo anterior la generación de protocolos y documentos 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 2017, la cobertura de los centros de tratamiento correspondió a un 98,3%. Existen aún centros o programas en que la cobertura no es completa, lo que obedece por un lado, a la disminución de la población en los últimos años en algunos programas de la red de SENAME, especialmente recintos privativos de libertad y por otro, dificultades en la coordinación entre programas de tratamiento y equipos de la red de SENAME, que dificultan la derivación por parte de equipos ejecutores de medidas o sanciones.

Respecto a los tipos de entidades que ejecutaron el programa durante el año 2017, cabe señalar que el 85% corresponden a prestadores privados y un 15% a centros públicos.

#### - Mesa Nacional de Gestión de Convenio

En relación al funcionamiento de la Mesa Nacional de Gestión del Convenio, ésta se sustenta en lo establecido en el Convenio de Colaboración Técnica que fue suscrito y aprobado mediante Res. Ex. N°841 de SENDA, del 13 de Septiembre de 2016.

Durante el año 2017, la Mesa Técnica Nacional mantuvo un funcionamiento constante, con reuniones semanales de coordinación y análisis de la gestión e implementación del Programa y con una comunicación fluida entre las instituciones partes del Convenio. Lo anterior, permitió responder la mayoría de las veces de manera concertada y simultánea a las consultas planteadas por las mesas regionales, factor que disminuyó la posibilidad de error en la comunicación e interpretación a nivel operativo.

Con el fin de favorecer las coordinaciones y el intercambio de información con las mesas regionales, se acordó utilizar la metodología de videoconferencias con las regiones, pudiéndose concretar con Arica, Tarapacá, Antofagasta, Atacama y Magallanes. Constituye un importante desafío, relevado tanto por la mesa nacional como las mesas regionales, darle continuidad a esta instancia.

#### - Evaluación de los Centros de Tratamiento

A la fecha de la elaboración de este informe, se evaluaron el 100% de los centros. Este proceso constituye un aporte a la gestión de los programas, dado que –como ya se mencionó- 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.

Se mantiene como desafío en este ámbito, al igual que en años anteriores, el 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 2017 se continuó con la implementación del Sistema de Monitoreo de Resultados, como parte de la Gestión de la Calidad, que incluyó la evaluación semestral de cada uno de los centros y programas de tratamiento, públicos y privados, 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 2018 corresponde a la implementación de estrategias que permitan el mejoramiento de los resultados.

- Capacitaciones y Jornadas

Las actividades de formación y capacitación de los diversos técnicos y profesionales que intervienen en el marco del Programa, se presentan como un elemento de suma importancia para avanzar en la mejora continua de la calidad del tratamiento.

El año 2017, se realizaron capacitaciones y jornadas gestionadas por el nivel nacional, las que contaron con la participación de equipos específicos de tratamiento, técnicos y profesionales de programas ejecutores de sanción de SENAME y miembros de las Mesas Nacional y Regional.

A continuación se identifican y describen brevemente las actividades de formación y capacitación realizadas durante el año 2017:

- 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. El curso tuvo por objetivo instalar y/o fortalecer las competencias de evaluación en los profesionales de los centros de tratamientos con convenios con SENDA, que ejecutan el Programa, contribuyendo a la integración de una cultura de evaluación y mejorando la calidad de los servicios de tratamiento.

- Segunda Jornada de Capacitación en Estrategias Motivacionales destinada a profesionales y técnicos de equipos ejecutores de sanción SENAME: Delegados, Profesionales de Intervención Clínica (PIC) e Interventores Clínicos de Programas que se ejecutan en medio libre y semi cerrado (asistentes sociales, psicólogos, técnicos paramédicos, psicopedagogos, sociólogos). Esta actividad de formación tiene su inicio en el transcurso del año 2016, en una primera instancia de entrenamiento. El objetivo de esta segunda actividad consistió en realizar seguimiento y reforzar las habilidades desarrolladas durante la primera jornada, lo que permitió a los participantes avanzar en el desarrollo de competencias para construir relaciones de ayuda con la población objetivo, de forma concordante con el espíritu de la entrevista motivacional. Lo anterior, bajo la comprensión de la necesidad de avanzar en el desarrollo de competencias de todos los

intervinientes que faciliten la adherencia en el proceso terapéutico de las personas usuarias del Programa.

- Jornada de trabajo y capacitación para Unidades de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría. En esta actividad, representantes de los equipos de intervención de las UHCIP, tanto de medio libre como de medio privativo, compartieron estrategias, actividades y otros elementos que han aportado en el desarrollo de experiencias de trabajo exitosas. Junto con esto, MINSAL, presentó los principales hitos históricos que dan curso al desarrollo de las UHCIP, relevando la importancia del trabajo intersectorial, las características de la atención y los desafíos que convocan a los distintos niveles de gestión que presenta esta modalidad de atención.
- Jornada de Trabajo y capacitación en el Sistema de Información y Gestión de Tratamiento SISTRAT. En esta jornada participaron equipos de tratamiento del Programa de todo el país. Dentro de los temas abordados, se señalan los siguientes: Importancia de los Sistemas de Información y Registro para la Política Pública, Datos: Calidad del registro y Errores Comunes; Caracterización de Población en Tratamiento, Perfil de usuario según los datos y Análisis de datos a partir del Monitoreo de Resultados.
- Jornada de Capacitación a profesionales para la Implementación del Sistema Intersectorial de Salud Integral con énfasis en Salud Mental para niños, niñas, adolescentes y jóvenes. La jornada tuvo como objetivo otorgar directrices técnicas y administrativas para la implementación y evaluación de este Sistema Intersectorial, considerando a los distintos sectores del Estado que cumplen un rol relevante para esta población.

Así mismo, como otros años, todas las regiones realizaron 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).

- Sistema Intersectorial de Salud Integral, con Énfasis en Salud Mental, para Niños, Niñas, Adolescentes y Jóvenes con Vulneración de Derechos y/o Sujetos a la Ley de Responsabilidad Penal Adolescente

El Sistema Intersectorial de Salud Integral, es una iniciativa desarrollada por una Mesa de trabajo intersectorial, que se inició el año 2014, en la que participan asesores técnicos del Ministerio de Salud, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, SENDA y SENAME. Adicionalmente se ha contado con la participación del Consejo Nacional de la Infancia y con los Departamentos de Estadística e Información en Salud y de Tecnología e Información en Salud del Ministerio de Salud.

Si bien no corresponde a una iniciativa desarrollada en el marco del presente Programa, este Sistema impacta directamente en la población sujeto de atención del Convenio SENDA-MINSAL-SENAME-GENCHI, donde además parte de las integrantes de la mesa nacional de convenio han sido parte de la elaboración e implementación del Sistema, en el entendido que la sinergia entre las acciones realizadas afectarán positivamente en los

adolescentes y jóvenes, con consumo problemático de alcohol y otras drogas, sujetos a medidas y sanciones en el marco de la Ley N°20.084.

Este Sistema busca generar una estrategia intersectorial de carácter estructural, que permita dar una respuesta oportuna, integral y de calidad a las necesidades de salud de cada niño, niña, adolescente y joven (NNAJ) vinculado a la red SENAME, tanto en el sistema de protección como en el de justicia juvenil. El Sistema comprende la salud como “el estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente como ausencia de enfermedad”. En este sentido, contempla acciones orientadas a: promover la salud, mejorar los contextos cotidianos y relaciones vinculares de los NNAJ; desarrollar acciones preventivas para evitar la aparición de problemas de salud, detectar tempranamente la aparición de problemas, síntomas o trastornos, implementar mecanismos intersectoriales que aseguren el acceso oportuno de los NNAJ a la salud, asegurar la continuidad de los cuidados en salud, realizar acciones de seguimiento a su trayectoria en salud e implementar un sistema de registro y monitoreo de su recorrido por los establecimientos de la red de atención pública de salud.

Durante el año 2017, se inició la implementación en los territorios vinculados a 6 Servicios de Salud, particularmente: Coquimbo, Valparaíso-San Antonio, Viña del Mar-Quillota, Metropolitano Sur Oriente, Valdivia y Magallanes.

En el contexto de este Sistema, los equipos de centros o programas de tratamiento por consumo son actores claves, considerando que se entiende por equipos de salud todos aquellos compuestos por técnicos y profesionales de los diferentes dispositivos de la Red de Salud Pública, incluyendo los que son parte de los programas de tratamiento de alcohol y otras drogas en el marco del convenio SENDA-MINSAL-SENAME-GENCHI, tanto públicos como privados, constituyéndose en participantes activos en el fortalecimiento y mejora de la salud integral, en este caso de los adolescentes y jóvenes sujetos a la Ley de Responsabilidad Penal Adolescente.

Por otro lado, se solicitó a las Mesas Regionales (con los representantes regionales de SENDA, Servicios de Salud, Seremis de Salud, SENAME y GENCHI) una evaluación del Programa, considerando los 10 años de implementación. La sistematización de lo anterior, permite dar cuenta de una heterogeneidad en relación al desarrollo del Programa y al funcionamiento 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 Global:

La implementación del Convenio ha permitido la instalación de programas específicos para dar tratamiento a esta población en particular. Las Mesas regionales han sido validadas como instancias técnicas competentes y relevantes. El Convenio permite contar con un marco regulador que propicia el trabajo conjunto. Así mismo, ha permitido visibilizar a los adolescentes y jóvenes como sujetos de derechos.

Se plantea como un desafío los cambios en los perfiles de la población y la complejidad de ésta, como también en la ejecución misma de la Ley N°20.084, lo que implica constante coordinación, capacitación y asesoría.

Se requiere la revisión de orientaciones técnicas, flujos de atención, acuerdos intersectoriales, en un contexto que reconozca deberes y derechos de los adolescentes y jóvenes que han ingresado al sistema penal por esta Ley.

Se reconocen las voluntades y la colaboración intersectorial, especialmente aquellos firmantes del convenio, que permiten mejorar el funcionamiento del Programa. Un desafío importante lo constituye el trabajo coordinado con otros actores relevantes: Fiscalía, Defensoría, Tribunales, así como también la capacitación a estos actores.

En general, se releva también la positiva relación entre equipos de tratamiento y programas ejecutores de medidas y sanciones existiendo acuerdos, protocolos y documentos locales que favorecen la intervención conjunta, la gestión técnica de la red, complementariedad, entre otros. No obstante lo anterior, es necesario avanzar en algunos territorios en la definición de objetivos conjuntos y el cómo se logra dichos objetivos de manera integrada.

Se relevan brechas existentes, especialmente en UHCIP. Así mismo, se plantea la brecha de programas residenciales, haciéndose además referencia a la necesidad de revisar el modelo de intervención, con el fin de ajustar éste a las características particulares de esta población.

Se requiere una mayor coordinación entre los niveles regionales y centrales, así como la estandarización de trabajo entre las distintas regiones, considerando la existencia de derivaciones interregionales.

Finalmente, como evaluación global, un desafío importante para el programa dice relación con el levantamiento de evidencia para la intervención con esta población, así como el promover investigaciones en este ámbito.

#### - Funcionamiento de la Mesa Regional

Esta Mesa aparece como un espacio validado técnicamente. Su funcionamiento es de periodicidad constante y en una parte importante de las regiones hubo estabilidad en la participación de las contrapartes intersectoriales, con participación activa de todos sus miembros. Existen aún algunas regiones que manifiestan dificultades para la participación permanente principalmente de GENCHI y Seremi de Salud.

Existe comunicación expedita entre los distintos actores, en general se trabajó en base a un plan de trabajo anual definido de manera participativa, incorporando elementos administrativos y técnicos.

La mayor dificultad reportada dice relación con el alto nivel de situaciones contingentes, que dificultan el logro de lo planificado, que en ocasiones, impacta en la carga laboral.

Esto se ve influido también por el hecho que los representantes de los Servicios de Salud cumplen con una multiplicidad de tareas y por tanto, cuentan con escasa disponibilidad de horas para realizar todo lo planificado en las Mesas. Por su parte, las contingencias asociadas a casos críticos muchas veces escapan a las posibilidades de resolver de la Mesa, por lo que es un importante desafío generar los flujos y protocolos que permitan una adecuada coordinación entre regiones y con la Mesa Nacional, así como una mayor resolutivez de esta última en algunos casos.

En aquellas regiones donde se cuenta con una mayor cantidad de Servicios de Salud, se dificulta el poder tener reuniones de mesas regionales con mayor periodicidad, entre otras razones por la distancia territorial.

Continúa siendo un desafío la incorporación en algunas reuniones de mesa, considerando las temáticas a abordar, de otras instituciones relevantes tales como Programa 24 Hrs., Programa Multisistémico, Profesiones Médicas de Seremi de Salud, Educación u otros. Así mismo, se plantea la necesidad de seguir trabajando en la relación con Atención Primaria de Salud y con la Judicatura.

En cuanto a la relación con la Mesa Nacional, se valora en general la accesibilidad de los respectivos referentes sectoriales a nivel central, no obstante el mayor desafío es establecer una forma de trabajo con la Mesa Nacional, de modo formal, estructurada, con lineamientos y flujos claros (y no sólo con cada uno de los referentes institucionales por separado).

#### - Gestión del programa

Se destaca en general que los programas de tratamiento han mejorado sus resultados, una parte importante muestra avances en el desarrollo técnico, existiendo una consolidación programática de la red, tanto en el quehacer interno de los programas de tratamiento como en la coordinación e integración con los centros ejecutores de medidas o sanciones.

Una dificultad es la existencia, en una parte importante de las regiones, de una alta rotación de personal en los equipos, así como la brecha en algunos recursos profesionales, especialmente en psiquiatría infante-adolescente.

Un desafío importante para el Programa dice relación con la intervención específica de población que se encuentra en internación provisoria. Así mismo, la instalación de consentimiento informado, el desarrollo de estrategias que favorezcan la adherencia y otros aspectos específicos para la intervención se constituyen en elementos a trabajar para el año 2018.

Si bien ha sido señalado en otros apartados, en el marco del desarrollo y funcionamiento de la red se releva los avances en las coordinaciones entre programas de tratamiento, equipos ejecutores de sanción o medidas y otros dispositivos de la red de salud, generándose flujos, protocolos, jornadas de capacitaciones conjuntas, entre otras

estrategias. Sin embargo, aún falta fortalecer estrategias de coordinación, especialmente al egreso de los adolescentes y jóvenes de los programas

Otro elemento relevante a trabajar dice relación con la judicialización de los ingresos a UHCIP. Se requiere aunar discursos y criterios y un importante trabajo con la judicatura. Lo anterior se complejiza aún más cuando implica el traslado interregional.

Un elemento importante que ha afectado la gestión del Programa dice relación con la disminución o redistribución en algunas regiones de la población sujeta a medidas o sanciones de SENAME, lo que ha implicado incluso en algunos casos, la disminución de oferta de programas colaboradores de SENAME. Lo anterior impacta de manera importante en la cobertura de algunos programas de tratamiento.

En relación con la gestión administrativa del Programa, un desafío que persiste es mejorar las gestiones, de forma tal que se favorezca el traspaso de recursos de la forma más oportuna posible al iniciar el año.

#### - Asesoría Técnica

Existe presencia permanente y consolidada por parte de los asesores (Gestores de Calidad y cuando es posible, representante de Servicio de Salud), lo que es valorado positivamente por parte de los programas de tratamiento. La asesoría permite detectar situaciones relevantes que afectan la intervención, así como el acompañamiento a los equipos. Se valora así mismo, el acompañamiento y asesoría que realizan los asesores especializados.

Se presentaron durante el año dificultades asociadas a aspectos administrativos, específicamente la disponibilidad de viáticos en algunas regiones, así como en otras, brechas en horas profesionales de gestores de calidad.

Una situación que permanece es la dificultad, dada la alta carga laboral, de contar con representante del Servicio de Salud en todas las visitas de asesoría. Un desafío importante también señalado por las mesas regionales es la incorporación de SENAME y GENCHI a estos procesos, lo que se espera pueda ser revisado durante el año 2018.

#### - Evaluación Técnica

Se destaca la buena disposición por parte de los equipos en el proceso de evaluación, éstos lo ven como una oportunidad, generando un impacto positivo. Los resultados de ésta son efectivamente incorporados en el Plan de Trabajo. Así mismo, en general, existe una muy buena coordinación para el proceso entre SENDA y Seremi de Salud.

Se mantienen como desafíos: la oportunidad en el acceso a los resultados cuantitativos en SISTRAT, la revisión del periodo a aplicar la pauta, ya que coincide con una etapa del año de alta carga administrativa y la revisión de algunos verificadores.

#### - Supervisión de Contratos



Se destaca en este ámbito, la existencia de un procedimiento claro, existiendo apertura en la mayor parte de los programas para este proceso. Las supervisiones han implicado en la mayor parte de las regiones, el fortalecimiento en las coordinaciones entre el equipo de tratamiento regional y DAF, de SENDA regional, permitiendo el levantamiento de información relevante del funcionamiento de los centros.

Se requiere generar mecanismos formales que permitan informar de los resultados a las contrapartes de la Mesa Regional de convenio. Así mismo, se deben mejorar los canales de comunicación entre los niveles regional y central, con el fin que la información sea más oportuna.

- Propuestas para futuras líneas de Desarrollo y Proyecciones

Finalmente, desde las Mesas Regionales de gestión del convenio se han planteado en esta línea las siguientes:

- Mejorar la coordinación y articulación con actores vinculados al sistema judicial: consejeros técnicos, Jueces de Familia y del ámbito penal.
- Reorganizar la oferta, considerando la actual demanda.
- Fortalecer el uso de instrumentos y herramientas en el marco del proceso de Gestión de Calidad (consentimiento informado, PTI, enfoque SMART, monitoreo de resultado, entre otros).
- Fortalecer las coordinaciones con otros dispositivos de la red de salud (tanto atención primaria como especialidad).
- Fortalecer los espacios de capacitaciones específicas, incluyendo aquellas intersectoriales.
- Disminuir brechas asociadas a dispositivos y cobertura, cuando corresponda.
- Fortalecer el trabajo de la Mesa Regional.
- Elaborar e implementar flujos de derivación, protocolos u otras herramientas que favorezcan la continuidad de cuidados y la atención integrada entre los distintos programas que intervienen con los adolescentes y jóvenes.
- Incorporar a la Mesa Regional a otros actores relevantes (MIDESO, UPRODE de SENAME, Atención Primaria, entre otros).
- Favorecer la articulación de una red integrada (públicos y privados).
- Mejorar la coordinación y traspaso de información entre los niveles regionales y centrales.