

**Servicio Nacional de Prevención y
Rehabilitación de Drogas y Alcohol - SENDA
Ministerio de Salud - MINSAL**

**Informe Anual 2017
Informe de Evaluación Técnica**

Programa Planes de Tratamiento y Rehabilitación
De Personas con Problemas Derivados del Consumo de Drogas Ilícitas u
otras Sustancias Estupefacientes o Psicotrópicas

Santiago, Marzo de 2018

I. Introducción

El presente informe contiene los resultados y análisis del proceso de desarrollo de los programas de tratamiento para la atención de población general adulta y población adulta específica de mujeres y de la atención en los centros en convenio públicos y privados a lo largo del país, 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 disponer de esta información constituye un importante insumo, para conocer por una parte, las características de las personas que acceden a tratamiento en el marco de convenios tanto con establecimientos públicos como privados, y por otra parte los resultados globales de los tratamientos en base a los logros terapéuticos, permanencia y tipos de egresos.

Las dimensiones de evaluación consideradas entonces en este informe corresponden a la caracterización de las personas atendidas, los resultados del proceso terapéutico y las características de los centros que participan de este convenio.

En adelante se describen los resultados obtenidos tanto en el desarrollo de la implementación de los programas de tratamiento, como del contexto institucional en que se desenvuelven.

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 (18.573) es decir RUT distintos. El segundo es calcular el número de casos que se atendieron (19.885). Este último método siempre va a mostrar un número mayor, puesto que existen personas que ingresan a más de un plan de tratamiento en el período evaluado, ya sea por derivaciones, egresos por alta o abandono y posteriores ingresos a otros centros o programas, etc., por lo tanto, al sumarlos aparecen más personas en total. Para efectos del presente informe se utilizará como **unidad de análisis los casos atendidos**.

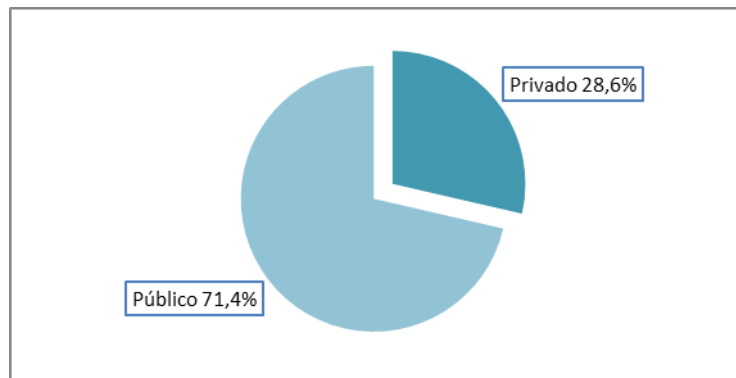
Tabla N°1: N° Personas por Año.

Año	Personas (RUT distintos)	Personas (Casos)
2010	8.706	9.305
2011	9.369	10.058
2012	9.930	10.672
2013	13.689	14.653
2014	15.627	16.672
2015	17.869	19.256
2016	18.110	19.309
2017	18.573	19.885

El número total de personas (casos) atendidas durante el año 2017 fue de 19.885, de las cuales el 32,8% (6.522) ingresó a tratamiento antes de ese año, y el 12% realizó más de un tratamiento durante el año 2017.

El número de personas ingresadas en relación al año 2016 aumentó en un 3% (576 personas).

Figura N°1: Distribución de N° Personas por Tipo de Centro.



El 28.6% de los casos fue atendido en centros privados en convenio, mientras que el 71.4% lo hizo en establecimientos públicos.

En relación a la modalidad de atención el 85.7% estuvo en programas de tratamiento ambulatorios y el 14.3% en residenciales.

En las tablas siguientes, se presenta la distribución del número de personas atendidas según tipo de programa y tipo de plan de tratamiento. Se observa que la mayoría de las personas (88,5%) se atendió en centros con Programa para Población General (PG) y el 11,5% en Programas de Población Específica de Mujeres (PM), esta distribución se condice con la oferta de planes asignados para cada tipo de programa durante el 2017 (88% y 12% respectivamente).

Tabla N°2: Distribución de N° Personas por Tipo de Programa.

Tipo de Programa	Personas Atendidas	
	N	%
Programa Específico Mujeres	2.292	11,5
Programa Población General	17.593	88,5
Total	19.885	100

Respecto a los tipos de planes de Población General, el plan ambulatorio intensivo (PG PAI), es el que registra una mayor cantidad de personas atendidas con el 49%, seguido de los ambulatorios básicos (PG PAB) con el 39%. En el Programa Específico Mujeres, en tanto, el 35% de las personas se atendieron en modalidad residencial y el 65% en ambulatorios intensivos.

Tabla N°3: Distribución por Tipo de Plan en Población General.

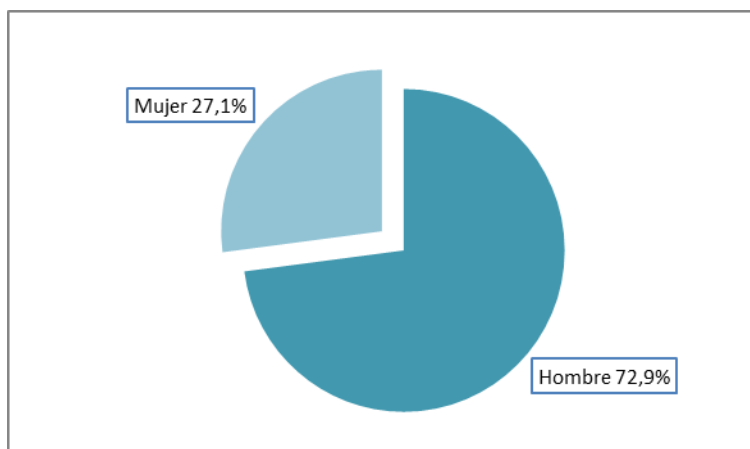
Tipo de Plan	Personas Atendidas	
	N	%
Plan Ambulatorio Intensivo	8.739	49,6
Plan Ambulatorio Básico	6.840	38,8
Plan Residencial	2.035	11,6
Total	17.614	100

Tabla N°4: Distribución por Tipo de Plan en Población Específica Mujeres

Tipo de Plan	Personas Atendidas	
	N	%
Plan Ambulatorio Intensivo	1.460	64,3
Plan Residencial	811	35,7
Total	2.271	100

2. Caracterización de la Población

Figura N°2: Porcentaje de Personas por Sexo.



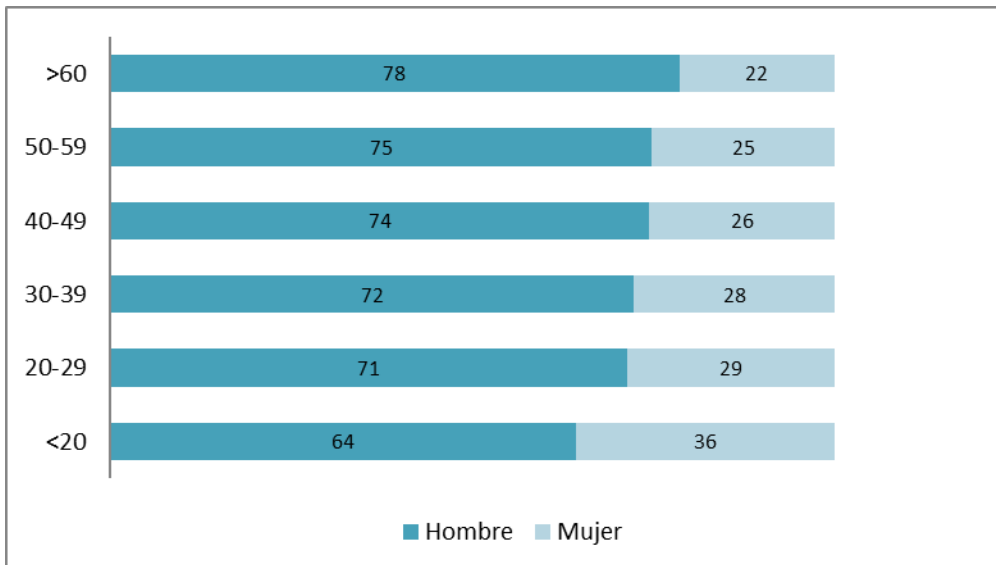
En relación a la distribución por sexo de las personas atendidas en todos los programas, la mayoría corresponde a hombres (14.500) con el 73% y a mujeres el 27% (5.385). Del total de mujeres, el 58% pertenecen al Programa Población General y el 42% restante al Programa Específico de Mujeres.

Tabla N°5: Porcentaje de Personas por Rango de Edad

Edad	N	%
<20	300	1,5
20-29	4.981	25,1
30-39	6.559	33
40-49	4.624	23,3
50-59	2.528	12,7
>60	874	4,4
Total	19.866	100

La media y la mediana de edad de la población atendida es de 37,1 y 36 años respectivamente y si distribuimos a la población según rangos, se observa que los mayores grupos se ubican en el rango de 30-39 y 20-29 años con el 33% y 25% respectivamente, seguido por el grupo entre 40-49 años con el 23%.

Figura N°3: Distribución N° Personas por Edad según Sexo



En la distribución de las personas por región, se observa que el 47,6% se atendió en la RM, seguidas por las regiones de Bío Bío y Valparaíso, con un 7,4% y un 6,9% respectivamente.

Tabla N°6: Distribución N° Personas por Región.

Región	N	%
Tarapacá	426	2,1
Antofagasta	678	3,4
Atacama	604	3,0
Coquimbo	705	3,6
Valparaíso	1.373	6,9
O'Higgins	1.056	5,3
Maule	1.327	6,7
Biobío	1.462	7,4
Araucanía	620	3,1
Los Lagos	782	3,9
Aysén	256	1,3
Magallanes	253	1,3
Metropolitana	9.456	47,6
Los Ríos	377	1,9
Arica	510	2,6
Total	19.885	100

Figura N°4: Distribución N° Personas por Región según Sexo.

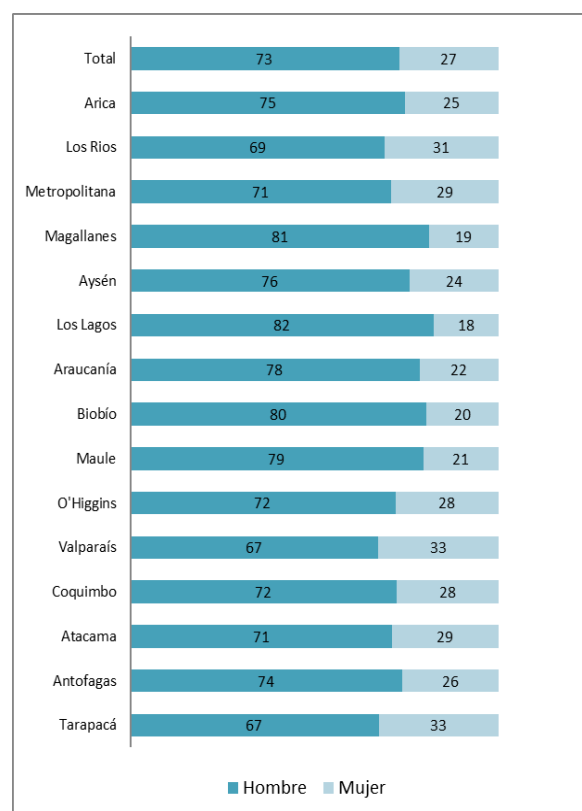


Tabla N°7: Distribución N° Personas según Etnia.

Etnia	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
Aimara	89	0,7	23	0,5	112	0,6
Alcalufe	37	0,3	14	0,3	51	0,3
Atacameño	18	0,1	2	0,0	20	0,1
Colla	7	0,1	5	0,1	12	0,1
Diaguitas	30	0,2	15	0,3	45	0,3
Mapuche	594	4,5	213	4,3	807	4,5
No pertenece	12.256	93,7	4.628	94,1	16.884	93,8
Quechua	8	0,1	3	0,1	11	0,1
Rapa Nui	40	0,3	15	0,3	55	0,3
Yámana	0	0,0	1	0,0	1	0,0
Total	13.079	100	4.919	100	17.998	100

La mayoría de las personas atendidas el 2017 (94%) refiere no pertenecer a ninguna etnia. Entre el porcentaje restante de personas, la etnia mapuche es la más frecuente, con 4,5%, seguida por la aimara con un 0,6%. Del total de personas pertenecientes a la etnia

mapuche, el 35% se encuentra en la región metropolitana, seguido de la región de la Araucanía y los Lagos con un 14% y 13%, respectivamente.

Tabla N°8: Distribución N° Personas según Estado conyugal.

Estado Conyugal	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
Anulado/a	9	0,1	4	0,1	13	0,1
Casado/a	2.951	20,4	934	17,3	3.885	19,5
Conviviente	1.758	12,1	723	13,4	2.481	12,5
Divorciado/a	427	2,9	201	3,7	628	3,2
No contesta	38	0,3	13	0,2	51	0,3
Separado/a	1.196	8,3	445	8,3	1.641	8,3
Soltero/a	7.999	55,2	2.914	54,1	10.913	54,9
Viudo/a	122	0,8	151	2,8	273	1,4
Total	14.500	100	5.385	100	19.885	100

El estado de soltería es el que presenta una mayor frecuencia entre las personas usuarias (55%); seguido de un 20% por personas casadas al momento de ingresar a tratamiento. Y en tercer lugar el estado de convivencia con un 13%.

Tabla N° 9: Distribución de N° Personas según Escolaridad por Sexo

Escolaridad	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
Básica Completa	1.795	12,4	733	13,6	2.528	12,7
Básica Incompleta	1.755	12,1	839	15,6	2.594	13,1
Media Completa	5.089	35,1	1.657	30,8	6.746	33,9
Media Incompleta	2.922	20,2	1.103	20,5	4.025	20,2
Técnica Completa	1.015	7,0	395	7,3	1.410	7,1
Técnica Incompleta	569	3,9	174	3,2	743	3,7
Universitaria Completa o Más	492	3,4	170	3,2	662	3,3
Universitaria Incompleta	736	5,1	247	4,6	983	4,9
No Sabe No Se Aplica	60	0,4	42	1	102,0	0,5
Sin Estudios	67	0,5	25	0,5	92	0,5
Total	14.500	100	5.385	100	19.885	100

En relación al nivel de escolaridad alcanzado por la población atendida el año 2017, el 59,7% no ha finalizado la Enseñanza Media al ingresar a tratamiento (60% mujeres y 59% hombres).

Tabla N°10: Distribución de N° Personas según Condición Ocupacional por Sexo.

Ocupación	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
Buscando trabajo por primera vez	21	0,1	18	0,3	39	0,2
Cesante	5.093	35,1	1.739	32,3	6.832	34,4
Estudiando sin trabajar	133	0,9	74	1,4	207	1,0
Incapacitado permanente para trabajar	38	0,3	15	0,3	53	0,3
No busca Trabajo	136	0,9	94	1,8	230	1,2
Otra razón	182	1,3	64	1,2	246	1,2
Pensionado o jubilado sin trabajar	288	2,0	88	1,6	376	1,9
Quehaceres del hogar	53	0,4	1.049	19,5	1.102	5,5
Rentista	9	0,1	5	0,1	14	0,1
Sin actividad	914	6,3	566	10,5	1.480	7,4
Trabajando actualmente	7.633	52,6	1.673	31,1	9.306	46,8
Total	14.500	100	5.385	100	19.885	100

En relación a la condición ocupacional, un 47% de las personas se encontraba trabajando (52,6% en hombres y 31% en mujeres), un 5,5% realizando trabajos no remunerado en labores del hogar (19,5% en mujeres y 0,4 en hombres), el porcentaje de personas que se encontraba cesante al momento de ingresar a tratamiento corresponde al 34,4% (35% en hombres y 32% en mujeres)

Del total de personas que se encontraba con trabajo al momento de ingresar a tratamiento, en su gran mayoría (58%) se trataba de trabajos asalariados, es decir, que trabajaba para un empleador privado o público y que por hacerlo, percibía un sueldo o salario como remuneración (57% mujeres y 58% hombres), y un 29 % se encontraba desarrollando trabajo por cuenta propia, (30% mujeres y 29% hombres)

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

Con quien Vive	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
Con amigos	159	1,1	92	1,7	251	1,3
Con la Pareja, Hijos y Padres o Familia	461	3,2	201	3,7	662	3,3
Con la madre (sola)	1.033	7,1	372	6,9	1.405	7,1
Otros	1.738	12,0	444	8,3	2.182	11
Solo	212	1,5	569	10,6	781	3,9
Únicamente con hijos	284	2	757	14,1	1.041	5,2
Únicamente con hijos y padres o familia	3.103	21,4	1.023	19	4.126	20,8
Únicamente con la pareja e hijos	373	2,6	167	3,1	540	2,7
Únicamente con la pareja y padres o familia	6.122	42,2	1.179	21,9	7.301	36,7
Únicamente con padres o familia de origen	1.015	7	581	10,8	1.596	8
Únicamente con pareja	159	1,1	92	1,7	251	1,3
Total	14.500	100	5.385	100	19.885	100

Del total general, la mayoría de las personas (36,7%) vive únicamente con padres o familia de origen, especialmente en el caso de los hombres, que superan este porcentaje (42,2%); en segundo lugar, las personas viven Únicamente con hijos y padres o familia (mujeres 19 % y hombres 21,4%). El 14% de las mujeres vive únicamente con hijos/hijas.

Tabla N°12: Distribución de N° Personas según Tipo de Vivienda por Sexo.

Tipo de vivienda	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
Caleta o punto de calle	352	2,5	94	1,8	446	2,3
Casa	11.702	81,6	4.117	77,4	15.819	80,4
Choza, Rancho, Ruca	59	0,4	26	0,5	85	0,4
Departamento	1.218	8,5	642	12,1	1.860	9,5
Hospedería	133	0,9	24	0,5	157	0,8
Media Agua	259	1,8	149	2,8	408	2,1
Otro	134	0,9	69	1,3	203	1,0
Pieza dentro de la vivienda	398	2,8	172	3,2	570	2,9
Residencia, pensión, hostel	90	0,6	27	0,5	117	0,6
Total	14.345	100	5.320	100	19.665	100

Una alta mayoría (90%) de las personas entre hombres y mujeres, residen en viviendas del tipo de casa y departamento; en condiciones de habitabilidad menos independientes, alrededor del 5%, y en condiciones de vivienda más precaria (mediagua y choza, rancho, ruca) un 2,5%. En situación de calle se encontraba el 2,3% de las personas (446 personas), 1,8% de las mujeres y 2,5% de los hombres, esta condición se refiere a quienes habitan caletas o puntos de calle.

Tabla N°13: Distribución de N° Personas según Tenencia de la Vivienda por Sexo.

Tenencia de vivienda	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
Allegado	5.769	40,1	2.161	40,6	7.930	40,3
Arrienda	2.299	16	951	17,9	3.250	16,5
Cedida	530	3,7	195	3,7	725	3,7
N/A	476	3,3	154	2,9	630	3,2
Ocupación irregular	150	1	109	2,1	259	1,3
Otro	392	2,7	135	2,5	527	2,7
Paga dividendo	262	1,8	81	1,5	343	1,7
Propia	4.501	31,3	1.539	28,9	6.040	30,7
Total	14.379	100	5.325	100	19.704	100

El 40% de las personas que se atendieron viven en calidad de allegado, no existiendo diferencias significativas entre hombres y mujeres. Esta categoría hace referencia a personas que viven de manera transitoria en una vivienda ajena o acogido/acogida en vivienda de otro grupo familiar.

En un 31,7% de los casos, las personas viven en una vivienda propia (31% de hombres y 28% de mujeres) y un 16,5% arrienda un lugar donde vivir.

3. 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 N°14. Distribución N° Personas según Sustancia Principal de Consumo al Ingreso.

Sustancia Principal		N	%	N	%
Estimulantes Cocaína				11.327	57
	Pasta Base	7.386	37,1		
	Cocaína	3.934	19,78		
	Heroína	1	0		
	Crack	6	0		
Alcohol				7.456	37,5
	Alcohol	7.456	37,5		
Marihuana				826	4,2
	Marihuana	826	4,15		
Sedantes				154	0,8
	Sedantes: Diazepam, Valium, Hipnóticos	145 9	0,7 0,1		
Estimulantes tipo Anfetamínico				5	0
	Anfetaminas	5	0		
Metanfetaminas y otros derivados				11	0,1
	Éxtasis	1	0		
	Metanfetaminas y otros derivados	2	0		
	Otros Estimulantes	8	0		
Alucinógenos				2	0
	Otros Alucinógenos	2	0		
Opiáceos				74	0,4
	Otros Opioides Analgésicos: Morfina	74	0,4		
Inhalables				9	0,1
	Inhalables: Neoprén GHB Óxido	9	0,1		
LSD				3	0
	LSD	3	0		
Otros				18	0,1
	Otros	18	0,1		
Total				19.885	100

Tabla N°15: Distribución de N° Personas según Sustancia Principal de Consumo al Ingreso por Sexo.

Sustancia Principal	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
Alcohol	5.580	38,5	1.876	34,8	7.456	37,5
Anfetaminas	3	0	2	0	5	0
Cocaína	2.837	19,6	1.097	20,4	3.934	19,8
Crack	5	0	1	0	6	0
Éxtasis	0	0	1	0	1	0
Heroína	1	0	0	0	1	0
Hipnóticos	1	0	8	0,2	9	0,1
Inhalables: neopren, GHB,	6	0	3	0,1	9	0,1
LSD	2	0	1	0	3	0
Marihuana	603	4,2	223	4,1	826	4,2
Metanfetaminas y otros	1	0,0	1	0	2	0
Otros	9	0,1	9	0,2	18	0,1
Otros Alucinógenos	1	0	1	0	2	0
Otros Estimulantes	3	0	5	0,1	8	0
Otros Opioides Analgésicos:	42	0,3	32	0,6	74	0,4
Pasta Base	5.346	36,9	2.040	37,9	7.386	37,1
Sedantes: diazepam,	60	0,4	85	1,6	145	0,7
Total	14.500	100	5.385	100	19.885	100

La sustancia consumida tanto por hombres como mujeres, que mayoritariamente motiva el ingreso a tratamiento es, en primer lugar, Alcohol con un 37,5% de los casos, seguida de Pasta Base de Cocaína con un 37,1%, en tercer lugar, el Clorhidrato de Cocaína con el 19,8% (19,6% en hombres y 20,4% en mujeres); y Marihuana en cuarto lugar en un 4,2% de los casos (4,2% en hombres y 4% en mujeres). La disminución progresiva de usuarios que consultan por consumo problemático de marihuana, puede explicarse por el ingreso de información más fiable, a partir de la posibilidad de registro de Alcohol como sustancia única.

Alcohol es la sustancia en que existe mayor diferencia entre hombres y mujeres, siendo la frecuencia de 38,5% y 34,8%, respectivamente. En la mayoría de las otras sustancias no existen diferencias significativas entre hombres y mujeres.

En la siguiente figura n°6, se 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. se observa que 7 de cada 10 usuarios presenta consumo problemático de alcohol, y 4 de cada 10 de pasta base, mientras que para la marihuana el 37,7% registró consumo problemático.

Figura N°5: Distribución N° de Personas por tipo de Sustancia Problemática de Consumo al ingreso

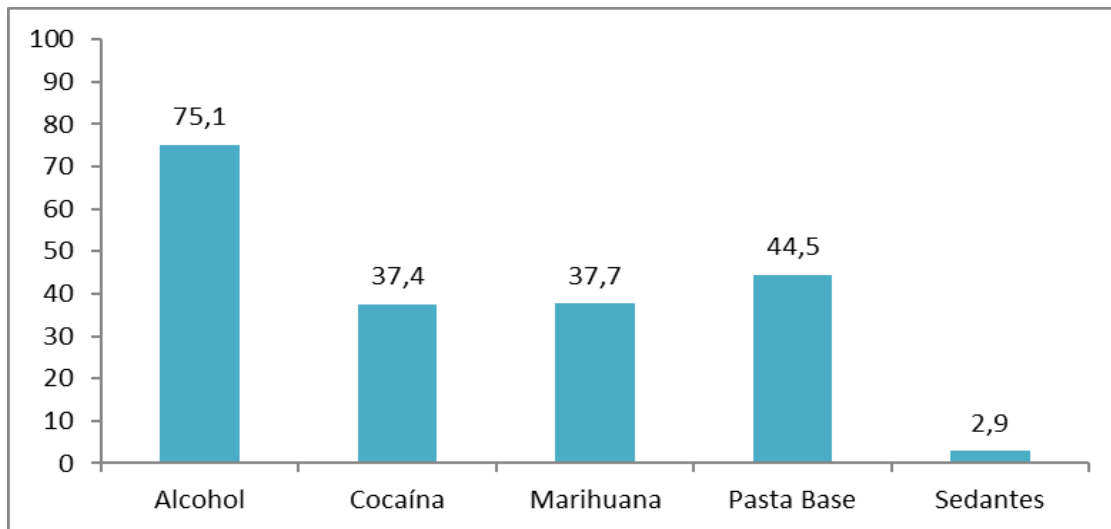


Tabla N°16: Distribución de N° Personas por Tipo de Sustancia Principal de Consumo al Ingreso según Región

Región	ALCOHOL		COCAINA		MARIHUANA		PASTA BASE		SEDANTES		total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Tarapacá	138	33	22	5,3	30	7,2	224	53,6	4	1	418	100
Antofagasta	186	27,5	43	6,4	40	5,9	407	60,1	1	0,1	677	100
Atacama	180	30	10	1,7	52	8,7	356	59,2	3	0,5	601	100
Coquimbo	157	22,4	42	6	31	4,4	468	66,8	3	0,4	701	100
Valparaíso	304	22,3	322	23,6	49	3,6	683	50,0	7	0,5	1.365	100
O'Higgins	380	36,2	174	16,6	35	3,3	453	43,1	9	0,9	1.051	100
Maule	603	45,5	169	12,8	65	4,9	478	36,1	9	0,7	1.324	100
Biobío	580	39,9	76	5,2	32	2,2	760	52,2	7	0,5	1.455	100
Araucanía	429	69,5	82	13,3	36	5,8	68	11	2	0,3	617	100
Los Lagos	496	64,6	127	16,5	28	3,6	113	14,7	4	0,5	768	100
Aysén	233	91,4	11	4,3	7	2,7	1	0,4	3	1,2	255	100
Magallanes	231	92,4	13	5,2	5	2	0	0,0	1	0,4	250	100
Metropolitana	3.182	33,9	2.790	29,7	381	4,1	2.943	31,4	87	0,9	9.383	100
Los Ríos	205	54,7	25	6,7	6	1,6	135	36	4	1,1	375	100
Arica	152	30	28	5,5	29	5,7	297	58,6	1	0,2	507	100
Total	7.456	37,8	3.934	19,9	826	4,2	7.386	37,4	145	0,7	19.747	100

En la tabla superior, se presenta la distribución de personas por tipo de sustancia principal de consumo al ingreso a tratamiento según Región. Para esto se tomaron sólo las cinco sustancias más frecuentes, las que en su conjunto representan el 99% del total. Se puede observar que en 7 de las 15 Regiones la Pasta Base es la sustancia principal de ingreso, y se presenta entre las regiones de

Biobío y Arica Parinacota. Mientras que, en las regiones del sur, el alcohol es la sustancia más frecuente.

Tabla N°17: Distribución de N° Personas por Frecuencia de Consumo Droga Principal

Frecuencia de consumo	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
1 día	937	6,5	357	6,6	1.294	6,5
2 a 3 días	3.903	26,9	1.352	25,1	5.255	26,4
4 a 6 días	2.313	16,0	768	14,3	3.081	15,5
Desconocido	63	0,4	32	0,6	95	0,5
menos de 1 día a la semana	520	3,6	185	3,4	705	3,6
No consume	229	1,6	157	2,9	386	1,9
Todos los días	6.535	45,1	2.534	47,1	9.069	45,6
Total	14.500	100	5.385	100	19.885	100

El 72% 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 45%.

Tabla N°18: Promedio de Edad de Inicio de Consumo de Sustancia Principal

Sustancia principal	N	Promedio	Min	Max	Mediana
Alcohol	7.445	17,7	5	65	16
Cocaína	3.930	22,3	5	61	20
Marihuana	826	16,3	7	74	15
Pasta Base	7.379	22,4	5	64	20
Sedantes	144	27,7	12	70	25

La marihuana y el alcohol son las sustancias principales con menor edad de inicio de consumo con 16 años y 17 años respectivamente. Por otro lado, los sedantes, registras la mayor edad de inicio con 28 años.

Tabla N°19: Promedio de Edad de Inicio de Consumo

Sustancia de Inicio	N	Promedio	Min	Max	Mediana
Alcohol	12.229	16,5	5	64	15
Cocaína	809	22,2	8	55	19
Marihuana	5.200	15,1	5	74	15
Pasta Base	934	21	6	58	18
Sedantes	108	24,2	7	70	19

Figura N°6: Porcentaje de Personas según Diagnóstico de Consumo de Sustancia al Ingreso

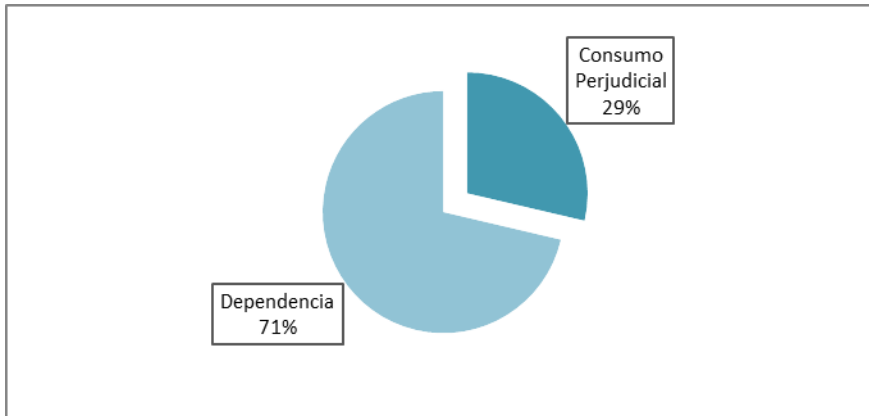
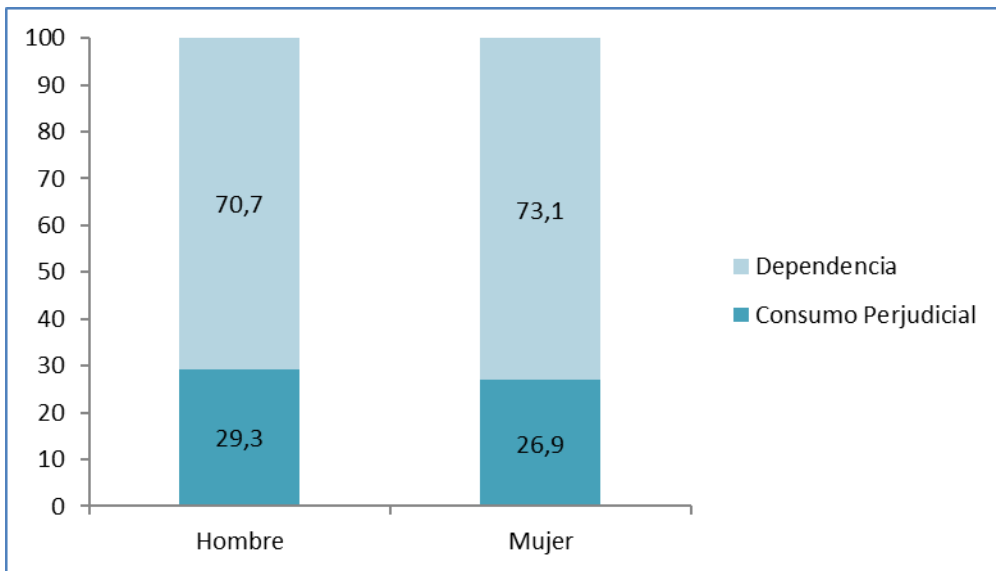


Figura N°7. Porcentaje de Personas según Diagnóstico de Consumo de Sustancia al Ingreso por Sexo



El 71% de las personas usuarias atendidas el año 2017 presentaban diagnóstico de Dependencia según la clasificación de enfermedades de la OMS.

Tabla N°20. Porcentaje de Personas con Comorbilidad Psiquiátrica CIE 10 según Sexo.

Comorbilidad	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
En Estudio	2.871	19,8	1.000	18,6	3.871	19,5
Sin Trastorno	5.778	39,9	1.377	25,6	7.155	36
Con Trastorno	5.851	40,4	3.008	55,9	8.859	44,6
Total	14.500	100	5.385	100	19.885	100

De las personas ingresadas a tratamiento el año 2017, el 44,6% presentó un problema psiquiátrico además del trastorno por consumo, siendo más alto en las mujeres (60%) que hombres (40,4%). Un 19,5% del total se encuentra en estudio.

Tabla N°21. Distribución de N° de Personas por Fecha de Último Tratamientos Recibido.

Fecha del último tratamiento	Personas atendidas	
	N	%
1 a 2 años	2221	20,5
3 a 4 años	1133	10,5
5 o más años	1.515	14
No Corresponde	125	1,2
Últimos 12 meses	1.771	16,4
Últimos 6 meses	4.061	37,5
Total	10.826	100

Del total de personas con tratamiento anteriores, el 37,5% de ellos lo realizaron durante los últimos 6 meses, seguidos por quienes lo realizaron los últimos 12 meses y hace 1 ó 2 años, con un 16% y 20% respectivamente.

Figura N°8. Porcentaje de Personas según Origen de Ingreso

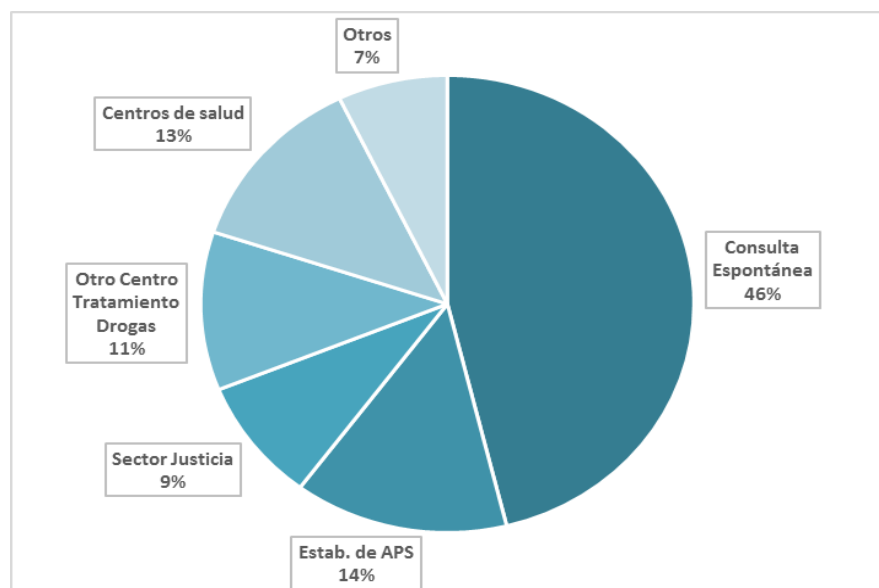


Tabla N°22: Distribución de Personas según Origen de Ingreso por tipo de Plan

Origen de ingreso	M-PAI		M-PR		PG-PAB		PG-PAI		PG-PR		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Consulta Espontánea	577	39,5	153	18,9	3.864	56,5	4.088	46,8	492	24,2	9.174	46,1
Estab. de APS	184	12,6	12	1,5	1.234	18,0	1.303	14,9	61	3	2.794	14,1
Establecimiento Educativo	3	0,2	1	0,1	7	0,1	6	0,1	0	0	17	0,1
Juzgado con Competencia en Crimen	0	0,0	0	0	1	0	7	0,1	1	0,1	9	0,1
Juzgado de Familia	203	13,9	20	2,5	392	5,7	410	4,7	7	0,3	1.032	5,2
Juzgado de Garantía	15	1	4	0,5	167	2,4	122	1,4	10	0,5	318	1,6
Juzgado de Policía	1	0,1	0	0	8	0,1	8	0,1	1	0,1	18	0,1
Libertad Vigilada	5	0,3	2	0,3	34	0,5	88	1,0	8	0,4	137	0,7
Otro Centro Tratamiento Drogas	91	6,2	405	49,9	178	2,6	461	5,3	1.095	53,8	2.230	11,2
Otros	60	4,1	24	3,0	163	2,4	299	3,4	22	1,1	568	2,9
Otros (fiscalía)	19	1,3	3	0,4	54	0,8	114	1,3	27	1,3	217	1,1
Otros de la Red de Salud General Privada	12	0,8	3	0,4	21	0,3	54	0,6	3	0,2	93	0,5
Otros de la Red de Salud General Pública	259	17,7	171	21,1	474	6,9	1.258	14,4	268	13,2	2.430	12,2

Previene	14	1	9	1,1	183	2,7	421	4,8	17	0,8	644	3,2
Servicios Sociales u otros	15	1	4	0,5	46	0,7	73	0,8	23	1,1	161	0,8
Trabajo (empresa o empleador)	2	0,1	0	0	14	0,2	27	0,3	0	0	43	0,2
Total	1.460	100	811	100	6.840	100	8.739	100	2.035	100	19.885	100

Se observa en la tabla, que la principal vía de ingreso a los centros con planes residenciales, tanto de Población General como de Específico de Mujeres, es la derivación de otro centro de tratamiento de drogas, con el 50% y un 53,8% respectivamente, la consulta espontánea presenta un 24,2% y 19% respectivamente, disminuyendo en relación al año anterior. En los centros con planes ambulatorios básicos la demanda espontánea representa el 56,5% del origen de ingreso, en segunda instancia las personas ingresan derivadas desde centros de APS (18%). Respecto de los centros con planes ambulatorios intensivos, la fuente de ingreso se distribuye entre la consulta espontánea (46,8%) y las derivaciones desde APS y otros establecimientos de salud pública del sector Salud, representando el 15% y 14%, respectivamente.

En los planes ambulatorios específicos de mujeres, la consulta espontánea representa el principal origen del ingreso con un 39,5%, seguido por otros centros de Salud General y los Juzgado de Familia con un 17,7% y un 14%.

4. Integración Social

Tabla N°23: Distribución de Diagnóstico global de necesidades de integración social al ingreso, según sexo.

Necesidades globales de integración social*	Hombres		Mujeres		Total	
	N	%	N	%	N	%
Altas	3103	23	1575	32,2	4678	25,4
Medias	5319	39,4	1752	35,8	7071	38,4
Bajas	1570	11,6	426	8,7	1996	10,9
N/observado	3511	26	1138	23,3	4649	25,3
Total	13503	100	4891	100	18394	100

*153 personas (0.8%) no tienen diagnóstico global de necesidades de integración social al ingreso

Los datos del 2017 sobre la utilización del instrumento diagnóstico de necesidades de integración social, demuestra que, con relación al año pasado, hubo una disminución importante de los datos en blanco (no utilización del instrumento) pasando de 7,26% en el año 2016 a 0,8% en 2017.

El desafío que se presenta, es con relación a la información “No observada”, que para este año aumenta su magnitud desde 18% a 25% en el periodo 2016-2017. Esta categoría podría ocultar el reconocimiento de recursos y competencias -y la carencia de otras- que son importantes de considerar en la construcción de los planes de intervención, mermando las condiciones para la generación de PTI personalizados y particulares.

Es fundamental conocer los recursos, competencias y necesidades de las personas en los programas de tratamiento, en el contexto del diagnóstico integral, atendiendo el fenómeno del consumo problemático de sustancias como un problema psicosocial complejo.

Tabla N°24: Distribución de Diagnóstico global de necesidades de integración social al egreso, según sexo.

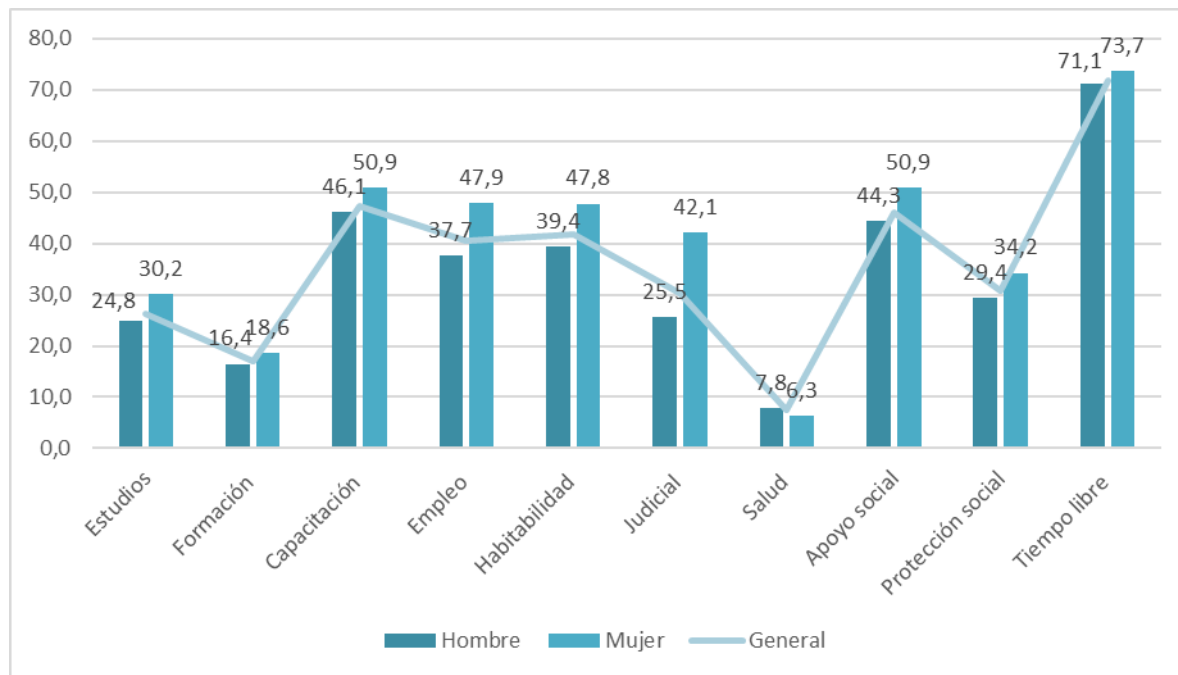
Necesidades globales de integración social*	Hombres		Mujeres		Total	
	N	%	N	%	N	%
Altas	1364	19,9	598	27,4	1962	21,7
Medias	2619	38,3	844	38,7	3463	38,4
Bajas	1704	24,9	400	18,3	2104	23,3
N/observado	1158	16,9	338	15,5	1496	16,6
Total	6845	100	2180	100	9025	100

Cuando es difícil establecer linealidades en los diagnósticos por categorías al ingreso-egreso a tratamiento, las variaciones se observan entre quienes ingresan con altas y bajas necesidades y egresan en las categorías de altas y bajas necesidades globales de integración.

En términos de proceso, al final del tratamiento aumenta el porcentaje de personas egresadas con bajas necesidades de integración social, disminuye levemente la magnitud de personas con altas necesidades y el porcentaje de personas con datos no observados.

El cambio más considerable se observa en la categoría bajas necesidades al egreso, que (en hipótesis) puede estar afectada por la visualización de las necesidades globales que al ingreso estaban como no observadas, junto con algunas personas que ingresaron con altas necesidades.

Figura N°9: Porcentaje de necesidades de integración social por sexo



**El cálculo de las necesidades es en sí misma, el total está expresado en cada una de las 10 necesidades

En el contexto general, sobre las 10 necesidades de integración social, se mantiene la tendencia que ocio y tiempo libre, es el ámbito que se visualiza en mayor medida, seguido de las necesidades de capacitaciones y apoyo social, con 72%, 47% y 46% respectivamente. Estudios, empleo, habitabilidad, ámbito judicial y protección social son dimensiones que son observadas con magnitudes generales entre 42% y 26%, mientras que el ámbito de formación, salud son consideradas como los aspectos menos necesitados de integración social.

No obstante, el análisis global dificulta observar las diferencias por sexo, que son fundamentales para complementar de manera práctica, ya sea, las intervenciones como las asesorías en PTI. Las mayores diferencias por sexo se expresan en los ámbitos de empleo, habitabilidad, estudios, ámbito judicial y apoyo social, dimensiones en el que las mujeres superan en necesidad a los hombres ampliamente. Estas dimensiones se relacionan estrechamente con la capacidad de generar autonomía en los individuos, aspectos fundamentales y qué, en general, se ven descendidos tanto en hombres como mujeres con consumo problemático de sustancias. Durante el 2017, se observa que son las mujeres quienes expresan trabajar en el reforzamiento de aquellas dimensiones que son importantes para construir y sostener la autonomía tanto física, económica y de participación social, en porcentaje mayor al de los hombres.

5. Compromiso Biopsicosocial

El grado de Compromiso Biopsicosocial² (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 (58%), le sigue el CBPS Severo con el 32% y Leve con el 9,8%.

Cuando este dato se desagrega por sexo, el CBPS severo es más frecuente en el caso de las mujeres que en hombres: 40% y 29%, respectivamente.

Figura N°10: Porcentaje de Personas según Compromiso Biopsicosocial

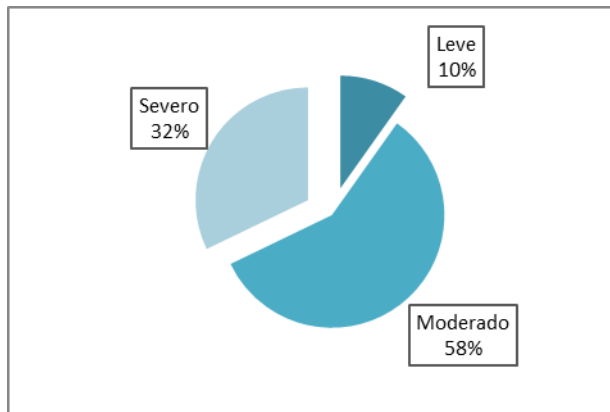
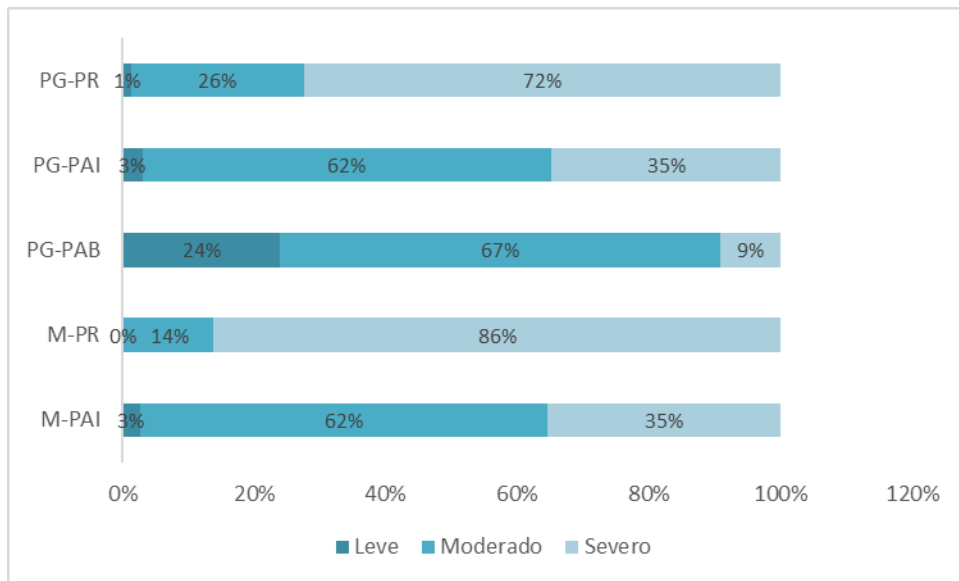


Tabla N°25: Distribución de N° de Personas según Compromiso Biopsicosocial por Sexo.

Compromiso Biopsicosocial	Hombre		Mujer	
	N	%	N	%
Leve	1.568	11,1	339	6,5
Moderado	8.454	59,8	2.792	53,3
Severo	4.120	29,1	2.110	40,3
Total	14.142	100	5.241	100

²SENDA-MINSAL, Norma y Orientaciones Técnicas de los Planes de Tratamiento y Rehabilitación para Personas Adultas con Problemas Derivados del Consumo de Drogas. Convenio de Colaboración Técnica y Financiera SENDA-MINSAL. 2017.

Figura N°11: Porcentaje de Personas según Compromiso Biopsicosocial y tipo de Plan.



6. Motivo de Egreso

El número de personas que egresaron de los programas de tratamiento durante el período de enero a diciembre de 2017, es de un total de 11.825, que representa el 59,5% del total de personas atendidas.

Figura N°12: Porcentaje de Personas por Motivo de Egreso.

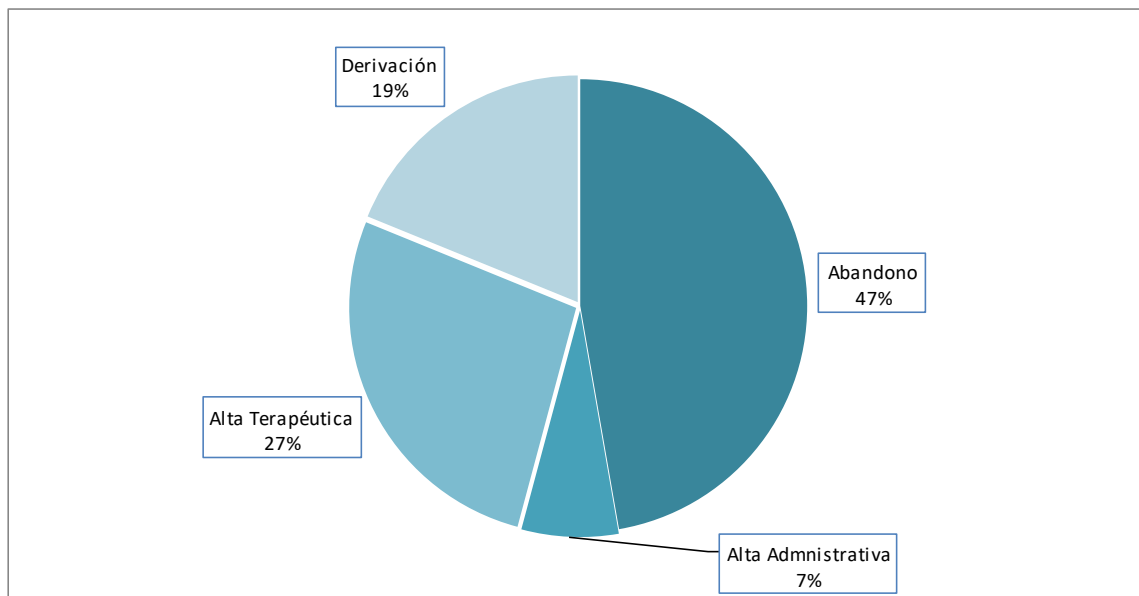


Tabla N°26: Porcentaje de Personas por Motivo de Egreso según Sexo.

Motivo de Egreso	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
Abandono	4.242	48,5	1.347	43,9	5.589	47,3
Alta Administrativa	645	7,4	171	5,6	816	6,9
Alta Terapéutica	2.351	26,9	842	27,4	3.193	27
Derivación	1.518	17,3	709	23,1	2.227	18,8
Total	8.756	100	3.069	100	11.825	100

Se observa que el abandono o término anticipado del programa es el principal motivo de egreso de las personas tratadas en los centros de tratamiento, con un 47% mientras que el alta terapéutica representa un 27% del total, elevándose en un 2% en relación al año 2016. Los hombres registran un porcentaje mayor de abandono que las mujeres con un 48,5% y 44% respectivamente, y en relación al egreso por alta terapéutica, mujeres y hombres registran 27%.

Tabla N°27: Porcentaje de N° Personas por Motivo de Egreso según Rango Edad.

Motivo de Egreso	<20		20-29		30-39		40-49		50-59		>60		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Abandono	79	60,8	1.631	52,5	2.007	49,1	1.188	45,1	529	38,9	151	30,6	5.585	47,3
Alta Administrativa	10	7,7	253	8,1	300	7,4	152	5,8	70	5,2	29	5,9	814	6,9
Alta Terapéutica	13	10	600	19,3	998	24,4	794	30,1	544	40	238	48,2	3.187	27
Derivación	28	21,5	625	20,1	779	19,1	502	19	216	15,9	76	15,4	2.226	18,9
Total	130	100	3.109	100	4.084	100	2.636	100	1.359	100	494	100	11.812	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 48% en personas de 60 años o más. Mientras que el grupo que presenta el mayor porcentaje de abandonos, con un 60,8%, son los menores de 20 años. Es importante mencionar que a partir del año 2017, es posible ingresar a tratamiento a personas menores de 20 años y mayores de 18 años.

Tabla N°28: Porcentaje de N° Personas por Motivo de Egreso según Programa.

Motivo de egreso	Programa Específico Mujeres		Programa Población General		Total	
	N	%	N	%	N	%
Abandono	591	43,4	4.998	47,8	5.589	47,3
Alta Administrativa	97	7,1	719	6,9	816	6,9
Alta Terapéutica	346	25,4	2.847	27,2	3.193	27
Derivación	327	24	1.900	18,2	2.227	18,8

Total	1.361	100	10.464	100	11.825	100
-------	-------	-----	--------	-----	--------	-----

En relación a los egresos según tipo de programa de tratamiento, las Altas Terapéuticas alcanzan un 27% de los egresos, 7 puntos por sobre las altas terapéuticas registradas en 2016. En egresos por derivación, el Programa Específico de Mujeres alcanza un 24% y el de Población General 18%. El abandono se constituye en el tipo de egreso que presenta mayor presencia en ambos programas con un 47% para PG y 43% para PM.

Tabla N°29: Distribución de Personas por Motivo de Egreso según Tipo de Plan.

Motivo de Egreso	M-PAI		M-PR		PG-PAB		PG-PAI		PG-PR		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Abandono	361	44,2	224	42,3	2.084	53,1	2.477	47,7	443	32,6	5.589	47,3
Alta Administrativa	36	4,4	60	11,3	194	4,9	310	6	216	15,9	816	6,9
Alta Terapéutica	224	27,4	118	22,3	1.112	28,3	1.329	25,6	410	30,1	3.193	27
Derivación	196	24	128	24,2	537	13,7	1.074	20,7	292	21,5	2.227	18,8
Total	817	100	530	100	3.927	100	5.190	100	1.361	100	11.825	100

Respecto al total de personas que egresaron de Planes de Tratamiento para Población General, se observa que el plan Residencial es el que registra porcentualmente la mayor cantidad de Altas Terapéuticas (30,1%), mientras que los Ambulatorios Básicos e Intensivos alcanzan el 28,3% y un 25,6% respectivamente. En relación a los Abandonos, la mayor frecuencia se registra en el Plan Ambulatorio Básico con el 5% mientras que el porcentaje de egresos por alta administrativa va de un 4,9% en el Básico a un 15,9% en el Residencial.

De los egresos en el Programa Específico Mujeres, el Plan Ambulatorio registra los mayores porcentajes de egresos por abandono, los que alcanzan un 44,2% (5% menos que 2016), mientras el residencial un 42,3%. El egreso por alta Terapéutica se presenta un 27,4% para el Ambulatorio y un 22,3% para el programa residencial

En comparación al año 2016, en todas las modalidades de tratamiento se registró un incremento de Altas Terapéuticas de alrededor de un 5%.

7. 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°13: Distribución de Personas por Logro Terapéutico al Egreso.

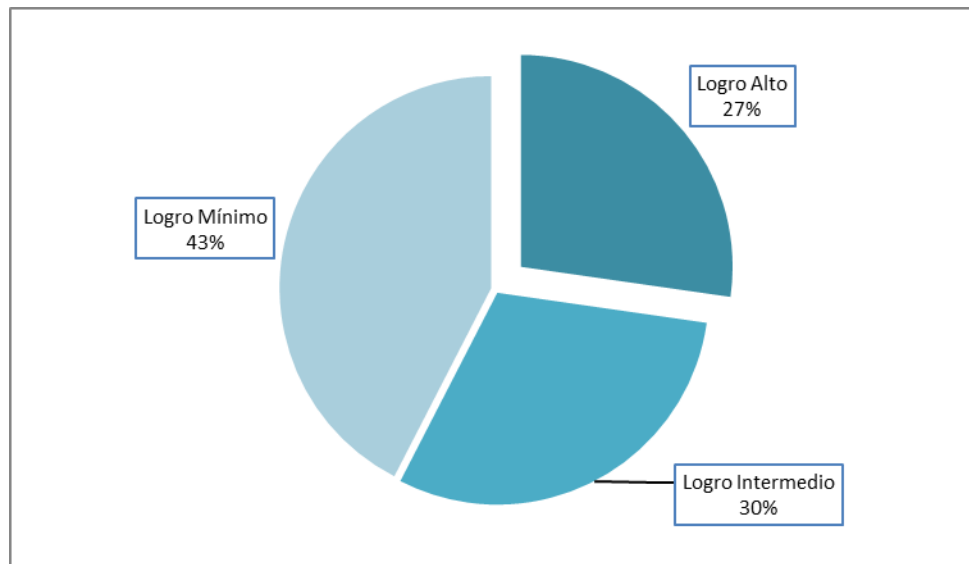


Tabla N°30: Distribución de Personas por Logro Terapéutico al Egreso según Sexo

Logro Terapéutico	Hombre		Mujer	
	N	%	N	%
Logro Alto	1.927	26,6	670	28,4
Logro Intermedio	2.230	30,8	658	27,9
Logro Mínimo	3.080	42,6	1.032	43,7
Total	7.237	100	2.360	100

Se observa que del total de personas que egresaron de tratamiento el año 2017, el 57,2% alcanzó resultados terapéuticos de intermedio a alto, no encontrándose diferencia significativa entre ambos sexos en logro intermedio y alto.

En la siguiente figura se muestra el nivel de logro terapéutico medido al egresar por Abandono, donde se observa que el 34% del total de personas que abandonaron, a pesar de no terminar su tratamiento, logró resultados terapéuticos de intermedio a alto.

Figura N°14: Distribución de Personas por Logro Terapéutico al Egreso por Abandono.

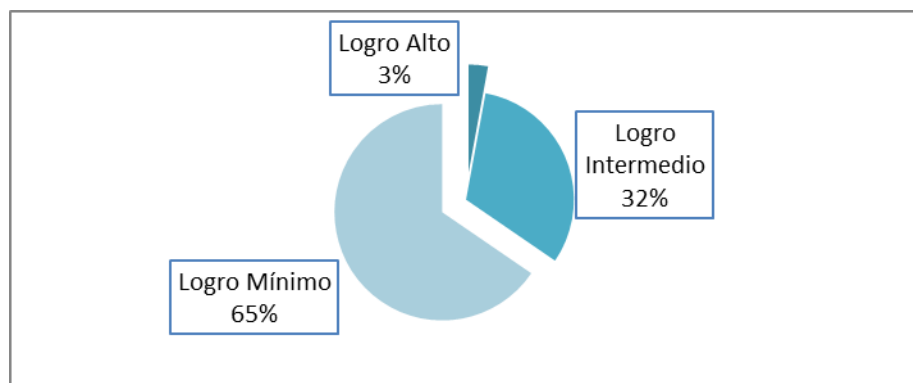
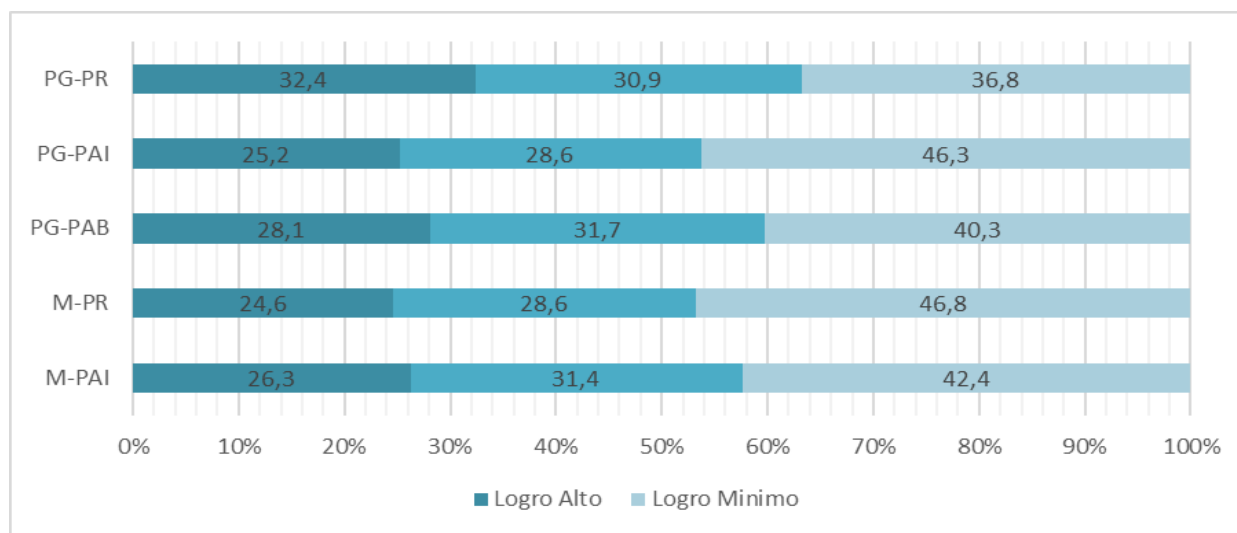


Figura N°15: Distribución Porcentual de Personas por Logro Terapéutico al Egreso por Tipo de Plan.



En la figura 14, se presenta el nivel de logro terapéutico por tipo de plan de tratamiento, donde el plan residencial de Población General es el que obtiene los mejores resultados con 32,4% de logros altos, seguidos por planes básicos con 28,1% e intensivos específicos de mujeres con un 26,3%.

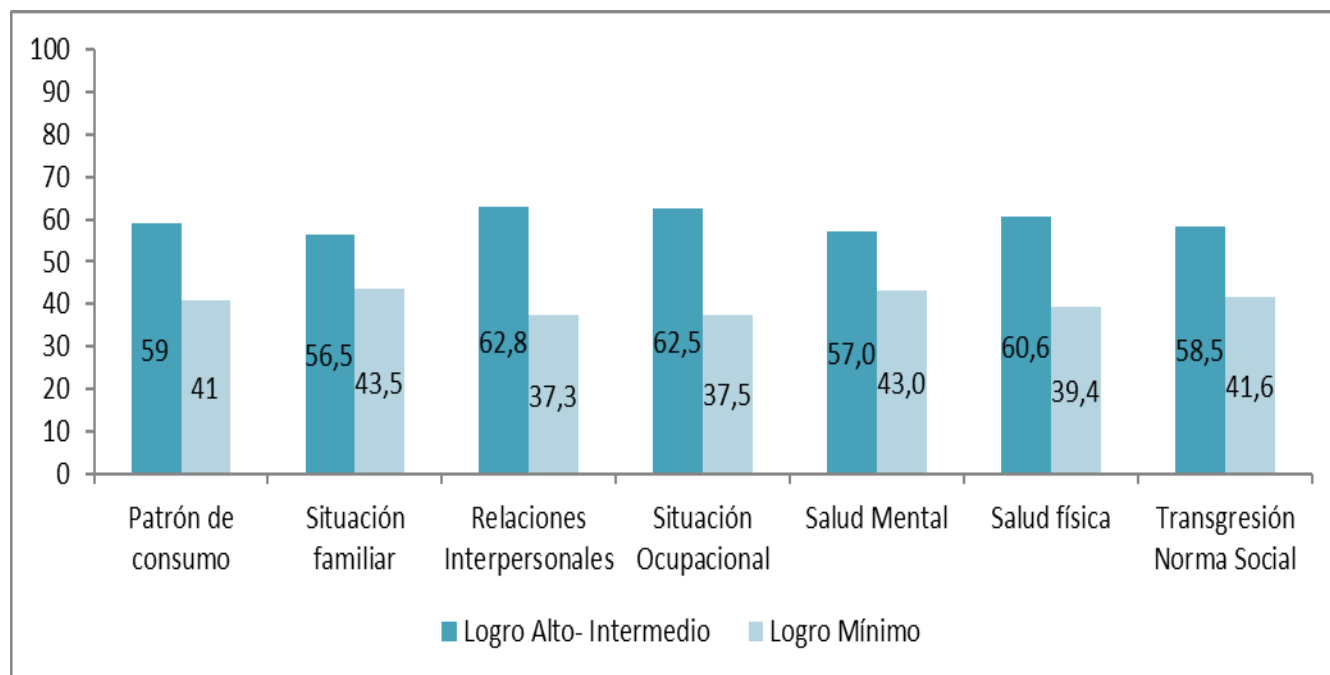
Para la evaluación del logro terapéutico se consideran los cambios que experimenta la persona desde que ingresa a tratamiento, hasta el momento del egreso del programa en las siguientes siete áreas o dimensiones:

- 1 **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.
- 2 **Situación familiar:** calidad de las relaciones al interior del grupo de referencia y la actitud de familia o cercanos en relación al consumo.
- 3 **Relaciones interpersonales:** calidad de relaciones entre sus pares en el contexto o asociado al problema de consumo.
- 4 **Situación ocupacional:** De la experiencia laboral, de estudios y del tiempo libre (u ocio).

- 5 **Trasgresión a la norma social:** actitudes y conductas personales que violan principios, normas y expectativas sociales, que incluye la comisión de faltas o delitos.
- 6 **Estado de salud mental:** existencia de algún problema de salud mental diagnosticado por DSM - 4 o CIE – 10.
- 7 **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 N°16: Distribución Porcentual de Personas por Logro Terapéutico al Egreso por Dimensión.



Las siete dimensiones evaluadas, superan el 50% de logros en los cambios favorables obtenidos, siendo las dimensiones salud física y relaciones Interpersonales las que registran valores más altos, con un 60,6% y 62,8% cada una. Mientras que la dimensión con menor logro terapéutico es situación familiar con un 56,5%.

En relación al tiempo de permanencia en tratamiento, el 71,9% de las personas que se atendió el año 2017, estuvo a lo menos 90 días en tratamiento. Al desagregar por tipo de plan de tratamiento, se observa que los planes Ambulatorios Básicos e Intensivos se distribuyen entre el 78% y el 72%; a su vez en los planes residenciales de población específica mujeres y de población general, corresponden al 47% y el 61% respectivamente. La permanencia se obtiene del tiempo transcurrido entre la fecha de ingreso a tratamiento y la fecha de egreso.

Tabla N°30: Distribución de Personas según Tiempo de Permanencia al Egreso.

Tiempo de permanencia	N	%
Menos de 90 días	3.324	28,1
90 o más días	8.501	71,9
Total	11.825	100

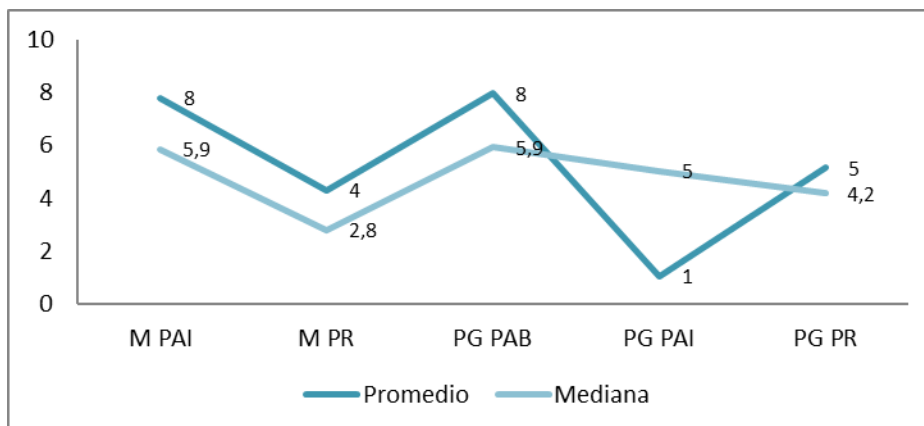
Tabla N°31: Distribución de Personas según Tiempo de Permanencia al Egreso por Tipo de Plan.

Tiempo de permanencia	M-PAI		M-PR		PG-PAB		PG-PAI		PG-PR	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Menos de 90 días	151	24	215	52,8	728	21,5	1.138	27,7	411	38,7
90 o más días	476	75,9	192	47,2	2.662	78,5	2.972	72,3	651	61,3
Total	627	100	407	100	3.390	100	4.110	100	1.062	100

Tabla N°32: Mediana y Promedio de Meses de Permanencia de Tratamiento por Tipo de Plan.

Tipo de Plan	N	Promedio	Mediana
M PAI	817	7,8	5,9
M PR	530	4,3	2,8
PG PAB	3.927	8	5,9
PG PAI	5.190	6,8	5
PG PR	1.361	5,1	4,2

Figura N°16: Mediana y Promedio de Meses de Permanencia de Tratamiento por Tipo de Plan.



En la tabla 32, los tiempos se distribuyen por el tipo de plan de tratamiento, y es el plan ambulatorio específico de mujeres y PAB población general que registra el mayor promedio con 8 meses, mientras que el residencial de mujeres, presenta el promedio de permanencia mensual más bajo con 4,3 meses.

Tabla N°33: Mediana y Promedio de Meses de Permanencia de Tratamiento según Evaluación de Proceso de Tratamiento al Egreso.

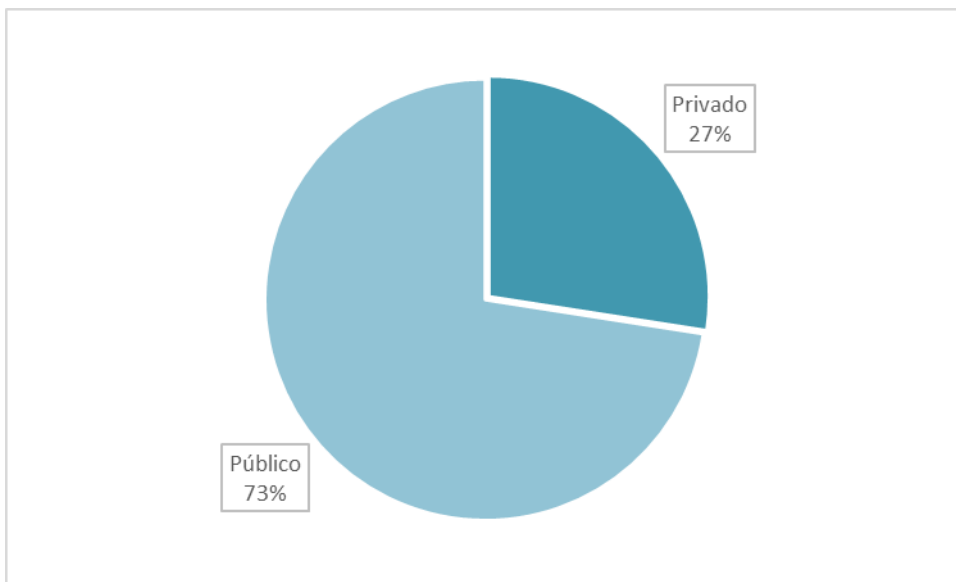
Tipo de Plan	N	Promedio	Mediana
Logro Alto	2.597	11,8	10,5
Logro Intermedio	2.888	7,5	5,8
Logro Mínimo	4.112	4,5	3,2

En la tabla superior, se muestra el tiempo de permanencia de las personas al egresar según la evaluación global del proceso de tratamiento. Se observa que los promedios de permanencia mayores fueron en aquellas personas evaluadas con Logro Alto, 10 meses en promedio.

8. Centros de Tratamiento

- Durante el año 2017 se establecieron Convenios con 335 centros de tratamiento, 243 públicos y 92 privados.
- El 15% de los centros desarrolló programas en modalidad residencial.
- El 81 % de los centros realizaron Programas de Población General (PG), el 8% Programas para Población Específica Mujeres (EM) y 36 (14%) centros ejecutaron ambos tipos de programas.
- En relación al número de centros y planes de tratamiento que implementan tenemos que, el 54% de ellos ejecutó Ambulatorios Básicos (PAB), el 61% Ambulatorios Intensivos (PAI), el 14% Residenciales, el 14% Ambulatorios Intensivos específicos mujeres y el 8% Residenciales específicos mujeres.
- La región metropolitana concentró el 42% del total de los centros de tratamiento convenidos del país, las regiones que siguen en número de establecimientos son Maule con un 9%, Bio Bío con un 8% y Valparaíso con un 6% respectivamente.

Figura N°17: Distribución por Tipo de Administración.



III.- Principales Resultados, Análisis y Conclusiones.

a.- Caracterización de las personas usuarias

El número total de personas atendidas durante 2017 fue de 19.885, de las cuales el 73% corresponde a hombres y el 27% a mujeres. La mayor concentración (33%) corresponde al rango de edad de 30 a 39 años.

Respecto de la distribución de personas según etnia, aquellas pertenecientes a la etnia mapuche ha experimentado un incremento paulatino desde el año 2011, con un 2% (198 personas) y un 4,2% el 2015 (710 personas). Durante el año 2017 se atendieron 807 personas que representa un 4,5%.

En relación al nivel de escolaridad alcanzado por la población atendida el año 2017, el 59,7% no había finalizado la Enseñanza Media al ingresar a tratamiento (60% mujeres y 59% hombres). De este grupo el 13% no había completado la Enseñanza Básica al ingreso a tratamiento.

Respecto a la condición ocupacional, al igual que el año anterior, la variable de género muestra importantes diferencias entre hombres y mujeres. El 47% de las personas se encontraba trabajando al momento de ingresar a tratamiento, el 52% de los hombres y el 31% de las mujeres. El 34% de las personas (35% hombres y 32% mujeres) se encontraba cesante al momento del ingreso. El 5,5% se encontraba realizando labores del hogar de las cuales el 19,5% corresponde a mujeres.

Las personas usuarias del convenio viven en su mayoría (36,7%) con padres o su familia de origen, en el caso de los hombres este porcentaje representa el 42% y de las mujeres el 22%. En segundo término, las personas viven solamente con sus parejas e hijos/hijas en porcentajes similares (21%) en hombres y (19%) mujeres.

El tipo de vivienda que declaran ocupar las personas en un 80% de los casos, es una casa y departamento en un 9%.

El 40% se encuentran en condición de allegados y allegadas, un 30,7% poseen vivienda, y el 16,5% arrienda.

El estado civil más representado en las personas que ingresaron a tratamiento durante 2017 corresponde a solteros y solteras en un 55% (55% hombres y 54% mujeres); casados/as en un 19,5% de los casos (20% hombres y 17% mujeres); y un 12,5% se encontraba conviviendo con porcentajes similares tanto en mujeres como hombres.

Respecto a la sustancia principal que motiva el ingreso a tratamiento, en ambos programas (Población General y Programa Específico de Mujeres), Pasta base y Alcohol presentan porcentajes similares con un 37,5% y 37,1% respectivamente y en tercer lugar Clorhidrato de Cocaína en un 19,8%, continúa la Marihuana en cuarto lugar en un 4,2% de los casos.

En la distribución territorial de la sustancia principal, el alcohol aparece con más del 50% de los casos en 5 regiones del sur del país; por otro lado, pasta base, aparece en las regiones del centro y norte del país, con más del 50% en 7 de las regiones. Impresiona las regiones de Aysén y Magallanes donde más del 90%% de la población atendida, fue por consumo problemático de Alcohol.

El grupo etario de 20 a 29 años concentra el mayor número de personas con consumo de pasta base al ingreso a tratamiento, con un 47,2%, por su parte el 46% de las personas correspondientes al grupo etario, de 30 a 39 años también presentan dicha sustancia como principal. En el grupo de

menores de 20, la Pasta base también aparece como la sustancias más consumida al ingreso de tratamiento, con un 38,7%.

Por su parte el alcohol pasa a ser la principal sustancia de consumo al ingreso de los grupos etarios de mayor edad, con un 70% y un 88% en los grupos de 50 a 59 y > de 60 años respectivamente, cifras similares a las del año anterior en ambos grupos etarios. Los grupos etarios de 20 a 29 y de 30 a 39 años presentaron un 23 y 24% respectivamente (aumento de 5% respecto al año anterior) y el de menores de 20 años presenta un 23%, de consumo de cocaína como sustancia de ingreso.

Cerca de la mitad de los usuarios al ingresar a tratamiento presentaban un consumo diario de sustancias (45%), mientras que casi un tercio consumía de dos a tres días por semana (26%); aspecto que refleja la gravedad del consumo de las personas usuarias que acceden a tratamiento.

Más de la mitad de las personas que se atendieron en los centros en convenio el año 2017, habían recibido algún tratamiento anterior, y un 21% de ellos dos o más tratamientos. Del total de personas con tratamiento anteriores, el 37% los realizaron durante los últimos 6 meses. De este último grupo, es probable que se trate de personas que fueron derivadas de un centro de tratamiento a otro, en este sentido es importante aclarar que el SISTRAT, hasta ahora, no da cuenta de itinerarios terapéuticos de un sujeto de manera automática.

El 44% de las personas que ingresan a tratamiento presentan co-morbilidad psiquiátrica, con una diferencia significativa entre hombres y mujeres. Es así que el 40% de los hombres presentan trastornos psiquiátricos asociados y el 56% de las mujeres están en esta categoría. Lo que da cuenta de la mayor vulnerabilidad de la población femenina. Sin trastorno psiquiátrico se encuentra el 36% del total de personas, siendo un 40% hombres y un 26% mujeres.

Respecto del diagnóstico del Compromiso Biopsicosocial (CBPS) en un 58% corresponde a moderado, 32% a severo y 10% a leve. Lo que muestra la complejidad de las personas que se tratan en los Centros de Tratamiento.

La consulta espontánea, sigue siendo la principal vía de ingreso para los dos tipos de programas, en el 46% de los casos. En segundo lugar, se encuentra la derivación desde establecimientos de Atención Primaria de Salud (APS) con el 14%. Sin embargo, si consideramos como fuente de ingreso, cualquier derivación del Sector Salud, está representa el 38% del total de los ingresos. Respecto a las referencias desde el sector justicia, éstas alcanzan el 8,7% durante el año 2017, sin embargo, en los planes Ambulatorios específicos de mujeres, la derivación de Juzgados de Familia alcanza un 14%.

b.- Cobertura

En cuanto a la cobertura de atención, la mayoría de las Regiones y sus Servicios de Salud informan una adecuada ejecución de los planes, estando ésta alrededor del 100%. En los casos en que el cumplimiento no ha sido óptimo, se ha asociado a desfases administrativos y dificultades en el registro de las atenciones, dificultad en captar usuarios, principalmente en centros que iniciaron convenio durante el año y/o escasa derivación desde otros centros.

De esta manera, los desafíos para el año 2018, están centrados en mejorar los registros de información y capacitar en su mejor uso; detectar la demanda no satisfecha y mejorar la pesquisa de posibles casos, así como también fortalecer las estrategias de difusión de la oferta; mejorar el acceso por dispersión geográfica; definición de flujos de derivación; continuar el trabajo realizado respecto de la definición de los perfiles de usuario correspondientes al nivel de complejidad de cada programa; y finalmente intencionar las asesorías coordinadas con SENDA MINSAL en los equipos.

c.- Aspectos Terapéuticos:

En relación a los motivos de egreso, el alta terapéutica representa, tanto para hombres como mujeres, el 27% del total de los egresos; el alta administrativa a un 7%, el egreso por derivación es de un 18,8% (17% hombres y 23% mujeres) y el abandono del programa un 47,3%, (hombres 48% y mujeres 43%).

Para el 2018 se debe continuar desarrollando estrategias que permitan disminuir los abandonos a tratamiento y reducir los egresos por razones administrativas. En este sentido los equipos tratantes deben estar atentos a los indicadores de posibles recaídas y ofrecer alternativas oportunas para retomar el tratamiento y evitar el abandono. Este año, la disminución de los egresos por abandono y alta administrativa significó el aumento de 2% de las altas terapéuticas.

En relación a los egresos según tipo de programa de tratamiento; tanto PM como PG registran valores similares, con un 25% y 27% para alta terapéutica, y un 24% y 18% de egresos por derivación.

Respecto de los logros obtenidos por las personas al momento del egreso de tratamiento, por cualquier motivo, el 57% corresponde al nivel intermedio y alto, no existiendo diferencias significativas por sexo.

Cuando se desagregan los logros por abandono o interrupción del tratamiento, casi un tercio de los casos muestran logros intermedios a altos correspondiendo a un 34,5%. Este dato podría estar mostrando que este grupo de personas tratadas abandonan el tratamiento cuando se sienten recuperados.

Al desagregar las dimensiones que se evalúan para establecer el nivel de logro terapéutico, siendo las dimensiones salud física y Relaciones Interpersonales las que registran valores más altos, con un 60% y 63%. Mientras que la dimensiones con menor logro terapéutico es situación familiar con un 56%.

En relación al tiempo de permanencia en tratamiento, el 72% de las personas que se atendió el año 2017, estuvo a lo menos 3 meses en tratamiento.

El promedio de permanencia del total de personas que egresaron de los programas de tratamiento el año 2017 fue de 7,2 meses, sin variación a lo informado el año 2016. Al desagregarlo por motivo de egreso, el alta terapéutica registra la mayor cantidad de tiempo promedio (11,3 meses), mientras que el abandono promedio 4,9 meses. Por otro lado, las personas que fueron evaluadas con logro alto de su proceso de tratamiento, permanecen 11,8 meses en promedio.

IV.- Contexto y Análisis Cualitativo del Programa.

Corresponde en este punto dar cuenta de los procesos relevantes en el desarrollo de este programa convenido entre SENDA y MINSAL, y el desarrollo y la atención de los programas y centros de tratamiento, públicos y privados que ejecutan planes, ya sea a través de proyectos (transferencias a entidades públicas o privadas) o compra de meses de planes de tratamiento (contratación directa con Servicios de Salud o entidades públicas y licitación en el caso de los prestadores privados) en convenio a lo largo del país, durante el año 2017.

Como contexto es necesario considerar que estos programas de tratamiento forman parte de una red de salud que se organiza territorialmente y que está integrada por dispositivos de complejidad diferenciada que prestan servicios clínicos pertinentes para el tratamiento de personas afectadas por el consumo de drogas y alcohol. Por lo anterior, se debe trabajar para que las personas usuarias transiten de acuerdo a sus necesidades, garantizando la continuidad de sus cuidados desde una perspectiva integral. En este sentido, cobra especial relevancia el trabajo intersectorial como eje central en la gestión de la red de tratamiento de acuerdo al diagnóstico de cada territorio y según las diferentes complejidades y poblaciones específicas que atienden tanto los programas de población general como el específico de mujeres.

De esta forma, se hace fundamental, reconocer en lo operativo a las Mesas Técnicas Regionales donde participan representantes de SENDA, Servicios de Salud y SEREMIS de Salud, quienes se reúnen periódicamente para analizar la problemática del consumo de drogas al interior de la región, visualizando las necesidades y especificidades de la demanda de su población (considerando poblaciones específicas como mujeres, personas en conflicto con la justicia u otras características como tipo de sustancia consumida, patrón de consumo, co-morbilidad, identidad étnica, entre otras), así como también de gestionar la oferta para responder a estas necesidades propendiendo a disminuir barreras de acceso y avanzar en el cierre de circuitos de atención. De igual forma, deben observar el desarrollo de los programas de tratamiento al interior de cada región, para intentar dar solución oportuna a las dificultades que se puedan generar y propender a brindar tratamientos de calidad.

En la mayoría de las mesas regionales, se considera como aspecto positivo la estabilidad y regularidad de la instancia, lo que ha permitido darle continuidad y seguimiento a la planificación e implementación de los objetivos propuestos, teniendo como énfasis, la participación activa de todos los integrantes.

Se releva también como importante, la adecuada coordinación de la mesa, la resolutivez de los temas tratados, la priorización de las temáticas según necesidades locales, y el seguimiento a los acuerdos establecidos; valorando positivamente el compromiso de los actores que participan en la reunión y la alta convocatoria a la instancia.

Respecto a los nudos críticos del funcionamiento de las mesas regionales, se menciona la gran cantidad de trabajo y múltiples roles de los convocados, lo que en ocasiones dificulta las asistencias, los cumplimientos de planes propuestos y los procesos de toma de decisiones. Se menciona también como obstaculizador, la dispersión geográfica de algunos territorios, lo que limita el acceso a la instancia.

La instancia de Mesa Regional tiene su correlato a nivel nacional, donde representantes de MINSAL (ambas Subsecretarías) y de SENDA (área de tratamiento) se reúnen semanalmente para realizar el seguimiento del funcionamiento del programa. Este espacio es evaluado positivamente, ya que permite una constante mirada no sólo a los programas en convenio sino que a los procesos que se

deben llevar a cabo a lo largo del año, desde aquellos técnicos (asignación asesoría, reasignación, evaluación, etc.) como aquellos más administrativo-financieros (firmas de convenios, modificaciones de convenios, facturaciones, registros, etc.).

Durante el año 2017, se intencionó la realización de video conferencias bilaterales entre la mesa nacional del convenio con las mesas regionales. A finales del 2017, se realizaron 5 de estos encuentros, siendo valorados positivamente por todos los participantes.

En relación a los centros o programas de tratamiento, se ha ido avanzando en la consolidación de una ejecución de planes mucho más homogénea durante el año, teniendo ejecución del 99,7 %. Esto último ha permitido fortalecer la calidad de la atención, incorporando documentos específicos y focalizando capacitaciones en esta línea. Es en este marco que se destaca la instalación del Sistema de Monitoreo de Resultados, mecanismo de recolección y análisis de la información proveniente del Sistema de Información y Gestión de Tratamiento (SISTRAT), que los equipos profesionales deben instalar, conocer y utilizar de manera periódica, con la finalidad de obtener indicadores de resultados que apoyen la toma de decisiones orientadas a la mejora continua y a la instalación de una cultura de calidad, es así como durante el 2017 esta herramienta ya se instala en todos los programas de tratamiento.

Así también ante la necesidad de disponer de una metodología que permita a los equipos de tratamiento realizar un seguimiento de los avances terapéuticos de sus usuarios, SENDA insistió durante este año en seguir fortaleciendo la instalación del instrumento desarrollado por la National Treatment Agency for Substance Misuse (NTA) de Reino Unido, denominado TOP, por sus siglas en inglés (Treatment Outcomes Profile), validado en Chile y cuya traducción al español es Perfil de Resultados de Tratamiento. El TOP es una herramienta que permite a los equipos de tratamiento realizar un seguimiento de los avances terapéuticos de las personas en tratamiento, utilizando medidas objetivas y comparando el comportamiento pre - intra y post tratamiento. Es en esta misma línea y en lo más específico de la gestión técnica, donde se requiere seguir fortaleciendo el seguimiento en el uso de instrumentos y procedimientos como el consentimiento informado, y la metodología Smart para la elaboración de planes personalizados de tratamiento y rehabilitación.

Para todo lo anterior se reconoce como fundamental y necesario el acompañamiento que se realiza a través de las visitas de asesoría, en conjunto por la dupla asesora SENDA-SERVICIOS DE SALUD de acuerdo a su plan de trabajo planificado anualmente.

Sigue siendo un desafío la instalación de competencias técnicas transversales en todo el país, donde las horas del profesional psiquiatra son las que se consideran más escasas y que inciden en la intervención más específica del consumo problemático de sustancias. Así también seguir avanzando en la instalación de oferta específica como acceso a unidades hospitalarias para usuarios que requieren desintoxicación y/o compensación de cuadros agudos. Y en la disminución de la alta rotación de los equipos de tratamiento, lo que dificulta la mantención y seguimiento de los temas técnicos y de capacitación.

El programa ha ido avanzando en consolidar una red de tratamiento compuesta por centros públicos y privados donde los programas o centros de tratamiento se entienden como partes integrantes de una red general; asimismo, como dispositivos que conforman una misma oferta, independiente de su dependencia (pública o privada). La instalación de este enfoque será un desafío, y nos invita a revisar constantemente el funcionamiento de aspectos, asociados al acceso y, por tanto, tiempos de espera, pertinencia de demandas como también la continuidad de cuidados dentro de una red general de salud.

Lo anterior implica un desafío en la coordinación y articulación de los distintos actores de la red donde las mesas regionales y nacional, de gestión de convenio, se transforman en la instancia fundamental para ese objetivo. Así como las distintas instancias de reunión y/o capacitación nacional o regional que permitan que haya un mejoramiento en los flujos de derivación de los usuarios que transitan en una red integrada de tratamiento.

Si bien se ha avanzado en la oferta de tratamiento aún se visualizan territorios con una alta demanda de atención, lo que se traduce en listas y tiempos prolongados de espera, específicamente para dispositivos de resolutivez de casos más severos. Por esto último, sigue siendo un desafío de gestión técnica y financiera completar circuitos y aumentar cupos de tratamiento para población específica o de alta complejidad. El programa específico residencial de mujeres aun está pendiente en dos regiones del país, específicamente Los Lagos y Magallanes

Se mantiene el desafío en la intervención de integración social que permita realizar acciones específicas en usuarios (as) que han terminado sus procesos como el VAIS (vivienda de apoyo a integración social) u otras iniciativas ya sea laborales como educacionales.

Por último es necesario mencionar que sigue siendo un desafío fortalecer la articulación y la incorporación a más instancias de trabajo a representantes de la Atención Primaria de Salud, donde la gestión de un modelo e intervención y acompañamiento se transforman en un objetivo fundamental para el desarrollo de tratamientos más accesibles y resolutivos y donde el modelo de red pueda responder principalmente a las necesidades y demandas de las personas usuarias con consumos problemáticos de sustancias.