

**Servicio Nacional de Prevención y Rehabilitación de
Drogas y Alcohol - SENDA**

Informe Anual 2018
Informe de Evaluación Técnica

Programa de Tratamiento de Consumo Problemático
de Alcohol y Drogas para Personas Condenadas
a Libertad Vigilada y Libertad Vigilada Intensiva

Santiago, Marzo de 2019

I. Introducción

La Ley 18.216, que regula las penas sustitutivas a la privación de libertad, a partir de la introducción del artículo 17 bis, establece la obligatoriedad del tratamiento por consumo problemático de sustancias para personas condenadas a las penas sustitutivas Libertad Vigilada y Libertad Vigilada Intensiva, incorporando el tratamiento en la misma sentencia como una de las condiciones de la pena. De este modo, este nuevo marco legal establece el tratamiento en contexto obligado para la población infractora adulta y determina la consiguiente exigencia para el Estado de disponer de una oferta de tratamiento específica, especializada y adecuada a este contexto judicial.

Junto a lo anterior, el modelo de intervención que Gendarmería de Chile ha dispuesto para el cumplimiento para las penas de Libertad Vigilada¹ considera la evaluación de la problemática de consumo de drogas como un factor de riesgo de reincidencia en delito y/o un posible obstaculizador para el cumplimiento de la pena. En ese contexto, los Delegados de Gendarmería efectúan derivación a los centros de tratamiento, incorporándolo como parte del Plan de Intervención Individual, sancionado y controlado por el Tribunal.

Senda ha implementado el Programa de Tratamiento Específico para Personas Condenadas a Libertad Vigilada, con el objetivo de brindar acceso a tratamiento a esta población para que puedan dar cumplimiento a la ley 18.216. La oferta específica se ha instalado en las regiones Arica- Parinacota, Coquimbo, Valparaíso, Región Metropolitana, O'Higgins, Biobío y Araucanía.

La población condenada a estas penas sustitutivas, que requiere tratamiento por consumo problemático de alcohol y drogas y reside en territorios donde no existe oferta específica, puede acceder a centros de tratamiento del Convenio Senda MINSAL, es decir a los Programas de Población General y Específico Mujeres incluidos en dicho Convenio.

La información contenida en este informe, corresponde a los reportes del Sistema de Información y Gestión de Tratamiento (SISTRAT), que incluye diferentes datos de las personas atendidas e indicadores del proceso terapéutico.

El primer ítem del informe, referido a Cobertura 2018, contiene los datos del Programa Específico Libertad Vigilada y también información de la cantidad de personas condenadas a estas penas sustitutivas que fueron atendidas en el Convenio Senda MINSAL en las zonas que no cuentan con

¹ Para efectos del presente informe, al señalar las penas de Libertad Vigilada, se hará referencia tanto a la pena de Libertad Vigilada, como a la pena de Libertad Vigilada Intensiva.

oferta específica. De ese modo, es posible revisar la cobertura de atención brindada a esta población en todo el país, independiente del programa al que tengan acceso.

Por otra parte, en los ítems relacionados con la caracterización de la población tratada y otros indicadores del proceso terapéutico, se ha considerado exclusivamente la información de personas atendidas en el Programa de Tratamiento Específico Libertad Vigilada, dado que el objetivo central de este informe es describir los indicadores del año 2018 relativos a este programa en particular. Además, la información de caracterización de la población atendida en el Programa Población General y Específico Mujeres se encuentra contenida en el Informe Técnico 2018 del Convenio SENDA-MINSAL.

II. Resultados

1. Cobertura

Para entender de mejor forma los datos de la cantidad de personas incluidas en este informe, cabe señalar que existen dos métodos para medir el número de personas atendidas en el programa. El primero consiste en mostrar el número de personas diferentes, es decir RUT distintos. El segundo, indica el cálculo del número de Casos que se atendieron. Este último método siempre va a mostrar un número mayor de personas, puesto que existen usuarios que ingresan a más de un plan de tratamiento en el período evaluado, ya sea por derivaciones, egresos y posteriores ingresos a otros centros o programas. Cabe señalar que el consumo problemático de alcohol y drogas constituye una enfermedad crónica tratable, por lo que resulta esperable que los usuarios presenten varios episodios de tratamiento e ingresos a diferentes modalidades de atención en el transcurso de su proceso de recuperación y a lo largo de su vida.

Durante el año 2018, en el país se brindó tratamiento a un total de 568 personas (ruts distintos), condenadas a las penas de Libertad Vigilada y se contabilizó un total de 607 casos en tratamiento.

Tabla n° 1. Personas tratadas año 2018

Año	Personas (RUT distintos)	Personas casos
2018	568	607

Como se observa en la Tabla n° 2, del total de 607 personas tratadas durante el año 2018, 460 casos recibieron atención en el Programa Específico Libertad Vigilada, mientras que otros 147 casos accedieron a tratamiento en los Programas del Convenio Senda- MINSAL para Población General y Específico Mujeres.

Tabla n° 2. Personas tratadas según Programa y Año

Año	Programa		Total
	Específico Libertad	Población General y Específico Mujeres	
2015	370	64	434
2016	430	107	537
2017	502	130	639
2018	460	147	607

Al revisar la evolución año a año de la cantidad de personas tratadas, se observa que el total de casos atendidos durante el año 2018 presentó un descenso en comparación al año 2017. Esta disminución se presenta, particularmente, en el Programa Específico Libertad Vigilada (502 casos año 2017, 460 casos año 2018) mientras que en los Programas de Población General y Específico Mujeres se ha mantenido la tendencia al incremento progresivo de casos, observado desde años anteriores.

La disminución en la cantidad de personas atendidas en el Programa Específico Libertad Vigilada puede explicarse debido a que algunos centros de tratamiento, que habían alcanzado una cobertura por sobre lo esperado durante el año 2017, disminuyeron la cantidad de ingresos durante el año 2018, estabilizando su cobertura. A lo anterior, se suma la situación particular de dos prestadores que decidieron no dar continuidad a los programas de tratamiento para esta población específica que venían implementando desde años anteriores: el centro ambulatorio de la región de Coquimbo cerró a partir de agosto de 2018 y un centro residencial de la región metropolitana programó el cese de la atención a fin de año, dejando de recibir nuevos ingresos en los últimos dos meses.

Por otra parte, en la Tabla n° 3, se observa que la mayoría de los casos (79,9%) reciben atención en modalidad ambulatoria, dato que resulta concordante con lo esperado en esta población específica. El Tribunal considera como requisitos para establecer la pena sustitutiva, contar con una residencia estable y una actividad regular de trabajo o estudios, por lo que, en la mayoría de los casos, puede resultar más pertinente el ingreso a un tratamiento ambulatorio.

Tabla nº 3. Distribución de Personas Tratadas por Tipo de Plan

Tipo de plan	Personas atendidas			
	N	%	N	%
Plan Ambulatorio Intensivo Libertad Vigilada	341	56,2		
Plan Ambulatorio Básico Población General	50	8,2		
Plan Ambulatorio Intensivo Población General	88	14,5		
Plan Ambulatorio Intensivo Específico Mujeres	6	1		
Subtotal Planes en Modalidad Ambulatoria			485	79,9
Plan Residencial Libertad Vigilada	119	19,6		
Plan Residencial Población General	1	0,2		
Plan Residencial Específico Mujeres	2	0,3		
Subtotal Planes en Modalidad Residencial			122	20,1
Total			607	100

En relación al tipo de plan de tratamiento, resulta llamativo que un 8,2% de los casos acceda a un plan ambulatorio básico, dado que por el nivel de complejidad que presentan estas personas, derivados de asociado de su involucramiento en delitos y su situación de cumplimiento de condena, se esperaría ellas requieran un tratamiento de mayor intensidad. Sin embargo, los casos ingresados a plan ambulatorio básico pueden tratarse de personas con un menor compromiso biopsicosocial, derivado de su situación de consumo, su nivel de inserción laboral, entre otros factores.

A partir de la siguiente sección, los resultados presentados corresponden exclusivamente a las personas tratadas en el Programa de Tratamiento Específico para Personas Condenadas a Libertad Vigilada, correspondiente a 460 casos.

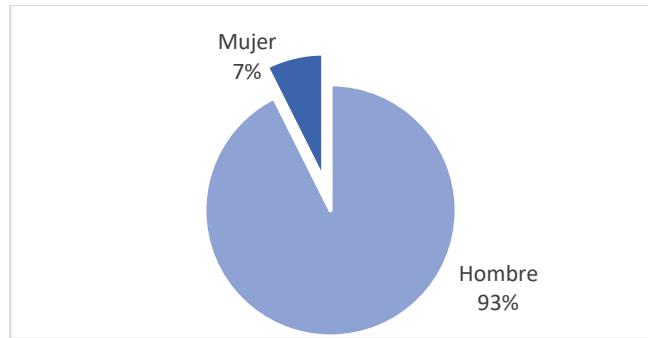
2. Caracterización de la Población

2.1. Variables Sociodemográficas

En este ítem se presentan las características de las personas tratadas durante el año 2018, registradas por el equipo tratante al momento de ingresar a tratamiento.

En la Figura n°1 se observa que, en la distribución de casos según sexo, el 93% corresponde a hombres y sólo el 7% a mujeres, manteniéndose la tendencia observada en años anteriores con un evidente predominio de varones y con un leve aumento año a año de la proporción de hombres en tratamiento.

Figura n° 1: Porcentaje de Personas Tratadas por Sexo



En la distribución de la población por grupos etarios, según se observa en la Tabla n° 4, la población se ubica principalmente en el rango de 20 a 29 años (55,2%), seguido en segundo lugar por el rango de 30-39 años (24,8%). En comparación a años anteriores, se mantiene una distribución similar caracterizada por una población mayoritariamente joven.

Tabla n°4: Distribución de Personas Tratadas por Rango de Edad

Grupo etario	Personas tratadas	
	N	%
menor 20	30	6,5
20-29	254	55,2
30-39	114	24,8
40-49	40	8,7
50-59	19	4,1
mayor 60	3	0,7
Total	460	100

Al considerar la distribución de personas por sexo y rango de edad, se observa que para ambos sexos la distribución es bastante similar, ubicándose, principalmente, en el rango de 20 a 29 años (55,9% en hombres y 47,1% en mujeres), seguido por el rango de 30 a 39 años (23,9% en hombres y 35,3% en mujeres).

Tabla n°5: Distribución de Personas Tratadas por Rango de Edad y Sexo

Sexo		Grupos etarios						
		Menor 20	20-29	30-39	40-49	50-59	Mayor a 60	total
Hombre	N	29	238	102	36	18	3	426
	%	6,8	55,9	23,9	8,5	4,2	0,7	100
Mujer	N	1	16	12	4	1	-	34
	%	2,9	47,1	35,3	11,8	2,9	-	100

Al revisar la distribución de personas por región, se observa que la población se ubica principalmente en la región metropolitana (42,4%) seguida por la región de Valparaíso (21,3%) y en tercer lugar por la región de O'Higgins (13,7%). Si bien en ambos sexos, las personas se ubican principalmente en la región metropolitana, en el caso de los hombres éstos se distribuyen en segundo lugar en la región de Valparaíso y en tercer lugar en O'Higgins, mientras que, en las mujeres, el segundo lugar lo comparten las regiones de Valparaíso y Araucanía.

Tabla n° 6: Distribución de Personas Tratadas por Región y Sexo

Región	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
Coquimbo	9	2,1	2	5,9	11	2,4
Valparaíso	91	21,4	7	20,6	98	21,3
O'Higgins	60	14,1	3	8,8	63	13,7
Biobío	47	11	4	11,8	51	11,1
Araucanía	29	6,8	7	20,6	36	7,8
Metropolitana	184	43,2	11	32,4	195	42,4
Arica	6	1,4	0	0,0	6	1,3
TOTAL	426	100	34	100	460	100

De acuerdo a la Tabla n° 7, el 4,5% de las personas tratadas declara pertenecer a una etnia, señalando a mapuches (4,0%) y aimaras (0,5%). En esta variable no se presentan diferencias significativas según sexo.

Tabla n° 7: Distribución de Personas Tratadas por Etnia y Sexo

Etnia	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
Aimara	2	0,5	0	0	2	0,5
Mapuche	14	3,7	2	7,1	16	4
No pertenece	358	95,7	26	92,9	384	95,5
Total	374	100	28	100	402	100

De acuerdo a la Tabla n° 8, el estado conyugal que se presenta con mayor frecuencia es soltero/a, que corresponde a un 78,0% de los casos, seguido por conviviente con un 10,2% y casado/a con un 7,2%. Esta distribución se presenta de manera similar en ambos sexos.

Tabla n° 8: Distribución de Personas según Estado conyugal y Sexo

Estado conyugal	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
Casado	31	7,3	2	5,9	33	7,2
Conviviente	39	9,2	8	23,5	47	10,2
Divorciado	3	0,7	1	2,9	4	0,9
Separado	14	3,3	1	2,9	15	3,3
Soltero	337	79,1	22	64,7	359	78
Viudo	1	0,2	0	0	1	0,2
Conviviente	1	0,2	0	0	1	0,2
Total	426	100	34	100	460	100

En relación al nivel de escolaridad alcanzado, como se observa en la Tabla n° 9, la mayoría (29,1%) de las personas tratadas, al momento del ingreso a tratamiento, contaba con enseñanza media incompleta, seguido por enseñanza media completa (26,3%) y básica completa (17,2%). Al revisar las diferencias por sexo, se puede observar que los hombres se ubican en primer lugar en la categoría media incompleta (29,8%), mientras que las mujeres presentan principalmente básica incompleta (32,4%).

Si se considera la suma de las categorías: sin estudios, enseñanza básica incompleta, básica completa y media incompleta, se observa que la mayoría de las personas en tratamiento (63,7%) no ha logrado completar sus estudios escolares.

Tabla n° 9: Distribución de Personas Tratadas según Escolaridad y Sexo

Escolaridad	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sin estudios	2	0,5	1	2,9	3	0,7
Básica incompleta	66	15,5	11	32,4	77	16,7
Básica completa	75	17,6	4	11,8	79	17,2
Media incompleta	127	29,8	7	20,6	134	29,1
Media completa	111	26,1	10	29,4	121	26,3
Técnica Incompleta	19	4,5	0	0	19	4,1
Técnica completa	13	3,1	1	2,9	14	3
Universitaria Incompleta	5	1,2	0	0	5	1,1
Universitaria completa	7	1,6	0	0	7	1,5
No sabe o No aplica	1	0,2	0	0	1	0,2
Total	426	100	34	100	460	100

Con respecto a la condición ocupacional, como se observa en la Tabla n° 10, un 40,4% de las personas tratadas se encontraba trabajando al momento de ingresar a tratamiento, mientras que el porcentaje de personas que se encontraba cesante corresponde al 40,7% y un 11,7% se declaraban sin actividad.

Al revisar las diferencias por sexos, se observa que la proporción de personas trabajando es menor entre las mujeres (23,5%) en comparación a los hombres (41,8%).

Tabla n° 10: Distribución según Condición Ocupacional y Sexo

Ocupación	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
Cesante	170	39,9	17	50	187	40,7
Estudiando/a	10	2,4	1	2,9	11	2,4
No busca trabajo	14	3,3	0	0	14	3
Otra	1	0,2	0	0	1	0,2
Pensionado/a	1	0,2	0	0	1	0,2
Quehaceres	0	0	5	14,7	5	1,1
Rentista	1	0,2	0	0	1	0,2
Sin actividad	51	12	3	8,8	54	11,7
Trabajando	178	41,8	8	23,5	186	40,4
Total	426	100	34	100	460	100

Al sumar las categorías Cesante, no busca trabajo y sin actividad, se observa que al momento de ingresar a tratamiento un 55,4% de las personas tratadas se encuentra sin una actividad laboral o de estudios.

Como se observa en la Tabla n° 11, entre las personas que se encuentran trabajando, la mayoría (59,9%) se ubica en la categoría Asalariado, seguido por Cuenta propia (32,0%). Al revisar las diferencias por sexo, se observa que las mujeres trabajan principalmente por cuenta propia (57,1%) mientras que los hombres trabajan en su mayoría asalariados (60%).

Tabla n° 11: Distribución de Categoría Ocupacional de las Personas Trabajando y según Sexo

Categoría Ocupacional	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
Asalariado/a	99	60,0	3	42,9	102	59,3
Cuenta propia	51	30,9	4	57,1	55	32
Empleador	10	6,1	0	0	10	5,8
Familiar	1	0,6	0	0	1	0,6
Otros (a)	4	2,4	0	0	4	2,3
Total	165	100	7	100	172	100

En relación a la situación de vivienda al momento de ingresar a tratamiento, de acuerdo a la Tabla n°12, el 84,1% de las personas tratadas residen en casa y un 9,8% en departamento. En situación de mayor vulnerabilidad (situación de calle, hospedería, ruca) se encuentran el 3,8 % de las personas. La distribución observada es similar a la presentada en años anteriores y no se observan diferencias significativas por sexo.

Tabla n° 12: Distribución según Tipo de Vivienda y por Sexo

Tipo de vivienda	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
Caleta o punto de calle	5	1,2	0	0	5	1,1
Hospedería	3	0,7	0	0	3	0,7
Mediagua	8	1,9	1	2,9	9	2
Casa	358	84,2	28	82,4	386	84,1
Departamento	42	9,9	3	8,8	45	9,8
Pieza dentro de la vivienda	4	0,9	0	0	4	0,9
Residencial pensión hostal	1	0,2	1	2,9	2	0,4
Otro	4	0,9	1	2,9	5	1,1
Total	425	100	34	100	459	100

Con respecto a la variable tenencia de la vivienda, en la Tabla nº 13, se muestra que al momento de ingresar a tratamiento el 55,4% vivía en calidad de allegado, categoría que refiere a la residencia transitoria en una vivienda ajena o estando acogido por otro grupo familiar, mientras que un 9,8% se encontraba en una situación de ocupación irregular de una vivienda. Al revisar la distribución de esta variable por sexo, se observa que los hombres se encuentran principalmente en la categoría allegado (57,8%), mientras que entre las mujeres la mayoría se encuentra en la categoría otros (29,4%) y la proporción de allegadas es menor (26,5%).

Tabla nº 13: Distribución de Personas Tratadas según Tenencia de la Vivienda y por Sexo

Tipo de tenencia de vivienda	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
Allegado	246	57,8	9	26,5	255	55,4
Arrienda	35	8,2	2	5,9	37	8
Cedida	21	4,9	1	2,9	22	4,8
Con amigos	1	0,2	1	2,9	2	0,4
N/A	7	1,6	1	2,9	8	1,7
Ocupación irregular	41	9,6	4	11,8	45	9,8
Otros	53	12,4	10	29,4	63	13,7
Paga dividendo	22	5,2	5	14,7	27	5,9
Propia	0	0	1	2,9	1	0,2
Total	426	100	34	100	460	100

2.2. Caracterización de la Situación de Consumo

En la Tabla n° 14 se muestra la distribución de las personas según el tipo de sustancia principal de consumo al ingresar a tratamiento. En primer lugar, se ubica la pasta base de cocaína (48%), seguida por el alcohol (20,2%) y la cocaína (17,8%). La distribución se mantiene similar a lo observado en años anteriores

Tabla n° 14: Distribución de Personas según Sustancia Principal de Consumo

Sustancia Principal	N	%	N	%
Estimulantes Cocaína			303	65,9
Pasta Base de Cocaína	221	48		
Cocaína	82	17,8		
Alcohol			93	20,2
Alcohol	93	20,2		
Marihuana			54	11,7
Marihuana	54	11,7		
Sedantes			10	2,2
Sedantes	10	2,2		
Total			460	100

En la Tabla n° 15 se presenta la distribución de personas según el tipo de sustancia principal de consumo según sexo. Como puede observarse, no se presentan diferencias significativas entre los sexos.

Tabla n° 15: Distribución de Personas según Sustancia Principal de Consumo y Sexo

Sustancia	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
Alcohol	84	19,7	9	26,5	93	20,2
Cocaína	76	17,8	6	17,7	82	17,8
Marihuana	53	12,4	1	2,9	54	11,7
Pasta Base	204	47,9	17	50	221	48
Sedantes	9	2,1	1	2,9	10	2,2
Total	426	100	34	100	460	100

Como se observa en la Tabla n° 16, en los grupos etarios de 20 a 29 años, 30 a 39 años y 40 a 49 años, la pasta base de cocaína es la sustancia principal de consumo, mientras que en la población menor de 20 años, se ubica en primer lugar la cocaína seguida cercanamente por la pasta base de

cocaína. En la población de mayor edad, por su parte, la sustancia principal de consumo es el alcohol, 42,1% en el rango de 50 a 59 años y 66,7% en los mayores de 60 años.

Tabla n° 16: Distribución de Personas según Sustancia Principal de Consumo y Edad

Sustancia	<20		20-29		30-39		40-49		50-59		>60	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Alcohol	2	6,7	49	19,3	21	18,4	11	27,5	8	42,1	2	66,7
Cocaína	10	33,3	44	17,3	23	20,2	3	7,5	2	10,5	0	0
Marihuana	7	23,3	37	14,6	6	5,3	2	5	2	10,5	0	0
Pasta Base	9	30,0	116	45,7	64	56,1	24	60	7	36,8	1	33,3
Sedantes	2	6,7	8	3,2	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	30	100	254	100	114	100	40	100	19	100	3	100

Al revisar la distribución de sustancia principal de consumo por región, se puede observar que en todas las regiones donde está presente el programa, la droga principal de consumo es la pasta base de cocaína, exceptuando la región de La Araucanía, donde se ubica en primer lugar el alcohol (50%) seguido en segundo lugar por la marihuana (27,8%). Además, el alcohol se ubica en segundo lugar como sustancia principal en las regiones de Arica Parinacota, Coquimbo, Valparaíso y Biobío, mientras que en la región metropolitana el segundo lugar lo ocupa la cocaína (28,2%) y en la región O Higgins, la marihuana (30,2%). Cabe señalar sin embargo que esta distribución podría no ser del todo representativa de las realidades regionales, debido a la baja cantidad de personas atendidas en algunas regiones.

Tabla n° 17: Distribución de Personas según Sustancia Principal de Consumo y Región

Tipo Sustancia	Arica													
	Coquimbo		Valparaíso		O Higgins		Biobío		Araucanía		Metropolitana		Parinacota	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Alcohol	2	18,2	20	20,4	12	19,1	7	13,7	18	50	32	16,4	2	33,3
Cocaína	0	0	15	15,3	1	1,6	3	5,9	8	22,2	55	28,2	0	0
Marihuana	1	9,1	8	8,2	19	30,2	3	5,9	10	27,8	12	6,2	1	16,7
Pasta base	7	63,6	51	52	31	49,2	35	68,6	0	0	94	48,2	3	50
Sedantes	1	9,1	4	4,1	0	0	3	5,9	0	0	2	1	0	0
Total	11	100	98	100	63	100	51	100	36	100	195	100	6	100

De acuerdo a los datos de la Tabla número 18, las personas tratadas iniciaron el consumo de sustancias mayoritariamente con la marihuana, seguida en segundo lugar por el alcohol. El promedio de edad de inicio del consumo de esa primera sustancia es de 13,9 años para la marihuana y de 14,7 años para el alcohol. Los datos son similares a los presentados en años anteriores.

Tabla n° 18: Promedio de Edad de Inicio del Consumo de la Sustancia de Inicio

Tipo de Sustancia	N	Promedio edad inicio	Mediana edad inicio
		de consumo	de consumo
Alcohol	176	14,7	15
Cocaína	15	18,0	17
Inhalables	7	12,1	12
Marihuana	237	13,9	14
Pasta Base	3	15,3	16

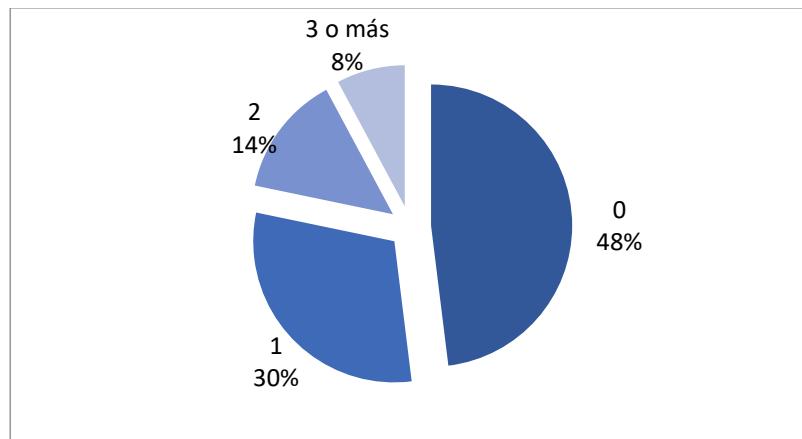
De acuerdo a lo observado en la Tabla nº19, el 44,4% de las personas, al ingresar a tratamiento presentaba un consumo diario, seguido por el 26,3% con una frecuencia de consumo de 2 a 3 días por semana y el 14,8% que presentaba consumo 4 a 6 días semanales. En la comparación por sexos, se observa que entre las mujeres comparte el primer lugar el consumo diario (35,3%) y la frecuencia de 2 a 3 días a la semana, mientras que en los hombres se presenta una distribución similar a la observada en la población total.

Tabla nº19: Distribución según Frecuencia de Consumo y Sexo

Frecuencia de consumo	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
1 día	24	5,6	1	2,9	25	5,4
2-3 días	109	25,6	12	35,3	121	26,3
4-6 días	64	15	4	11,8	68	14,8
Desconocido	12	2,9	1	2,9	13	2,9
Menos de 1 semana	25	5,9	4	11,8	29	6,3
Todos los días	192	45,1	12	35,3	204	44,4
Total	426	100	34	100	460	100

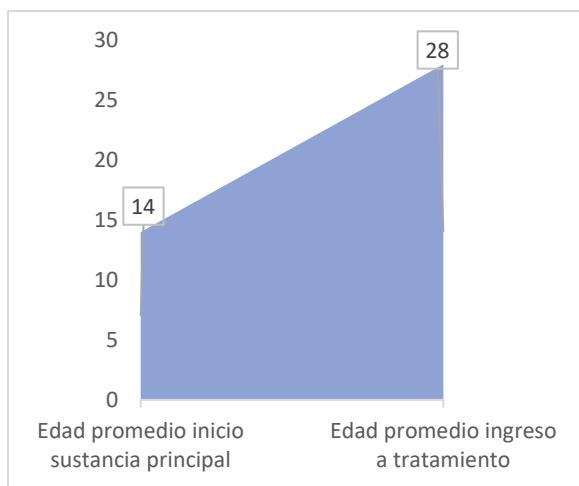
De acuerdo a la Figura n° 2, el 48% de la población atendida en el programa durante el año 2018 no había participado de tratamientos previos, el 30% contaba con una experiencia de tratamiento anterior, un 22% con dos o más experiencias.

Figura n° 2: Distribución de Personas por Número de Tratamientos Anteriormente Recibidos



Por otro lado, considerando al total de personas que ingresan a tratamiento por primera vez, en la figura n° 3, se presenta la edad promedio del inicio del consumo de la sustancia principal y la edad promedio de ingreso a tratamiento. De acuerdo a estos datos, se observaría una latencia aproximada de 14 años entre el inicio de la conducta que originó el problema de consumo y el momento de ingreso a tratamiento.

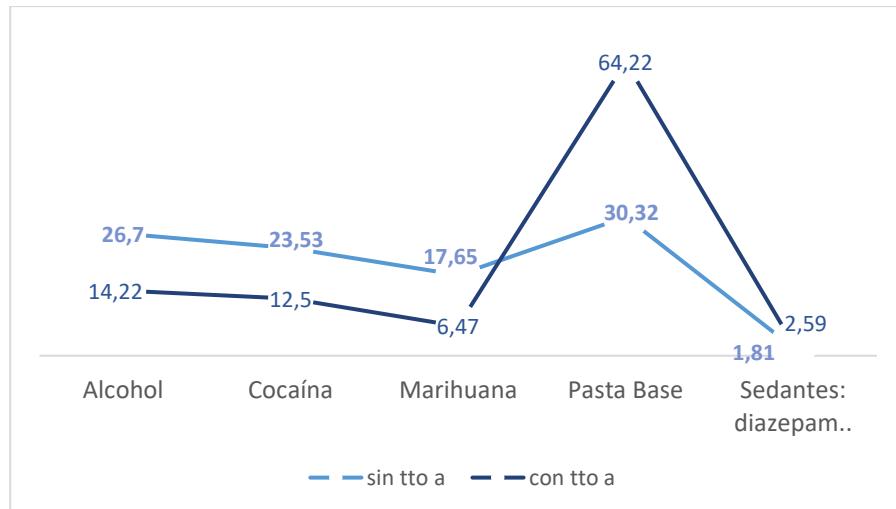
Figura n° 3: Edad de Inicio de Sustancia Principal y Edad de Ingreso a Tratamiento



En virtud de los datos presentados se puede constatar que la pesquisa de consumo de drogas y la derivación a tratamiento realizada desde el ámbito judicial y en contexto obligado para la población adulta, puede favorecer el ingreso a tratamiento de una cantidad importante de personas que no han tenido previamente la oportunidad de acceder a esta prestación de salud y que mantienen una situación de consumo de larga data.

Por otra parte, al revisar los antecedentes de tratamientos previos, según el tipo de sustancia principal que motivó el ingreso a tratamiento, se puede observar que, para la mayoría de las personas cuya droga principal de consumo es la marihuana, el alcohol o la cocaína, esta es su primera experiencia de tratamiento, mientras que, para las personas con consumo principal de pasta base de cocaína y de sedantes, la mayoría de ellas contaba con alguna experiencia de tratamiento previo.

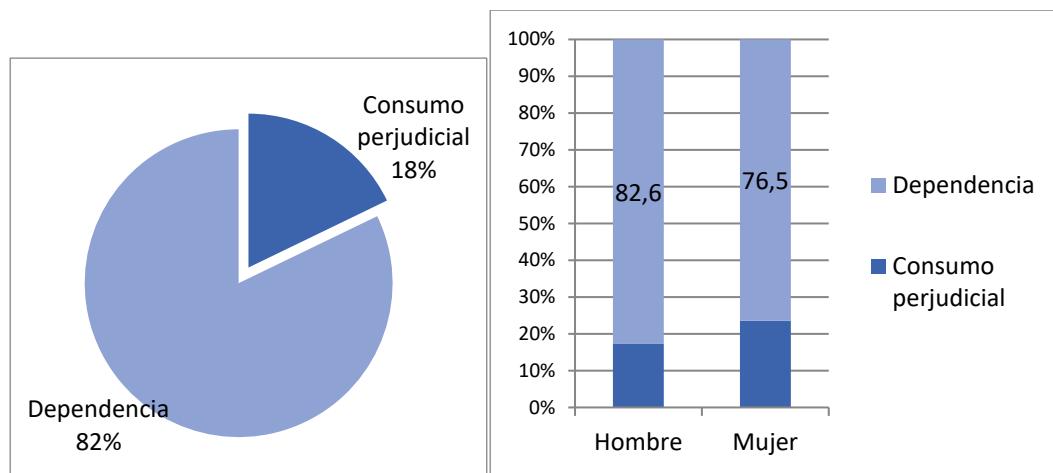
Figura n° 4: Distribución de Personas con o sin Tratamientos Previos por Sustancia Principal



De acuerdo a lo observado en la Figura n° 5, el 82% de las personas tratadas presenta un trastorno por dependencia a drogas al ingreso a tratamiento, de acuerdo a la evaluación clínica realizada por el equipo tratante según las categorías diagnósticas CIE 10. Esta proporción se mantiene estable de acuerdo a lo observado en años anteriores.

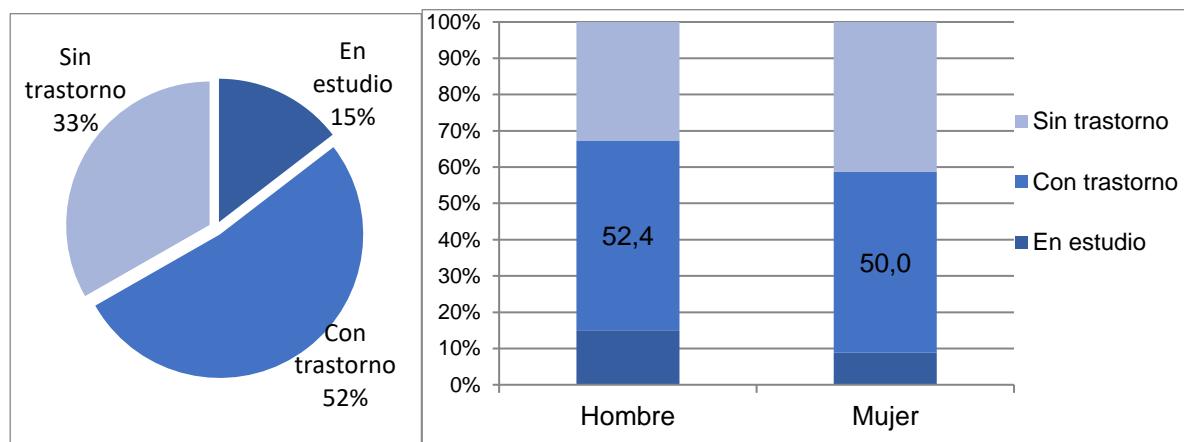
En la comparación por sexos, si bien en ambos la mayoría de casos presenta un diagnóstico de trastorno por dependencia, en los hombres la frecuencia de ese diagnóstico es mayor, con un 82,6%, mientras que en las mujeres corresponde al 76,5 % de los casos.

Figura n° 5: Diagnóstico de Trastorno por Consumo de Sustancias y Sexo



De acuerdo a la Figura n°6, del total de personas tratadas el año 2018, el 52% fue diagnosticado con algún otro trastorno de salud mental, de acuerdo a criterios de clasificación CIE 10, en la etapa inicial de tratamiento. Este porcentaje presenta un leve aumento respecto a lo observado el año anterior, cuando sólo un 45% de los casos tuvo un diagnóstico de otro trastorno psiquiátrico, lo que podría dar cuenta de un mejor desempeño de los equipos tratantes en el proceso de pesquisa y evaluación de la comorbilidad psiquiátrica presente en esta población. Cabe señalar que, en la comparación por sexos, no se observan diferencias significativas.

Figura n° 6: Diagnóstico de Otro Trastorno de Salud Mental y Sexo

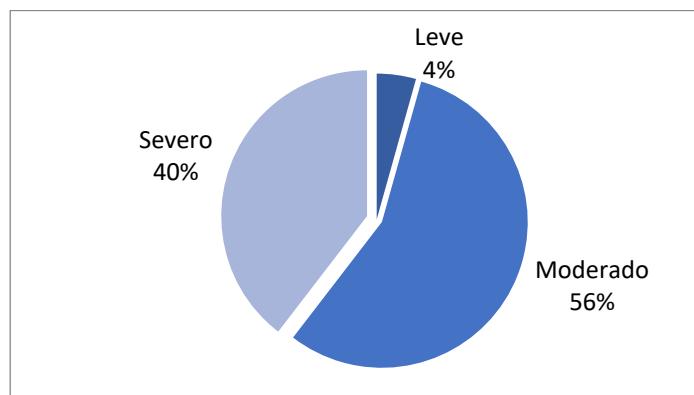


Con respecto al tipo de trastorno presentado, como se observa en la Tabla n° 20, en primer lugar, se ubican los trastornos de la personalidad y del comportamiento con una frecuencia del 59% en hombres y del 64,3% en mujeres. En el total de personas tratadas y en los hombres se ubican en segundo lugar los trastornos de los hábitos y del control de impulsos, mientras que en las mujeres el segundo lugar lo comparten con los trastornos del humor o afectivos.

Tabla n° 20: Distribución de Otro Trastorno de Salud Mental y Sexo

Tipo de Trastorno	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
Esquizofrenia, trastorno esquizotípico	3	2,2	0	0	3	2
Retraso mental	2	1,4	1	7,1	3	2
Trastornos de la personalidad y del comportamiento	82	59	9	64,3	91	59,5
Trastornos de los hábitos y del control de impulsos	22	15,8	2	14,3	24	15,7
Trastornos del desarrollo psicológico	5	3,6	0	0	5	3,3
Trastornos del humor o afectivos	9	6,5	2	14,3	11	7,2
Trastornos mentales orgánicos	10	7,2	0	0	10	6,5
Otros	6	4,3	0	0	6	4
Total	139	100	14	100	153	100

Con respecto al grado de compromiso biopsicosocial, referido a la apreciación del equipo tratante de la magnitud de los efectos o consecuencias negativas derivadas del consumo de drogas en las distintas áreas de la vida de la persona, al momento de ingresar a tratamiento, como se observa en la Figura n° 4, la mayoría de las personas presenta un CBPS Moderado (56%), seguido por un CBPS Severo con el 40% de los casos, lo que concuerda con el nivel de complejidad esperable en esta población, que junto con el trastorno por consumo de sustancias presenta problemas judiciales debido a su involucramiento en delitos.

Figura n° 7: Distribución de Personas según Nivel de Compromiso Biopsicosocial

2.3. Caracterización de la Situación de Infracción de Ley

De acuerdo a lo observado en la Tabla n° 21, durante el año 2018 la mayoría de los casos cumplía pena de Libertad Vigilada Intensiva (85,2%), seguido por la pena de Libertad Vigilada con un 14,78%. No se observan diferencias significativas por sexos.

Como resultaba esperable, a partir de este año, no se presentan personas en tratamiento condenadas a la pena de Libertad Vigilada del Adulto, que correspondía a casos de la antigua ley 18.216 (previa a modificación de ley 20.603) y que ingresaron a tratamiento durante los primeros años de implementación del programa.

Tabla n° 21: Distribución de Personas por Tipo de Condena y Sexo

Tipo condena	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
Libertad Vigilada	62	14,55	6	17,65	68	14,78
Libertad Vigilada Intensiva	364	85,5	28	82,4	392	85,2
Total	426	100	34	100	460	100

En la Tabla n° 22 se presenta la distribución de casos según si presentaban la condición del tratamiento en la misma sentencia. Del total de personas tratadas, el 80,4% no cuenta con la condición en su sentencia e ingresó a tratamiento a partir de la pesquisa realizada por un delegado de Gendarmería durante el proceso de evaluación de riesgo de reincidencia en delito. Este dato da cuenta de una mayor utilización del recurso de derivación a tratamiento por parte de los Delegados de Gendarmería, manteniéndose un limitado uso de esta herramienta jurídica por parte de los tribunales. No se observan diferencias por sexo.

Tabla n° 22: Distribución por Condición de Tratamiento en la Sentencia y Sexo

Condición de tratamiento en la sentencia	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
Con condición en la sentencia	83	19,5	7	20,6	90	19,6
Sin condición en la sentencia	343	80,5	27	79,4	370	80,4
Total	426	100	34	100	460	100

De acuerdo a lo observado en la Tabla nº 23, el tipo de delito por el cual se encuentran cumpliendo condena las personas tratadas corresponde principalmente a delitos contra la propiedad, ubicándose en primer lugar el robo con intimidación (34,9%) seguido en segundo lugar por el robo con violencia (18,1%) y en un tercer lugar se ubica el tráfico de estupefacientes (16,6%).

En la comparación por sexos se observa que, si bien para ambos sexos se ubica en primer lugar el robo con intimidación (35,4% en hombres y 29,4% en mujeres) se observan algunas diferencias en la distribución de los demás delitos, ubicándose en segundo lugar entre las mujeres, el tráfico de estupefacientes (26,5%), mientras que entre los hombres el segundo delito con mayor frecuencia es el robo con violencia (18,2%). Además, en las personas tratadas, algunos delitos tales como, el homicidio, delitos sexuales y manejo en estado de ebriedad causando lesiones, muertes y daños, están presentes sólo entre los hombres.

Tabla nº 23: Distribución de Personas por Tipo de Delito y Sexo

Tipo de delito	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
Robo con intimidación	150	35,4	10	29,4	160	34,9
Robo con Violencia	77	18,2	6	17,7	83	18,1
Robo en lugar habitado	60	14,2	4	11,8	64	14,0
Otros delitos contra la propiedad	22	5,2	2	5,9	24	5,3
Tráfico de estupefacientes	67	15,8	9	26,5	76	16,6
Delitos sexuales	17	3,9	0	0,0	17	3,7
Lesiones menos graves, graves y gravísimas	7		2		9	
		1,6		5,8		2,0
Manejo en estado de ebriedad causando lesiones, muertes y daños	6		0		6	
		1,4		0,0		1,3
Homicidio	3	0,7	0	0,0	3	0,7
Otro	15	3,5	1	2,9	16	3,5
Total	424	100	34	100	458	100

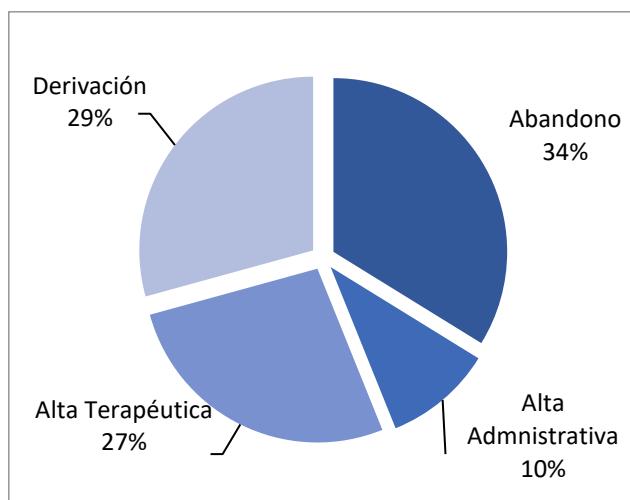
2.4. Caracterización de los Egresos

Con respecto al motivo de egreso, como se observa en la Figura n° 8, del total de personas que egresaron de tratamiento durante el período de enero a diciembre de 2018 (287 personas), el abandono o término anticipado por voluntad del usuario, es el principal motivo de egreso de las personas tratadas, con un 34% de los casos, presentando un alza de 4 puntos porcentuales con respecto al año anterior.

El egreso por alta terapéutica, definido como el egreso consensuado entre el equipo tratante y la persona usuaria a partir del logro de los objetivos terapéuticos propuestos, representa el 27% del total egresos, siendo una categoría que se mantiene estable respecto a años anteriores.

La derivación a otro centro o programa de tratamiento representa un 29% de los egresos y el alta administrativa, correspondiente a casos de alta disciplinaria, fallecimientos y cambio de residencia a zona sin disponibilidad de tratamiento, asciende a un 10% de los egresos. Esta última categoría disminuyó en 3 puntos porcentuales respecto al año anterior.

Figura n° 8: Porcentaje de Personas por Motivo de Egreso



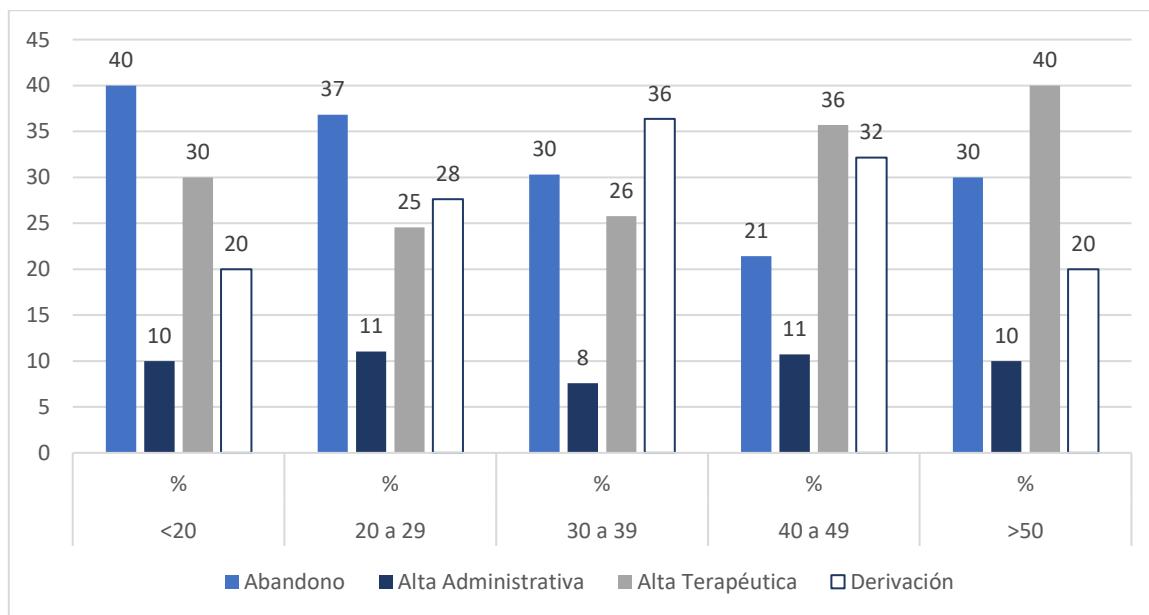
Al revisar los motivos de egreso y su distribución en ambos sexos, se observa que, entre los hombres el principal motivo de egreso es el abandono (34%), seguido por la derivación (29,1%) y la alta terapéutica (26,5%), mientras que entre las mujeres estas tres categorías comparten el primer lugar (31,6%)

Tabla n° 24: Porcentaje de Personas por Motivo de Egreso y Sexo

Motivo de egreso	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
Abandono	91	34	6	31,6	97	33,8
Alta Administrativa	28	10,5	1	5,3	29	10,1
Alta Terapéutica	71	26,5	6	31,6	77	26,8
Derivación	78	29,1	6	31,6	84	29,3
Total	268	100	19	100	287	100

De acuerdo a los motivos de egreso, según rango de edad, expuestos en la figura n° 9, destaca que la alta terapéutica es el principal motivo de egreso entre las personas egresadas entre 40 y 49 años (36%) y entre los mayores de 50 años (40%), mientras que el abandono es el principal motivo de egreso en los grupos menor a 20 años (40%), 20 a 29 años (37%) y 30 a 39 años (30%).

Figura n° 9: Porcentaje de Personas por Motivo de Egreso según Rango Edad



En relación a los motivos de egreso según tipo de plan, en el plan ambulatorio intensivo el abandono es el principal motivo de egreso (32,5%), seguido muy cercanamente por la alta terapéutica (32%), mientras que, en el egreso del plan residencial se produce principalmente por derivación a otro centro de tratamiento (43%) y en segundo lugar se ubica el abandono (36,6%). Este resultado es esperable, si se considera que luego de la

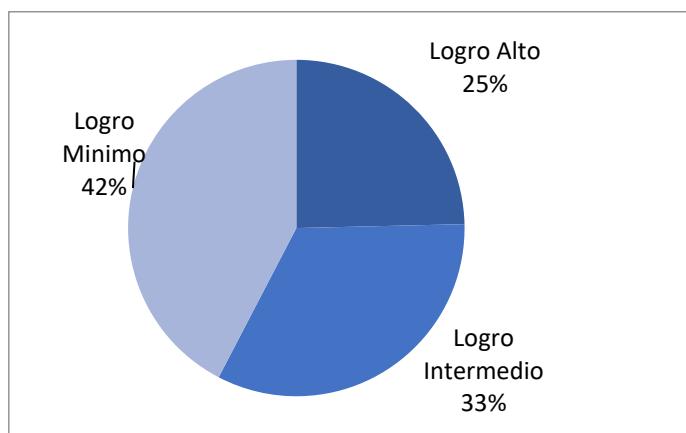
permanencia en un programa residencial, en la mayoría de los casos, es recomendable la continuidad de tratamiento en modalidad ambulatoria con la finalidad de fortalecer los logros terapéuticos alcanzados, en el contexto familiar y comunitario natural de la persona usuaria.

Tabla 25: Distribución de Personas por Motivo de Egreso según Tipo de Plan

Motivo de egreso	Plan Ambulatorio		Plan Residencial		Total	
	Intensivo		Residencial			
	N	%	N	%	N	%
Abandono	63	32,5	34	36,6	97	33,8
Alta Administrativa	25	12,9	4	4,3	29	10,1
Alta Terapéutica	62	32	15	16,1	77	26,8
Derivación	44	22,7	40	43	84	29,3
Total	194	100	93	100	287	100

Con respecto al nivel de logro alcanzado por las personas tratadas, al momento de egresar de tratamiento, de acuerdo a la evaluación realizada por el equipo o profesional tratante acerca del grado de cumplimiento de objetivos planteados al ingreso del tratamiento, como se observa en la Figura n° 10, un 25% de los egresos presenta un nivel de Logro Alto y un 33% egresa con un Logro Intermedio, por lo que, de la suma de ambos grupos, se obtiene un 58% de Logro Terapéutico en la evaluación global del proceso. Respecto a los resultados presentados en años anteriores, se mantienen una distribución similar, lo que permite inferir que existe cierta estabilización en los resultados.

Figura n° 10: Distribución de Personas por Nivel de Logro Terapéutico al Egreso



Cabe señalar que en esta dimensión no consideran egresos por motivo Derivación, dado que este motivo corresponde a continuidad de tratamiento en otro centro para la persona consultante.

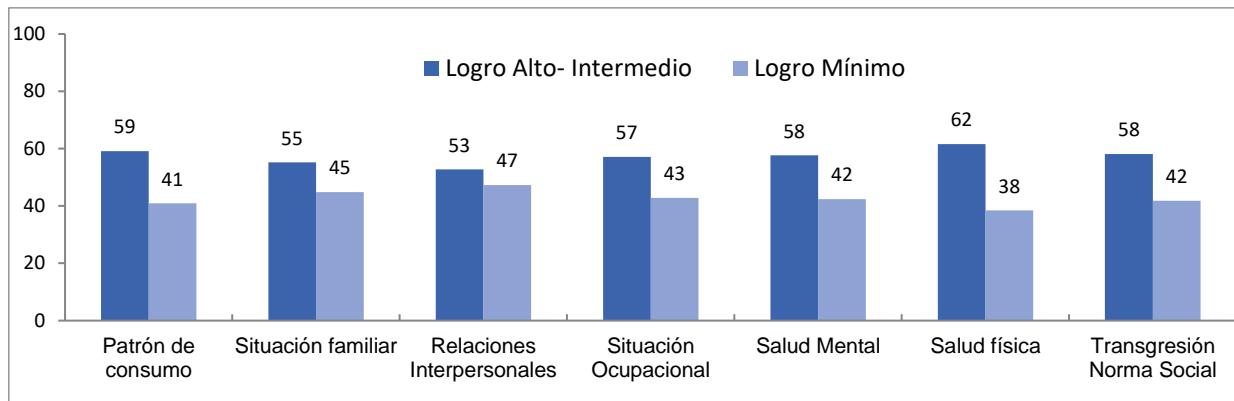
En la Tabla nº 26 se observa que, en la comparación por sexos, las mujeres egresadas alcanzan un menor nivel de logro, con un 46,2% de logro mínimo, mientras que los hombres presentan sólo un 42,1% de logro mínimo. Este dato muestra la necesidad de reforzar las estrategias terapéuticas desarrolladas en la atención de población femenina para mejorar el nivel de logro alcanzado con esta población.

Tabla nº 26: Distribución de Personas por Nivel de Logro Terapéutico por Sexo

Nivel de Logro	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
Logro Alto	47	24,7	3	23,1	50	24,6
Logro Intermedio	63	33,2	4	30,8	67	33
Logro Mínimo	80	42,1	6	46,2	86	42,4
Total	190	100	13	100	203	100

Finalmente, al revisar el nivel de logro terapéutico alcanzado en las diferentes dimensiones evaluadas por el equipo tratante al momento del egreso de tratamiento, se puede observar que, en todas las dimensiones la mayoría de los casos alcanza un nivel de logro intermedio alto, lo que significa que, al momento de su egreso, la mayoría de los usuarios han obtenido cambios favorables en las diferentes dimensiones incorporadas en su Plan de Tratamiento individual. Al respecto, destacan favorablemente las dimensiones salud física, con un 62% de logro intermedio alto, patrón de consumo de sustancias, con un 59% y las dimensiones trasgresión a la norma social y salud mental, ambas con un 58% de logro intermedio alto.

Figura n°11: Porcentaje de Logro Terapéutico al Egreso por Dimensión



Al revisar, específicamente, los egresos por abandono, se observa que la mayoría de los casos egresa con un nivel de logro mínimo (69,1%) en el cumplimiento de los objetivos terapéuticos propuestos. Lo anterior, permite destacar la necesidad de la implementación de estrategias dirigidas a la diminución de abandonos, con la finalidad de mejorar la efectividad del programa de este tratamiento.

Tabla n° 27: Distribución de Nivel de Logro Terapéutico en egresos por Abandono

Nivel de Logro	N	%
Logro Alto	0	0
Logro Intermedio	30	30,9
Logro Mínimo	67	69,1
Total	97	100

Con respecto a los tiempos de permanencia en tratamiento, en la Tabla n° 27, se observa que el promedio de meses de permanencia en el plan de tratamiento ambulatorio intensivo es de 9,3 meses, mientras que en el plan residencial corresponde a 4,6 meses.

Cabe señalar que, para el cálculo de esta variable se consideran los egresos por alta terapéutica, alta administrativa y abandono y no se incluyen los egresos por derivación, dado que se entiende que esas personas continúan en tratamiento en otro dispositivo o modalidad de atención.

Tabla n° 28: Promedio Meses de Permanencia en Tratamiento por Tipo de Plan

Variable	N	Promedio	Mediana
Plan Ambulatorio Intensivo	150	9,3	8
Plan Residencial	53	4,6	4,1

En la Tabla n° 29, se muestra el tiempo promedio de permanencia de las personas egresadas por específicamente por alta terapéutica, según modalidad de tratamiento. De acuerdo a esta información, para el alcanzar el logro global de los objetivos propuesto y obtener una alta terapéutica, los usuarios en modalidad ambulatoria deberían permanecer en promedio 13,5 meses, mientras que en el plan residencial se requerirían de 6,7 meses en promedio para obtener dicho logro.

Tabla 29: Promedio Meses de Permanencia de Altas Terapéuticas según Tipo de Plan

Tipo de Plan de Tratamiento	N	Promedio	Mediana
Plan Ambulatorio Intensivo	62	13,5	13,5
Plan Residencial	15	6,7	6,8

Asimismo, de acuerdo a la Tabla n° 29, se presentan los tiempos promedio de permanencia de los casos de egreso por abandono. Al respecto, se observa que en la modalidad ambulatoria el abandono se produce a los 6,1 meses en promedio, mientras que los abandonos en el plan residencial se presentan a los 3,7 meses de permanencia.

Tabla n° 30: Promedio Meses de Permanencia de Abandonos según Tipo de Plan

Tipo de Plan de Tratamiento	N	Promedio	Mediana
Plan Ambulatorio Intensivo	63	6,1	5,3
Plan Residencial	34	3,7	2,5

Finalmente, resulta necesario revisar la variable Retención, entendida como la permanencia en tratamiento por un tiempo superior a 90 días, considerando los resultados de la investigación internacional que muestran que la probabilidad de efectividad en el tratamiento por consumo problemático de alcohol y otras drogas aumenta significativamente a partir de los 90 días de permanencia en tratamiento.

En la Tabla n° 31 se observa que, del total de egresos producidos en el año 2018 por alta terapéutica, alta administrativa y abandono, un 81,3% presentó una permanencia superior a 90 días. Al respecto, se observan diferencias significativas entre las modalidades de tratamiento ambulatoria y residencial, la primera con un 88,7% de retención superior a 90 días y la segunda sólo con un 60,4% de personas con permanencia superior a 90 días.

Tabla n° 31: Permanencia superior a 90 días por Plan de Tratamiento

Tiempo de permanencia	Plan Ambulatorio		Plan Residencial		TOTAL	
	Intensivo		Residencial			
	N	%	N	%	N	%
Menor o igual a 90 días	17	11,3	21	39,6	38	18,7
Mayor a 90 días	133	88,7	32	60,4	165	81,3
Total	150	100	53	100	203	100

Es importante destacar que, para el cálculo de la retención, se consideran sólo los usuarios egresados por alta terapéutica, alta administrativa y abandono y se excluyen incluyen los egresos por derivación, dado que éstos continúan en tratamiento.

III. CONCLUSIONES

En relación a la cobertura de atención, considerando tanto centros de tratamiento del Programa de Tratamiento Específico para personas condenadas a Libertad Vigilada, como también la red de tratamiento del Convenio Senda MINSAL, durante el año 2018 el número total de personas atendidas alcanzó los 607 casos, de los cuales un 75,8% (460 casos) recibió atención en el programa específico dirigido a esta población.

Por primera vez, desde la entrada en funcionamiento del Programa Específico para personas condenadas a Libertad Vigilada, se experimentó una disminución de la población atendida en comparación al año anterior. Esta disminución estuvo asociada a la interrupción en la oferta de tratamiento brindada por 2 de los 17 programas de tratamiento específicos implementados para esta población en el país. En ese marco, un desafío importante para el año 2019 será asegurar la continuidad de la oferta de tratamiento específica.

Por otra parte, la cobertura de atención para esta población en centros de tratamiento del Convenio Senda MINSAL ha mantenido el ascenso sostenido observado en años anteriores, por lo que, resulta de vital importancia la asesoría y capacitación dirigida a los equipos tratantes de los programas de Población General y Específico Mujeres, de modo tal de favorecer la equidad en la calidad y pertinencia técnica de la atención brindada por los diferentes dispositivos de tratamiento a lo largo del país.

De acuerdo a la caracterización de la población presentada, en términos generales, se mantienen estables las características observadas en años anteriores. La población es mayoritariamente masculina (93%) se ubica principalmente en el rango de 20 a 29 años (55,2%), se trata de personas solteras (78%), que no han completado la escolaridad (63,7%) y que al momento de ingresar al programa se encontraba sin una actividad laboral o de estudios (55,4%).

Con respecto a la caracterización de la situación de consumo, como en años anteriores, se mantiene consumo principal de pasta base de cocaína (48%), con frecuencia de consumo mayoritaria de todos los días (44,4%). La población ingresa a tratamiento principalmente con un diagnóstico de trastorno por dependencia (82%) y con presencia de otros trastornos de salud mental (52%) y un compromiso biopsicosocial moderado a severo (96%).

Se destaca, como en años anteriores, una significativa proporción de personas que ingresa a tratamiento por primera vez (48%), con una latencia aproximada de 14 años entre el inicio del consumo de la sustancia principal que le genera problemas y el ingreso efectivo a tratamiento. En ese sentido se destaca la oportunidad de acceso a atención para estas personas que implica el marco jurídico de la ley 18.216 modificada.

Respecto a las variables de infracción de ley, se mantiene el predominio de delitos contra la propiedad, siendo el robo con intimidación el principal delito por el cual se encuentran cumpliendo condena (34,9%). La mayoría de las personas se encuentran cumpliendo pena de Libertad Vigilada Intensiva (85,2%) e ingresa a tratamiento sin contar con el artículo 17 bis de obligatoriedad del tratamiento en su sentencia (80,4%). En ese sentido, junto con reforzar los logros alcanzados en la coordinación con los delegados de Gendarmería, que se han constituido en los principales encargados de realizar la pesquisa y derivación a tratamiento, se debe mantener el desafío de fortalecer las competencias y conocimientos de los magistrados para aumentar la utilización de esta herramienta legal por parte de los tribunales de justicia.

Al analizar las características de la población tratada, se observa que coincide con la mayoría de las variables que la investigación internacional identifica como de mayor severidad y peor pronóstico en el tratamiento de alcohol y drogas (hombres jóvenes solteros con bajo nivel educacional, alta frecuencia de consumo y de dependencia a drogas, comorbilidad psiquiátrica y alto compromiso biopsicosocial derivado de la situación de consumo). Todos estos aspectos marcan la relevancia de contar con un alto nivel de especialización y desarrollo técnico en los profesionales y programas que realizan el tratamiento dirigido a esta población.

En ese contexto, destaca la inserción laboral como una variable relevante para el tratamiento, ya que constituye un recurso de integración social y que puede mejorar el pronóstico en la intervención.

En relación a la caracterización de los egresos de tratamiento, se observa un nivel de resultados sostenidos en los últimos años, presentándose sólo algunas pequeñas diferencias en los indicadores, año a año.

Con respecto a la modalidad de atención, el año 2018 se mantuvo una mayor cantidad de personas atendidas en la modalidad Ambulatoria, situación esperable de acuerdo a los protocolos interinstitucionales establecidos para el tratamiento de esta población.

Respecto a los motivos de egreso, se mantiene un 27 % de altas terapéuticas, lo que constituye un logro importante considerando la complejidad del perfil de esta población específica. Este año se presentó una leve disminución de las altas administrativas (10,1%), lo que probablemente, de cuenta de un mejor manejo de los equipos tratantes respecto a aspectos normativos y disciplinarios de los programas. Sin embargo, en relación al año anterior se observa un leve aumento de los abandonos (33,8%), por lo que, esta constituye una variable particularmente importante de observar durante el desarrollo de programa en el año 2019. Al respecto, cabe señalar que el nivel de abandonos es mayor en población masculina y en los rangos etarios más jóvenes, por lo que se debe dirigir especial atención a estos grupos de población, incorporando estrategias para la disminución de abandonos.

Con respecto al nivel de logro terapéutico alcanzado al egresar de tratamiento, se observa que un 58% de las personas egresa con un nivel intermedio alto en el cumplimiento de los objetivos terapéuticos propuestos. A su vez, un 81, 3% de los egresados alcanza una permanencia superior a los 90 días, lo que la investigación internacional destaca como un indicador de buen pronóstico de la efectividad del tratamiento. Estos resultados positivos se han mantenido estables años a año y resulta necesario continuar en el programa con el desarrollo de estrategias clínicas que favorezcan su consolidación.

Durante los años 2017 y 2018 se realizaron jornadas nacionales de capacitación dirigidas a los equipos de este Programa específico, contando también con representantes de los equipos del Convenio Senda MINSAL que atienden a esta población en zonas donde no se cuenta con oferta de tratamiento específica. En estas instancias se trasfirieron competencias y se abordaron aspectos técnicos especializados para el tratamiento de los usuarios que cumplen estas penas sustitutivas.

Un desafío importante durante el año 2019, será la finalización de la elaboración de orientaciones técnicas para el tratamiento de esta población específica, contando con la revisión y aprobación del Ministerio de Salud.

En relación al contexto judicial obligado en que se desarrolla el programa, resulta significativa la alta posibilidad de éxito terapéutico que nos muestran los datos del programa, más aún considerando el nivel de complejidad de la población atendida y las dificultades asociadas al contexto judicial. De este modo, se podría concluir que desarrollar procesos de tratamiento en contexto obligado en población adulta, permite alcanzar

resultados e implica una oportunidad para acceso a tratamiento para una población no consultante.

Finalmente, respecto a la cobertura del programa, si bien el año 2018 por primera vez se observó un descenso en la cantidad de personas tratadas, se debe considerar que esta disminución estuvo asociada a situaciones puntuales de implementación de algunos centros de tratamiento del Programa Específico Libertad Vigilada. Esto no permite inferir que la demanda de atención en esta población presente un descenso, más aun, el aumento sostenido de cobertura que han presentado año a año los centros del Convenio Senda MINSAL muestran que la demanda de atención de esta población específica continúa aumentando. Lo anterior se ve reforzado por los equipos de tratamiento y los delegados de Gendarmería, quienes identifican la necesidad de aumentar la cobertura del Programa especialmente en regiones y provincias que no disponen de oferta específica. Esto sigue constituyendo un desafío pendiente para el desarrollo de este Programa, cuya factibilidad como en años anteriores, se encontrará sujeta a disponibilidad presupuestaria.