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

Informe Anual 2018
Informe de Evaluación Técnica

Programa de Tratamiento para Personas en Situación de Calle con Consumo de Drogas y Alcohol

Santiago, Marzo de 2019

I. Introducción

El presente informe contiene los resultados y análisis del proceso de desarrollo del Programa de Tratamiento de Personas Adultas en Situación de Calle y de la atención en los centros en convenio a lo largo del país, durante el año 2018.

La realización de catastros nacionales de Personas en Situación de Calle (PSC) ha permitido evidenciar la necesidad de avanzar en el diseño e implementación de estrategias de intervención, capaces de proveer protección social a estas personas. La realidad de las personas viviendo en situación de calle es altamente compleja, tanto por la naturaleza de los factores que determinaron esta condición en la biografía de sus protagonistas, como porque para revertirla es preciso influir sobre variables estructurales de difícil abordaje, como habitabilidad, salud mental y vinculación con redes sociales significativas e institucionales, por mencionar las de mayor incidencia. El abordaje de la problemática a la luz del enfoque de los Determinantes Sociales de la Salud, favorece la comprensión de la complejidad que presenta el fenómeno y orienta respecto de estrategias para el abordaje; presentando un especial desafío en la línea de la articulación intersectorial colaborativa y resolutiva.

El presente programa se pone en marcha el año 2008 como Proyecto Piloto, implementándose a través de cuatro proyectos específicos en las regiones de Valparaíso, Metropolitana y Bio Bio. A contar del año 2012, el Programa amplía su presencia en nuevas regiones, aumentando significativamente la cobertura de atención. El año 2018, el Programa se ejecuta en 12 regiones del país[1] con un total de 15 prestadores.

La modalidad de intervención del Programa se define como Plan Ambulatorio Comunitario (PAC). El diseño de este plan específico permitió incorporar al Convenio de Población General para personas Adultas que presentan consumo problemático de alcohol y otras drogas, una nueva modalidad de gestión técnica, orientada al abordaje de las necesidades específicas de esta población. A esto se suma la incorporación del Programa al SISTRAT[2] desde el año 2015, lo que implicó que el registro de las prestaciones realizadas por cada programa ejecutor se incorporara en un sistema informatizado, favoreciendo tanto el acceso a información sistematizada respecto de los procesos terapéuticos como la gestión administrativa y financiera del Programa.

[1] Regiones de Antofagasta, Coquimbo, Valparaíso, O'Higgins, Maule, Biobío, Los Lagos, Magallanes, Metropolitana, Los Ríos, Arica y Parinacota y Araucanía.
[2] Sistema de Información y Gestión de los Programas de Tratamiento.

El PAC considera un diseño metodológico orientado a facilitar el acceso y permanencia de estas personas en un proceso de tratamiento, toda vez que desarrolla estrategias de trabajo en terreno, en el lugar donde se ubican las personas en calle; rucos, lugares públicos o bien hospederías, entre otros. La intervención en terreno puede eventualmente, dar paso a intervenciones en el centro de tratamiento o bien en otros espacios físicos que se adecuen a las necesidades de intervención específicas que presenten las personas usuarias.

Las intervenciones iniciales se focalizan en la construcción de un vínculo terapéutico seguro, que favorezca el desarrollo de la confianza necesaria para el abordaje progresivo de las diversas necesidades socio sanitarias de intervención, con un especial énfasis en el consumo problemático de drogas. El empoderamiento de las personas usuarias a través del desarrollo de capacidades y la necesaria intervención en el espacio social; principalmente respecto del acceso a bienes y servicios y la articulación de redes, se presentan como lineamientos centrales para la intervención.

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 de los convenios establecidos con los centros ejecutores y corresponden a los reportes del Sistema de Información y Gestión SISTRAT, que incluye los datos de las personas atendidas y de los indicadores de logro del proceso terapéutico[3]. El número de personas incluidas en este informe considera las personas tratadas por los 15 programas del país en el período señalado.

[3] En atención a la Ley 19.628 Sobre Protección de la Vida Privada y la Ley 20.584 que Regula los Derechos y Deberes que tienen las Personas en Relación con las Atenciones Vinculadas a su Atención en Salud, específicamente respecto del tratamiento de datos de carácter personal en registros o bancos de datos por organismos públicos o privados, los datos registrados en el Sistema SISTRAT al ser considerados como “datos sensibles”, son codificados de forma automática por el sistema, resguardando la vinculación de la información con una persona en particular.

II.- Resultados

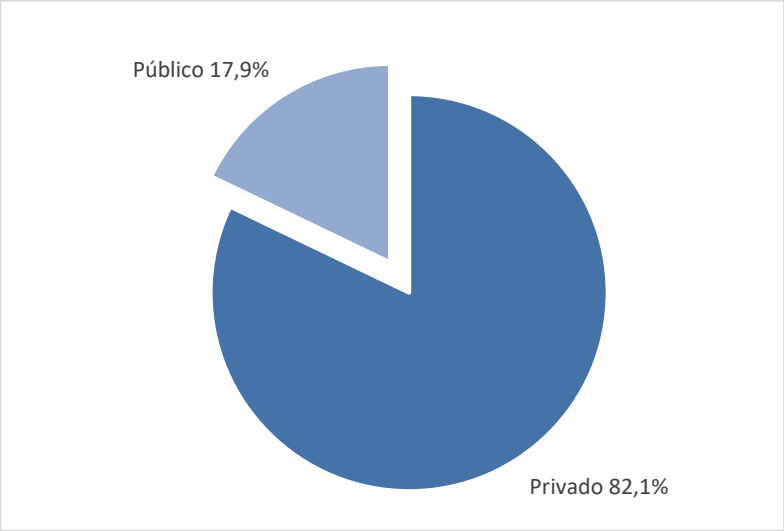
La siguiente tabla da cuenta de la evolución de la cobertura, en tanto número de personas atendidas por el Programa, según año durante el período 2015 a 2018.

1.- Personas ingresadas al Programa por Año (2015-2018).

Año	Personas (RUT distintos)	Personas (Casos)
2015	429	432
2016	393	407
2017	414	416
2018	426	431

2.- Distribución de Personas ingresadas al Programa según Tipo de Centro.

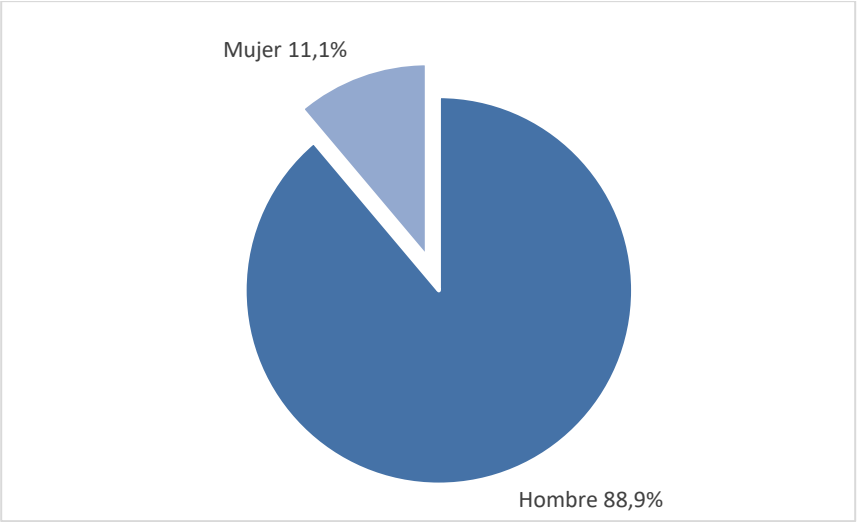
Tipo de centro	N	%
Privado	354	82,1
Público	77	17,9
Total	431	100



El número total de personas atendidas durante el año 2018 fue de 431, de las cuales el 82,1% se atendió en centros privados en convenio, mientras que el 17,9% lo hizo en establecimientos públicos.

3.- Porcentaje de Personas Ingresadas al Programa según sexo.

Sexo	N	%
Hombre	383	88,9
Mujer	48	11,1
Total	431	100



En relación a la distribución por sexo de las personas atendidas por el Programa, el mayor porcentaje se encuentra en hombres, con un 88,9%, el que corresponde a un total de 383 personas atendidas; mientras que el porcentaje de mujeres corresponde a un 11,1% del total de ingresos (48 personas).

4.- Distribución de Porcentajes según Tramo Etario.

Grupo etario	N	%
20-29	54	12,5
30-39	105	24,4
40-49	114	26,5
50-59	119	27,6
>60	39	9,1
Total	431	100

La distribución del total de la población atendida, según rango etario, indica que el mayor porcentaje se encuentra en el rango de 50-59 años de edad, con el 27,6%; lo sigue el rango 40-49 años (26,5%). El rango entre 20-29 años corresponde al 12,5% de las personas atendidas y los mayores de 60 años, corresponden al 9,1% del total.

5.- Distribución de personas ingresadas al Programa según Sexo y Tramo Etario.

Sexo	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
20-29	45	11,8	9	18,8	54	12,5
30-39	87	22,7	18	37,5	105	24,4
40-49	101	26,4	13	27,1	114	26,5
50-59	112	29,2	7	14,6	119	27,6
>60	38	9,9	1	2,1	39	9,1
Total	383	100	48	100	431	100

La tabla desagrega, según tramo etario, la distribución entre poblaciones. Se observa que el tramo etario en que se concentra la población de hombres atendidos corresponde al grupo entre 40 a 49 y 50 a 59 años de edad con más del 55% de personas, mientras que el mayor porcentaje de mujeres se ubica en el tramo entre los 30 y los 39 años, correspondiendo a una población más joven que la de varones.

6.- Distribución Nº Personas ingresadas al Programa según Etnia.

Personas por Etnia	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
Aimara	4	1,1	0	0,0	4	1,0
Colla	1	0,3	0	0,0	1	0,2
Mapuche	32	8,8	2	4,4	34	8,3
No pertenece	326	89,8	44	95,7	370	90,5
Total	363	100	46	100	409	100

Se observa que el mayor porcentaje de las personas en tratamiento refiere no pertenecer a ninguna etnia (90,5%); mientras el 8,3% del total atendido refiere pertenecer a etnia mapuche.

7.- Distribución Nº Personas ingresadas al Programa según Estado conyugal.

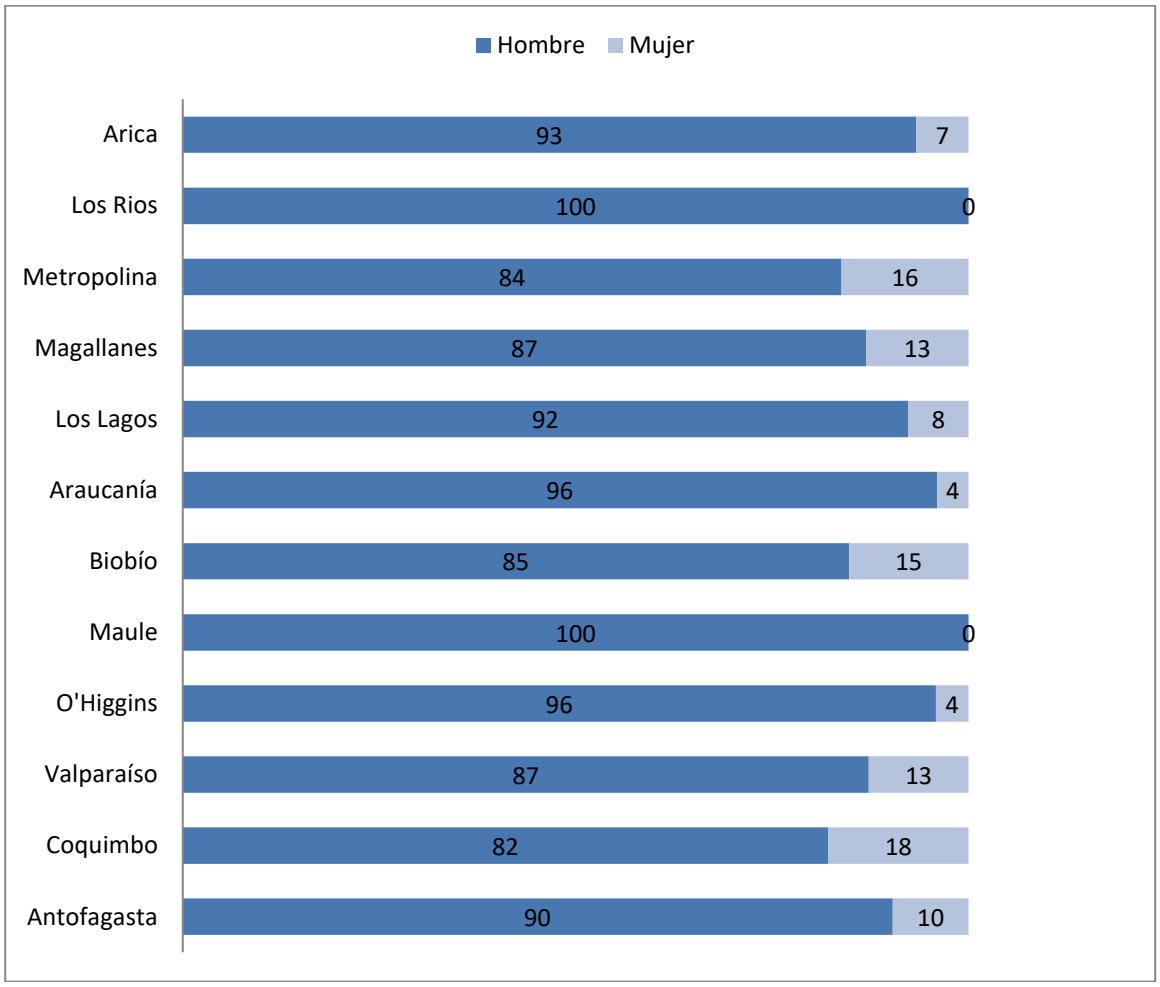
Estado conyugal	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
Anulado	1	0,3	0	0,0	1	0,2
Casado/a	58	15,1	7	14,6	65	15,1
Conviviente	4	1,0	1	2,1	5	1,2
Divorciado/a	17	4,4	4	8,3	21	4,9
Separado/a	33	8,6	6	12,5	39	9,1
Soltero/a	266	69,5	29	60,4	295	68,5
Viudo/a	4	1,0	1	2,1	5	1,2
Total	383	100	48	100	431	100

El mayor porcentaje de personas atendidas por el programa declara encontrarse soltera (68,5%), seguido por las variables casado/a (15,1%), separado/a (9,1%) y divorciado (4,9%). En términos porcentuales, no se encuentran brecha significativa entre sexos respecto de la variables consideradas.

8.- Distribución Nº Personas ingresadas al Programa según Región y según sexo.

Sexo y Región	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
Antofagasta	28	90,3	3	9,7	31	100
Coquimbo	23	82,1	5	17,9	28	100
Valparaíso	55	87,3	8	12,7	63	100
O'Higgins	23	95,8	1	4,2	24	100

Maule	17	100	0	0,0	17	100
Biobío	39	84,8	7	15,2	46	100
Araucanía	24	96,0	1	4,0	25	100
Los Lagos	24	92,3	2	7,7	26	100
Magallanes	20	87,0	3	13,0	23	100
Metropolitana	83	83,8	16	16,2	99	100
Los Ríos	19	100	0	0,0	19	100
Arica	28	93,3	2	6,7	30	100
Total	383	88,9	48	11,1	431	100



La mayoría de las personas en tratamiento están en la Región Metropolitana, pero hay que destacar que en esta región hay tres programas. La Región de Valparaíso cuenta con dos centros, mientras que las restantes cuentan con uno por región. Se observa una predominancia significativa de usuarios hombres en el Programa en todas las regiones en que este se ejecuta, destacándose el caso de la región del Maule donde no existen mujeres ingresadas.

9.- Distribución de Nº Personas ingresadas al Programa según Escolaridad y Sexo.

Sexo y Educación	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
Básica incompleta	55	14,4	6	12,5	61	14,2
Básica completa	85	22,2	15	31,3	100	23,2
Media incompleta	119	31,1	10	20,8	129	29,9
Media completa	69	18,0	10	20,8	79	18,3
Técnica incompleta	10	2,6	2	4,2	12	2,8
Técnica completa	13	3,4	2	4,2	15	3,5
Universitaria incompleta	16	4,2	1	2,1	17	3,9
Universitaria completa o más	5	1,3	1	2,1	6	1,4
Sin estudios	11	2,9	1	2,1	12	2,8
Total	383	100	48	100	431	100

Del total de personas atendidas, se observa que las categorías básica completa y media incompleta alcanzan más de la mitad del total (53,1%). Un 14,2% corresponde a las personas que declaran tener enseñanza básica incompleta, mientras que aquellas con enseñanza media completa alcanzan un 18,3%. Sólo el 1,4% declara tener estudios universitarios completos o más y el 2,8% del total se declara sin estudios.

10.- Distribución de Nº Personas ingresadas al Programa según Condición Ocupacional y Sexo.

Sexo y condición laboral	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
Cesante	177	46,2	22	45,8	199	46,2
Estudiando sin trabajar	4	1,0	0	0,0	4	0,9
Incapacitado permanente para trabajar	1	0,3	0	0,0	1	0,2
No busca trabajo	16	4,2	2	4,2	18	4,2
Otra razón	7	1,8	3	6,3	10	2,3
Pensionado o jubilado sin trabajar	14	3,7	1	2,1	15	3,5
Sin actividad	47	12,3	15	31,3	62	14,4
Trabajando actualmente	117	30,6	5	10,4	122	28,3
Total	383	100	48	100	431	100

Respecto de la Condición Ocupacional por Sexo, se observa que el mayor porcentaje de las personas ingresadas al Programa declara encontrarse Cesante (46,2%), seguido por la condición de Trabajando Actualmente (28,3%) y Sin Actividad (14,4%). Sólo un 0,2% del total se encontraría Incapacitado para trabajar; un 0,9% estudiando y un 3,5% pensionado o jubilado sin trabajar.

11.- Distribución de Nº Personas ingresadas al Programa según las Personas con quien Vive.

Sexo y con quié vive	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
Con amigos	41	10,7	2	4,2	43	10,0
Otros	16	4,2	1	2,1	17	3,9
Solo	303	79,1	21	43,8	324	75,2
Únicamente con hijos	1	0,3	1	2,1	2	0,5
Únicamente con la pareja e hijos	1	0,3	2	4,2	3	0,7
Únicamente con pareja	21	5,5	21	43,8	42	9,7
Total	383	100	48	100	431	100

Del total general, la mayoría de las personas (72,2%) declaran vivir solas. Al observar el dato según sexo, se identifica una diferencia significativa entre porcentajes; mientras casi el 80% de los hombres vive solo, el 43,8% de las mujeres se encuentra en esta condición. También se observan diferencias porcentuales significativas respecto de las personas que declaran vivir únicamente con la pareja; mientras en el caso de los hombres se identifica un 5,5% del total, el porcentaje de mujeres en esta situación asciende al 43,8%.

12.- Distribución de Nº Personas ingresadas al Programa según Lugar donde duerme y según sexo.

Sexo y lugar donde duerme	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
Privados	39	10,2	3	6,3	42	9,7
Públicos Apropiados	22	5,7	4	8,3	26	6,0
Públicos de Uso Común	110	28,7	21	43,8	131	30,4
Servicios Específicos	212	55,4	20	41,7	232	53,8
Total	383	100	48	100	431	100

La mayoría de las personas (53,8%) reporta como lugar de residencia la alternativa Servicios Específicos, que corresponde a aquellos establecimientos dispuestos para dar acogida de forma temporal a personas que se encuentran en situación de calle (Hospederías, Albergues, etc.). Ahora bien, el 30,4% del total de personas ingresadas al programa declara pernoctar en lugares Públicos de Uso Común, encontrándose porcentajes distintos entre hombres y mujeres: 28,7% de hombres y 43,8% del total de mujeres.

13.- Distribución de Nº Personas ingresadas al Programa según Lugar donde duerme.

Lugar	N	%
Albergues	25	5,8
Borde línea del tren	1	0,2
Caleta	2	0,5
Calles, plazas, parques, playas	125	29,0
Casas de acogida	7	1,6

Centros comerciales	1	0,2
Empresas	1	0,2
Hospederías comerciales	6	1,4
Hospederías solidarias	194	45,0
Postas y Hospitales	6	1,4
Propiedad privada en general	40	9,3
Ruco	18	4,2
Sitio eriazo	5	1,2
Total	431	100

El mayor porcentaje de personas atendidas por el programa permanece durante la noche en Hospederías solidarias (45%), mientras Calles, plazas, parques o playas se constituyen en el segundo lugar más frecuente para dormir (29%) según el total general de las personas ingresadas al Programa.

14.- Distribución de Nº Personas ingresadas al Programa según Años en Situación de Calle y según Sexo.

Años en calle	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
0	64	16,7	4	8,3	68	15,8
1	67	17,5	9	18,8	76	17,6
2	32	8,4	11	22,9	43	10,0
3	36	9,4	4	8,3	40	9,3
4	16	4,2	4	8,3	20	4,6
5	32	8,4	0	0,0	32	7,4
6	17	4,4	1	2,1	18	4,2
7	10	2,6	2	4,2	12	2,8
8	11	2,9	0	0,0	11	2,6
9	3	0,8	3	6,3	6	1,4
10	19	5,0	1	2,1	20	4,6
11	76	19,8	9	18,8	85	19,7
Total	383	100	48	100	431	100

En esta categoría, se observa que el mayor porcentaje (33,4%), corresponde al grupo de personas que presentan uno o menos años en situación de calle. En el otro extremo se encuentra el segundo grupo más numeroso que refiere encontrarse en situación de calle por once años o más, correspondiendo al 19,7% del total. En este último grupo, predomina porcentualmente la población masculina, sin diferencia significativa con las mujeres.

15.- Distribución del N° de Personas ingresadas al Programa según Sustancia Principal de Consumo al Ingreso a Tratamiento.

Sustancia_Principal		N	%	N	%
Estimulantes Cocaína				175	40,6
	Pasta Base	160	37,1		
	Cocaína	15	3,5		
Alcohol				248	57,5
	Alcohol	248	57,5		
Marihuana				7	1,6
	Marihuana	7	1,6		
Inhalables: neopren GHB óxido nitroso				1	0,2
	Inhalables: neopren GHB óxido nitroso	1	0,2		
Total				431	100

La sustancia que presenta mayor consumo en la población en situación de calle es el Alcohol con un 57,5%, seguida de Pasta Base de Cocaína con 37,1%, llegando entre ambas a representar casi el 95% de sustancias consumidas.

16.- Distribución de Nº Personas ingresadas al Programa según Sustancia Principal de Consumo al Ingreso y según sexo.

Sexo y sustancia principal	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
Alcohol	230	60,1	18	37,5	248	57,5
Cocaína	12	3,1	3	6,25	15	3,5
Inhalables: neopren, GHB, óxido nitroso	1	0,3	0	0	1	0,2
Marihuana	4	1,0	3	6,25	7	1,6
Pasta Base	136	35,5	24	50	160	37,1
Total	383	100	48	100	431	100

La tabla da cuenta de diferencias por sexo en relación a la sustancia de consumo principal, apareciendo el Alcohol como la principal droga para los hombres con un 60,1% en relación a las demás, a diferencia de las mujeres que presentan como sustancia principal al ingreso Pasta Base de Cocaína, representando un 50% del total.

17.- Distribución de Nº Personas ingresadas al Programa según Sustancia Principal de Consumo al Ingreso por Grupo Etario.

Edad y sustancia principal	18-29		30-39		40-49		50-59		>60		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Alcohol	12	25,0	38	36,2	67	58,8	93	78,2	35	89,7	245	57,7
Cocaína	3	6,3	5	4,8	5	4,4	2	1,7	0	0,0	15	3,5
Inhalables: neopren, GHB, óxido nitroso	0	0,0	1	1,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,2
Marihuana	1	2,1	3	2,9	1	0,9	1	0,8	0	0,0	6	1,4
Pasta Base	32	66,7	58	55,2	41	36,0	23	19,3	4	10,3	158	37,2
Total	48	100,0	105	100,0	114	100,0	119	100,0	39	100,0	425	100,0

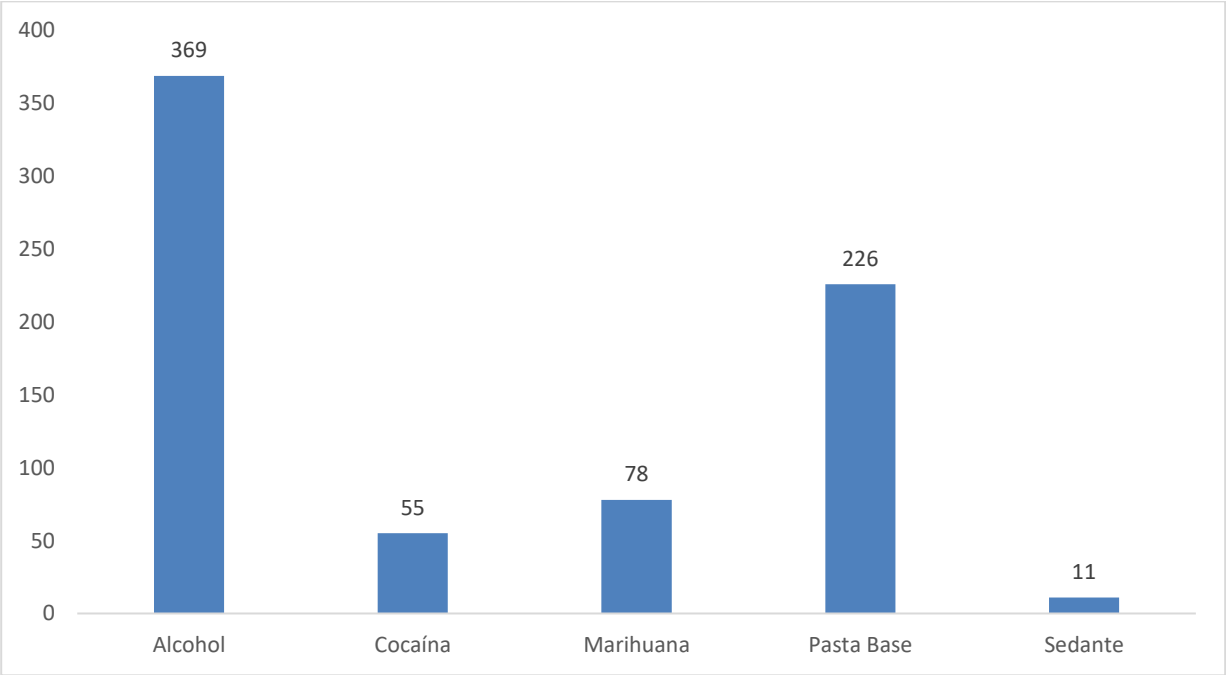
En esta tabla se observa que el consumo de alcohol se presenta principalmente en personas de mayores de 60 años de edad (89,7%). Por otra parte, el consumo de pasta base se centra fundamentalmente en los más jóvenes, apareciendo con mayor frecuencia en el rango entre los 18 a 39 años de edad.

18.- Distribución de Nº Personas según Sustancia Principal y Región.

Región y sustancia principal	Alcohol		Cocaina		Marihuana		Pasta Base	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Antofagasta	10	4,0	0	0	0	0,0	21	13,1
Coquimbo	20	8,1	0	0	1	14,3	7	4,4
Valparaíso	34	13,7	3	20	0	0,0	26	16,3
O'Higgins	12	4,8	0	0	0	0,0	12	7,5
Maule	14	5,7	0	0	0	0,0	3	1,9
Biobío	17	6,9	1	6,67	0	0,0	27	16,9
Araucanía	22	8,9	0	0	3	42,9	0	0,0
Los Lagos	24	9,7	0	0	1	14,3	1	0,6
Magallanes	23	9,3	0	0	0	0,0	0	0,0
Metropolitana	41	16,5	9	60	0	0,0	49	30,6
Los Ríos	19	8	0	0	0	0	0	0
Arica	12	5	2	13	2	29	14	9
Total	248	100	15	100	7	100	160	100

Según la distribución de porcentajes por sustancia, el alcohol resulta en un número mayor de casos identificado como sustancia principal. Sumado a esto, la Región Metropolitana presenta el mayor porcentaje de usuarios que reportan el alcohol como sustancia principal al ingreso a tratamiento, con un 16,5% del total respecto de esta sustancia, seguido por la región de Valparaíso (13,7%). Del mismo modo sucede en relación con Pasta Base y Cocaína, situándose la región Metropolitana con los mayores porcentajes de personas que refieren estas sustancias como sustancia principal al ingreso a tratamiento. Cabe destacar que, en el caso de esta región, existen 3 programas de tratamiento

19.- Distribución de Nº Personas ingresadas al Programa según Sustancia Problemática.



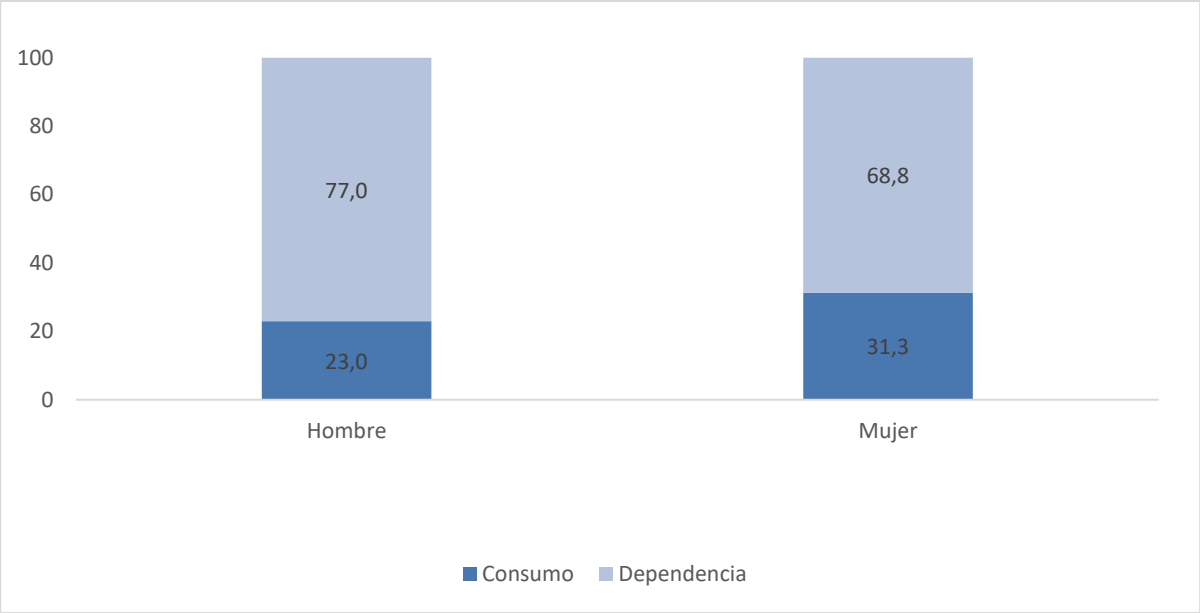
En términos generales, se observa que el Alcohol es reportado como la Sustancia Problemática que concentra el mayor porcentaje de personas ingresadas a tratamiento (85,6%); seguido de Pasta Base de Cocaína (52,4%) y marihuana (18,1%).

20.- Distribución de Nº Personas según Frecuencia de Consumo y sexo.

Frecuencia de consumo	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
1 días - semana	6	1,6	4	8,3	10	2,3
2-3 días - semana	61	15,9	8	16,7	69	16,0
4-6 días - semana	62	16,2	6	12,5	68	15,8
Desconocida	7	1,8	1	2,1	8	1,9
Menos de 1 día - semana	4	1,0	0	0,0	4	0,9
No consumió	2	0,5	2	4,2	4	0,9
Todos los días	241	62,9	27	56,3	268	62,2
Total	383	100	48	100	431	100

Se observa que la gran mayoría de las personas al ingreso a tratamiento declara consumir en forma diaria (62,2%), seguido del grupo que declara consumir entre 2 a 3 días de la semana (16%).

21.- Distribución de personas ingresadas al Programa según Diagnóstico de Consumo de Sustancia al Ingreso y según Sexo.



La tabla anterior y gráfico correspondiente, muestran que de las personas ingresadas al programa el mayor porcentaje cuenta con diagnóstico de dependencia, correspondiendo al 76,1% del total. Se observan distribuciones porcentuales con diferencias significativas entre hombres y mujeres (77% y 68,8%, respectivamente)

22.- Distribución de personas ingresadas al Programa según presencia de Comorbilidad al Ingreso y según Sexo.

Comorbilidad	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
En estudio	9	2,4	3	6,3	12	2,8
Sin trastorno	120	31,3	10	20,8	130	30,2
Con trastorno	254	66,3	35	72,9	289	67,1
Total	383	100	48	100	431	100

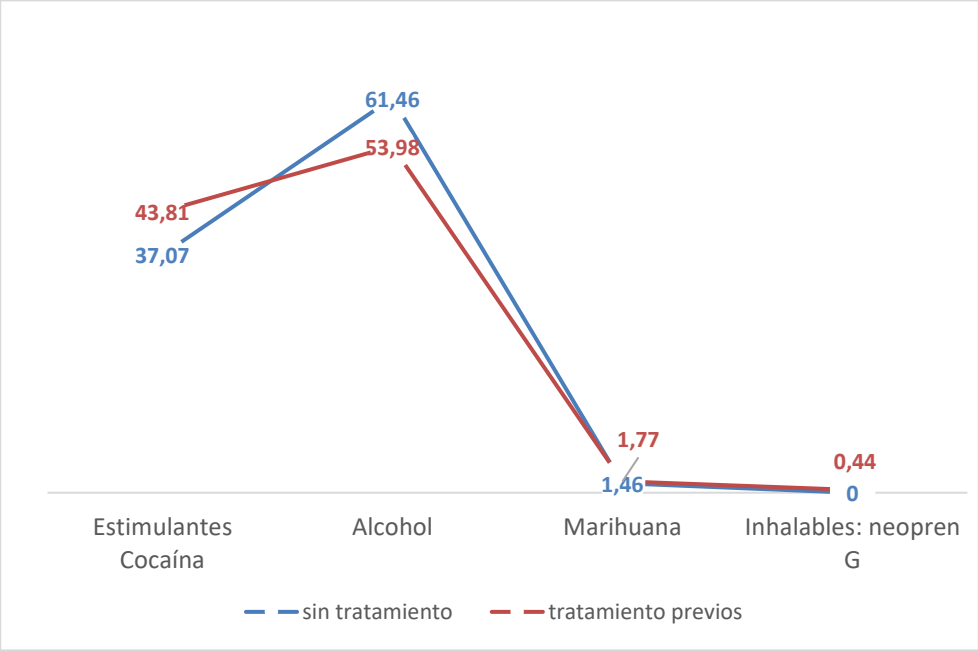
Respecto de la presencia de comorbilidad psiquiátrica, el 67,1% de las personas ingresadas al Programa presentarían algún otro trastorno de salud, superando en porcentaje las mujeres (72,9%) a los hombres (66,3%). Un 30,2% del total de personas no presentaría esta condición al ingreso. Ahora bien, un 2,8% del total de personas ingresadas al Programa se encontraría en estudio.

23.- Distribución de personas ingresadas a Tratamiento según Tipo de Trastorno de Salud Mental al Ingreso y según Sexo.

Trastorno	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
Esquizofrenia, trastorno esquizotípico	9	3,5	0	0,0	9	3,1
Retraso Mental	2	0,8	1	2,9	3	1,0
Trastornos de la conducta alimentaria	1	0,4	0	0,0	1	0,4
Trastornos de la personalidad	95	37,4	17	48,6	112	38,8
Trastornos de los hábitos	20	7,9	0	0,0	20	6,9
Trastornos del Desarrollo Psicológico	1	0,4	0	0,0	1	0,4
Trastornos del comportamiento asociados	4	1,6	0	0,0	4	1,4
Trastornos del humor (afectivos).	61	24,0	3	8,6	64	22,2
Trastornos mentales orgánicos	14	5,5	2	5,7	16	5,5
Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones	37	14,6	9	25,7	46	15,9
Trs. del comportamiento y de las emociones	10	3,9	3	8,6	13	4,5
Total	254	100	35	100	289	100

La tabla detalla el tipo de trastorno de salud mental co-ocurrente al consumo problemático de alcohol y otras drogas según sexo. En términos generales, se observa una mayor prevalencia de Trastornos de la Personalidad y del Comportamiento del Adulto en la población ingresada al Programa (38,8%), siendo comparativamente superior el porcentaje de mujeres (48,6%) que el de hombres (37,4%). Sin embargo, los hombres presentan mayor ocurrencia de trastornos del humor, con 24% por sobre el 8,6% de las mujeres.

38.- Total de Personas con Sustancia Principal de Consumo según Tratamientos Previos.



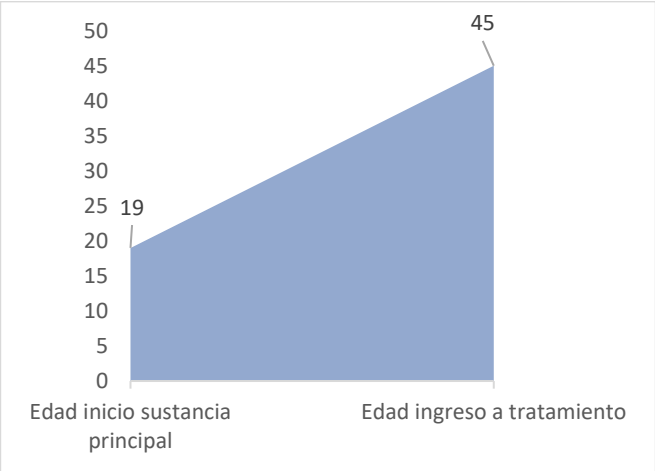
Este gráfico muestra el total de personas que ingresan a centros considerando experiencias previas de intervención. De aquellas personas que ingresan sin tratamientos previos, el alcohol se mantiene como la droga más consumida, con un 61,4%, seguida de los estimulantes con un 37%. Esto se repite en el caso de aquellas personas con tratamientos anteriores; sin embargo, acá la brecha es menor, con un 53,9% y un 43,8% para alcohol y estimulantes, respectivamente

24.- Distribución de N° de Personas por Número de Tratamientos Anteriormente Recibidos

Fecha del último tratamiento	Personas atendidas	
	N	%
1 a 2 años	61	26,8
3 a 4 años	36	15,8
5 o más años	51	22,4
No Corresponde	3	1,3
último 12 meses	33	14,5
último 6 meses	44	19,3
Total	228	100

El 26,8% de las personas ingresadas al Programa refiere haber realizado un tratamiento anterior al actual, dentro de los últimos 1 a 2 años. Se observa que, en el segundo grupo, según porcentaje, se encuentran las personas que refieren haber realizado tratamiento hace 5 o más años.

37.- Edad Promedio de Inicio de Consumo de Sustancia Principal y Edad de Ingreso a Tratamiento por Primera vez.



En relación con el tiempo que pasa entre el inicio del consumo hasta cuando la persona se decide a pedir ayuda o ingresar a tratamiento por primera vez, se observa que la brecha es bastante alta. La edad promedio de inicio para el consumo es de 19 años, mientras que la misma para el ingreso a tratamiento es de 45 años. Esto sugiere un daño asociado al consumo mucho mayor, considerando el tiempo total de involucramiento con las drogas hasta que obtienen su primer tratamiento.

25.- Distribución de Personas ingresadas al Programa según Origen de Ingreso.

Origen de ingreso		
	N	%
Consulta Espontánea	143	33,2
Establecimiento de APS	2	0,5
Otro Centro de Tratamiento Drogas	8	1,9
Otro Programa de Ingreso Ético Familiar	24	5,6
Otros Servicios Sociales (ONG, Fundaciones)	50	11,6
Otros de la Red de Salud General Pública	3	0,7
Otros, especificar	8	1,9
Previene	4	0,9
Programa Calle, Ministerio de Desarrollo	187	43,4
Sector Justicia	2	0,5
Total	431	100

Se observa que la principal vía de ingreso al programa corresponde a las derivaciones realizadas por el Ministerio de Desarrollo Social (MDS) a través del Programa Calle, correspondiendo a un 43,4% del total, lo que resulta coherente con los lineamientos técnicos del Programa. En segundo lugar, se encuentra la Consulta Espontánea (33,2%), seguido de las derivaciones realizadas por Otros Servicios Sociales (11,6%).

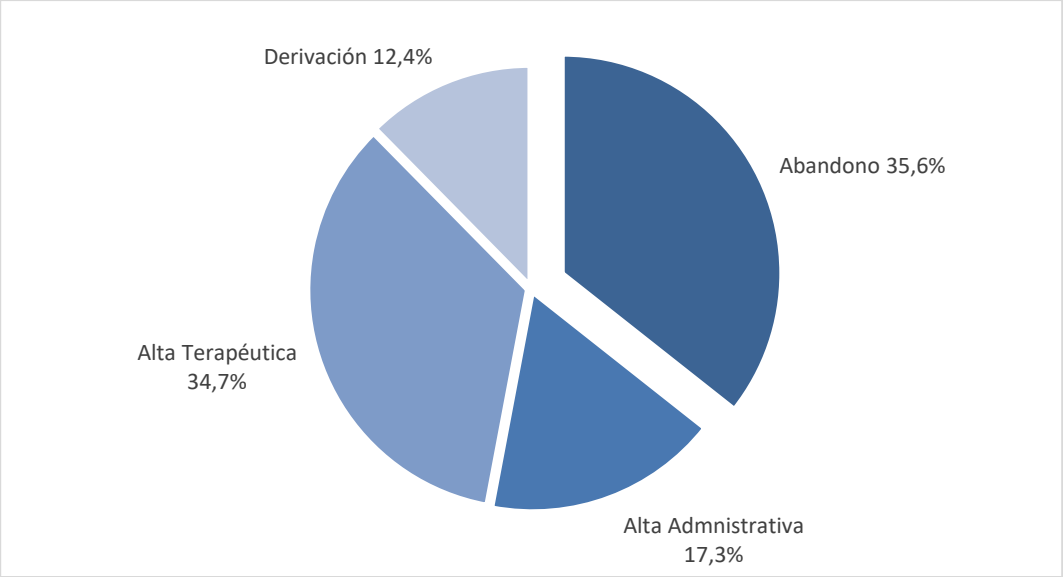
26.- Porcentaje de Personas según Compromiso Biopsicosocial y según Sexo.

Compromiso	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
Leve	13	3,5	0	0,0	13	3,1
Moderado	166	44,2	19	40,4	185	43,7
Severo	197	52,4	28	59,6	225	53,2
Total	376	100	47	100	423	100

El mayor porcentaje corresponde a usuarios/as con compromiso biopsicosocial severo, con un 53,2%, seguido de compromiso biopsicosocial moderado (43,7%). Lo anterior supone desafíos importantes para el Programa, particularmente respecto del abordaje integral de las múltiples necesidades que presentan las personas que se encuentran que presentan consumo problemático de sustancias y se encuentran en situación de calle.

27.- Porcentaje de Personas Egresadas del Programa según Motivo de Egreso.

Motivo de Egreso	N	%
Abandono	72	35,6
Alta Administrativa	35	17,3
Alta Terapéutica	70	34,7
Derivación	25	12,4
Total	202	100



De un total de 202 personas egresadas de los programas en 2017, se observa que el mayor porcentaje según Tipo de Egreso corresponde a Abandono, con un 35,6%, seguido muy de cerca de las Altas Terapéuticas, con un 34,7%. El Alta Administrativa se presenta con un porcentaje alto (17,3%), por lo que se hace necesario profundizar en la conceptualización y razones técnicas que motivan este tipo de egreso en particular.

Al desagregar los datos, según la variable sexo, se obtiene lo siguiente:

28.- Porcentaje de Personas Egresadas del Programa según Motivo de Egreso y según Sexo.

Motivo de egreso/sexo	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
Abandono	62	34,3	10	47,6	72	35,6
Alta Administrativa	32	17,7	3	14,3	35	17,3
Alta Terapia	65	35,9	5	23,8	70	34,7
Derivación	22	12,2	3	14,3	25	12,4
Total	181	100	21	100	202	100

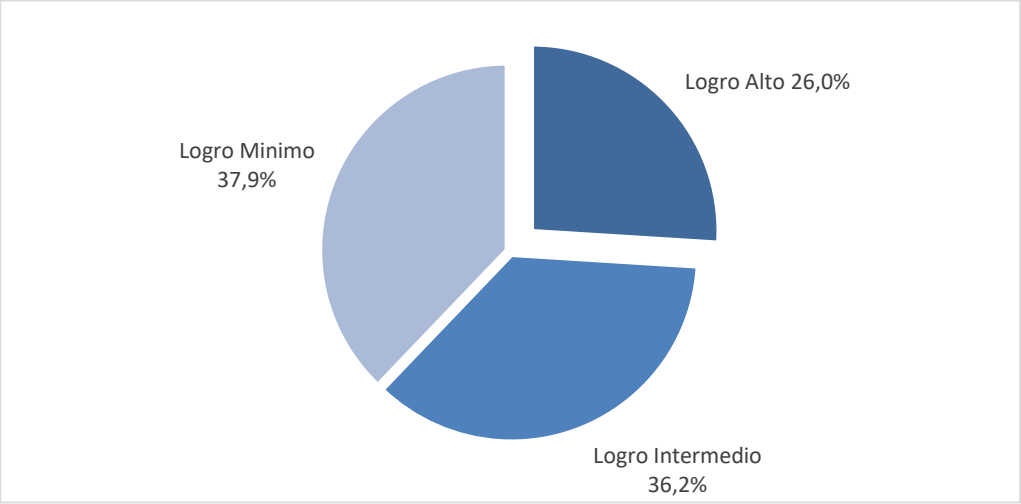
Respecto de la distribución porcentual según sexo y motivo de egreso Abandono, se observan porcentajes muy distintos entre hombres (34,3%) y mujeres (47,6%). También en relación con el

segundo motivo de egreso, Alta Terapéutica, donde el porcentaje de hombres que egresan con este motivo es más alto que el de mujeres (35,9% y 23,8%, respectivamente).

En adelante los gráficos y tablas muestran los logros terapéuticos alcanzados por las personas al momento de egresar del 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.

29.- Distribución de Personas según Logro Terapéutico al Egreso.

Logro	N	%
Logro Alto	46	26,0
Logro Intermedio	64	36,2
Logro Minimo	67	37,9
Total	177	100



Según la tabla, desagregando el nivel de logro, se observa que el mayor numero de personas es egresada del Programa con Logro Mínimo (37,9%), seguida del Logro Intermedio (36,2%) y Logro Alto (26%).

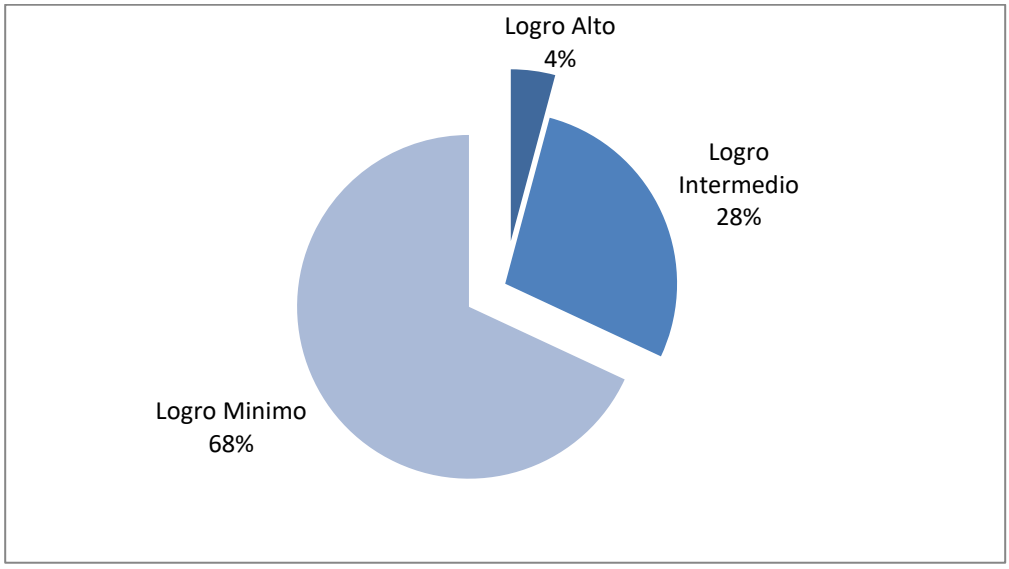
30.- Distribución de Personas según Logro Terapéutico al Egreso y según Sexo.

Logro/sexo	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
Logro Alto	41	25,8	5	27,8	46	26,0
Logro Intermedio	58	36,5	6	33,3	64	36,2
Logro Minimo	60	37,7	7	38,9	67	37,9
Total	159	100	18	100	177	100

Como en la tabla anterior, se observa que del total de personas que egresaron de tratamiento el año 2017, el 26% es egresado con una evaluación de logro terapéutico Alto. Luego, sobre el 50% alcanzó resultados terapéuticos de intermedio a alto. Sin embargo, se observa un porcentaje similar de personas egresadas con logro mínimo, siendo levemente mayor el porcentaje de mujeres (38,9%) que el de hombres (37,7%) evaluados en esta categoría.

31.- Distribución de Personas según Logro Terapéutico al Egreso por Abandono.

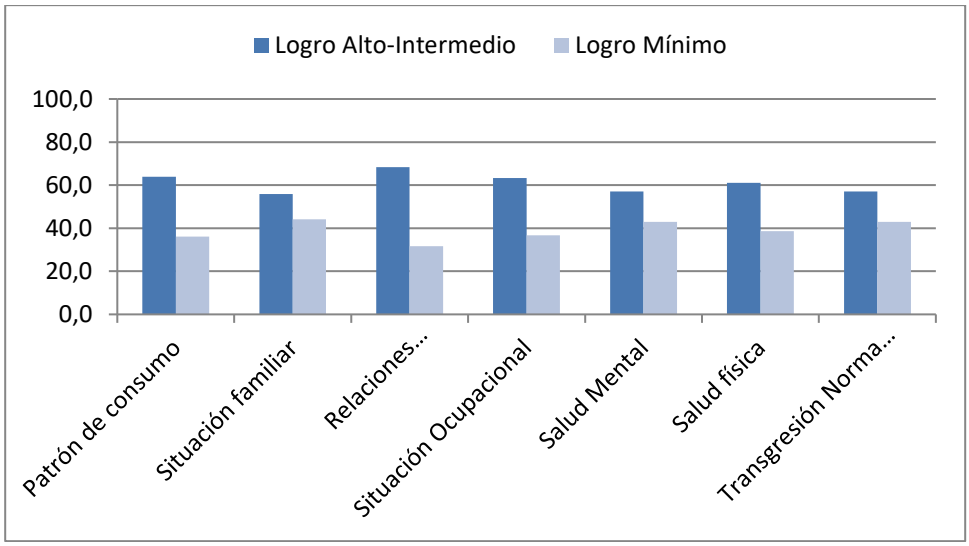
Logro solo por abandono	N	%
Logro Alto	3	4,2
Logro Intermedio	20	27,8
Logro Minimo	49	68,1
Total	72	100



Respecto de la evaluación del logro terapéutico al egreso del tratamiento bajo la categoría Abandono, se observa que el 68% de las personas egresadas presentan evaluación de logro mínimo, mientras que el logro intermedio alcanza un 28%.

32.- Distribución Porcentual de Personas según Logro Terapéutico al Egreso y Dimensión de Intervención.

Logros	Patrón de consumo		Situación familiar		Relaciones		Situación Ocupacional		Salud Mental		Salud física		Transgresión Norma	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Logro Alto	49	27,7	44	24,9	46	26,0	50	28,3	44	24,9	52	29,4	56	31,6
Logro Intermedio	64	36,2	55	31,1	75	42,4	62	35,0	57	32,2	56	31,6	45	25,4
Logro Mínimo	64	36,2	78	44,1	56	31,6	65	36,7	76	42,9	69	38,7	76	42,9



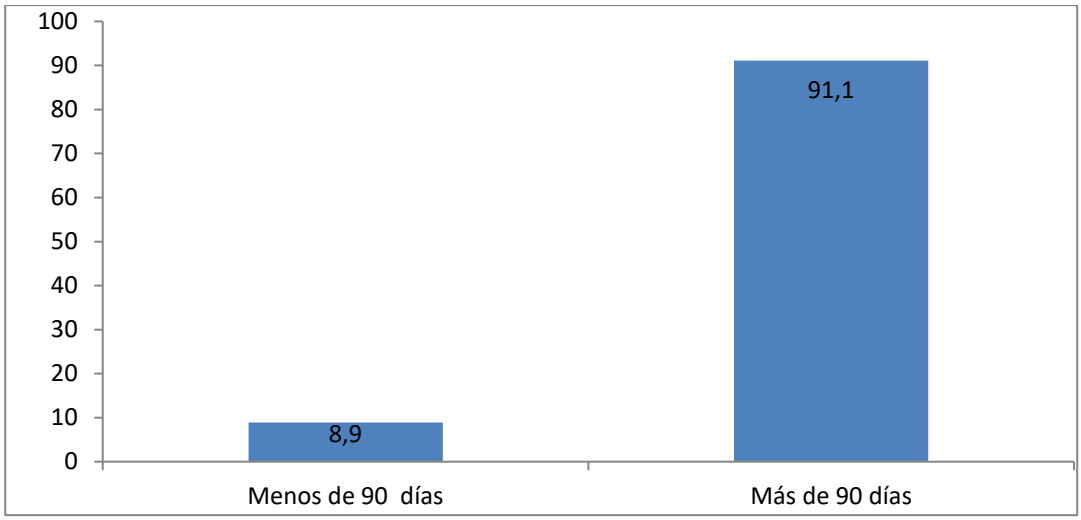
En general, y si se agrupan los logros de la categoría intermedio y alto, se observa una mayor proporción de éstos en las personas que egresan de los programas en cualquiera de sus modalidades. Sin embargo, los porcentajes correspondientes al logro mínimo también son altos, lo que hace necesario observar con mayor profundidad los tiempos de permanencia y los objetivos que se alcanzan o no en los procesos terapéuticos.

A continuación, se presenta tabla desagregando resultados entre nivel de Logro Terapéutico Alto, Logro Intermedio y Logro Mínimo al Egreso y Dimensión de Intervención Evaluada.

Logros	Patrón de consumo		Situación familiar		Relaciones		Situación Ocupacional		Salud Mental		Salud física		Transgresión Norma	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Logro Alto-Intermedio	113	63,8	99	55,9	121	68,4	112	63,3	101	57,1	108	61,0	101	57,1
Logro Mínimo	64	36,2	78	44,1	56	31,6	65	36,7	76	42,9	69	38,7	76	42,9
Total	177	100,0	177	100,0	177	100,0	177	100,0	177	100,0	177	99,7	177	100,0

33.- Distribución del Número de personas ingresadas a tratamiento según Tiempo de Permanencia en el Programa.

Tiempo de permanencia	N	%
Menos de 90 días	18	8,9
Más de 90 días	184	91,1
Total	202	100



Se observa una diferencia porcentual significativa entre las personas usuarias del programa que permanecen por más de 3 meses en tratamiento (91,1%) y el porcentaje de personas que permanece menos del tiempo señalado (8,9%).

34.- Promedio de Tiempo de Permanencia (meses) al Egreso según tramo Etario.

Variable	Obs	Mean	mediana
18-29	24	10,8	8,4
30-39	45	11,2	9,7
40-49	49	12,7	9,9
50-59	43	15,4	11,5
60-69	16	19,5	15,6

Se observa que las personas que se ubican en los tramos etarios mayores, presentan un mayor tiempo promedio de permanencia en el Programa. Así, las personas cuyas edades fluctúan entre los 60 y 69 años de edad presentan un promedio de 19,5 meses de permanencia en tratamiento y una mediana de 11,5 meses. Las personas con edades entre 50 y 59 años, presentan un promedio de 15,4 meses de permanencia y una mediana de 11,5 meses. La menor permanencia en el Programa se encuentra respecto del tramo etario entre 18 y 29 años de edad, con un promedio de 10,8 meses en tratamiento.

35.- Distribución del Número de personas egresadas de tratamiento según Promedio de Tiempo de Permanencia (meses) y Motivo del Egreso.

Motivo de egreso	N	promedio	mediana
Abandono	72	8,5	6,2
Alta Administrativa	35	12,7	9,9
Alta Terapéutica	70	18,6	17,2
Derivación	25	9,9	6,8

Se observa que el mayor promedio de meses de permanencia en el Programa, corresponde a aquellas personas egresadas por motivo de Alta Terapéutica (18,6 meses), seguido de Alta Administrativa (9,9

meses) y las Derivaciones (6,8 meses); mientras que las personas que son egresadas del Programa por motivos de Alta Administrativa alcanza un promedio de meses inferior a los anteriores (6,2 meses).

36.- Distribución del Número de personas egresadas de tratamiento según Logro Terapéutico y permanencia (meses).

Meses	N	Promedio	Mediana
Logro Alto	46	18,40	17,60
Logro Intermedio	64	14,30	11,70
Logro Minimo	67	8,80	6,20

La tabla da cuenta de la evaluación general del Logro Terapéutico respecto de personas egresadas del Programa en relación a la permanencia. Se observa una mayor concentración de personas egresadas evaluadas con Logro mínimo y el menor promedio de permanencia en el programa (8 meses), con una mediana de 6 meses. El logro intermedio, evaluado para un total de 64 personas, presenta un promedio de 14 meses en tratamiento, con una mediana de 11 meses; mientras que las personas evaluadas con Logro terapéutico Alto presentan el mayor promedio y mediana de meses en tratamiento (18 meses).

III.- Principales Resultados

Los resultados obtenidos y expuestos en el presente informe, revelan información valiosa respecto de las características generales que presentan las personas usuarias atendidas por el Programa, en tanto el análisis de los resultados permite la identificación de desafíos para la intervención.

Un importante desafío lo constituye el fortalecimiento del trabajo intersectorial, tanto en el espacio local, referido a la ejecución de los programas que realizan los equipos de técnicos y profesionales como en el nivel central. En este sentido y a partir de este trabajo colaborativo, se realizaron las respectivas Mesas nacionales y regionales que permitieron obtener insumos para la elaboración de las Orientaciones Técnicas del programa. Estas fueron presentadas a los equipos de tratamiento y equipos ejecutores de Calle MIDESO en la Jornada Nacional realizada el mes de diciembre, ocasión en la que se recabaron los últimos aportes por parte de este nivel. Su elaboración definitiva quedará lista durante el primer semestre del año 2019, ya que formarán parte además de las bases de licitación correspondientes al período 2020-2021.

En relación con los aspectos técnicos y resultados de los que da cuenta el informe, la mayoría de las personas, aun estando en tratamiento, continúan viviendo en calle, ya sea en los rucos que se habilitan ellos mismos o en hospederías (solución transitoria y a veces estacional). Este hecho puede resultar contraproducente para los objetivos que se plantean en un proceso de tratamiento, en la medida que la exposición a riesgos asociados al consumo tanto de ellos como de las personas que los rodean, pueda afectar negativamente los avances.

Lo anterior implica una serie de acciones a desarrollar por parte de los actores intervinientes, principalmente SENDA y MIDESO. Pero es imposible soslayar el aporte que deben efectuar otros sectores como Vivienda y Salud, en el marco de un trabajo complementario que brinde alternativas reales y concretas de techo definitivo y acceso al sistema de salud de forma más eficiente. MIDESO se encuentra elaborando metodologías que van a permitir la consecución de algunos logros relacionados con esto, por lo que se apoyará en este proceso en las Mesas nacionales.

Consecuente con la condición y perfil de las personas de este programa en tratamiento, el mayor porcentaje corresponde a usuarios/as con compromiso biopsicosocial severo, seguido de compromiso biopsicosocial moderado. A esto se le suma el alto porcentaje de personas con comorbilidad psiquiátrica asociada al consumo, lo que supone desafíos particularmente respecto del abordaje integral de las múltiples necesidades que presentan las personas en esta condición.

Otro aspecto importante a resaltar tiene que ver con los motivos de egreso del programa. El mayor porcentaje corresponde a Abandono, seguido de las Altas Terapéuticas, mientras los motivos Derivación y Alta Administrativa, se presentan en porcentajes idénticos. Pero haciendo la comparación con el año 2017, existe un aumento significativo en el número de Altas Terapéuticas, lo cual puede dar cuenta de un trabajo fortalecido en términos de adherencia y consecución de logros que se hace necesario mantener.

Se muestra el promedio de permanencia en meses de aquellas personas que obtuvieron Logros Intermedio y Alto, confirmando que quienes logran mantenerse por más tiempo en tratamiento, obtienen mayores niveles de logro terapéutico. Por el contrario, aquellos que permanecen menos tiempo obtienen Logros Mínimos. Resulta importante analizar la relación existente entre porcentaje de abandono y evaluación de Logro Terapéutico Mínimo a la luz del compromiso biopsicosocial que presentan las personas usuarias del programa y las estrategias de intervención del mismo.

Lo anterior, supone para el Programa, el desafío respecto de la implementación de estrategias que aumenten la adherencia y retención de las personas usuarias al tratamiento, que incorporen de forma activa y permanente la articulación intersectorial de equipos y el fortalecimiento de intervenciones específicas, centradas en las necesidades y recursos particulares de cada persona usuaria.

Por tanto, se mantienen los desafíos relacionados con el trabajo intersectorial a fortalecer con el Ministerio de Desarrollo Social, MIDESO. Se debe avanzar en la implementación de programas que puedan proveer soluciones de vivienda más estables a las personas en situación de calle, con el fin de sostener los logros que obtienen en los procesos de tratamiento. Al respecto, se hace necesario reforzar el trabajo coordinado con los programas que ya existen, pero también trabajar en la especificidad de los perfiles de los usuarios en tratamiento. Junto con esto, se espera avanzar en la firma de un convenio de colaboración que dé formalidad al trabajo y pueda comprometer los aportes de otros sectores, como Salud y Vivienda.