

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

**Informe Anual 2020  
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 2021**

## 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 2020.

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

### A. Cobertura

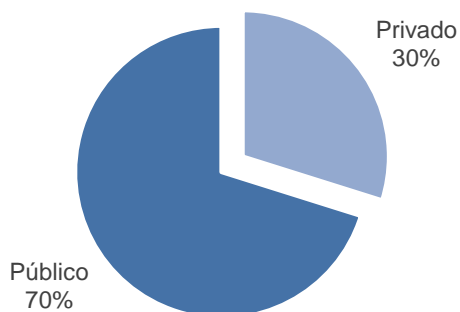
Para entender de mejor forma los datos relacionados al número de personas incluidas en este informe, cabe señalar que existen dos métodos para evaluar el número de personas atendidas en convenio. El primero es mostrar el número de personas diferentes, atendidas en el Convenio (13.749) es decir RUT distintos. El segundo es calcular el número de casos que se atendieron (14.581). 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
2018	17.907	19.312
2019	17.256	18.816
2020	13.749	14.581

El número total de personas (casos) atendidas durante el año 2020 fue de 14.581, de los cuales 166 casos fueron atendidos en programas destinados a población de Libertad Vigilada. Del total de casos atendidos el 46% (6.708) ingresó a tratamiento antes de ese año, y el 7% realizó más de un tratamiento durante el año 2020.

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



El 30% de los casos fue atendido en centros privados en convenio, mientras que el 70% lo hizo en establecimientos públicos.

En relación a la modalidad de atención el 86,9% estuvo en programas de tratamiento ambulatorios y el 13,1% 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 (87,2%) se atendió en centros con Programa para Población General (PG) y el 12,8% 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 2020 (88% y 12% respectivamente).

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

Tipo de Programa	Personas Atendidas	
	N	%
Programa Específico Mujeres	1.861	12.8
Programa Población General	12.720	87.2
Total	14.581	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 52,9%, seguido

de los ambulatorios básicos (PG PAB) con el 34%. En el Programa Específico Mujeres, en tanto, el 35,5% de las personas se atendieron en modalidad residencial y el 64,5% en ambulatorios intensivos.

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

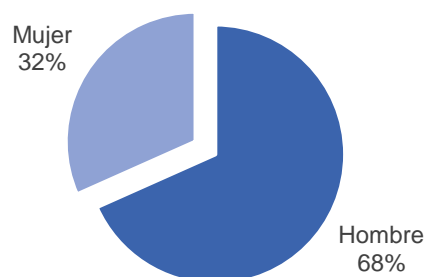
Tipo de Plan	Personas Atendidas	
	N	%
Ambulatorio Intensivo	6.729	52,9
Ambulatorio Básico	4.326	34
Residencial	1.665	13,1
Total	12.720	100

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

Tipo de Plan	Personas Atendidas	
	N	%
Ambulatorio Intensivo	1.201	64,5
Residencial	660	35,5
Total	1.861	100

## B. 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 (9.963) con el 68% y a mujeres el 31,7% (4.618). Del total de mujeres, el 59,9% pertenecen al Programa Población General y el 40,1% restante al

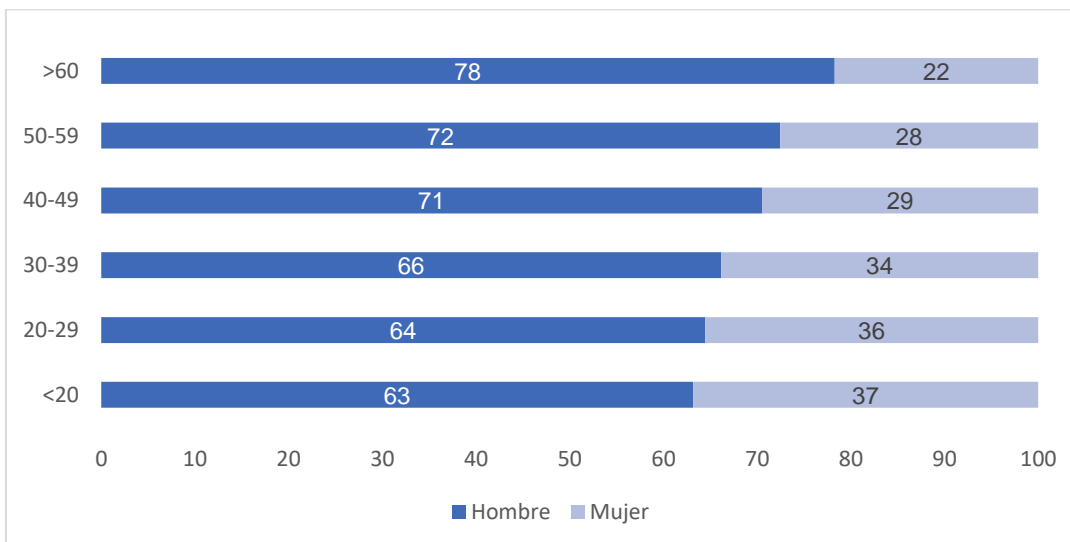
Programa Específico de Mujeres. Del total de casos atendidos en el programa específico de mujeres, 10 corresponden a personas de sexo Hombre, con orientación de género femenino.

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

Edad	Personas Atendidas	
	N	%
<20	152	1
20-29	3.208	22
30-39	4.809	33
40-49	3.629	24,9
50-59	2.033	13,9
>60	750	5,1
Total	14.581	100

La media y la mediana de edad de la población atendida es de 39 y 38 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 40 - 49 años con el 33% y 24,9% respectivamente, seguido por el grupo entre 20 - 29 años con el 22%.

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



En la distribución de las personas por región, se observa que el 44,5% se atendió en la RM, seguidas por las regiones de Bío Bío y Valparaíso, con un 7,6% y un 7,2% respectivamente.

**Tabla N°6: Distribución N° Personas por Región según Sexo.**

Región	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
Arica	244	2,5	90	2,0	334	2,3
Tarapacá	231	2,3	110	2,4	341	2,3
Antofagasta	392	3,9	178	3,9	570	3,9
Atacama	306	3,1	160	3,5	466	3,2
Coquimbo	381	3,8	180	3,9	561	3,9
Valparaíso	676	6,8	379	8,2	1.055	7,2
Metropolitana	4.298	43,1	2.193	47,5	6.491	44,5
O'Higgins	560	5,6	255	5,5	815	5,6
Maule	648	6,5	214	4,6	862	5,9
Ñuble	111	1,1	37	0,8	148	1,0
Biobío	809	8,1	302	6,5	1.111	7,6
Araucanía	317	3,2	101	2,2	418	2,9
Los Ríos	197	2,0	105	2,3	302	2,1
Los Lagos	447	4,5	181	3,9	628	4,3
Aysén	183	1,8	75	1,6	258	1,8
Magallanes	163	1,6	58	1,3	221	1,5
Total	9.963	100	4.618	100	14.581	100

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

Etnia	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
Aimara	72	0,8	25	0,6	97	0,7
Alacalufe	21	0,2	12	0,3	33	0,2
Atacameño	17	0,2	6	0,1	23	0,2
Colla	9	0,1	5	0,1	14	0,1
Diaguitas	34	0,4	15	0,4	49	0,4
Mapuche	471	5,1	203	4,7	674	5
No pertenece	8.577	93,0	4.031	93,5	12.608	93,1
Quechua	6	0,1	4	0,1	10	0,1
Rapa Nui	18	0,2	12	0,3	30	0,2
Total	9.225	100	4.313	100	13.538	100

La mayoría de las personas atendidas el 2020 (93%) refiere no pertenecer a ninguna etnia. Entre el porcentaje restante de personas, la etnia mapuche es la más frecuente, con 5%, seguida por la aimara con un 0,7%. Del total de personas pertenecientes a la etnia mapuche, el 32% se encuentra en la región metropolitana, seguido de la región de la Araucanía y los Lagos con un 10,4% y 16,8% respectivamente.

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

Estado civil	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
Anulado/a	2	0,0	5	0,1	7	0,1
Casado/a	1.827	18,3	646	14,0	2.473	17,0
Conviviente/a	1.178	11,8	665	14,4	1.843	12,6
Divorciado/a	305	3,1	172	3,7	477	3,3
No contesta	20	0,2	10	0,2	30	0,2
Separado/a	828	8,3	396	8,6	1.224	8,4
Soltero/a	5.684	57,1	2.602	56,3	8.286	56,8
Viudo/a	101	1,0	114	2,5	215	1,5
Conviviente Civil	18	0,2	8	0,2	26	0,2
Total	9.963	100	4.618	100	14.581	100

El estado de soltería es el que presenta una mayor frecuencia entre las personas usuarias (56,8%); seguido de un 17% por personas casadas al momento de ingresar a tratamiento. Y en tercer lugar el estado de convivencia con un 12,6%.



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

Escolaridad	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
Básica Completa	1.071	10,8	531	11,5	1.602	11,0
Básica Incompleta	1.065	10,7	590	12,8	1.655	11,4
Media Completa	3.773	37,9	1.555	33,7	5.328	36,5
Media Incompleta	1.799	18,1	870	18,8	2.669	18,3
Técnica Completa	782	7,9	403	8,7	1.185	8,1
Técnica Incompleta	374	3,8	199	4,3	573	3,9
Universitaria Completa o Más	444	4,5	188	4,1	632	4,3
Universitaria Incompleta	582	5,8	246	5,3	828	5,7
No Sabe o No Se Aplica	42	0,4	29	0,6	71	0,5
Sin Estudios	31	0,3	7	0,2	38	0,3
<b>Total</b>	<b>9.963</b>	<b>100</b>	<b>4.618</b>	<b>100</b>	<b>14.581</b>	<b>100</b>

En relación al nivel de escolaridad alcanzado por la población atendida el año 2020, el 40,6% no ha finalizado la Enseñanza Media al ingresar a tratamiento (43,1% mujeres y 39,5% 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	14	0.1	13	0.3	27	0.2
Cesante	3.915	39.3	1.594	34.5	5.509	37.8
Estudiando sin trabajar	131	1.3	88	1.9	219	1.5
Incapacitado permanente para trabajar	23	0.2	6	0.1	29	0.2
No busca Trabajo	60	0.6	52	1.1	112	0.8
Otra razón	113	1.1	60	1.3	173	1.2
Pensionado o jubilado sin trabajar	211	2.1	63	1.4	274	1.9
Quehaceres del hogar	22	0.2	801	17.4	823	5.6
Rentista	7	0.1	4	0.1	11	0.1
Sin actividad	542	5.4	522	11.3	1.064	7.3
Trabajando actualmente	4.893	49.1	1.387	30	6.280	43.1
Trabajando y estudiando	32	0.3	28	0.6	60	0.4
<b>Total</b>	<b>9.963</b>	<b>100</b>	<b>4.618</b>	<b>100</b>	<b>14.581</b>	<b>100</b>

En relación a la condición ocupacional, un 43,1% de las personas se encontraba trabajando (49,1% en hombres y 30% en mujeres), un 5,6% realizando trabajos no remunerado en labores del hogar (17,4% en mujeres y 0,2% en hombres), el porcentaje de personas que se encontraba cesante al momento de ingresar a tratamiento corresponde al 37,8% (39,3% en hombres y 34,5% en mujeres).

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

Con quien vive	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
Con amigos	130	1,3	95	2,1	225	1,5
Con la Pareja, Hijos y Padres o Familia de Origen	284	2,9	140	3	424	2,9
Con la madre (sola)	0	-	1	0	1	0
Otros	724	7,3	319	6,9	1.043	7,2
Solo	1.301	13,1	416	9	1.717	11,8
Únicamente con hijos	188	1,9	509	11,0	697	4,8
Únicamente con hijos y padres o familia de origen	176	1,8	605	13,1	781	5,4
Únicamente con la pareja e hijos	1.941	19,5	715	15,5	2.656	18,2
Únicamente con la pareja y padres o familia de origen	235	2,4	165	3,6	400	2,7
Únicamente con padres o familia de origen	4.227	42,4	1.074	23,3	5.301	36,4
Únicamente con pareja	757	7,6	579	12,5	1.336	9,2
Total	9.963	100	4.618	100	14.581	100

Del total general, la mayoría de las personas (36,4%) vive únicamente con padres o familia de origen, especialmente en el caso de los hombres, que superan este porcentaje (42,4%); en segundo lugar, las personas viven únicamente con la pareja e hijos (mujeres 15,5% y hombres 19,5%). El 11% 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	257	2,6	53	1,2	310	2,16
Casa	7.895	80,5	3.544	77,6	11.439	79,6
Choza, Rancho, Ruca	32	0,3	17	0,4	49	0,3
Departamento	825	8,4	553	12,1	1.378	9,6
Hospedería	101	1,0	24	0,5	125	0,9
Media Agua	134	1,4	124	2,7	258	1,8
Otro	116	1,2	50	1,1	166	1,2
Pieza dentro de la vivienda	382	3,9	164	3,6	546	3,8
Residencia, pensión, hostel	65	0,7	36	0,8	101	0,7
Total	9.807	100	4.565	100	14.372	100

Una alta mayoría (89,2%) de las personas entre hombres y mujeres, residen en viviendas del tipo de casa y departamento; en condiciones de habitabilidad menos independientes, alrededor del 3,8%, y en condiciones de vivienda más precaria (mediagua y choza, rancho, ruca) un 2,1%. En situación de calle se encontraba el 2,1% de las personas (310 personas), 1,2% de las mujeres y 2,6% 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	4.052	41,1	1.801	39,4	5.853	40,5
Arrenda	1.706	17,3	966	21,1	2.672	18,5
Cedida	350	3,6	204	4,5	554	3,8
N/A	371	3,8	79	1,7	450	3,1
Ocupación irregular	91	0,9	94	2,1	185	1,3
Otro	249	2,5	124	2,7	373	2,6
Paga dividendo	171	1,7	64	1,4	235	1,6
Propia	2.877	29,2	1.244	27,2	4.121	28,5
Total	9.867	100	4.576	100	14.443	100

El 40,5% 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 28,5% de los casos, las personas viven en una vivienda propia (29,2% de hombres y 27,2% de mujeres) y un 18,5% arrienda un lugar donde vivir.

### C. 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				7.621	52,3
	Pasta Base	4.437	30,4		
	Cocaína	3.179	21,8		
	Crack	5	0		
Alcohol				5.668	38,9
	Alcohol	5.668	38,9		
Marihuana				990	6,8
	Marihuana	990	6,8		
Sedantes: diazepam Valium clonazepam				159	1,1
	Sedantes: diazepam Valium clonazepam	149	1,0		
	Hipnóticos	10	0,1		
Estimulantes tipo Anfetamínico				6	0
	Anfetaminas	6	0		
Metanfetaminas y otros derivados				27	0,2
	Éxtasis	21	0,1		
	Metanfetaminas y otros derivados	1	0		
	Otros Estimulantes	5	0		
Alucinógenos				8	0,1
	Otros Alucinógenos	8	0,1		
Opiáceos				83	0,6
	Otros Opioides Analgésicos: morfina	83	0,6		
Inhalables: neoprén GHB óxido nitroso				5	0
	Inhalables: neoprén GHB óxido nitroso	5	0		
LSD				5	0
	LSD	5	0		
Otros				9	0,1
	Otros	9	0,1		
Total				14.581	100

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

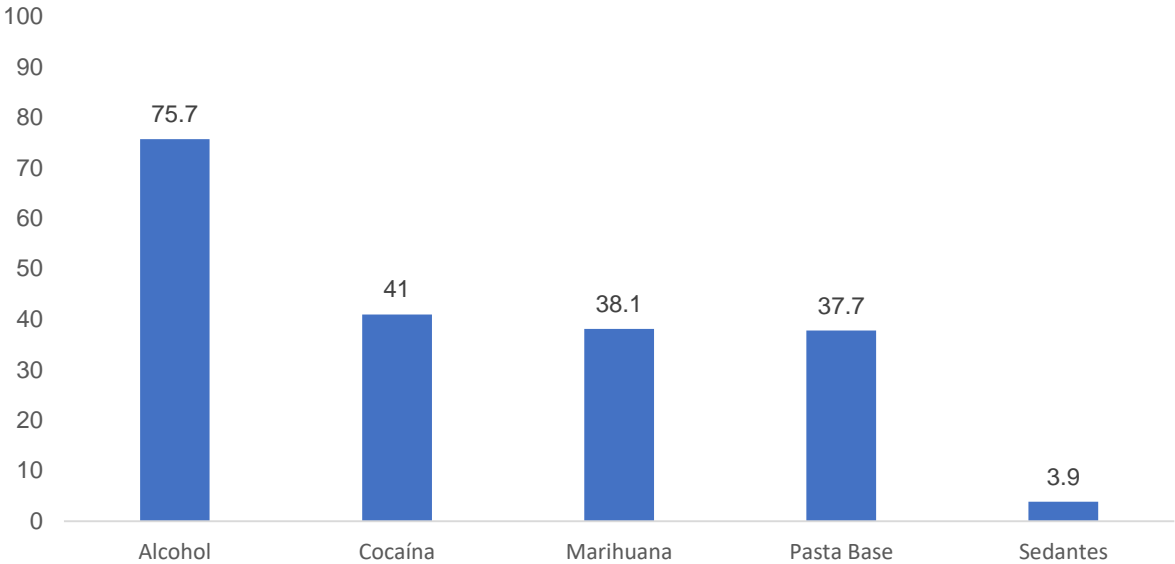
Sustancia Principal	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
Alcohol	4.024	40,4	1.644	35,6	5.668	38,9
Anfetaminas	4	0,0	2	0,0	6	0,0
Cocaína	2.122	21,3	1.057	22,9	3.179	21,8
Crack	3	0	2	0	5	0
Éxtasis	13	0	8	0,2	21	0,1
Hipnóticos	3	0	7	0,2	10	0,1
Inhalables: neoprén, GHB, óxido nitroso	4	0	1	0	5	0
LSD	4	0	1	0	5	0
Marihuana	650	6,5	340	7,4	990	6,8
Metanfetaminas y otros derivados	1	0	0	0	1	0
Otros	2	0	7	0,2	9	0,1
Otros Alucinógenos	4	0	4	0,1	8	0,1
Otros Estimulantes	1	0	4	0,1	5	0
Otros Opioides Analgésicos: morfina	49	0,5	34	0,7	83	0,6
Pasta Base	3.000	30,1	1.437	31,1	4.437	30,4
Sedantes: diazepam, Valium, clonazepam	79	0,8	70	1,5	149	1,0
Total	9.963	100	4.618	100	14.581	100

La sustancia consumida, que mayoritariamente motiva el ingreso a tratamiento es, en primer lugar, Alcohol con un 38,9% de los casos, seguida de Pasta Base de Cocaína con un 30,4%, en tercer lugar, el Clorhidrato de Cocaína con el 21,8% (21,3% en hombres y 22,9% en mujeres); y Marihuana en cuarto lugar en un 6,8% de los casos (6,5% en hombres y 7,4% en mujeres).

Alcohol es la sustancia en que existe mayor diferencia entre hombres y mujeres, siendo la frecuencia de 40,4% y 35,6%, respectivamente. En la mayoría de las otras sustancias no existen diferencias significativas entre hombres y mujeres.

En la siguiente figura N°4, 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. Según el gráfico se observa que 7 de cada 10 usuarios presenta consumo problemático de alcohol, y 4 de cada 10 de pasta base y cocaína, mientras que para la marihuana el 38% registró consumo problemático.

**Figura N°4: 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		Cocaína		Marihuana		Pasta base		Sedantes		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Arica	99	29,7	29	8,7	29	8,7	175	52,6	1	0,3	333	100
Tarapacá	105	31	24	7,1	52	15,3	158	46,6	0	0	339	100
Antofagasta	152	26,8	47	8,3	67	11,8	293	51,7	8	1,4	567	100
Atacama	136	29,8	12	2,6	49	10,8	252	55,3	7	1,5	456	100
Coquimbo	164	29,4	28	5,0	48	8,6	313	56,2	4	0,7	557	100
Valparaíso	311	29,9	247	23,8	73	7	398	38,3	11	1,1	1.040	100
Metropolitana	2.296	35,8	2.100	32,7	400	6,2	1.529	23,8	90	1,4	6.415	100
O'Higgins	283	34,9	174	21,4	43	5,3	310	38,2	2	0,3	812	100
Maule	418	49,1	172	20,2	56	6,6	201	23,6	4	0,5	851	100
Ñuble	65	43,9	15	10,1	8	5,4	58	39,2	2	1,4	148	100
Biobío	445	40,5	76	6,9	53	4,8	516	47,0	9	0,8	1.099	100
Araucanía	255	61,9	79	19,2	39	9,5	34	8,3	5	1,2	412	100
Los Ríos	141	47,5	44	14,8	16	5,4	95	32,0	1	0,3	297	100
Los Lagos	394	63,5	88	14,2	36	5,8	101	16,3	2	0,3	621	100
Aysén	228	88,7	12	4,7	11	4,3	4	1,6	2	0,8	257	100
Magallanes	176	80,4	32	14,6	10	4,6	0	0	1	0,5	219	100
<b>Total</b>	<b>5.668</b>	<b>39,3</b>	<b>3.179</b>	<b>22,0</b>	<b>990</b>	<b>6,9</b>	<b>4.437</b>	<b>30,8</b>	<b>149</b>	<b>1,0</b>	<b>14.423</b>	<b>100</b>

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 8 de las 16 Regiones la Pasta Base es la sustancia principal de ingreso, y se presenta entre las regiones del norte y Valparaíso, O'Higgins y Biobío. Mientras que, en las regiones del sur y la metropolitana, 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	609	6,1	329	7,1	938	6,4
2 a 3 días	2.493	25,0	1.106	24,0	3.599	24,7
4 a 6 días	1.707	17,1	731	15,8	2.438	16,7
Desconocido	42	0,4	9	0,2	51	0,4
Menos de 1 día a la semana	347	3,5	168	3,6	515	3,5
No consume	224	2,3	168	3,6	392	2,7
Todos los días	4.541	45,6	2.107	45,6	6.648	45,6
Total	9.963	100	4.618	100	14.581	100

El 87% 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 45,6%.

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

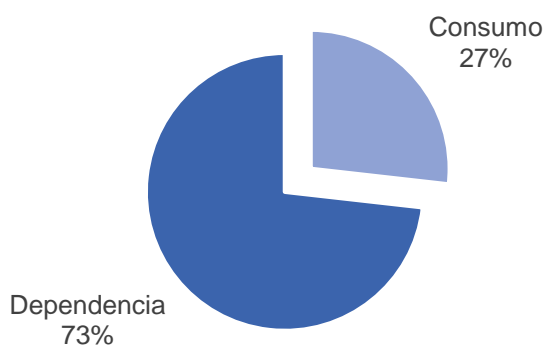
Sustancia principal	N	Promedio	Mediana
Alcohol	5.659	17,3	16
Cocaína	3.177	22,4	20
Marihuana	988	16,0	15
Pasta Base	4.433	22,4	20
Sedantes	149	24,2	20

La marihuana y el alcohol son las sustancias principales de inicio de consumo temprano, siendo 16 años y 17,3 años respectivamente el promedio de edad. Por otro lado, los sedantes, registras la mayor edad de inicio con 24,2 años.

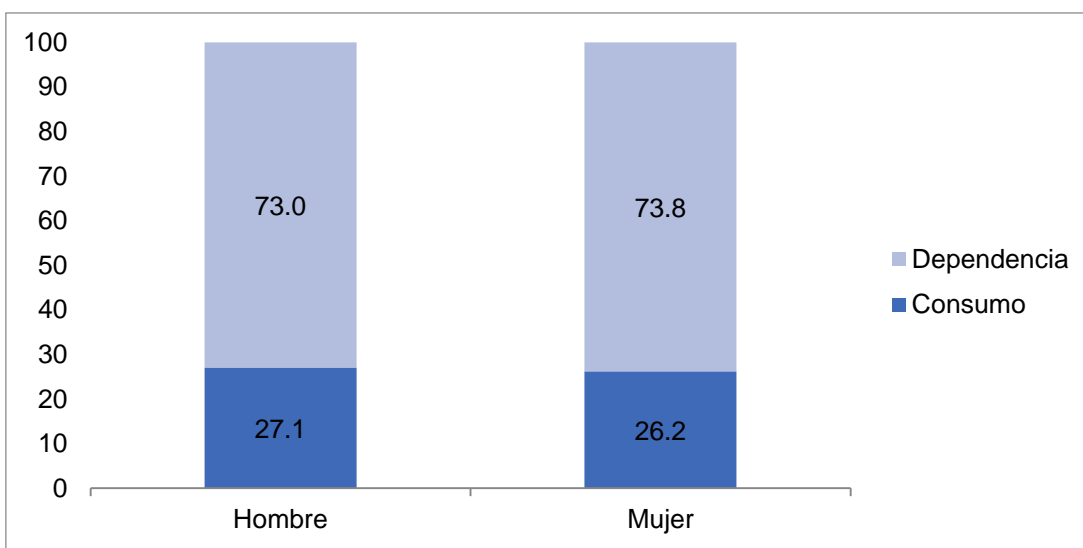
**Tabla N°19: Promedio de Edad de Inicio de Consumo**

Sustancia de Inicio	N	Promedio	Mediana
Alcohol	9.135	16,3	15
Cocaína	593	22,4	20
Marihuana	3.819	15,0	15
Pasta Base	527	20,5	18
Sedantes	70	23,1	20

**Figura N°5: Porcentaje de Personas según Diagnóstico de Consumo de Sustancia al Ingreso**



**Figura N°6. Porcentaje de Personas según Diagnóstico de Consumo de Sustancia al Ingreso por Sexo**



El 73% de las personas usuarias atendidas el año 2020 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	1.288	12,9	533	11,5	1.821	12,5
Sin trastorno	4.029	40,4	1.257	27,2	5.286	36,3
Con trastorno	4.646	46,6	2.828	61,2	7.474	51,3
Total	9.963	100	4.618	100	14.581	100

De las personas ingresadas a tratamiento el año 2020, el 51,3% presentó un problema psiquiátrico además del trastorno por consumo, siendo más alto en las mujeres (61,2%) que hombres (46,6%). Un 12,5% del total se encuentra en estudio.

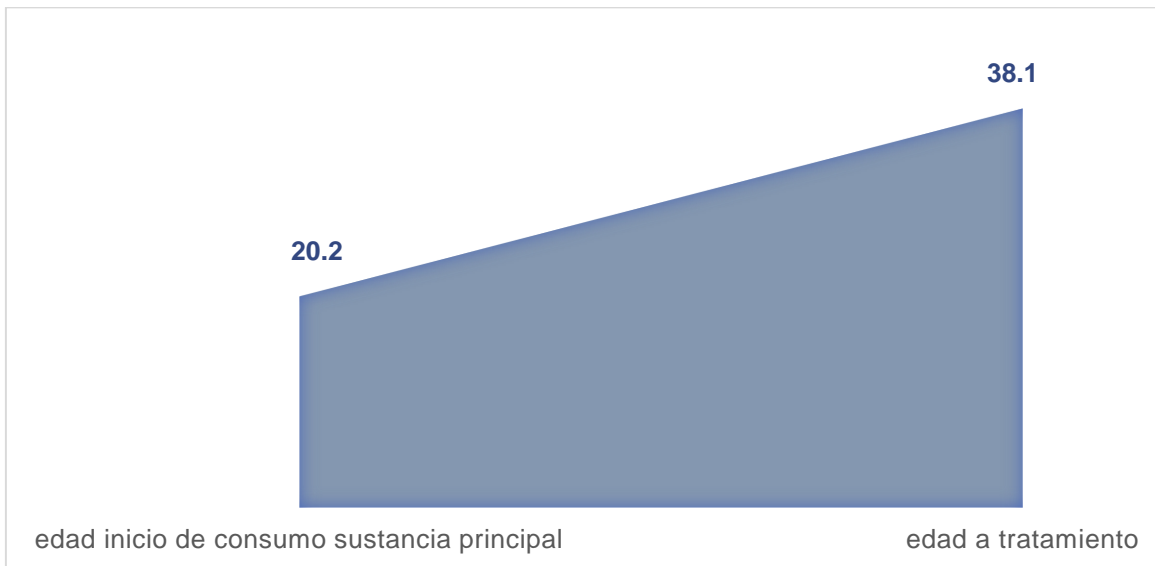
De aquellas personas que presentan diagnóstico psiquiátrico el 52,8% presenta Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto, siendo mayor en mujeres que hombres con un 59,2% y 48,9% respectivamente. En segundo lugar, se encuentran los trastornos del humor con 22,7%.

**Tabla N°21. Porcentaje de Personas Diagnóstico Psiquiátrico CIE 10 según Sexo.**

Frecuencia de consumo	Hombre		Mujer	
	N	%	N	%
Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes	246	5,3	45	1,6
Retraso Mental	91	2	29	1
Trastornos de la conducta alimentaria	6	0,1	19	0,7
Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto	2.271	48,9	1.673	59,2
Trastornos de los hábitos y del control de los impulsos	539	11,6	226	8
Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos	33	0,7	13	0,5
Trastornos del Desarrollo Psicológico	20	0,4	7	0,2
Trastornos del humor (afectivos).	956	20,6	641	22,7
Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos	149	3,2	39	1,4
Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos	226	4,9	95	3,4
Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia	109	2,3	41	1,4
<b>Total</b>	<b>4.646</b>	<b>100</b>	<b>2.828</b>	<b>100</b>

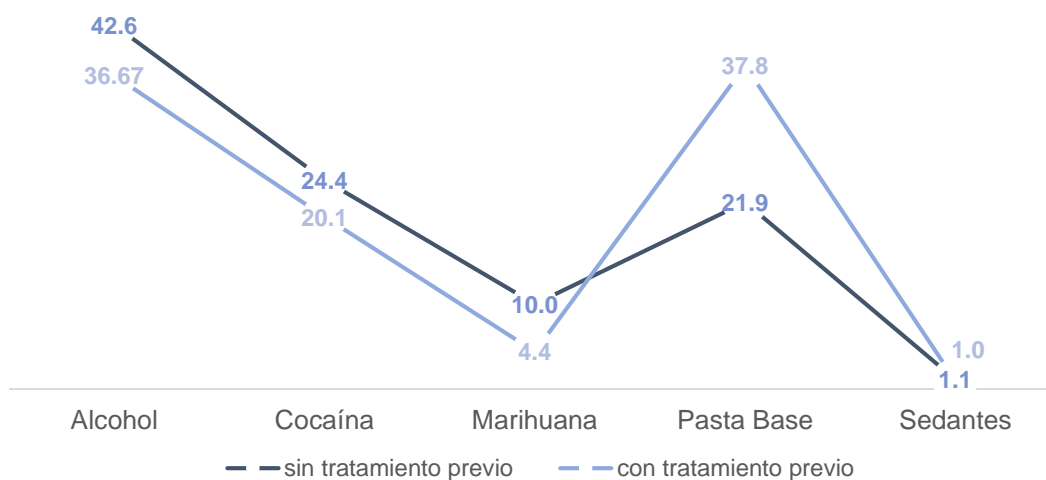
Del total de usuarios atendidos, el 44,3% realiza tratamiento por primera vez, siendo 55,7% aquellos que han realizado uno o más tratamientos previos.

**Figura N°7. Promedio de edad de inicio de consumo de sustancia principal y promedio de edad de ingreso a Tratamiento de personas sin tratamientos previos.**



En la figura N°7 se consideran aquellas personas que realizan tratamiento por primera vez donde se aprecia el promedio de edad en que comenzaron a consumir la sustancia principal (20 años) y el promedio de edad en que ingresan a tratamiento (38 años).

**Figura N°8. Distribución de N° Personas por Tipo de Sustancia Principal de Consumo al ingreso según si realiza tratamiento por primera vez o ya ha realizado tratamientos previos.**



De las personas atendidas el año 2020, se puede observar que aquellas que han realizado más de un tratamiento previo, declaran que sustancia principal en un primer lugar es la

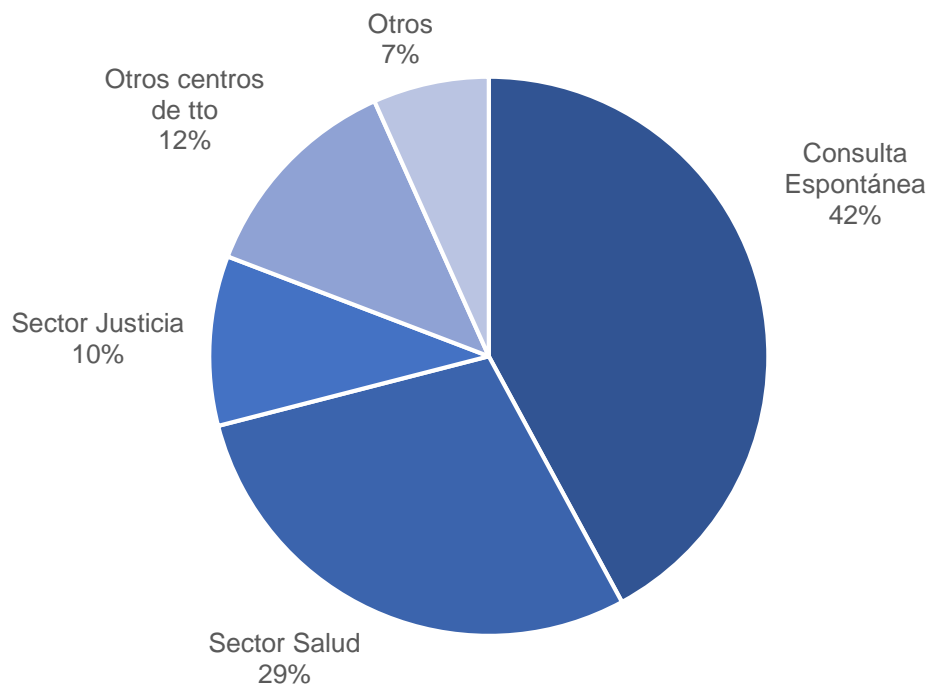
Pasta Base de Cocaína, con un 37,8 % y aquellas que inician tratamiento por primera vez presentan consumo de alcohol en un 42,6%.

**Tabla N°22. Distribución de N° de Personas por Fecha de Último Tratamientos Recibido.**

Fecha del último tratamiento	Personas Atendidas	
	N	%
1 a 2 años	1.580	19,3
3 a 4 años	830	10,2
5 o más años	1.063	13,0
No Corresponde	89	1,1
último 12 meses	1.281	15,7
último 6 meses	3.338	40,8
Total	8.181	100

Del total de personas con tratamiento anteriores, el 40,8% de ellos lo realizaron durante los últimos 6 meses, seguidos por quienes lo realizaron los últimos 12 meses y hace 1 o 2 años, con un 15,7% y 19,3% respectivamente.

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



**Tabla N°23: Distribución de Personas según Origen de Ingreso por tipo de Plan**

Origen de ingreso	M-PAI		M-PR		PG-PAB		PG-PAI		PG-PR	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Consulta Espontánea	425	35,4	59	8,9	2.632	60,8	2.746	40,8	276	16,6
Sector Salud	381	31,7	194	29,4	902	20,8	2.307	34,3	431	25,9
Sector Justicia	206	17,1	38	5,8	386	8,9	774	11,5	27	1,6
Otros Centros de Tratamiento	99	8,2	352	53,3	158	3,7	367	5,5	844	50,7
Otros	90	7,5	17	2,6	248	5,7	535	8,0	87	5,2
<b>Total</b>	<b>1.201</b>	<b>100</b>	<b>660</b>	<b>100</b>	<b>4.326</b>	<b>100</b>	<b>6.729</b>	<b>100</b>	<b>1.665</b>	<b>100</b>

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 50,7% y un 53,3% respectivamente, la consulta espontánea presenta un 16,6% y 8,9% respectivamente, disminuyendo por tercer año consecutivo. En los centros con planes ambulatorios básicos la demanda espontánea representa el 60,8% del origen de ingreso, en segunda instancia las personas ingresan derivadas desde centros del sector salud (20,8%). Respecto de los centros con planes ambulatorios intensivos, la fuente de ingreso se distribuye entre la consulta espontánea (40,8%) y las derivaciones desde establecimientos del sector Salud, representando el 34,3%.

En los planes ambulatorios específicos de mujeres, la consulta espontánea representa el principal origen del ingreso con un 35,1%, seguido por el sector Salud con un 31,7%.

## D. Integración Social

**Tabla N°23: Distribución de Personas según Origen de Ingreso por tipo de Plan Diagnóstico global de necesidades de integración social al ingreso\*, por sexo**

Diagnóstico global de necesidades de integración	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
Altas	2.667	33	1.560	41	4.227	36
Medias	4.265	53	1.879	50	6.144	52
Bajas	1.089	14	349	9	1.438	12
Total	80.1	100	3.788	100	11.809	100

\*Missing en blanco y no observados (n 2.772)

Al ingresar a tratamiento el 52% de las personas son clasificadas en la categoría de medias necesidades de integración social, seguidas por un 36% de personas que tienen altas necesidades y solo el 12% se clasifican en bajas necesidades de integración Social. A partir de esta información se infiere que la población atendida en los programas de tratamiento en convenio SENDA-MINSAL, junto con presentar consumo problemático de sustancias vive en condiciones de vulnerabilidad social y precarización importantes. La evaluación de Diagnóstico global al ser una dimensión comprensiva evalúa la relación de las personas con respecto a los recursos físicos, sociales y humanos. En la medida que la población al ingreso a tratamiento, presente mayoritariamente medias y altas necesidades, demanda a los equipos abordar el fenómeno del consumo problemático desde una concepción amplia e integral.

Por otra parte, un aspecto importante de relevar es la cantidad de datos no observados, pues estos representan un importante número de personas que no son evaluadas en esta dimensión al ingresar a tratamiento, lo cual pone en riesgo el que se incorpore efectivamente esta variable durante su tratamiento y por lo tanto abordar integralmente el proceso de recuperación.



**Tabla N°24: Diagnóstico global de necesidades de integración social\* al egreso, por sexo**

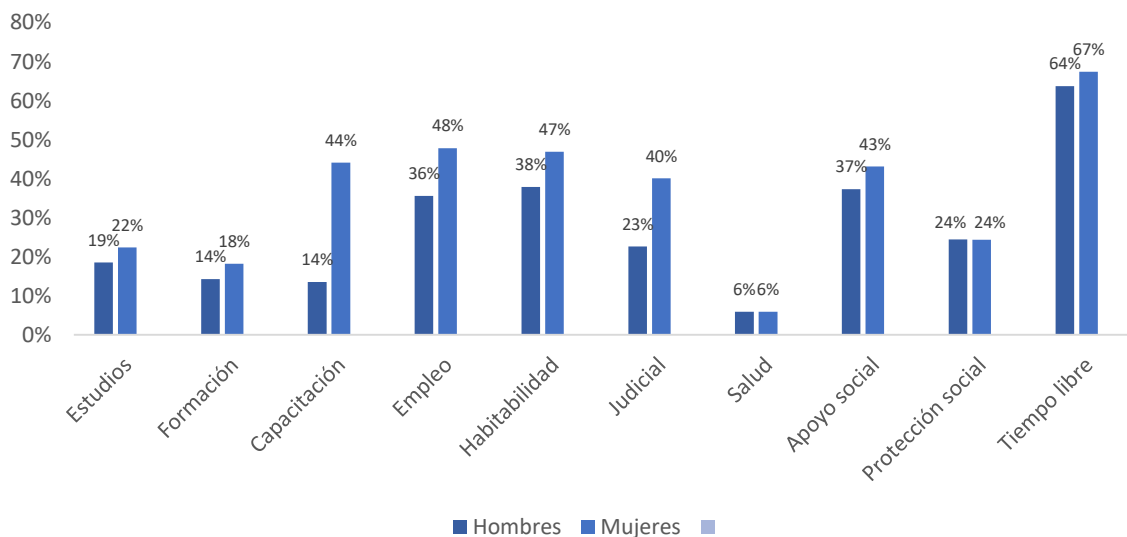
Diagnóstico global de necesidades de integración	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
Altas	1.223	26	589	30	1.812	27
Medias	2.187	47	953	49	3.140	48
Bajas	1.240	27	418	21	1.658	25
Total	4.650	100	1.960	100	6610	100

\*Missing no observados (n 7.971)

Los datos muestran importantes diferencias respecto de la medición en el informe 2020. El primer elemento a considerar es el aumento en la cantidad de casos en los cuales no se registra esta información, en 2019 fueron 1.463 y en 2020 suben a 7.971. De los casos sobre los cuales, si existe registro, se ha podido observar un aumento en la cantidad de personas que presentan bajas necesidades de integración social y por ende una disminución en el porcentaje de personas que egresan con altas necesidades.

Estos datos ponen de manifiesto un importante desafío sobre los procesos de recuperación y la mirada de aquellas condicionantes de tipo social que podrán favorecer o hacer más difícil la sostenibilidad de los logros en el largo plazo, siendo necesario aumentar los esfuerzos por evaluar esta dimensión al finalizar el proceso de intervención, procurando conectar a las personas a redes que puedan satisfacer las necesidades de inclusión social.

**Figura 9: Porcentaje de necesidades de integración social (Ficha de necesidades de integración social)**



A partir del tercer mes de tratamiento se orienta a los equipos a revisar las necesidades concretas de inclusión social de la población en tratamiento, dicha información se registra en la ficha de necesidades de integración social y tiene por objetivo permitir al equipo técnico tener una mirada respecto de las redes que serán necesarias de activar durante todo el proceso.

De la información registrada se puede observar que existen diferencias entre hombres y mujeres, en estas últimas se declara mayor presencia de necesidades en todos los ámbitos analizados. Así mismo se puede observar una baja en las necesidades de capacitación y empleo en hombres, respecto de la misma medición en el año 2019.

La necesidad de apoyo para las actividades de uso del tiempo libre, se presenta de manera mayoritaria tanto para hombres como mujeres. Para el resto de necesidades se pueden observar importantes diferencias entre sexos, siendo la más significativa las necesidades de capacitación, donde en el 44% de las mujeres se señala existe dicha necesidad versus el 14% de los hombres. Otra importante diferencia se evidencia en la necesidad de apoyo para resolver temas judiciales, la cual está presente en el 40% de las mujeres versus un 23% de los hombres.

Finalmente es interesante observar que las necesidades con mayor presencia en mujeres son: apoyo al empleo, habitabilidad y resolución de problemas judiciales. Mientras que en los hombres las de mayor prevalencia son: habitabilidad, empleo y apoyo social.

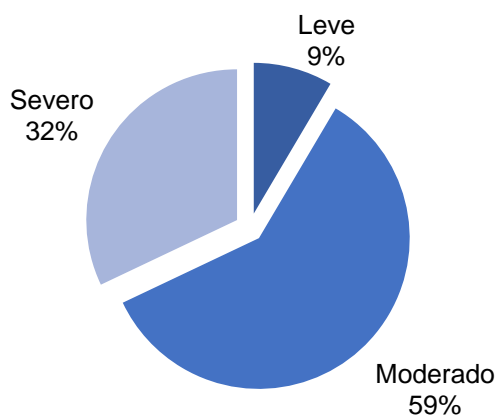
Finalmente recalcar que este instrumento está al servicio de los profesionales de los programas de tratamiento, su objetivo es orientarlos en la articulación y gestiones concretas identificando necesidades específicas en la población en tratamiento, como una suerte de guía que orienta las rutas que los equipos deben gestionar para apoyar los procesos terapéuticos, y conectar a las personas con aquellas redes que le permitan mejorar su condición de vida.

### **E. Compromiso Biopsicosocial**

El grado de Compromiso Biopsicosocial (CBPS) se refiere a una apreciación de la magnitud de los efectos o consecuencias negativas del consumo de sustancias en las distintas áreas de la vida de las personas que consumen y de su entorno. En relación a este diagnóstico el grado de Compromiso Biopsicosocial más frecuente en las personas al ingresar a tratamiento es Moderado (59%), le sigue el CBPS Severo con el 32% y Leve con el 9%.

Cuando este dato se desagrega por sexo, el CBPS severo es más frecuente en el caso de las mujeres que en hombres: 36,2% y 30,1%, respectivamente.

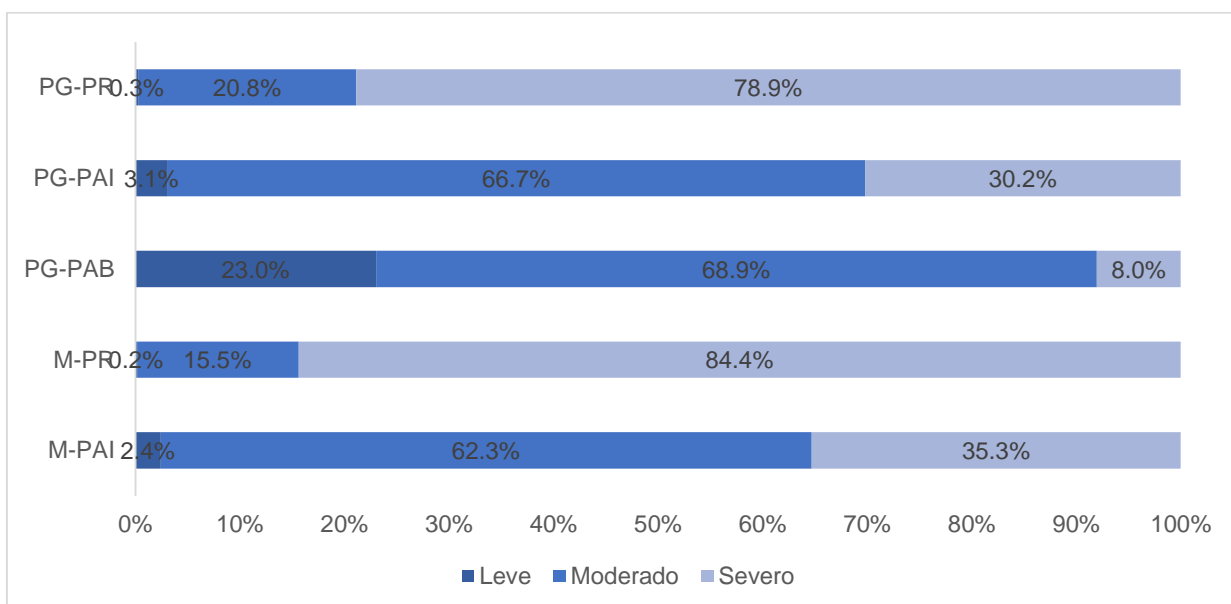
**Figura N°10: Porcentaje de Personas según Compromiso Biopsicosocial**



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

Compromiso Biopsicosocial	Hombre		Mujer	
	N	%	N	%
Leve	924	9,3	314	6,8
Moderado	6.030	60,6	2.632	57,0
Severo	2.999	30,1	1.671	36,2
Total	9.953	100	4.617	100

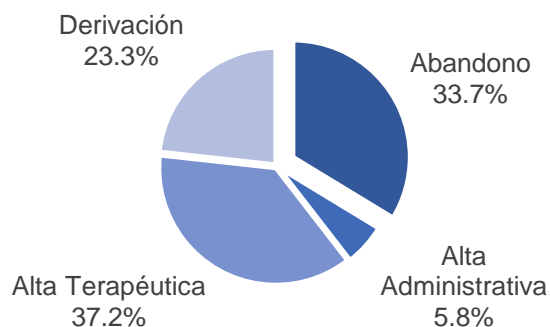
**Figura N°11: Porcentaje de Personas según Compromiso Biopsicosocial y tipo de Plan.**



## F. Motivo de Egreso

El número de personas que egresaron de los programas de tratamiento durante el período de enero a diciembre de 2020, es de un total de 7.261, que representa el 49,8% 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	
	N	%	N	%
Abandono	1.825	35,6	621	29,2
Alta Administrativa	315	6,1	108	5,1
Alta Terapéutica	1.907	37,2	796	37,4
Derivación	1.085	21,1	604	28,4
Total	5.132	100	2.129	100

Se observa un cambio significativo en relación a los informes de años anteriores, donde el abandono era el principal motivo de egreso. El alta terapéutica se muestra como principal motivo de egreso de tratamiento con un 37,2%, seguido del abandono con un 33,7% (7 puntos porcentuales menos que el 2019).

Los hombres registran un porcentaje mayor de abandono que las mujeres con un 35,6% y 29,2% respectivamente. En relación al egreso por alta terapéutica, mujeres y hombres no presentan diferencias significativas registran 37,7% y 37,4% respectivamente.

**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	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Abandono	30	41,1	658	38,9	886	35,9	551	31,6	250	26,5	71	20,7
Alta Administrativa	2	2,7	119	7	137	5,6	83	4,8	60	6,4	22	6,4
Alta Terapéutica	17	23,3	515	30,4	847	34,4	696	39,9	426	45,2	202	58,9
Derivación	24	32,9	401	23,7	595	24,1	415	23,8	206	21,9	48	14
Total	73	100	1.693	100	2.465	100	1.745	100	942	100	343	100

En la tabla superior se aprecia la distribución de motivos de egreso según la edad, siendo las personas mayores de 60 años quienes alcanzan los más altos porcentajes de egreso por alta terapéutica con un 58,9%. Mientras que el grupo que presenta el mayor porcentaje de abandonos, con un 41,1%, son las personas menores de 20 años.

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

Motivo de Egreso	Programa Específico de Mujeres		Programa Población General	
	N	%	N	%
Abandono	240	26,3	2.206	34,8
Alta Administrativa	50	5,5	373	5,9
Alta Terapéutica	316	34,6	2.387	37,6
Derivación	308	33,7	1.381	21,8
Total	914	100	6.347	100

El alta terapéutica constituye el tipo de egreso que presenta mayor incidencia, en ambos programas durante el 2020. Si bien el abandono constituía el tipo de egreso con mayor presencia en ambos programas durante los años anteriores, en el contexto sanitario actual, esa presencia cambió, presentándose una disminución significativa respecto al año 2019. El alta terapéutica se presenta con un 34,6% en programa específico de mujeres y con un 37,8% en población general. Abandono, se presenta en segundo lugar con 26,3% en programa específico de mujeres y con un 34,8% en población general.

**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	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Abandono	152	27,6	88	24,2	782	39,7	1.156	34,8	268	25,5
Alta Administrativa	26	4,7	24	6,6	96	4,9	162	4,9	115	10,9
Alta Terapéutica	210	38,2	106	29,1	744	37,8	1.297	39	346	32,9
Derivación	162	29,5	146	40,1	349	17,7	709	21,3	323	30,7
Total	550	100	364	100	1.971	100	3.324	100	1.052	100

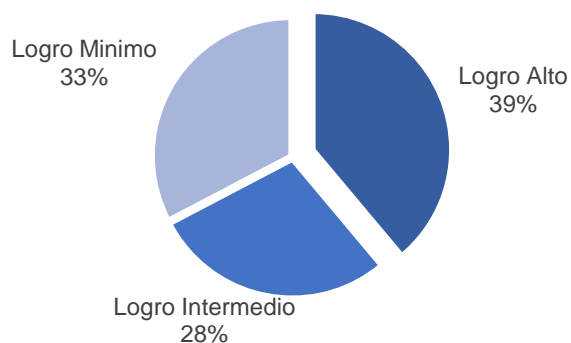
Respecto al total de personas que egresaron de planes de tratamiento para población general, se observa que el plan residencial es el que registra porcentualmente la mayor cantidad de altas terapéuticas 32,9%, mientras que los ambulatorios básicos e Intensivos alcanzan el 37,8% y un 39% respectivamente. Para ambos planes, existió un aumento promedio de 9 puntos porcentuales respecto al 2019. En relación a los abandonos, la mayor frecuencia se registra en el plan ambulatorio intensivo con el 34,8% (10 puntos menos que la medición anterior) mientras que el porcentaje de egresos por alta administrativa va de un 4,9% en el intensivo a un 10,9% 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 27,6%, (10% menos que la medición anterior) mientras el residencial un 24,2 % lo que implica una baja sostenida de en los últimos tres años, no obstante, es necesario considerar el contexto sanitario actual en este análisis. El egreso por alta terapéutica, por otro lado, se presenta un 38,2% (10 puntos porcentuales más que el año 2019) para el ambulatorio y un 29,1% para el programa residencial En comparación al año 2019, en todas las modalidades de tratamiento se registró un incremento de altas terapéuticas y una disminución de los abandonos.

## G. 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 de pronóstico 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**

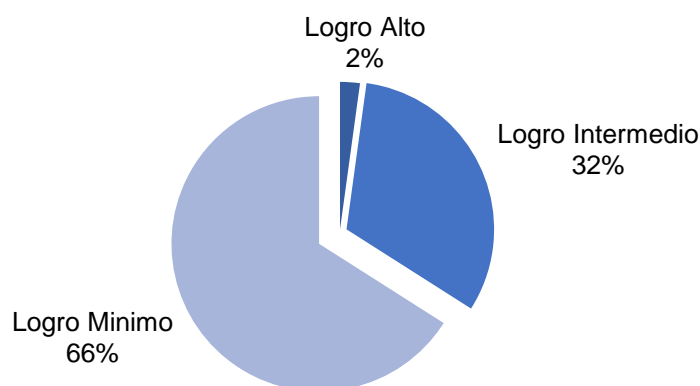
Logro Terapéutico	Hombre		Mujer	
	N	%	N	%
Logro Alto	1,519	37.5	648	42.5
Logro Intermedio	1,171	28.9	413	27.1
Logro Mínimo	1,357	33.5	464	30.4
Total	4,047	100	1,525	100

Se observa que del total de personas que egresaron de tratamiento el año 2020, el 67,3% alcanzó resultados terapéuticos de intermedio a alto, encontrándose una diferencia de 3% entre ambos sexos en logro intermedio y alto.

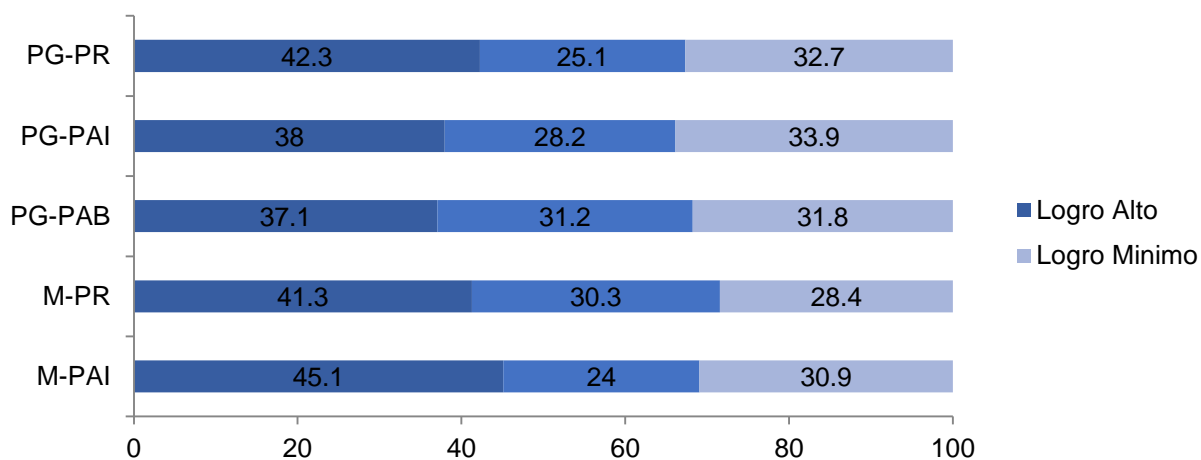


En la siguiente figura se muestra el nivel de logro terapéutico medido al egresar por abandono, donde se observa que el 34% del total de personas que abandonaron, a pesar de no terminar su tratamiento, logró resultados terapéuticos de intermedio a alto.

**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.**



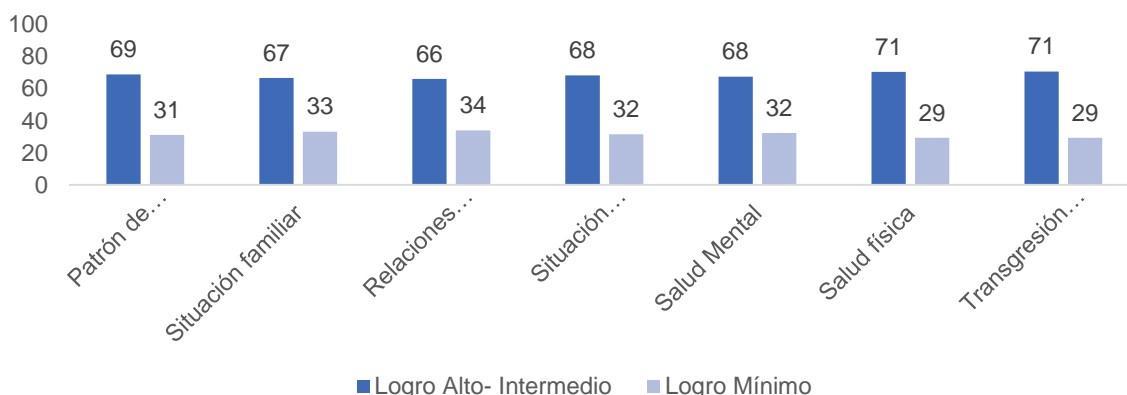
En la figura N° 15, se presenta el nivel de logro terapéutico por tipo de plan de tratamiento, donde el plan ambulatorio intensivo específico de mujeres, es el que obtiene los mejores resultados con 45,1% de logros altos, seguidos por planes residenciales de población general y residenciales específicos para mujeres con 42,3% y 41,3% respectivamente.

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 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 60% de logros en los cambios favorables obtenidos, siendo las dimensiones salud física y transgresión a la norma social las que registran valores más altos, con 71% cada una. Mientras que la dimensión con menor logro terapéutico es situación familiar y relaciones interpersonales con un 67% cada uno.

En relación al tiempo de permanencia en tratamiento, el 84,2% de las personas que se atendió el año 2020, 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 87,4% y el 88,1%; a su vez en los planes residenciales de población específica mujeres y de población general, corresponden al 68% y el 70% respectivamente.

La permanencia se obtiene del tiempo transcurrido entre la fecha de ingreso a tratamiento y la fecha de egreso, de los usuarios que se encuentran egresados de tratamiento.

Para el análisis del tiempo de permanencia, se excluyen los egresos por derivación, por lo que el total de casos va a ser distinto que el número total de egresados.

**Tabla N°31: Distribución de Personas según Tiempo de Permanencia al Egreso.**

Tiempo de permanencia	N	%
Menos de 90 días	845	15,2
Más de 90 días	4.727	84,8
Total	5.572	100

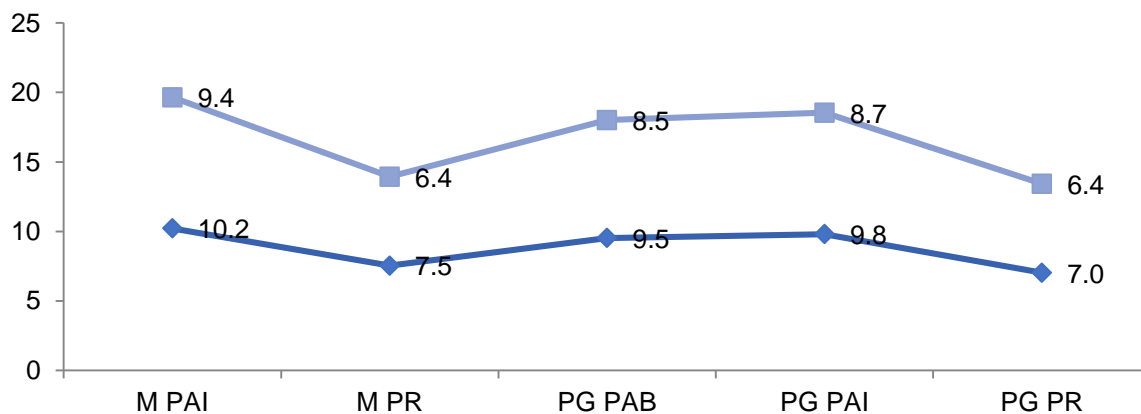
**Tabla N°32: Distribución de Personas según Tiempo de Permanencia al Egreso por Tipo de Plan.**

Tiempo de permanencia	M-PAI		M-PR		PG-PAB		PG-PAI		PG-PR	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Menos de 90 días	41	10,6	68	31,2	205	12,6	312	11,9	219	30
Más de 90 días	347	89,4	150	68,8	1.417	87,4	2.303	88,1	510	70
Total	388	100	218	100	1.622	100	2.615	100	729	100

**Tabla N°33: Mediana y Promedio de Meses de Permanencia de Tratamiento por Tipo de Plan.**

Tipo de Plan	N	Promedio	Mediana
M PAI	388	10,2	9,4
M PR	218	7,5	6,4
PG PAB	1.622	9,5	8,5
PG PAI	2.615	9,8	8,7
PG PR	729	7,0	6,4

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



En la tabla N° 33, los tiempos se distribuyen por el tipo de plan de tratamiento, y es el plan ambulatorio específico de mujeres y plan ambulatorio intensivo de población general que registra el mayor promedio con 10,2 y 9,8 meses, mientras que el residencial de mujeres, presenta el promedio de permanencia mensual más bajo con 7,5 meses.

**Tabla N°34: Mediana y Promedio de Meses de Permanencia de Tratamiento según Evaluación de Proceso de Tratamiento al Egreso.**

Logro Terapéutico	N	Promedio	Mediana
Logro Alto	2.167	12,8	11,9
Logro Intermedio	1.584	9,3	8,2
Logro Mínimo	1.821	5,1	4,0

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, 12,8 meses en promedio.

**Tabla N°35: Mediana y Promedio de Meses de Permanencia de Tratamiento por Tipo de Plan en egresos por Abandono**

Tipo de Plan	N	Promedio	Mediana
M PAI	152	6,5	5,0
M PR	88	3,2	2,2
PG PAB	782	7,0	5,6
PG PAI	1.156	6,3	5,1
PG PR	268	3,2	2,1

**Tabla N°36: Mediana y Promedio de Meses de Permanencia de Tratamiento por Tipo de Plan en egresos por Alta Terapéutica.**

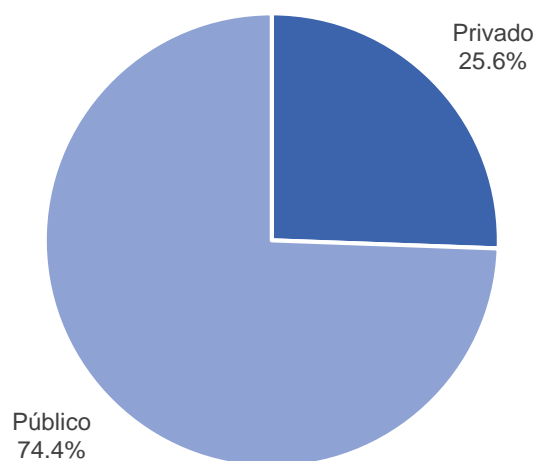
Tipo de Plan	N	Promedio	Mediana
M PAI	210	13,1	11,9
M PR	106	12,0	11,5
PG PAB	744	12,4	11,2
PG PAI	1.297	13,3	12,1
PG PR	346	11,0	10,7

Las dos tablas superiores muestran los tiempos de permanencia por tipo de plan con egresos por abandono y por alta terapéutica. Los tiempos de permanencia promedio, para todos los planes, es superior para los egresados por altas terapéuticas, siendo el plan ambulatorio específico de mujeres y el plan ambulatorio intensivo de población general los que registran el mayor promedio con 13,1 y 13,3 meses respectivamente, mientras que el residencial de población general, presenta el promedio de permanencia mensual más bajo con 11 meses en el caso de las altas terapéuticas. En el caso de los abandonos, el residencial de población general es el que presenta un promedio de permanencia más bajo con 3,2 meses.

### III. Centros de Tratamiento

- Durante el año 2020 se establecieron convenios con 338 programas de tratamiento, 245 públicos y 93 privados.
- El 14,4% de los centros desarrolló programas en modalidad residencial.
- El 80% de los centros realizaron programas de población general (PG), el 8% programas para población específica mujeres (EM) y 12% centros ejecutaron ambos tipos de programas.
- En relación al número de programas y planes de tratamiento que implementan tenemos que, el 35% de ellos ejecutó ambulatorios básicos (PAB), el 40% ambulatorios intensivos (PAI), el 9% residenciales, el 11% ambulatorios intensivos específicos mujeres y el 5% residenciales específicos mujeres.
- La región Metropolitana concentró el 40% del total de los centros de tratamiento convenidos del país, las regiones que siguen en número de establecimientos son Bío Bío con un 9,8%, Maule con un 7,1% y Valparaíso con un 6,7% respectivamente.

**Figura N°17: Distribución por Tipo de Administración.**



## **IV.- Principales Resultados, Análisis y Conclusiones.**

### **A.- Caracterización de las personas usuarias**

El número total de personas atendidas durante 2020 fue de 14.581, de las cuales el 68.3% corresponde a hombres y el 31.7% a mujeres. La mayor concentración (33%) corresponde al rango de edad de 30 a 39 años.

En relación al nivel de escolaridad alcanzado por la población atendida el año 2020, el 40,6% no ha finalizado la enseñanza media al ingresar a tratamiento (43% mujeres y 39% hombres). De este grupo el 11,4% 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 43,1% de las personas se encontraba trabajando al momento de ingresar a tratamiento, el 49% de los hombres y el 30% de las mujeres. El 37,8% de las personas (39,3% hombres y 34,5% mujeres) se encontraba cesante al momento del ingreso. El 5,6% se encontraba realizando labores del hogar de las cuales el 17,4% corresponde a mujeres.

Las personas usuarias del convenio viven en su mayoría (36,4%) con padres o su familia de origen, en el caso de los hombres este porcentaje representa el 42,4% y de las mujeres el 23,3%. En segundo término, las personas viven solamente con sus parejas e hijos/hijas en un 19,5% en hombres y 15,5% mujeres.

El tipo de vivienda que declaran ocupar las personas en un 80% de los casos, es una casa y departamento en un 9,6%.

El 40,5% se encuentran en condición de allegados y allegadas, un 28,5% poseen vivienda, y el 18,5% arrienda.

El estado civil más representado en las personas que ingresaron a tratamiento durante 2020 corresponde a solteros y solteras en un 56,8% (57,1% hombres y 56,3% mujeres); casados/as en un 17% de los casos (18,3% hombres y 14% mujeres); y un 12,6% se encontraba conviviendo con porcentajes similares tanto en mujeres como hombres.



Respecto a la sustancia principal que motiva el ingreso a tratamiento son pasta base y alcohol con un 30,4% y 38,9% respectivamente y en tercer lugar clorhidrato de cocaína en un 21,8%, continúa la marihuana en cuarto lugar en un 6,8% de los casos.

En la distribución territorial de la sustancia principal, el alcohol aparece con más del 50% de los casos en 4 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 regiones. Impresiona las regiones de Aysén y Magallanes donde más del 80% de la población atendida, fue por consumo problemático de alcohol.

El grupo etario de 30 a 39 años concentra el mayor número de personas con consumo de pasta base al ingreso a tratamiento, con un 40,1%, por su parte el 30,2% de las personas correspondientes al grupo etario, de 20 a 29 años también presentan dicha sustancia como principal. En el grupo de menores de 20, la marihuana aparece como la sustancia más consumida al ingreso de tratamiento, con un 40,8%. Por su parte el alcohol pasa a ser la principal sustancia de consumo al ingreso de los grupos etarios de mayor edad, con un 65,4% y un 81,5% 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 28% y 24% respectivamente y el de menores de 20 años presenta un 17,1%, 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 (45,6%), mientras que casi un tercio consumía de dos a tres días por semana (24,7%); 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 2020, habían recibido algún tratamiento anterior, y un 23% de ellos dos o más tratamientos. Del total de personas con tratamiento anteriores, el 41 % 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 51,3% de las personas que ingresan a tratamiento presentan co-morbilidad psiquiátrica, con una diferencia significativa entre hombres y mujeres. Es así que el 46,6% de los hombres presentan trastornos psiquiátricos asociados y el 61,2% 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 36,3% del total de personas, siendo un 40,4% hombres y un 27,2% mujeres.

Respecto del diagnóstico del compromiso biopsicosocial (CBPS) en un 59% corresponde a moderado, 32% a severo y 9% a leve. Lo que muestra un alto grado de complejidad de las personas que se encuentran en los programas de tratamiento.

La consulta espontánea, sigue siendo la principal vía de ingreso para los para el programa de población general con un 42,1% de los casos. En segundo lugar, se encuentra la derivación desde establecimientos Salud con el 29%. Para el programa específico de mujeres en cambio, la mayor vía de ingreso es a derivación desde un centro de salud con un 29% de los casos, seguido por la consulta espontánea y otro programa de tratamiento con un 26% y 24% respectivamente.

## **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 e ingresar usuarios por el contexto COVID-19, y/o escasa derivación desde otros programas de tratamiento.

De esta manera, los desafíos para el año 2021, están centrados en mejorar los registros de información y capacitar en el mejor uso de tecnologías; detectar la demanda no satisfecha y mejorar la pesquisa de posibles casos, 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 y MINSAL en los equipos.

No obstante, la ejecución casi total de los planes de tratamiento en convenio, la cobertura respecto a casos atendidos, sufrió una disminución de un 22% respecto al año 2019, lo que representa 4.235 casos menos en el periodo. Este fenómeno, se explica en gran medida por el contexto sanitario que vivió el país y la pandemia COVID-19, influenciada además por elementos propios del tratamiento que intervinieron. En primer lugar, a partir de abril del año 2020, se valida las prestaciones a distancia, ya sea por vía telefónica o por videoconferencia, esto implica que los equipos pueden acceder a intervenir a los usuarios,

muchos más fácilmente, dado el uso de las tecnologías disponibles. En segundo lugar los tiempos de permanencia de los usuarios en tratamiento subieron alrededor de 3 meses en promedio, lo que implica que existió una menor rotación de usuarios en los meses de planes de tratamiento disponible con la consiguiente baja de cobertura, dada la disminución de ingresos de casos nuevos.

### **C.- Aspectos Terapéuticos**

En relación a los motivos de egreso, el alta terapéutica representa, tanto para hombres como mujeres, el 37% del total de los egresos; el alta administrativa a un 5,8%, el egreso por derivación es de un 23,3% y el abandono del programa un 33,7%.

Para el 2021 se debe generar una estrategia que permita monitorear aquellos casos que son atendidos en modalidad a distancia, de manera de asegurar la calidad en sus procesos de intervención, así como también los resultados de esta.

En relación a los egresos según tipo de programa de tratamiento; tanto PM como PG registran valores similares, con un 34,6% y 37,6% para alta terapéutica, y un 33% y 21% de egresos por derivación.

Respecto de los logros obtenidos por las personas al momento del egreso de tratamiento, por cualquier motivo, el 67,3% 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%. 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 transgresión norma social las que registran valores más altos, con un 71%. Mientras que la dimensiones con menor logro terapéutico es relaciones interpersonales con un 66%.

En relación al tiempo de permanencia en tratamiento, el 85% de las personas que se atendió el año 2020, estuvo a lo menos 3 meses en tratamiento. Este número es significativamente mayor a la medición anterior, siendo 7 puntos porcentuales mayor,

El promedio de permanencia del total de personas que egresaron de los programas de tratamiento el año 2020 fue de 8,8 meses con una variación de 1,8 meses respecto del año 2019. Al desagregarlo por motivo de egreso, el alta terapéutica registra la mayor cantidad de tiempo promedio (12,7 meses), mientras que el abandono promedio 6,1 meses. Por otro lado, las personas que fueron evaluadas con logro alto de su proceso de tratamiento, permanecen 12,8 meses en promedio.

#### **V.- Contexto y Análisis Cualitativo del Programa.**

Es necesario mencionar que para efectos de este informe los programas 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) se encuentran en convenio con SENDA.

A si también 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.

Por todo lo anterior el programa requiere la articulación permanente entre las instituciones, como también la construcción de relaciones de confianza y respeto, la construcción de un lenguaje común, la comprensión de las funciones de cada institución, con la claridad que el trabajo integrado genera sinergias que maximizan y enriquecen las posibilidades de mejora.

En este contexto, es que se ha querido relevar el rol de las Mesas Regionales de Gestión del Convenio entre SENDA y MINSAL para la implementación del programa de planes de

tratamiento y rehabilitación de personas con problemas derivados del consumo de drogas y alcohol.

Las Mesas Regionales son agentes activos en el desarrollo de este programa, involucrándose desde los procesos de implementación y seguimiento, hasta el desarrollo técnico de temáticas relevantes para el territorio, potenciando la mejora continua de la calidad, lo que implica abordar aspectos técnicos, administrativos y operacionales.

De esta forma, se hace fundamental, reconocer en lo operativo, a las Mesas de Gestión Regionales que se encuentran instaladas con diferentes niveles de desarrollo en las 16 regiones del país. En su mayoría participan representantes de SENDA, Servicios de Salud y SEREMIS de Salud y otros actores, que dependiendo de la región se han ido incorporando y aportando al desarrollo del programa, 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 y mantener la oferta durante un año complejo desde lo sanitario.

En la mayoría de las mesas regionales, se considera como aspecto positivo el avance en la estabilidad y regularidad de la instancia, que con sus dificultades durante el 2020, ha permitido dar continuidad y seguimiento a la planificación e implementación de los objetivos propuestos.

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 y el alto compromiso para buscar alternativas de mantención de esta instancia en un año que resultó difícil para la red de salud.

Durante el año 2020 el funcionamiento de las mesas regionales se mantuvo, reuniéndose periódicamente de manera virtual y abordado principalmente las temáticas asociadas a la

adecuación de la oferta programática al contexto de pandemia, es decir Protocolos, Articulación de la red sanitaria, monitoreo de contagios, etc.

#### **A. Red de Tratamiento:**

Durante al año 2020, la red estuvo compuesta por 338 centros de tratamiento (incluye los programas ambulatorios básicos, ambulatorios intensivos para población general y población específica de mujeres, los programas residenciales para población general y específica de mujeres.

Un desafío permanente lo constituyó la continuidad de la atención cuando existen derivaciones entre centros o programas de tratamiento por consumo en virtud de las necesidades de intervención de la persona usuaria, así como la continuidad cuando existen intervenciones por parte de otros centros de atención de la red de salud. Las coordinaciones permanentes son una oportunidad para ello, se requiere para lo anterior la generación de protocolos y documentos que favorezcan la articulación, como también el trabajo continuo con la red para reforzar el funcionamiento coordinado e integrado entre los diversos prestadores adecuándose permanentemente al contexto sanitario, considerando que la red sanitaria estuvo sobre exigida y muy demandada por situaciones COVID-19 durante gran parte del 2020.

Durante el 2020, se debe destacar que se instala oferta residencial para población específico de mujeres, en las 16 regiones del país, incorporando las cinco regiones que se mantenían sin esta oferta específica (Ñuble, Araucanía, Los Lagos, Aysén y Magallanes). Lo anterior sin duda un gran logro, pese a todo el contexto, y que implicó un desafío de articulación para toda la red de los territorios que implementaron esta nueva oferta de tratamiento.

#### **B. Sistema de Monitoreo de Resultados**

Durante el año 2020 se continuó con la implementación del Sistema de Monitoreo de Resultados, como parte de la Gestión de la Calidad, que incluyó la evaluación semestral de cada uno de los centros y programas de tratamiento, públicos y privados, de variables asociadas a Acceso a Servicios (Tiempos de Espera), Retención de Usuarios, Motivos de Egreso y Logro Terapéutico. Este sistema constituye un aporte al desarrollo técnico de los centros y el desafío para el año 2021 corresponde dar continuidad a la implementación de estrategias que permitan el mejoramiento de los resultados.

Queda pendiente profundizar e incorporar en el análisis, todos los elementos asociados a la incorporación de las atenciones vía remota instaladas y que complementaron la intervención a partir de mayo de 2020.

### **C. Gestión del programa**

Se destaca en general que los programas de tratamiento, pese al contexto sanitario, han mejorado sus resultados, una parte importante muestra avances en el desarrollo técnico, existiendo una consolidación programática de la red, tanto en el quehacer interno de los programas de tratamiento como en la coordinación e integración en los circuitos de red.

Se mantiene como un desafío importante para el programa la intervención específica de población que se encuentra en atención primaria. Así mismo, seguir profundizando en la instalación del consentimiento informado, el desarrollo de estrategias que favorezcan la adherencia y otros aspectos específicos para la intervención se constituyen en elementos a trabajar para el año 2021, tales como oportunidad y efectividad del tratamiento, especialmente vinculados a tiempos de espera, permanencia, abandono temprano y logros terapéuticos.

Durante el año 2020 se realizó la tramitación de todos los convenios públicos (duración bianual) y se realiza licitación de todos los programas de prestadores privados. Con respecto a la transferencia vía proyectos para los programas de tratamiento específico de mujeres , se presentaron dificultades en el proceso de instalación dada la tardanza en los procesos de compra de los elementos de equipamiento, dada la falta de stock de productos por el contexto de pandemia.

### **D. Asesoría Técnica**

Existe presencia permanente, reconocida y consolidada por parte de los asesores (Gestores de Calidad y cuando es posible, representante de Servicio de Salud), lo que es valorado positivamente por parte de los programas de tratamiento. La asesoría permite detectar situaciones relevantes que afectan la intervención, así como el acompañamiento a los equipos. Durante el 2020, este proceso también se vio modificado, instalándose asesorías vía remota, dada la imposibilidad y riesgo de asistir presencialmente a los centros de tratamiento.

Durante el periodo se mantuvieron las dificultades asociadas a reponer recursos humanos faltantes en algunas regiones, principalmente el profesional gestor de calidad, lo que significa un riesgo en los procesos de acompañamiento y mejora continua de calidad.

Una situación que permanece es la dificultad, dada la alta carga laboral, de contar con representante del Servicio de Salud en todas las visitas de asesoría que permita un proceso conjunto de acompañamiento a los programas de la red por una dupla asesora SENDA-SERVICIOS DE SALUD de acuerdo a su plan de trabajo planificado anualmente.

Sigue siendo un desafío la instalación de competencias técnicas homogéneas y transversales en todo el país. Así también seguir avanzando en la instalación de oferta específica como acceso a unidades hospitalarias para personas 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.

#### **E. Evaluación Técnica**

Esto año, se cumplen los objetivos asociados a la evaluación técnica en todos los programas, no obstante la metodología es modificada y la aplicación es realizada de manera remota. Se destaca la disposición por parte de los equipos y programas en el proceso de evaluación, generando un impacto positivo en el desarrollo de los programas. Los resultados de ésta evaluación, son incorporados en el Plan de Trabajo para el año 2021 de los programas de tratamiento. Este proceso se realiza en conjunto entre SENDA y SEREMI lo que tuvo una buena coordinación pudiendo cumplir con la aplicación de todas las pautas de evaluación.

Se sigue relevando como dificultad el periodo de aplicación de la evaluación técnica, que se realiza los últimos cuatro meses del año, ya que corresponde a un periodo de alta carga laboral lo que dificulta la agenda de visitas tanto para los profesionales de SENDA como de SEREMI de Salud.

#### **F. Supervisión de Contratos**

Se destaca en este ámbito, la existencia de un procedimiento claro, existiendo apertura en la mayor parte de los programas para este proceso. Las supervisiones han implicado en la mayor parte de las regiones, el fortalecimiento en las coordinaciones entre el equipo de



tratamiento regional, permitiendo el levantamiento de información relevante del funcionamiento de los centros. Durante el 2020 este proceso, también se vio afectado por la situación de la pandemia por lo que también se instala una nueva manera de supervisión remota en el último trimestre del año.

### **Líneas de desarrollo del Programa, proyecciones y expectativas**

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 es siempre 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 a la continuidad de cuidados dentro de una red general de salud.

Lo anterior implica 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.

Se mantiene el desafío en la intervención y coordinación con integración social que permita realizar acciones articuladas en usuarios (as) que han terminado sus procesos de tratamiento con la oferta que se otorga como VAIS (vivienda de apoyo a integración social) u otras iniciativas ya sea laborales como educacionales.

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 de 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.

Por último y considerando el contexto y los aprendizajes 2020, para el año 2021 será necesario avanzar en el desarrollo técnico de las atenciones remotas, garantizando el cumplimiento de estándares de calidad, considerando elementos como: conectividad distinta en cada territorio, alfabetización digital de los usuarios, tecnologías disponibles en cada centro de tratamiento, entre otras.