[Informe Final:

Evaluación de resultados de los programas de tratamiento y rehabilitación del Servicio nacional para la prevención y rehabilitación del consumo de drogas y alcohol, SENDA]

Dirección de Presupuestos, Ministerio de Hacienda (DIPRES)

Centro de Estudios Justicia y Sociedad, Instituto de Sociología UC (ISUC)

Responsable técnico del estudio

Centro de Estudios Justicia y Sociedad, Pontificia Universidad Católica de Chile

Dirección ejecutiva

Eduardo Valenzuela (CJS)

Analistas

Ignacio Bórquez (CJS)

Sofía Dupré (CJS)

Asesores

Andrea López (ISUC)

Luis Maldonado (ISUC)

Gastón Fernández

Mariel Mateo

Contraparte Técnica

Ryan Cooper (DIPRES)

Rodrigo Díaz (DIPRES)

Claudia Chamorro (DIPRES)

Contenido

INTRODUCCIÓN 1
I. OBJETIVOS DEL ESTUDIO 2
1. Objetivo General 2
2. Objetivos Específicos 2
II. ANTECEDENTES DE LOS PROGRAMAS 3
1. Justificación 3
1.1. Sobre el fenómeno del consumo de alcohol y drogas 3
1.2. Sobre el proceso de recuperación de personas con consumo problemático de sustancias 14
1.3. Conclusiones 20
2. Descripción General de los Programas 21
2.1. Fin de los Programas 23
2.2. Política global y/o sectorial a la que pertenece el programa 23
2.3. Periodo de ejecución de los programas y cobertura territorial 23
2.4. Bienes y servicios (componentes) que entrega cada programa 24
3. Reformulaciones de los programas a nivel de diseño 29
4. Estructura organizacional y mecanismos de coordinación 31
4.1. Mecanismos de coordinación Programa de Tratamiento y Rehabilitación 31
4.2. Mecanismos de coordinación Programa de Integración Social Chile Integra 34
III. CARACTERIZACIÓN Y CUANTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN POTENCIAL Y OBJETIVO 37
1. Programa de Tratamiento y rehabilitación 37
1.1. Respecto a las fuentes de información 37
1.2. Definición de consumo problemático 38
1.3. Críticas a la definición actual de consumo problemático 39
1.4. Estimaciones poblacionales en base a nuevos criterios 42
1.5. Posibles sesgos de medición de consumo en encuestas nacionales 48
2. Programa de Integración Social Chile Integra 49
3. Conclusiones 51
IV. EVALUACIÓN DE DISEÑO 53
1. Diagnóstico de la situación inicial 54
2. Lógica vertical 54
2.1. Coherencia entre diagnóstico, fin y propósito 54
2.2. Coherencia entre propósito y componentes 59
2.3. Coherencia entre componentes y subcomponentes 62
2.4. Coherencia y pertinencia de las actividades 64
3. Lógica horizontal de la Matriz de Marco Lógico 72
3.1. Indicadores a nivel de subcomponentes 72
3.2. Indicadores a nivel de componentes 76
3.3. Indicadores a nivel de propósito 81
3.4. Indicadores a nivel de fin 85
4. Conclusiones 88
V. EVALUACIÓN DE USO DE RECURSOS 89
1. Antecedentes presupuestarios 89
2. Fuente de recursos financieros 93
3. Eficiencia 95
3.1. Ejecución presupuestaria de los programas 95
3.2. Costo medio por beneficiario 97
3.3. Composición del gasto 99
4. Comparación con contexto internacional 101
5. Limitaciones de información y recomendaciones 103
6. Conclusiones 104
VI. EVALUACIÓN DE RESULTADOS A NIVEL DE PRODUCTOS 106
1. Focalización, selección y cobertura de los programas 106
1.1. Programa de Tratamiento y Rehabilitación 106
1.2. Programa Chile Integra 114

1.3. Cobertura Territorial 115
2. Resultados a nivel de componentes (bienes y/o servicios) 118
2.1. Programa de Tratamiento 118
3. Conclusiones 121
VII. EVALUACIÓN DE RESULTADOS A NIVEL DE OBJETIVOS 128
1. Estudio cuantitativo: Población Adulta 128
1.1. Metodología 128
1.2. Trabajo de terreno 131
1.3. Plan de análisis 132
1.4. Resultados 133
2. Estudio cualitativo: Población Adulta 160
2.1. "¿Qué significa para ti la recuperación?" 160
2.2. "¿Por qué razón o razones dejó el tratamiento?" 163
3. Estudio cualitativo: Población Adolescente Infractora de Ley 167
4. Conclusiones 173
VIII.RECOMENDACIONES 177
1.1 Cuantificación y caracterización de población potencial y objetivo 177
1.2 Diseño de los programas 178
1.2.1 Lógica vertical 178
1.2.2 Lógica horizontal 179
1.3 Uso de recursos 180
1.4 Resultados a nivel de productos 180
1.4.1 Focalización, selección y cobertura 180
1.4.2 Producción de bienes y/o servicios 181
1.5 Resultados a nivel de objetivos 181
IX. REFERENCIAS 184
X. ANEXOS 198
1. Cobertura territorial por componente Programa de Tratamiento 198
2. Bienes y servicios (componentes) que entrega cada programa (extendido) 200
3. Organigrama institucional y entidades articuladas con SENDA 209
4. Resultados a nivel de productos 212
4.1 Respecto a las fuentes de información 212
4.2 Documento para cálculo de indicadores a nivel de productos y coberturas 214
5. Lista de entrevistas realizadas fase evaluación de diseño 262
6. MML Programa de Tratamiento 263
7. MML Programa de Integración Social Chile Integra 278
8. Indicadores de desempeño Programa de Tratamiento 282
9. Indicadores de desempeño Programa de Integración 288
10. Criterios para selección de programas 289
11. Encuesta a Usuarios 292
11.1 Línea de base 292
11.2 Egreso 294
11.3 Post-Egreso 297
12. Encuesta a centros de tratamiento 298
13. Análisis de validez de muestra 300
13.1 Población potencial versus (i) muestra inicial y (ii) muestra final 300
13.2 Análisis deserción muestral 303
13.3 Análisis de encuestas telefónicas 305
13.4 Análisis de validez de la respuesta 306
14. Análisis resultados 308
15. Análisis multivariado 367
16. Estudio cualitativo: Población Adulta 406
16.1 Recuperación del consumo 406
16.2 Abandono de tratamiento 414
17. Anexo estudio cualitativo: Población Adolescente infractora de ley 424
17.1 Línea de base 424
17.2 18 meses 435

18. Encuesta a Centros de Tratamiento 446
18.1 Caracterización general 446
18.2 Prestaciones entregadas 448
18.3 Dotación de personal 449
18.4 Lista de espera 451
18.5 Características de la intervención 451
18.6 Autoevaluación de desempeño 452

ACRÓNIMOS

ATOS	Australian Treatment Outcome Study
AUDIT	Alcohol Use Disorders Identification Test
AUGE	Plan de Acceso Universal de Garantías Explícitas
AVAD	Años de vida sana ajustados en función de la discapacidad
BFI	The Betty Ford Institute
CASEN	Encuesta de Caracterización Socioeconómica de Chile
CAST	Cannabis Abuse Screening Test
CIAM	Habilitación en competencias para la integración social
CIDAC	Comisión Interamericana para el control del abuso de drogas
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades
CJS	Centro de Estudios Justicia y Sociedad
CONACE	Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes
CRAFFT	Car, Relax, Alone, Forget, Friends, Trouble - Test de abuso para adolescentes
CRC	Centros de Internación de Régimen Cerrado
CRS	Centros de Reinserción Social
CTA	Centros de Tratamiento de Adicciones
DATOS	Drug Abuse Treatment Outcome Study
DIPRES	Dirección de Presupuestos
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DTORS	Drug Treament Outcome Reaserch Study
EMCDDA	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
ENPE	Estudio de Drogas en Población Escolar
ENPG	Estudio de Drogas en Población General
EPG	Evaluación de Programas Gubernamentales
FONASA	Fondo Nacional de Salud
GENCHI	Gendarmería de Chile
GES	Garantías Explícitas en Salud
ISUC	Instituto de Sociología de la Pontificia Universidad Católica de Chile
LGBTI+	Lesbianas, Gays, Bisexuales, Transexuales, Intersexuales u otra minoría sexual
LV	Libertad Vigilada
MDSyF	Ministerio de Desarrollo Social y Familia (Ex-MIDESO)
MIDESO	Ministerio de Desarrollo Social
MINSAL	Ministerio de Salud
MML	Matriz de Marco Lógico
MPAI	Plan Ambulatorio Intensivo específico mujeres
MPR	Plan Residencial específico mujeres
NNA	Niños, niñas y adolescentes
OCAS	Organismos Colaboradores Acreditados
OEA	Organización de los Estados Americanos
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización no gubernamental
OSL	Orientación sociolaboral
PAB	Plan Ambulatorio Básico
PAI	Plan Ambulatorio Intensivo
PIB	Producto Interno Bruto per cápita
PPV	Programa de Prestaciones Valoradas
PR	Plan Residencial
PSC	Persona en Situación de Calle
PTI	Plan de Tratamiento Individual

ROSIE	Research Outcome Study in Ireland
SCP	Suspensión Condicional de Procedimiento
SEDRONAR	Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina
SENAME	Servicio Nacional de Menores
SENDA	Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol
SERNAMEG	Servicio Nacional de la Mujer y la Equidad de Género
SISTRAT	Sistema de Información y Gestión de Tratamiento
TOP	Treatment Outcomes Profile
TTD	Tribunal de Tratamiento de Drogas
UC	Pontificia Universidad Católica de Chile
UDP	Universidad Diego Portales
UNODC	United Nations Office on Drugs and Crime
VAIS	Viviendas de apoyo para la integración social

INTRODUCCIÓN

Este documento corresponde al informe final del estudio convocado por la Dirección de Presupuestos (DIPRES) del Ministerio de Hacienda orientado a realizar una 'Evaluación de resultados de los Programas de Tratamiento y Rehabilitación del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA'. El estudio fue adjudicado al Centro de Estudios Justicia y Sociedad (CJS) del Instituto de Sociología de la Pontificia Universidad Católica de Chile (UC), y tiene como objetivo general evaluar los resultados intermedios de los programas de tratamiento y rehabilitación por consumo de drogas y alcohol e integración social en el período 2012-2017.

La entidad responsable de los programas a evaluar es el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del consumo de Drogas y Alcohol (SENDA), cuya función es elaborar las políticas de prevención del consumo de drogas y alcohol, así como el tratamiento, rehabilitación e integración social de las personas afectadas por estas sustancias.

Para el presente informe, el equipo investigador CJS recolectó y analizó información a partir de revisión de documentos institucionales de SENDA y Ministerio de Desarrollo Social y Familia (MDSyF), entrevistas con actores clave de distintas instituciones involucradas (SENAME, Servicio Nacional de Menores (SENAME), MDSyF, Ministerio de Salud (MINSAL), Gendarmería de Chile (GENCHI)), así como con un trabajo colaborativo con la institución evaluada y la contraparte técnica. Sumado a esto, se llevó a cabo un levantamiento de información para los y las participantes de los programas ambulatorios intensivos y residenciales dirigidos a población general adulta en la Región Metropolitana. Por último, en este producto se incorpora un análisis de información secundaria dispuesta por SENDA para las estimaciones- de forma independiente por parte del equipo evaluador- de las poblaciones y prestaciones entregadas por los programas en estudio.

Este informe se organiza en torno a ocho capítulos. En el primero (I) se definen los objetivos del estudio y en el segundo (II) se presentan los antecedentes de los programas a evaluar y sus componentes. En la tercera parte (III) se realiza una caracterización y cuantificación de la población objetivo y potencial de los programas estudiados. En el cuarto capítulo (IV) se realiza un análisis de diseño de los programas según la Metodología de Matriz de Marco Lógico. En el quinto apartado (V) se presenta la evaluación de uso de recursos. A continuación, se exponen los resultados del desempeño de los programas a nivel de componentes (VI), incluido un análisis de focalización y cobertura. En el séptimo capítulo (VII) se presentan los resultados a nivel de objetivos. Finalmente, el octavo apartado (VIII) sintetiza las recomendaciones.

I. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

El presente estudio de evaluación se compone de un objetivo general y de siete objetivos específicos. Estos están descritos a continuación.

1. Objetivo General

Evaluar los resultados intermedios de los programas de tratamiento y rehabilitación por consumo de drogas y alcohol e integración social de SENDA.

Para realizar lo anterior se requerirá de un análisis sobre aspectos de diseño, gestión y resultados a nivel de producto de las intervenciones. Dicho análisis debe ser funcional y posibilitar la adecuada evaluación de resultados intermedios en los que se enfoca este estudio.

2. Objetivos Específicos

2.1. Realizar una caracterización de la demanda, perfil de los beneficiarios y nivel de cobertura de los programas.

2.2. Identificar los resultados esperados e intermedios, de los programas evaluados.

2.3. Estudiar, analizar y medir resultados de los programas a partir de la información actualmente recopilada por SENDA dentro del periodo de evaluación. Emitir juicios y realizar análisis que sean complementarios a los resultados obtenidos a través del levantamiento de información en terreno.

2.4. Proponer, desarrollar y aplicar metodologías de evaluación acorde a las características de los programas, tanto cuantitativas y/o cualitativas, según corresponda, que permitan conocer si los programas han logrado los resultados intermedios esperados, así como cualquier externalidad asociada a la ejecución del programa.

2.5. Realizar de manera independiente y objetiva el levantamiento, procesamiento y análisis de información cuantitativa y cualitativa que permita conocer los resultados de los programas. Esto implica el levantamiento de una línea de base, donde se espera obtener información de beneficiarios que se encuentren en la etapa inicial de tratamiento (beneficiarios activos) y luego un nuevo levantamiento de información de los mismos individuos 12 y 18 meses después.

2.6. Evaluar la eficiencia y uso de recursos utilizados para implementar los programas y su relación con los resultados alcanzados.

2.7. Entregar conclusiones precisas, identificando claramente las debilidades e insuficiencias en términos de resultados de los programas de tratamiento y realizar recomendaciones que permitan mejorar el desempeño de éstos.

II. ANTECEDENTES DE LOS PROGRAMAS

En este capítulo se expone la justificación del problema público que da origen al surgimiento de los programas en estudio, seguido de una descripción de éstos en términos de fin, propósito, política en la que se enmarcan, periodo de ejecución y prestaciones que cada uno entrega. Por último, se describen las reformulaciones de los programas a nivel de diseño, durante el periodo estudiado (2013-2017).

1. Justificación

1.1. Sobre el fenómeno del consumo de alcohol y drogas

El consumo de alcohol y otras drogas constituye uno de los principales problemas de salud pública del mundo (Van Gesté, Johnson & Alemagno, 2017). En efecto, según el último Informe Mundial sobre las Drogas (UNODC, 2017), se estima que 29,5 millones de usuarios de drogas presentan un consumo perjudicial, por lo que padecen trastornos provocados por su uso, son proclives a desarrollar dependencia y luego requerirán un tratamiento para recuperarse. De esta manera, el abordaje de este fenómeno no es trivial, en la medida que posee múltiples aristas, entre las que destaca que incide de forma decisiva en la vulnerabilidad social– al profundizar las desigualdades e inequidades–, obstaculiza el desarrollo de las personas y comunidades, y contribuye a la inseguridad ciudadana.

Algunas de sus implicancias en la salud pública e individual son las muertes por sobredosis, accidentes, violencia, daño a menores de edad, y un aumento en el número de enfermedades (cardíacas, VIH, infecciones, cáncer, entre otras) (Paulozzi, Weisler & Patkar, 2011). Una de las aproximaciones a la magnitud del daño causado por el consumo de drogas, es tomar como unidad de medida los *años de vida sana ajustados en función de la discapacidad*[1] (AVAD), en base a lo cual se estima que serían 28 millones de AVAD que se perdieron en 2015 en todo el mundo debido a la muerte prematura y la discapacidad causadas por el uso de drogas, lo que es parte de una sostenida tendencia hacia el aumento en el último decenio de la pérdida de AVAD imputables a dichas causas (UNODC, 2017). A esto se suma la vinculación entre el uso de drogas y el crimen, ya que, según el mismo reporte antes mencionado, los grupos asociados al tráfico de drogas suelen involucrarse en más de un tipo de delito – como trata de personas, tráfico de armas y contrabando de migrantes–, lo que hace evidente que los usuarios de drogas ilícitas corren el riesgo de tomar contacto con este tipo de contextos para acceder a las sustancias.

Además, el abuso de sustancias significa una carga económica a la sociedad. Por ejemplo, en Estados Unidos los costos asociados al tratamiento del consumo problemático de alcohol ascienden a 200 billones de dólares anualmente (Bouchery, Harwood, Sacks, Simon & Brewer, 2011). En el contexto chileno, SENDA durante el año 2017 utilizó el 67% de su presupuesto anual en los programas de tratamiento y rehabilitación de drogas, ascendiendo a 42.977.380.000 pesos anualmente (aproximadamente 71 millones de dólares), de acuerdo a la información contenida en el Balance de Gestión Integral (2018)[2].

Por otra parte, internacionalmente se ha extendido una sólida línea de investigación que permite el desarrollo de programas de tratamiento de drogas basados en la evidencia, a través de estudios

[1] Los AVAD se calculan agregando los Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP) con los Años Vividos con Discapacidad (AVD). En este sentido, entregan información sobre la cantidad de años perdidos por encontrarse en una situación de discapacidad, dando cuenta de la carga que una enfermedad en particular tiene sobre la vida de las personas. Para mayor información sobre el cálculo del indicador referirse a (Alvis & Valenzuela, 2010).

[2] De este presupuesto total MM$17.140 se utilizaron en programas del componente Adolescente; MM$25.096 en el componente de Población General; MM$740 para el componente de Integración Social

longitudinales que permiten evaluar el impacto de los programas, para informar la toma de decisiones en políticas públicas de salud en este ámbito. Este es el caso de los estudios longitudinales llevados a cabo por el *Drug Abuse Treatment Outcome Study* (DATOS) en Estados Unidos, el *Drug Treament Outcome Reaserch Study* (DTORS) en el Reino Unido y el *Australian Treatment Outcome Study* (ATOS). En las últimas dos décadas, estos centros de investigación no solo han llevado a cabo evaluaciones de diseño, de proceso y de resultados de programas de tratamiento, rehabilitación e integración social de personas con consumo problemático de drogas y/o alcohol, sino también numerosas evaluaciones que cuantifican el impacto de tratamientos al corto y largo plazo, con seguimientos que varían entre los 3 meses hasta los 5 años posteriores al egreso terapéutico.

Por el contrario, en nuestro país la investigación sobre la efectividad de estos programas es todavía incipiente, resaltando sólo tres estudios. El primero corresponde a un estudio longitudinal desarrollado por la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile (2008), el segundo a un estudio de evaluación de los programas para personas privadas de libertad o bajo el alero de Gendarmería de Chile (GENCHI) (2012), y el tercero corresponde a un estudio de evaluación de programas para adolescentes infractores de ley (2011) desarrollado por la consultora Asesorías para el Desarrollo, encargado por CONACE. Estos evalúan el proceso mediante el cual se desarrolla el tratamiento de distintos programas de tratamientos de drogas y alcohol, resaltando las distintas dificultades y aspectos facilitadores que emergieron en el proceso investigativo para la elaboración de recomendaciones. Dicho esto, dos de los estudios se constituyen como evaluaciones transversales, revisando procesos y resultados tanto del tratamiento como de la coordinación de los organismos administradores del Estado. En ese sentido, dada la naturaleza de dichos estudios, así como la falta de evaluaciones de seguimiento o impacto, dificulta la capacidad con la que se cuenta actualmente de establecer conclusiones certeras respecto al resultado que han tenido estas intervenciones.

Consumo de drogas en población general

Para comprender la magnitud del problema en nuestro país, el último informe de SENDA sobre consumo de drogas en población general[3] documenta cómo éste ha aumentado en los últimos años (SENDA, Décimo Segundo Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile, 2017). Tal como se aprecia en la Tabla 1, destaca que el **alcohol** es la sustancia más consumida en Chile. Los datos muestran que más de la mitad de los chilenos declaró consumir alcohol al menos una vez en los últimos doce meses[4] en 2012, lo que aumentó para 2014 y se mantuvo estable en 2016. En cuanto a la distribución por sexo, los hombres tienen mayor prevalencia año que las mujeres[5]. Por otro lado, en cuanto a los tramos etarios, destaca que los adolescentes (12 a 18 años) tienen un consumo menor que los grupos etarios de mayor edad. Se destaca, que el único descenso se observa en el tramo de mayor edad entre los años 2014 y 2016. En cuanto al nivel socioeconómico, se aprecia una brecha entre el nivel socioeconómico alto y los niveles medios y bajos. Al enfocar el análisis en quienes han desarrollado un consumo de riesgo[6] de alcohol, se

[3] Comprende a las personas desde los 12 hasta los 65 años de edad.
[4] Es equivalente a la prevalencia año, que corresponde al porcentaje de la población que ha consumido con alguna droga durante los últimos 12 meses.
[5] Cuando se nombren diferencias entre grupos es porque estas fueron reportadas como estadísticamente significativas. En caso de no serlas se dirá expresamente en el cuerpo del informe.
[6] Consumo de riesgo en alcohol: Medición que se basa en el puntaje obtenido del Test de Identificación de Trastornos Debido al Consumo de Alcohol (AUDIT), el cual posee un rango de 0 a 40 puntos, derivado de la sumatoria de diez ítems. El consumo de riesgo se establece sobre los 8 puntos de dicho rango y se calcula sobre los consumidores del último año; vale decir, quienes respondieron el instrumento AUDIT (SENDA, 2017)

tiene que éste asciende a un 9,3% de la población en 2016 (SENDA, Décimo Segundo Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile, 2017).

Tabla 1: Prevalencia año de consumo de alcohol en Chile para los años 2012, 2014 y 2016 (%).

		Sexo		Tramo de edad					Nivel Socioeconómico		
Año	General	Hombres	Mujeres	12-18	19-25	26-34	35-44	45-64	Bajo	Medio	Alto
2012	55,8	61,8	50,0	32,1	65,4	67,8	61,3	54,7	55,6	52,8	58,5
2014	63,4	68,9	58,0	36,8	69,2	73,3	70,3	62,8	62,0	61,3	56,1
2016	63,9	68,7	59,1	34,8	73,7	74,3	71,8	62,2	58,8	60,8	69,0

Fuente: Elaboración propia a partir del Décimo Segundo Estudio de Consumo de Drogas para Población General, SENDA 2017.

En segundo lugar, la **marihuana** es la sustancia ilícita de consumo más frecuente en Chile. Al estudiar las tendencias, se observa que ésta ha aumentado progresivamente en los últimos años, llegando a duplicarse en sólo 4 años entre la población general (Tabla 2). La desagregación de estas cifras según sexo da cuenta de que los hombres lideran, además de presentar un aumento más relevante durante el tiempo (8,6 puntos porcentuales versus 6,2 en mujeres). Sobresale que entre 2012 y 2016 dos grupos etarios (19 a 25 años y 26 a 34 años) mostraron un aumento significativo, evidenciando la disminución en la percepción de riesgo que ha sucedido entre las personas adultas y jóvenes. En la misma línea, entre 2012 y 2014 la prevalencia en el grupo etario más joven (12 a 18 años) se duplicó. Finalmente, es preciso mencionar que la prevalencia año no mostró diferencias importantes según nivel socioeconómico entre los años 2012 y 2014, sin embargo, para el año 2016 las cifras arrojan un aumento significativo estadísticamente para los niveles socioeconómicos bajo y alto, elevándose aproximadamente 4 puntos porcentuales. Por último, un 14,8% de los consumidores ha desarrollado dependencia[7] de esta sustancia en 2016.

Tabla 2: Prevalencia año de consumo de marihuana en Chile para los años 2012, 2014 y 2016 (%).

		Sexo		Tramo de edad					Nivel Socioeconómico		
Año	General	Hombres	Mujeres	12-18	19-25	26-34	35-44	45-64	Bajo	Medio	Alto
2012	7,1	9,8	4,4	6,7	17,5	10,3	4,4	1,9	7,4	6,9	7,1
2014	11,3	14,6	8,1	13,5	24,0	17,1	9,0	4,2	10,6	10,4	12,5
2016	14,5	18,4	10,6	12,6	33,8	23,4	9,4	5,5	14,4	12,1	16,6

Fuente: Elaboración propia a partir del Décimo Segundo Estudio de Consumo de Drogas para Población General, SENDA 2017.

Aun cuando no existen diferencias importantes en las prevalencias según nivel socioeconómico, se debe considerar el sesgo existente en el tipo de marihuana consumida, en tanto que la prensada, que tiene un costo inferior a las demás y es más perjudicial para la salud, es la de mayor consumo en niveles socioeconómicos bajos[8] (SENDA, Décimo Segundo Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile, 2017; Dörr et al., 2009).

[7] La dependencia se estima según los criterios definidos en la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). De este modo, la tasa de dependencia se calcula a partir de la presencia de tres o más de los seis criterios establecidos: (i) un poderoso deseo de tomar la droga (craving); (ii) un deterioro de la capacidad para autocontrolar el consumo de la misma; (iii) la persistencia del uso a pesar de consecuencias dañinas; (iv) una asignación de mayor prioridad a la utilización de la droga que a otras actividades y obligaciones; (v) un aumento de la tolerancia a la droga; y, a veces; (vi) un estado de abstinencia por dependencia física." (OMS, 2015, pág. 307).

[8] Según Dörr y otros (2009), la marihuana prensada tendría efectos más perjudiciales para la salud que los otros tipos en cuanto que contribuye a generar adicción más rápido, pero sus efectos mayormente perjudiciales se evidenciarían en la funcionalidad y la deserción escolar.

En cuanto a la prevalencia año de consumo de **cocaína** (Tabla 3), se estima que ésta afectó a un 1,1% de la población chilena en 2016, siendo más prevalente en hombres, en quienes tienen entre 26 y los 34 años, y personas de nivel socioeconómico bajo (en 2016). Ahora bien, entre los consumidores de esta sustancia en 2016, uno de cada tres presentó dependencia (29,6%), lo que ha aumentado 7 puntos porcentuales respecto a la medición anterior (SENDA, 2017).

Tabla 3: Prevalencia año de consumo de cocaína en Chile para los años 2012, 2014 y 2016 (%).

		Sexo		Tramo de edad					Nivel Socioeconómico		
Año	General	Hombres	Mujeres	12-18	19-25	26-34	35-44	45-64	Bajo	Medio	Alto
2012	0,9	1,3	0,5	0,3	2,0	1,6	0,7	0,3	1,5	0,6	0,7
2014	1,4	2,2	0,6	1,6	1,9	2,7	1,5	0,6	2,1	1,3	1,1
2016	1,1	1,6	0,5	0,3	1,8	2,1	1,4	0,3	2,0	0,9	0,7

Fuente: Elaboración propia a partir del Décimo Segundo Estudio de Consumo de Drogas para Población General, SENDA 2017.

En cuanto al uso de la **pasta base** (cocaína fumable, pasta base de cocaína), alcanzó a un 0,4% en 2016 (Tabla 4). La desagregación por sexo muestra un consumo mayor en hombres (2016), de tramos de edad entre 19 y 44 años (0,6%-0,7%), y en la población de menor nivel socioeconómico (0,7% en NSE Bajo versus 0,2% en NSE Alto). De acuerdo al estudio, destaca que esta es la sustancia que genera mayor dependencia, ya que casi la mitad de los usuarios de pasta base (44,6%) presenta dependencia en 2016, con una disminución significativa estadísticamente de 20 puntos porcentuales desde 2014, dónde alcanzó niveles incluso más altos, llegando a un 65,6%.

Tabla 4: Prevalencia año de consumo de pasta base en Chile para los años 2012, 2014 y 2016 (%).

		Sexo		Tramo de edad					Nivel Socioeconómico		
Año	General	Hombres	Mujeres	12-18	19-25	26-34	35-44	45-64	Bajo	Medio	Alto
2012	0,4	0,8	0,1	0,2	0,5	1,0	0,4	0,2	0,9	0,5	<0,1
2014	0,5	0,8	0,1	0,3	0,5	1,0	0,6	0,2	1,4	0,3	0,1
2016	0,4	0,7	0,1	0,3	0,6	0,7	0,6	0,1	0,7	0,4	0,2

Fuente: Elaboración propia a partir del Décimo Segundo Estudio de Consumo de Drogas para Población General, SENDA 2017.

Siguiendo el mismo informe, se puede observar que existe un uso creciente en la población chilena de medicamentos sin receta médica. Por un lado, en el caso de los **tranquilizantes sin receta**[9], se evidencia un aumento en la prevalencia año, desde un 1,2% en el 2014 a un 1,7% en el 2016 en la población general (Tabla 5). Dicho aumento se puede explicar por el incremento de su consumo entre adolescentes (0,2% en 2014 a un 0,8% en 2016) y también de individuos de nivel socioeconómico medio (0,8% en 2014 a 1,5% en 2016) y alto (1,3% en 2014 a 2,1% en 2016). Por otro lado, la prevalencia año de **analgésicos** sin receta médica[10] también aumentó llegando a un 1,2% en 2016, en comparación al 0,6% del 2014 (Tabla 6). A su vez, esto se asocia mayoritariamente al aumento tanto en mujeres (0,6% en 2014 a un 1,5% en 2016), como en los tramos de edad de 35 a 44 años y 45 a 64 años (con un aumento de 1,3 y 0,9 puntos porcentuales de 2014 a 2016, respectivamente), y en el nivel socioeconómico medio (0,4% en 2014 a 1,2% en 2016).

[9] Refiere principalmente a benzodiacepinas e inductores del sueño. Por ejemplo: Alprazolam, Zotrán, Ativán o Adox; Valium o Diazepam; Clonazepam, Ravotril o Valpax; Lorazepam o Amparax; Clorodiacepóxido; Bromacepam; Zopiclona, Zolpidem o Somno; Dormonit o Midazolam; Rohypnol, Flunitracepam o Ipnopen.

[10] Por ejemplo: Tramal o Tramadol, Codeína, Morfina, Metadona, Petidina

Tabla 5: Prevalencia año de consumo de tranquilizantes sin receta en Chile para los años 2012, 2014 y 2016 (%).											
		Sexo		Tramo de edad					Nivel Socioeconómico		
Año	General	Hombres	Mujeres	12-18	19-25	26-34	35-44	45-64	Bajo	Medio	Alto
2012	1,4	1,2	1,6	0,5	1,7	1,9	1,2	1,6	1,3	1,1	1,8
2014	1,2	0,9	1,4	0,2	1,3	1,0	1,3	1,4	1,5	0,8	1,3
2016	1,7	1,5	1,9	0,8	1,3	1,8	2,3	1,8	1,2	1,5	2,1
Fuente: Elaboración propia a partir del Décimo Segundo Estudio de Consumo de Drogas para Población General, SENDA 2017.											

Tabla 6: Prevalencia año de consumo de analgésicos en Chile para los años 2012, 2014 y 2016 (%).											
		Sexo		Tramo de edad					Nivel Socioeconómico		
Año	General	Hombres	Mujeres	12-18	19-25	26-34	35-44	45-64	Bajo	Medio	Alto
2012	0,3	0,2	0,3	0,1	0,1	0,7	0,3	0,2	0,4	0,3	0,2
2014	0,6	0,5	0,6	0,3	1,1	0,6	0,5	0,4	0,8	0,4	0,6
2016	1,2	0,9	1,5	0,7	0,8	1,2	1,8	1,3	1,3	1,2	1,2
Fuente: Elaboración propia a partir del Décimo Segundo Estudio de Consumo de Drogas para Población General, SENDA 2017.											

Consumo de sustancias en población escolar[11]

En cuanto a la población escolar, el Décimo Primer Estudio Nacional de Consumo de Drogas en Población Escolar para el año 2015 realizado por SENDA (2016), afirma que la edad de inicio de consumo se ha estabilizado en torno a 13,8 años para el caso del alcohol, en 14,5 años para la marihuana, en 14,9 años para la cocaína, y en 14,1 años para pasta base (Tabla 7) (Décimo Primer Estudio Nacional de Consumo de Drogas en Población Escolar, SENDA, 2016). Además, señala que la droga más consumida por los jóvenes en edad escolar es el **alcohol**, con una prevalencia año que ha ido en aumento durante la última década, subiendo 59,3% en el 2011 a un 63,0% en el 2013 y 2015. Un estudio anterior realizado por el Ministerio de Salud (2009) ya destacaba el consumo excesivo en este grupo etario, señalando que un 14,7% de ellos posee un consumo de riesgo de alcohol, lo que supera incluso las cifras de otros grupos etarios.

Especialmente preocupante es el consumo de **marihuana** en población escolar, ya que los prevalentes año de esta sustancia se duplicaron con creces en seis años, aumentando desde un 15,1% en 2009 a un 34,2% en 2015; mientras que un 43,7% de esta población declaró haber consumido esta sustancia al menos una vez en la vida[12] (Tabla 8) (Décimo Primer Estudio Nacional de Consumo de Drogas en Población Escolar, SENDA, 2016). Con respecto al diagnóstico de consumo perjudicial en adolescentes, se ha evidenciado que llega a un 16,7% en 2015. Estas cifras resultan alarmantes debido a que los adolescentes prevalentes año en marihuana muestran menores habilidades cognitivas asociadas al proceso de aprendizaje (Mena et al., 2013).

Por su parte, el consumo de **cocaína** en población escolar ha mostrado una tendencia al alza desde 2011 a la fecha, así, por ejemplo, la prevalencia año de esta sustancia aumentó desde un 3,6% en 2013 a un 4,2% en 2015 (Tabla 8). De forma similar, la prevalencia año de **pasta base** mostró un aumento de un 2,3% a un 2,7% entre los años 2013 y 2015, respectivamente (Tabla 8).

[11] La muestra lograda por el Décimo Primer Estudio Nacional de Consumo de Drogas en Población Escolar para 2015 incluye personas cursando cursos desde octavo básico hasta cuarto medio de establecimientos Científico-Humanista y Técnico Profesional, así como de distintas dependencias administrativas.

[12] Esto equivale a prevalencia vida, es decir, el porcentaje de personas que han consumido una determinada sustancia al menos una vez en su vida.

Tabla 7: Edad de inicio (en años) en el consumo de alcohol, marihuana, cocaína y pasta base en Población Escolar.				
Año	Edad Inicio			
	Alcohol	Marihuana	Cocaína	Pasta Base
2011	13,7	14,5	14,7	13,6
2013	13,7	14,7	15	14,4
2015	13,8	14,5	14,9	14,1
Fuente: Elaboración propia a partir del Décimo Primer Estudio de Consumo de Drogas para Población Escolar, SENDA 2015.				

Tabla 8: Prevalencia año de consumo de alcohol, marihuana, cocaína y pasta base en Población Escolar (%).				
Año	Prevalencia año			
	Alcohol	Marihuana	Cocaína	Pasta Base
2011	59,3	19,5	3,2	2,2
2013	63,0	30,6	3,6	2,3
2015	63,0	34,2	4,2	2,7
Fuente: Elaboración propia a partir del Décimo Primer Estudio de Consumo de Drogas para Población Escolar, SENDA 2015.				

Consumo de drogas en población infractora

Antes de profundizar sobre la evidencia respecto a la población específica infractora de ley con respecto al consumo de sustancias, se debe anticipar que, si bien no todos los consumidores problemáticos de drogas y/o alcohol están implicados en la comisión de delitos, existe evidencia que sustenta una alta asociación entre el consumo de sustancias ilícitas y el incurrir en actos delictuales. El estudio realizado por Valenzuela y Larroulet (2010)[13], señala que cerca de un tercio de los delitos cometidos por adultos encarcelados en tres regiones del país son atribuibles a la influencia del consumo de drogas ilícitas[14], y la cifra asciende a un 50% cuando se agrega el alcohol. Para el caso de adolescentes, el mismo estudio señala que el 20% de los delitos son atribuibles al consumo de dichas drogas ilícitas, aumentando la cifra a un tercio al agregar el alcohol.

Respecto a la prevalencia del consumo de drogas y alcohol en la población penitenciaria, se puede rescatar la evidencia del estudio desarrollado por el Centro de Estudios en Seguridad Ciudadana (2015), el cual muestra que la población del subsistema cerrado en Chile presenta una prevalencia mes[15] es más alta (20,5%) en comparación a los otros cinco países latinoamericanos en el estudio (Perú 16,5%, Argentina 16,1%, Brasil 13%, México 17,8% y El Salvador s/d). En específico la sustancia más consumida en las cárceles chilenas es marihuana (17,8%), seguida por el alcohol (5,3%) y por último la pasta base (1,1%). Lo anterior evidencia una situación que no debe pasar desapercibida, en tanto que 1 de cada 5 internos del país consumen drogas y/o alcohol al interior de espacios de privación de libertad asociados a una función de rehabilitación. Por otro lado, en cuanto a la población femenina que se encuentra privada de libertad, el mismo estudio revela que en Chile un 22,3% de las mujeres declaró haber consumido alcohol y/o drogas en el último mes, superando la prevalencia reportada por mujeres privadas de libertad en países como Argentina (4,3%), Brasil (13,6%) o México (5,8%).

[13] En este estudio se utilizó una muestra nacional de 1.657 reclusos/as adultos en cárceles de las regiones de Tarapacá, Metropolitana y Los Lagos y 1.468 jóvenes infractores de ley, con edades que fluctúan entre los 14 y los 17 años, que se encontraban en programas abiertos y cerrados del SENAME (Valenzuela & Larroulet, 2010).

[14] Marihuana, cocaína y pasta base específicamente.

[15] Prevalencia mes: porcentaje de personas que consumió una sustancia determinada durante el último mes.

Con respecto a las características de este fenómeno entre jóvenes infractores[16], el Servicio Nacional de Menores (SENAME) tiene variados antecedentes de la situación en nuestro país. Un informe realizado por el Instituto de Sociología PUC y la Fundación San Carlos de Maipo (2015), contiene cifras del SENAME que contextualizan el consumo de drogas en jóvenes infractores a nivel nacional durante el último trimestre del año 2014. Del total de jóvenes que se encontraban cumpliendo algún tipo de condena para esa fecha en el país (14.001 jóvenes), un 36% (equivalente a más de 5.000 jóvenes) presentaron problemas de consumo de drogas al momento de ingresar al sistema y un 17% (2.325 jóvenes) había consumido drogas o estaba portándola al momento de su detención y procesamiento, a pesar de que el consumo no fue diagnosticado como "problemático"[17]. Además, en el mismo estudio se observa que la edad de inicio de consumo de drogas en población infractora adolescente muestra mayor precocidad que la edad de inicio de la población adolescente general. Como ya se mencionó anteriormente, la edad de inicio de consumo de marihuana para la población infanto adolescente, declarada en el Décimo Estudio Nacional de Consumo de Drogas en Población Escolar (2014), es de 15 años, lo que desciende a 12 años para el caso de la población infractora adolescente. Asimismo, la edad de inicio de cocaína para el primer grupo es de 15 años, y disminuye a los 14 años para la población infractora. Solo la pasta base muestra mayor precocidad en su consumo en la población no infractora, siendo de 14 años la edad inicio de consumo, lo que aumenta a 15 años para la población adolescente infractora.

Consumo de sustancias en otras poblaciones específicas

Como es posible observar dentro del Décimo Segundo Estudio Nacional de Drogas en Población General (2017), la población femenina presenta, por lo general, menores prevalencias de uso de sustancias, no obstante, se ha evidenciado una tendencia hacia su aumento en los últimos años. El abordaje de este problema en esta población exige una respuesta *ad hoc*, ya que se ha identificado que éstas enfrentan complicaciones adicionales vinculadas a su consumo. De acuerdo a Nelson-Zlupko et al. (1995) históricamente las mujeres han estado inmersas en políticas públicas orientadas al tratamiento de drogas y/o alcohol que se han enfocado en la población masculina en su construcción, diseño e implementación, aun cuando la experiencia de mujeres y hombres sean totalmente distintas, lo que responde a factores sociales y culturales anteriores a su drogadicción y/o alcoholismo. Esto se debe a los roles de género, que se reproducen e implican una doble estigmatización para las mujeres, que además de cargar con las presiones sociales ancladas al rol femenino son re-estigmatizadas por su consumo problemático de alcohol y/o drogas, actuando como un obstaculizador para el acceso a tratamiento. De esta manera, se hace necesaria la adopción de un enfoque de género para el logro de programas de tratamiento efectivos.

Otra población específica que no puede pasarse por alto son las personas en situación de calle. De acuerdo al Registro Social Calle (2017), se estima que a lo largo del país existían 10.610 personas en situación de calle para el año 2017. Según este registro, las principales razones por las que llegaron a vivir a la calle, declarada por ellos mismos, son los problemas con la familia o pareja (62,8%), seguida del consumo problemático de alcohol o drogas (15%), luego los problemas económicos (11,5%) y otras razones (10,6%) (MIDESO, 2017). La asistencia a personas en situación de calle se vuelve un imperativo ético

[16] Siguiendo la Ley 20.084 -sobre responsabilidad penal adolescente-, se entiende por "jóvenes infractores" a quienes sean condenados por un delito cometido entre los 14 y 18 años de edad.

[17] Consumo problemático: Se refiere al uso recurrente de drogas que produce algún efecto perjudicial, para la persona que consume o su entorno. El consumo problemático es considerado un indicio de abuso de drogas, por lo cual se han identificado 4 áreas de problemas relacionados con el consumo de drogas: incumplimiento de obligaciones (laborales, académicas, familiares), riesgos de salud o físicos, problemas legales y compromiso en conductas antisociales, y problemas sociales o interpersonales.

para la Salud Pública, teniendo en cuenta que el vivir en la calle conlleva a un deterioro progresivo de la salud física y mental. Revertir la situación de consumo en los habitantes de la calle es una tarea difícil, en tanto implica influir en variables estructurales de las personas, y factores de su biografía que determinaron su condición, presentándose como una población más difícil de intervenir dada su falta de redes y la comorbilidad[18] con salud mental.

Por último, en la literatura reciente se ha destacado que las minorías sexuales tienen patrones particulares con respecto al uso de drogas, ya que presentan mayores tasas de abuso de sustancias, y a diferencia de la población heterosexual, no detienen su uso de sustancias al aumentar la edad, por lo que continúan con patrones de consumo intensivo (Ostrow & Stall, 2008; SENDA, 2017). En la misma línea, según la Encuesta de Crimen de Inglaterra y Gales, las personas LGBTI[19] tienen un mayor uso de todas las drogas ilícitas en comparación a la población heterosexual (Home Office Statistics, 2014). Para el caso de Chile se conoce la existencia de un Estudio Exploratorio de Caracterización del Consumo de Alcohol y otras Drogas en Personas de la Diversidad Sexual realizado por SENDA, el cual concluye que el consumo de sustancias es más intenso en personas de la diversidad sexual en comparación con la población general, por ejemplo, existe una prevalencia mes cocaína de 3,4% en esta población, lo que desciende a 0,4% en población general (Tabla 9) (SENDA, Estudio Exploratorio de Caracterización del Consumo de Alcohol y otras Drogas en Personas de la Diversidad Sexual., 2017)[20].

Tabla 9: Prevalencia mes alcohol, marihuana y cocaína en población general y población LGBTI (%).

	Prevalencia mes		
	Alcohol	Marihuana	Cocaína
Población General (2016)	46	8,7	0,4
Población LGBTI (2017) *	86,6	48,7	3,4

Fuente: Elaboración propia a partir del Décimo Segundo Estudio de Consumo de Drogas para Población Escolar, SENDA 2016 y Estudio Exploratorio de Caracterización del Consumo de Alcohol y otras Drogas en Personas de la Diversidad Sexual, 2017). * No es representativo de la población LGBTI de Chile.

Evidencia internacional en América

Para tener un panorama más amplio respecto al uso de sustancias en Chile, se muestra evidencia comparada en América desarrollada por la organización de Estados Americanos (OEA), concretamente por la Comisión Internacional para el Control de Abuso de Drogas (CIDAC) en el 2015. Cabe destacar que los estudios en población general abarcan tramos etarios distintos dependiendo del país, siendo en algunos casos entre los 12 y los 64 años, en otros entre los 15 y 64 o entre los 15 y 65. Además, se utiliza la información del Décimo estudio de Consumo de Drogas en Población General, del año 2012.

En cuanto al consumo de **alcohol,** se observa que Uruguay posee el mayor porcentaje de prevalentes vida, mientras que Chile se ubica en el décimo tercer lugar de los 19 países consultados, tras Bolivia y sobre Venezuela (Tabla 10). Este puesto aumenta al séptimo lugar cuando se considera la prevalencia año, siendo Canadá quien presenta mayor consumo, luego Uruguay y Estados Unidos. Por último, la prevalencia de consumo en el último mes posiciona a Chile en el sexto lugar, existiendo una diferencia

[18] Comorbilidad: Alude a la presencia de uno o más trastornos (o enfermedades) además de la enfermedad o trastorno primario. En este caso, correspondería a personas con trastorno por consumo problemático de alcohol y/o drogas y algún otro trastorno psiquiátrico.
[19] Lesbianas, Gay, Bisexuales, Transexuales e Intersexuales.
[20] Hay que tener en consideración que este estudio no es representativo de la población LGBTI ya que no existen mediciones con representatividad nacional en torno a esta población. El estudio es exploratorio y consistió en una encuesta a 119 personas.

de 23,5 puntos porcentuales respecto a Canadá (país con mayor prevalencia) y de 31,3 puntos porcentuales respecto al país que presenta un menor consumo (El Salvador).

Tabla 10: Prevalencia vida, año y mes en consumo de alcohol para países de América.

País (año último estudio)	Prevalencia		
	Vida (%) *	Año (%) **	Mes (%) ***
Uruguay (2011) [c]	92 ,4	74 ,0	55 ,3
Canadá (2012) [b]	90 ,6	79 ,8	64 ,3
Colombia (2013)	87 ,1	58 ,8	35 ,8
Estados Unidos (2013)	81 ,5	66 ,3	52 ,2
Paraguay (2003)	81 ,2	65 ,3	45 ,2
Rep. Dominicana (2010)	79 ,4	56 ,3	36 ,3
Barbados (2006)	78 ,9	53 ,4	36 ,2
Argentina (2011) [a]	77 ,8	66 ,2	50 ,6
Perú (2010)	75 ,3	52 ,6	30 ,6
Brasil (2005)	74 ,6	49 ,8	38 ,3
México (2011)	71 ,3	51 ,4	31 ,6
Bolivia (2014)	69 ,4	48 ,5	23 ,0
Chile (2012)	**69 ,1**	**55 ,8**	**40 ,8**
Venezuela (2011)	68 ,0	52 ,7	33 ,5
Suriname (2007)	66 ,4	48 ,5	31 ,6
Ecuador (2013)	56 ,6	28 ,8	13 ,0
El Salvador (2014)	50 ,9	18 ,3	9 ,5
Belice (2005)	47 ,3	38 ,8	27 ,1
Costa Rica (2010)	38 ,0	24 ,1	20 ,5

Fuente: Elaboración propia a partir del Informe de Uso de Drogas en las Américas, OEA 2015. [a] Argentina: Población de 16 - 65 años; [b] Canadá: Población de 15 - 64 años; [c] Uruguay: Población de 15 - 65 años. Para los demás países: Población de 12 – 64 años. *Prevalencia vida: porcentaje de la población que consumió alguna sustancia alguna vez en su vida. ** Prevalencia año: porcentaje de la población que consumió alguna droga durante los últimos 12 meses. Prevalencia mes: porcentaje de la población que ha usado alguna droga durante los últimos 30 días (SENDA, 2019).

Por su parte, Chile se posiciona como el tercer país con mayor prevalencia vida de **marihuana** (Tabla 11), luego de Canadá y Estados Unidos, aunque existe una importante diferencia respecto a estos (de 23,71 y 20,71 puntos porcentuales respectivamente). En cuanto a la prevalencia año, Chile baja al sexto lugar, con un 7,1%, muy por debajo a lo presentado en Canadá y Estados Unidos, además, Uruguay destaca en el cuarto lugar, presentando un 8,3% en este indicador. Por último, la prevalencia mes mantiene a Chile en la misma posición mostrada anteriormente con un 4,4% de consumo declarado.

Dicho esto, Chile se ubica en el cuarto lugar en la prevalencia vida en **cocaína** (Tabla 12), estando debajo de Estados Unidos, Canadá y Uruguay. Cuando se considera el consumo durante el último año Chile pasa a quinto lugar, siendo Costa Rica quien ocupa el cuarto lugar. En cualquier caso, cabe destacar que Chile estaría solo un punto porcentual por debajo del país que muestra mayor prevalencia año (Uruguay). Por su parte, la prevalencia mes posiciona a Chile en el sexto lugar entre los 19 países incluidos en el informe (junto con Colombia y Brasil).

Tabla 11: Prevalencia vida, año y mes en consumo de marihuana para países de América.			
País (año último estudio)	Prevalencia		
	Vida (%)	Año (%)	Mes (%)
Canadá (2012) [b]	46,7	12,2	7,6
Estados Unidos (2013)	43,7	12,6	7,5
Chile (2012)	**23,0**	**7,1**	**4,4**
Uruguay (2011) [c]	20,0	8,3	4,9
Barbados (2006)	16,2	7,9	6,2
Belice (2005)	11,7	8,5	6,9
Colombia (2013)	11,5	3,3	2,2
Argentina (2011) [a]	10,7	3,2	1,7
Suriname (2007)	9,4	3,8	3,2
El Salvador (2014)	9,3	2,0	1,3
Brasil (2005)	8,8	2,6	1,9
Costa Rica (2010)	7,1	2,5	1,9
México (2011)	6,0	1,2	n/d
Ecuador (2013)	5,3	0,7	0,2
Venezuela (2011)	5,1	1,6	1,1
Perú (2010)	3,8	1,0	0,6
Bolivia (2014)	3,6	1,3	0,7
Paraguay (2003)	2,5	0,5	0,3
Rep. Dominicana (2010)	2,2	0,7	0,5
Fuente: Elaboración propia a partir del Informe de Uso de Drogas en las Américas, OEA 2015. [a] Argentina: Población de 16 - 65 años; [b] Canadá: Población de 15 - 64 años; [c] Uruguay: Población de 15 - 65 años. Para los demás países: Población de 12 – 64 años.			

Tabla 12: Prevalencia vida, año y mes en consumo de cocaína para países de América.			
País (año último estudio)	Prevalencia		
	Vida (%)	Año (%)	Mes (%)
Estados Unidos (2013)	14,3	1,6	0,6
Canadá (2012) [b]	8,7	1,3	0,8
Uruguay (2011) [c]	6,2	1,9	0,9
Chile (2012)	**4,7**	**0,7**	**0,4**
México (2011)	3,3	0,5	n/d
Colombia (2013)	3,2	0,7	0,4
Argentina (2011) [a]	3,1	0,7	0,3
Brasil (2005)	2,9	0,7	0,4
Costa Rica (2010)	2,9	0,9	0,6
El Salvador (2014)	2,7	0,3	0,1
Perú (2010)	1,8	0,4	0,3
Venezuela (2011)	1,6	0,5	0,3
Belice (2005)	1,4	0,7	0,7
Rep. Dominicana (2010)	1,0	0,3	0,2
Suriname (2007)	0,9	0,3	0,2
Bolivia (2014)	0,8	0,3	0,1
Barbados (2006)	0,8	0,1	0,04
Paraguay (2003)	0,7	0,2	0,2
Ecuador (2013)	0,1	0,1	0,1
Fuente: Elaboración propia a partir del Informe de Uso de Drogas en las Américas, OEA 2015. [a] Argentina: Población de 16 - 65 años; [b] Canadá: Población de 15 - 64 años; [c] Uruguay: Población de 15 - 65 años. Para los demás países: Población de 12 – 64 años.			

La Tabla 13 muestra los resultados para el consumo de **pasta base**. En ella se evidencia que, al no ser comercializada esta droga en todo el continente, el total de países considerados en el análisis disminuye sustantivamente, teniendo una presencia importante en América del Sur, a diferencia de América del

Norte o Centroamérica, donde no se encuentra información. Del total de 10 países consultados, Chile se encuentra en el primer lugar para el caso de prevalencia vida, en el segundo lugar en prevalencia año y mes (tras Perú). Esto da cuenta de la importancia relativa que tiene esta droga en nuestro país cuando se compara con los países vecinos, donde el consumo sería menor, o estaría siendo reemplazado por el de otras sustancias sin mayor prevalencia en Chile como es el caso del Crack[21].

Tabla 13: Prevalencia vida, año y mes en consumo de pasta base para países de América.			
País (año último estudio)	Prevalencia		
	Vida (%)	Año (%)	Mes (%)
Chile (2012)	**1 ,88**	**0 ,42**	**0 ,21**
Perú (2010)	1 ,49	0 ,47	0 ,31
Colombia (2013)	1 ,18	0 ,21	0 ,17
Uruguay (2011) [b]	1 ,10	0 ,40	0 ,20
Venezuela (2011)	0 ,40	0 ,05	0 ,02
Argentina (2011) [a]	0 ,29	0 ,04	0 ,01
Bolivia (2014)	0 ,20	0 ,06	0 ,04
Belice (2005)	0 ,10	0 ,10	0 ,10
Paraguay (2003)	0 ,10	0 ,10	0 ,00
Ecuador (2013)	0 ,02	0 ,00	0 ,00
Fuente: Elaboración propia a partir del Informe de Uso de Drogas en las Américas, OEA 2015. [a] Argentina: Población de 16 - 64 años; [b] Uruguay: Población de 15 - 65 años.			

En general, los datos comparados muestran que Chile se ubica en el 50% superior de las prevalencias vida, año y mes para las cuatro sustancias recién descritas, por lo que el consumo de alcohol y drogas sería un problema público importante de abordar considerando los datos. Esto deja entrever que el costo económico y social del consumo de drogas es importante para el Estado chileno, sobre todo ante la existencia de un grupo de la población que es completamente dependiente de éstas, estando muchas veces incapacitados para contar con trabajos estables y relaciones sociales sanas.

Por último, se debe destacar que los individuos con mayor compromiso de consumo de drogas están subestimados por los estudios nacionales disponibles, toda vez que constituyen "poblaciones ocultas" a los estudios regulares, los cuales se basan en metodologías de encuestas que sitúan sus muestras en hogares o colegios, que son espacios a los que no necesariamente accede la población más vulnerable (Rudolph, y otros, 2011; Heckathorn, 1997). Así, las *poblaciones ocultas* se caracterizan por estar excluidas de los marcos muestrales, por lo que no existiría una representación acertada sobre su tamaño ni información sobre las limitaciones que impiden conseguir información fiable. A la vez, estudiar a estos individuos exige consideraciones metodológicas especiales, ya que por lo general sus miembros son estigmatizados socialmente debido a algunas de sus prácticas —en algunos casos, involucradas en el desarrollo de actividades ilegales— (Heckathorn, 1997). Este último problema se discute en las estimaciones de poblaciones realizadas para el estudio.

[21] Dada la dificultad de fiscalización de los procesos de producción de este tipo de sustancias ilícitas, es difícil diferenciar qué realmente se vende en países con presencia de otros productos derivados de la cocaína como el Crack (e.g. Brasil) (Pascale, 2014).

1.2. Sobre el proceso de recuperación de personas con consumo problemático de sustancias

Exclusión, estigmatización y vulnerabilidad social

Como consecuencia del consumo problemático[22] de drogas prolongado en el tiempo, los consumidores van disminuyendo sus capacidades y habilidades para desarrollarse cotidianamente, e incluso –en algunos casos– van desarrollando ciertas capacidades disfuncionales (por ejemplo, de higiene personal, laboral, familiar, etc.), lo que en última instancia genera exclusión social, acentuada por el estigma y la discriminación asociada a su condición (Van Geest, et al, 2017). De esta manera, para quienes han desarrollado dependencia a las drogas, son múltiples los ámbitos de la vida afectados, por lo que su proceso de recuperación no se limita únicamente a las condiciones salud, sino que presenta el desafío adicional de la integración social.

Todo proceso de reintegración social supone previamente una exclusión en la participación social de quien demanda ser reintegrado, pudiendo ser excluido por transgredir normas o convenciones sociales sedimentadas en la cultura. Es por esto que para comprender la complejidad de la reintegración social de esta población no se puede pasar por alto que el fenómeno del consumo de drogas constituye una desviación respecto a las normas sociales, lo que conlleva consecuencias de orden jurídico y moral. No obstante, se vuelve necesario adoptar una perspectiva amplia sobre el fenómeno, principalmente para abordar cómo es que se llegan a producir dichas consecuencias. Así, en primer lugar, según Gelles y Levine (1996) la desviación social – al igual que la "normalidad"– es una construcción social, lo que implica que su sentido y vigencia solo tienen validez dentro de un contexto social específico. Además, esta distinción desempeñaría una función social (Durkheim, 1985), permitiendo a una sociedad reflexionar sobre la conveniencia de ciertas normas en cada momento histórico. Partiendo de esta noción es importante diferenciar, como lo señaló Lemert (1957,1972), entre desviación primaria y secundaria. La desviación primaria consiste en aquellos actos transgresores (tales como cometer delitos menores, consumir drogas, etc.) que no serían catalogados como una desviación ni por la sociedad ni por quien comete dichos actos, es decir, el incumplimiento a la norma no genera un cambio en la concepción que la persona tiene de sí mismo (no se autodefine como desviado) ni la imagen que los demás tienen de él. No obstante, el cambio a la desviación secundaria es aquella que conlleva sanciones sociales que desencadenan un etiquetamiento de lo desviado, en la medida que las personas son catalogadas como tales y pasan a definir su identidad en base a éstas[23]. Este tipo de desviación está estrechamente relacionada con el concepto de estigma– elaborado por Goffman (2012)–que es definido como una marca social con connotación negativa utilizada para determinar a una persona y que tiene un efecto profundo sobre su identidad. El estigma también se comprende como un proceso de distorsión biográfica conocido como 'etiquetamiento retrospectivo' que lleva al rechazo social, marginando al individuo con otros en su

[22] Consumo Problemático de Droga según el glosario de SENDA se refiere al uso recurrente de drogas que produce algún efecto perjudicial, para la persona que consume o su entorno, esto es problemas de salud (incluidos los signos y síntomas de dependencia), problemas en las relaciones interpersonales, incumplimiento de obligaciones, entre otros. Esta corresponde principalmente a la definición de abuso del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales en su cuarta versión (DSM-IV). Como se discute en la cuantificación de poblaciones, el Área de Tratamiento y Rehabilitación entiende consumo problemático como abuso y/o dependencia según los criterios de la Clasificación internacional de enfermedades en su décima versión (CIE-10).

[23] Con esto Lemert (1957) hace referencia a que es muy difícil encontrar personas que no hayan cometido transgresiones a normas sociales a lo largo de la vida (como consumir drogas o cometer hurtos menores), no obstante, esas personas no son etiquetadas como infractores de ley. La desviación secundaria se produce cuando la infracción es repetida, logran estabilizarse como un patrón reconocible y estigmatizado por la sociedad.

misma situación, reforzando la idea de *"desviado"* e impulsándolo a continuar con conductas tales como el consumo de drogas. Es decir, la reintegración social supone en un primer momento la exclusión de las personas por incumplimiento de normas sociales establecidas, procesos que muchas veces se reiteran en el tiempo y se vuelven acumulativos, pasando a ser parte del *self* de la persona y escalando a procesos de exclusión más marcados, como, por ejemplo, mediante mecanismos como la estigmatización.

En el contexto chileno, ciertos datos ponen de manifiesto la situación de exclusión social de los consumidores. Según un estudio transversal realizado en colaboración con la Universidad Diego Portales (UDP), para el año 2012 la mitad de los usuarios de tratamientos por consumo de droga y/o alcohol no había terminado la enseñanza media, un 42% estaba cesante cuando ingresó al programa, un 44% de ellos vivía en calidad de allegado, y un 52% no sabía cómo participar en beneficios sociales.[24] Esas limitaciones sociales se han prolongado durante los años, como lo indica el Informe Técnico anual de SENDA (2016), siendo un 33% los usuarios cesantes al momento del ingreso a programas de tratamiento, un 48% de ellos no ha terminado la educación media, y un 40% vive como allegado. Según el Sistema Nacional de Monitoreo de Tratamiento (SISTRAT) al momento del ingreso al programa un 49% declara necesitar apoyo social, y un 40% empleo, lo que aumenta a 49% para el caso de las mujeres. Estas últimas declaran también mayores necesidades en el ámbito judicial (un 41,4% de las mujeres lo declara, mientras dicha necesidad en promedio es del 30% de los usuarios), sobre todo en cuanto a derechos de la familia (declarado por un 78% de las mujeres que muestran necesidad en el ámbito judicial).

En respuesta a este problema, SENDA ha impulsado el Programa de Integración Social Chile Integra, que se propone mejorar la integración social de las personas de la red de recuperación del consumo problemático de drogas y alcohol, a través del desarrollo de habilidades, el mejoramiento de condiciones laborales, de habitabilidad y la vinculación a beneficios sociales.

Recuperación, efectos esperados de un tratamiento y variables explicativas

Durante el año 2007, The Betty Ford Institute (BFI) convocó por primera vez a un grupo personas en el campo del tratamiento de adicciones e investigadores para desarrollar una definición consensuada respecto a qué se deber entender por recuperación (Gitlow, 2007). Se llegó a entender "la recuperación del abuso de sustancias como un estilo de vida mantenido voluntariamente que se caracteriza por la sobriedad, la salud personal y el ejercicio de la ciudadanía" (BFI consensus Panel, 2007, pág. 222). Si bien existen personas que dejan de consumir por su cuenta, un porcentaje necesita de dispositivos e intervenciones que se articulan bajo un tratamiento por el consumo de alcohol y/o drogas para poder lograr una recuperación exitosa. Además, la literatura hace hincapié en que esto se logra y sostiene con el apoyo familiar y/o de redes de apoyo, siendo fundamentales a la hora de prevenir una recaída (Arndt, 2007).

Una vasta investigación sobre programas de tratamiento de alcohol y drogas muestra que intervenciones bien conducidas y organizadas resultan efectivas. Cabe destacar que dicha evidencia internacional se basa en la evaluación de tratamientos de drogas que se ajustan a enfoques estructurados de intervención[25] (i.e.

[24] Estudio transversal, no es posible atribuir los problemas de exclusión al consumo de drogas al no ser un estudio causal y longitudinal. Los porcentajes se muestran para caracterizar a los usuarios en tratamiento, no siendo extrapolables al total de la población con consumo problemático de drogas, siendo que ambas poblaciones varían muchas en atributos importantes como la motivación al cambio.

[25] Los que por diseño definen los procedimientos en que consiste el tratamiento (tipo, cantidad de atenciones, etc.), y enfatizan la necesidad de que los profesionales se ajusten a esto en su implementación.

terapia cognitivo-conductual, terapia comunitaria, terapia multisistémica) y que se diferencian de acuerdo a sustancias específicas (i.e. cocaína, heroína), no obstante, los programas a evaluar no cuentan con dicha especialización ya que todos estos se dirigen a usuarios que ingresan por consumo de distintas sustancias, y además, cada ejecutor en nuestro país tiene la libertad de implementar una mixtura de enfoques de intervención. Esto debe tenerse en cuenta como una limitación que afecta la comparabilidad de la evidencia internacional con la realidad nacional.

Más allá de lo anterior, los estudios muestran que, a nivel de usuario, los resultados de un tratamiento generalmente se vinculan al nivel de compromiso y severidad en el consumo, así como el tipo de tratamiento (ambulatorio, residencial, grupo de autoayuda, etc.) y la estadía en el mismo (Simpson, Joe, & Broome, 2002). Simpson y otros colegas (2002) concluyeron que los pacientes con menor compromiso en drogas al iniciar el tratamiento obtuvieron resultados más favorables, independientemente del tratamiento o la exposición al mismo. Además, esta población tendería a ser de mayor edad, con mayor integración o funcionamiento social (por ejemplo, casados, mayor educación, etc.), y también menor involucramiento criminal. Para este subgrupo se justifican menos tratamientos largos o intensivos, los que suponen un mayor nivel de compromiso, así como mayores barreras para disminuir o abstenerse del mismo (tales como comorbilidad psiquiátrica, bajo apoyo familiar, compromiso delictual, entre otras). Esto supone la existencia de heterogeneidad en el fenómeno, lo que justifica la existencia de tratamientos y planes diferenciados según el perfil de los usuarios.

El estudio de Simpson et al. (2002) revisa lo sucedido tras 1 y 5 años terminado el tratamiento para pacientes dependientes de cocaína en distintos tipos de intervenciones. Entre sus resultados encuentra que un 69% de quienes ingresaron a tratamiento habían consumido cocaína durante la semana previa, porcentaje que disminuía a un 21% tras un año y a 25% en el quinto año. En cuanto al uso de alcohol, se observa una disminución de 16 puntos porcentuales al año salido de tratamiento. McMahon et al. (2002) estudian también personas que tienen dependencia a la cocaína, conformando un grupo de tratamiento y un grupo de desertores o *dropouts*, obteniendo un total de 27 casos por grupo. El estudio midió a estas personas 10 días luego de su ingreso a tratamiento, al momento de egreso, y 3 y 6 meses luego de que se completara el mismo. Esta investigación no encontró diferencias significativas entre los desertores y quienes completaron el tratamiento, sin embargo, sí hay una disminución significativa en el uso de cocaína, alcohol e intoxicaciones para ambos grupos a lo largo del tiempo (McMahon, Kouzekanani, & Malow, 1999). Por su parte, Hser, Douglas y Bennett (1998) encontraron que todas las modalidades de tratamiento reducían el consumo de drogas, sin embargo, los tratamientos residenciales tendrían tasas de reducción mayores.

En España se comparó a un grupo de 113 personas que terminaron un tratamiento versus 42 personas que lo dejaron (Fernández-Montalvo, López-Goñi, Illescas, Landa, & Lorea, 2008). En esta investigación se concluye que un 83,3% de los desertores recayeron, lo que disminuye a uno de cada tres de las personas que completaron el tratamiento (32,7%). Dentro de las principales razones que se dieron como causa de la recaída se nombran estados emocionales negativos (49,5%) y la incapacidad de resistir a la tentación o el impulso a consumir (17,5%). Un estudio anterior del mismo país tomó una muestra de 294 sujetos y concluye que los tratamientos son efectivos, ya que quienes lo completan tienen tasas de recaída más bajas (10,3%) en comparación a quienes no lo completan (63,6%), siendo también efectivo el tratamiento en reducir el comportamiento criminal, el desempleo, en mejorar la situación educacional y familiar, y en tener un mejor estado de salud (Fernández-Hermida, Secades, Fernández, & Marina, 2002).

Uno de los estudios de seguimiento más importantes en la literatura fue llevado a cabo por Hubbard, Craddock y Anderson (2003) en Estados Unidos (DATOS). Este estudio siguió a una cohorte por 5 años para medir resultados de efectividad de tratamiento, y observó una reducción de consumo pronunciada para todos los tipos de sustancias y todas las modalidades de tratamiento. Por ejemplo, la prevalencia mes cocaína disminuye de un 65,4% a 18,2% al año en tratamiento residenciales, mientras que en tratamientos ambulatorios pasa de un 37,4% a un 13,8% (Hubbard, Craddock & Anderson, 2003). Aun así, los resultados se moderan con el paso del tiempo, en el sentido que son mejores luego de un año en comparación a lo que sucede a los 5 años, lo que en el caso de cocaína se ve reflejado en un aumento a 26% de prevalencia a los 5 años en quienes asistieron a tratamientos residenciales y a 17,3% en ambulatorios.

En el mismo estudio se observaron disminuciones más acentuadas en el uso de cocaína en comparación a marihuana y alcohol, además de existir una disminución en intentos e ideas suicidas, en actividades ilegales, en trabajos que no sean de tiempo completo y en limitaciones de salud para realizar tareas cotidianas (Hubbard, Craddock, Rynn, Anderson, & Etheridge, 1997). Para el caso de marihuana y alcohol la reducción de consumo es solo significativa en tratamientos residenciales para el mismo periodo de estudio (Hubbard, Craddock, Rynn, Anderson, & Etheridge, 1997).

En cuanto a delito, hay una disminución observable de 24 puntos porcentuales al año (de 40% a 16%), mientras que la disminución en los arrestos es menor, llegando solo a 12 puntos porcentuales (de 34% a 22%). Hubbard et al. (2007) también muestran una disminución en actividades ilegales comparando desertores y terminadores de los tratamientos. Aun así, solo hay una disminución significativa para quienes asistieron a tratamientos residenciales, no así en los ambulatorios. Por su parte, Fernández-Montalvo (2008) encontró que el número de personas que completaron un tratamiento y que fueron condenados por actividades criminales es significativamente menor en comparación a los desertores (5,3% versus 73,8%).

Un punto importante a destacar tiene relación a la salud de esta población. En cuanto a la comorbilidad psiquiátrica, Simpson et al. (2002) estudió los siguientes trastornos: depresión, ansiedad, alucinaciones, problemas cognitivos, ideación suicida o intento de suicidio durante el último año. Fernández-Montalva (2008) encontró que las personas que completaron un tratamiento tienen menos depresión y ansiedad en comparación a aquellos que no lo completaron. Además, estos últimos tendrían mayores tasas de admisión a urgencias por sobredosis o abstinencia (6,2% en quienes completaron versus 42,9% en quienes abandonaron). Esta tendencia se repite con auto-reportes de percepción del estado de salud general.

Por su parte, los adolescentes con problemas de alcohol y drogas generalmente tienen tasas más altas de comorbilidad con problemas de salud mental (Rowe, Liddle, Greenbaum, & Henderson, 2004), déficits neurocognitivos (Tapert, Brown, Myers, & Granholm, 1999), menor motivación académica, y tienen mayor riesgo de tener problemas de adicción cuando adultos (Baer, Garrett, Breadnell, Wells, & Peterson, 2007) en comparación a quienes no tienen problemas con sustancias. Además, investigaciones en Estados Unidos han dado cuenta de que existen altas tasas de problemas de alcohol y drogas entre los jóvenes que están en el sistema judicial juvenil. Dicho esto, problemas más severos de consumo de drogas estarían asociados a mayor severidad en su comportamiento criminal (Tripodi & Bender, 2011). Cabe destacar que los adolescentes con problemas con la justicia tendrían una probabilidad tres veces mayor de

presentar problemas con el abuso de drogas en comparación a quienes no han entrado al sistema judicial (Molider, Nissen, & Watkins, 2002).

Tripodi et al. (2011) hacen una revisión de investigaciones que miden el efecto de tratamiento de drogas en adolescentes infractores, llegando a la conclusión de que los tamaños de efecto son más pequeños que los mostrados en adolescentes no infractores de la ley. Dentro de los estudios que considera está el de Henggeler et al. (1999), que compara adolescentes recibiendo terapia multisistémica[26] versus el tratamiento usual (comparación activa), llegando a la conclusión de que habría un efecto al terminar el tratamiento, pero este desaparece tras el seguimiento de 6 meses. Así, se ha encontrado que los tamaños de efecto son menores en estudios que incluyen un periodo de seguimiento a los usuarios de más de 6 meses (Tripodi & Bender, 2011). Los resultados serían más alentadores para quienes presentan una alta adherencia al tratamiento, es decir, quienes están más comprometidos. Otros estudios también encuentran un efecto positivo en la reducción de consumo de drogas, así como también factores que mediarían este éxito, entre los que se encuentran una mayor supervisión parental, la disminución en pares delincuentes, y una relación adulto-joven positiva (Tripodi & Bender, 2011).

Variables a considerar

El período normal de tiempo en que se esperan resultados favorables suele ser entre 6 y 12 meses (Williams & Chang, 2000). Un programa bien implementado considera habitualmente las siguientes dimensiones: uso y cumplimiento de protocolos preestablecidos, experiencia del equipo tratante, monitoreo permanente de los resultados que se obtienen y bajas tasas de deserción (Prendergast et al., 2002). También se considera que programas comprensivos que abordan aspectos complementarios con el abuso de drogas son más eficaces. La exposición al tratamiento debe ir a la par con intervenciones correctamente implementadas. Por lo general, se considera que la motivación hacia el tratamiento es una variable crucial en los resultados finales (Prendergast et al., 2002). La decisión de producir un cambio en el comportamiento debe provenir del propio paciente, aunque los niveles de motivación pueden variar en magnitud y en el tiempo. No obstante, algunos estudios han mostrado resultados favorables en población infractora que recibe como sanción accesoria la obligación de asistir a un programa de tratamiento (Williams & Chang, 2000). Sumado a lo anterior, resulta fundamental la capacidad de la familia (y de los pares) de ofrecer condiciones específicas de ayuda y soporte al tratamiento y condiciones generales de funcionamiento, que incluyen de manera especial la ausencia de abuso de drogas en la casa. Algunos programas de tratamiento condicionan la admisión a la provisión de soporte familiar sobre todo en la modalidad ambulatoria. La disposición y el patrón de consumo del grupo de pares es un aspecto saliente en el caso de adolescentes.

Como ya se dijo, la severidad del consumo previo es un importante predictor de la efectividad de los tratamientos. La severidad se mide generalmente en términos de intensidad de consumo (sea por frecuencia, por cantidad o ambas) y duración del consumo que resulta clave en la formación de hábitos que resultan difíciles de cambiar. También la droga principal de consumo es relevante. A su vez, la gravedad del consumo está relacionada con trastornos psicopatológicos asociados. La comorbilidad psiquiátrica es muy común entre pacientes que abusan de alcohol/drogas, sobre todo para depresión y trastornos ansiosos. En el plano de la personalidad, algunos trastornos relacionados con

[26] Terapia multisistémica: es un tratamiento intensivo en el ámbito familiar y comunitario dirigido a adolescentes con comportamientos antisociales graves y a sus familias.

hiperactividad/déficit atencional/impulsividad y personalidad antisocial dificultan también los logros terapéuticos de un tratamiento.

Tabla 14: Variables relacionadas a buenos resultados en tratamiento de droga.

Variables pre-tratamiento:

- Bajo/mediano compromiso con el uso de drogas.
- Soporte familiar que incluye ausencia de abuso de alcohol/drogas en la casa y funcionamiento familiar satisfactorio.
- Soporte de pares sobre todo en caso de adolescentes, grupo de amigos sin abuso de drogas.
- Asistencia regular a la escuela en caso de adolescentes.
- Empleo de preferencia formal pre-tratamiento.
- Ausencia de antecedentes delictivos.
- Motivación hacia el tratamiento.
- Pocas intervenciones anteriores.
- Ausencia o baja severidad de trastornos psicopatológicos.
- Alto coeficiente intelectual.
- Mayor edad

Variables de tratamiento:

- Completitud e intensidad del tratamiento.
- Tiempo de exposición al tratamiento.
- Programas comprensivos que intervienen sobre aspectos complementarios al abuso de drogas.
- Experiencia del grupo terapéutico.
- Presupuesto del programa.
- Involucramiento familiar en el programa de tratamiento.

Variables post-tratamiento:

- Asistencia a programas de cuidado o monitoreo post-tratamiento.
- Soporte familiar y de pares/ Habilidades de afrontamiento.

Fuente: Elaboración propia a partir de Williams & Chang, 2000.

Un resumen de las variables que están relacionadas con la efectividad del tratamiento se expone en la Tabla 14 (adaptado de Williams et al., 2000). La principal medida de éxito en un programa de tratamiento es la tasa de abstinencia, pero en algunas poblaciones –especialmente adolescentes- que se encuentran en la edad de crecimiento natural del consumo, la abstinencia es un resultado considerado inadecuado al ser demasiado estricto (Williams & Chang, 2000). La investigación confirma que muy pocos adolescentes alcanzan la abstinencia al término de un programa, sobre todo cuando se trata de programas ambulatorios (Brown, 1993). El logro terapéutico considera resultados menos exigentes, como la reducción del consumo (en intensidad o frecuencia) o mejoramientos en otras áreas de la vida. Dentro de estas dimensiones adicionales se contempla el fortalecimiento del soporte familiar, la reintegración en el sistema educativo o laboral, la disminución de comportamientos ilegales que incluyen faltas y delitos y progreso en determinados aspectos de la salud mental y física.

Mediciones de variables de resultado

La estimación de resultados por autoreporte está generalmente aceptada en esta clase de investigación. La subdeclaración de comportamiento socialmente desviado o indeseable es algo bien documentado en la literatura sobre metodología de investigación social, sobre todo entre quienes han cometido esa conducta recientemente, cuando los padres u otras personas significativas están presentes o cuando se exige una respuesta verbal. Un hecho decisivo es que se subreporta más después que antes del tratamiento (Wish et al., 1997), para evitar reconocer el fracaso de una intervención que ha requerido tiempo y

esfuerzo y ha despertado expectativas favorables en el entorno médico y familiar cercano. El autoreporte retrospectivo es más confiable mientras más breve sea el período de tiempo del que se exige recordación. Además, el autoreporte retrospectivo está asociado con el uso actual, lo que puede introducir algunas distorsiones difíciles de desentrañar. Muchos estudios consideran preferible contar con alguna clase de corroboración del autoreporte de uso de sustancias, por ejemplo, basarse en algún reporte parental (aunque los padres suelen saber poco) o utilizar un test biológico (que tiene el inconveniente que en ocasiones sólo mide consumo reciente).

Por último, Simpson et al. (2002) encuentran que existe correspondencia entre los *resultados* biológicos y los autoreportados, dando cuenta de la validez de los autoreportes de consumo de drogas. Dicho esto, habría un 80% de coincidencia del autoreporte con la muestra de orina, donde solo un 5% de quienes habían declarado no haber consumido cocaína en el último año presentaron resultados positivos en los test biológicos.

1.3. Conclusiones

El consumo problemático de drogas es definido a nivel internacional por la Organización Mundial de la Salud como una enfermedad crónica tratable. Este comportamiento problemático no afectaría solo un ámbito de la vida, sino que es entendido como un fenómeno bio-psico-social, alterando tanto el ámbito individual como social de los consumidores. Esto exige un tratamiento que aborde de manera integral todos los aspectos que inducen a la persona a caer en la adicción (CONACE, 2010). De esto se puede inferir que una persona con consumo problemático de drogas debe ser tratada para lograr modificar su patrón de uso, teniendo en cuenta que las trayectorias de consumo son largas y muchas veces se encuentran agravadas por el estigma social que se genera frente a esta enfermedad.

La Oficina contra la Droga y el Delito de las Naciones Unidas señala que, en el análisis de la problemática del consumo de drogas, no debe considerarse solo el costo en salud del consumidor, sino también lo que la sociedad en su conjunto percibe como pérdida, ya sea la pérdida de productividad, la transmisión de enfermedades infecciosas, trastornos familiares y sociales (UNODC, 2003). A modo de ejemplo, recientemente SENDA (2018) estimo que diariamente mueren 37 personas por el consumo de alcohol (13.260 personas al año), y la carga económica sobre el Estado atribuible al consumo de alcohol fue de $1.488.776.225 millones de pesos en 2017.

No obstante, la UNODC (2017) da cuenta que una política pública que aborde el problema del abuso de sustancias trae consigo consecuencias positivas para la sociedad, como la disminución de la delincuencia, del desempleo y de la disfunción en las familias. Se sugieren así los tratamientos enfocados en el consumo problemático de drogas, esperando de éstos mejoras significativas de consumo en los propios usuarios, y progreso para la sociedad en su conjunto. No obstante, recientemente la misma institución señala que la oferta de servicios especializados en el tratamiento de esos trastornos y de las dolencias conexas, así como el acceso a esos servicios, siguen siendo limitadas alrededor del mundo, ya que cada año reciben tratamiento menos de una de cada seis de las personas afectadas (UNODC, 2017).

En Chile, según lo reportado por SENDA, en el año 2016 había más de 692.986 consumidores problemáticos de drogas en Chile[27]. No obstante, como ya se ha argumentado, la población con consumo problemático de drogas y/o alcohol está subestimada por los estudios nacionales vigentes, ya que parte

[27] Entre los 12 y 64 años de edad

de ella – presumiblemente la con mayor compromiso en el uso de drogas– constituye una 'población oculta' en la medida que su marginalidad social dificulta el cálculo de estimaciones más precisas. Con todo, a lo largo de este apartado se evidencia que el consumo de drogas es un fenómeno arraigado en nuestro país y de una magnitud considerable, que adquiere distintas características de acuerdo a grupos específicos de la población a los que afecta. Esto exige una respuesta por parte del Estado de Chile, quien, en efecto, ha asumido y deberá seguir asumiendo el rol de protección del ejercicio del derecho a la salud que tienen los ciudadanos. Esta labor se ha desarrollado a través de SENDA, que es el organismo que ha impulsado diversos programas de tratamiento e integración social que responden a las necesidades bio-psicosociales de poblaciones particulares, con el propósito de modificar patrones de consumo, y como fin último, lograr la recuperación de los consumidores.

2. Descripción General de los Programas

En esta evaluación se consideran 10 programas de tratamiento y rehabilitación que dependen de SENDA, a saber:

1. Tratamiento para población adulta mixta con consumo problemático de sustancias
2. Tratamiento y Rehabilitación Especifico para Mujeres
3. Tratamiento y rehabilitación del consumo problemático de sustancias para personas en situación de calle (PSC)
4. Tratamiento a personas condenadas privadas de libertad que presenten consumo problemático de sustancias
5. Evaluación clínica diagnóstica a imputados con suspensión condicional del procedimiento
6. Tratamiento para adultos infractores en Libertad Vigilada (LV) con consumo problemático de sustancias
7. Tratamiento y rehabilitación a niños, niñas y adolescentes tratados por consumo de alcohol y otras drogas
8. Tratamiento Integral de Adolescentes Infractores de Ley con consumo problemático de alcohol-drogas y otros Trastornos de Salud Mental
9. Evaluación Clínica Diagnóstica en Fiscalías para Adolescentes Infractores de Ley imputados
10. Integración Social Chile Integra

Para efectos de este estudio, esta oferta programática ha sido organizada en 2 categorías generales para facilitar el análisis y evaluación de los programas: (1) Tratamiento y Rehabilitación para Personas con Consumo Problemático de Alcohol y Otras Drogas (programas 1 al 9 de la lista anterior) y (2) Integración Social para Personas con Consumo Problemático de Alcohol y Otras Drogas (Programa 10 de la lista). El criterio de agrupación en una categoría común se basa en que los programas compartan un mismo propósito. Estas categorías se encuentran alineadas con la definición de 2 matrices de marco lógico diferentes que se utilizan en este documento para ordenar el proceso de evaluación, ya que permiten incorporar una mirada más integral al análisis. La Tabla 15 describe cómo han sido agrupados los programas de acuerdo con cada categoría analítica, componentes y subcomponentes. En adelante en este documento, la categoría 1 será referida como "Programa 1" y la categoría 2, como "Programa 2".

El Programa 1 fue impulsado desde el 2000 por el Ministerio del Interior y Seguridad Pública del Estado de Chile, primero a través de CONACE (Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes) y luego por SENDA (Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol),

desde el 2011 en adelante. Dicho programa dispone de cuatro componentes orientados a distintos grupos sociales, para poder abordar sus necesidades y problemáticas particulares. Los cuatro componentes se enfocan tanto a hombres como mujeres que presenten consumo problemático de alcohol y/o drogas dentro de grupos de la población adulta general, población adulta infractora, población adolescente y joven infractora, y población infanto-adolescente general.

Por otro lado, el Programa 2 se orienta a la integración social de las personas que estén en proceso de recuperación por el consumo problemático de alcohol y/o drogas, favoreciendo el desarrollo de habilidades personales, familiares y comunitarias y la incorporación a empleo y/u otras instancias de participación social y ciudadana (MIDESO, 2016). Este programa se inició en 2013 y contiene cuatro componentes que responden a las distintas necesidades de sus usuarios. En un inicio, el programa se encontraba orientado solo a personas egresadas de tratamientos con convenio SENDA-MINSAL, sin embargo, recientemente se ha ampliado a personas egresadas de cualquier centro de tratamiento, sin importar si posee o no el convenio mencionado.

Tabla 15: Evaluación integrada de los programas, según categorías (y matrices) de análisis

Categoría 1 (Matriz 1) - Programa (1) Tratamiento y Rehabilitación para Personas con Consumo Problemático de Alcohol y Otras Drogas	
Componentes	Subcomponentes
1. Tratamiento y Rehabilitación para Población Adulta con Consumo Problemático de Drogas y Alcohol	1.1: Tratamiento para población adulta mixta con consumo problemático de sustancias
	1.2: Tratamiento y Rehabilitación Especifico para Mujeres
	1.3: Tratamiento y rehabilitación del consumo problemático de sustancias para personas en situación de calle (PSC)
2. Tratamiento a Adultos Infractores Consumidores Problemáticos de Drogas y Alcohol	2.1: Tratamiento a personas condenadas privadas de libertad que presenten consumo problemático de sustancias
	2.2: Evaluación clínica diagnóstica a imputados con suspensión condicional del procedimiento.
	2.3: Tratamiento para adultos infractores en Libertad Vigilada (LV) con consumo problemático de sustancias.
3. Tratamiento y Rehabilitación para Niños y Adolescentes con Consumo Problemático de Alcohol y Otras Drogas	-
4. Tratamiento Integral de Adolescentes y Jóvenes Ingresados por Ley N°20.084 con Consumo Problemático de Alcohol	4.1: Tratamiento Integral de Adolescentes Infractores de Ley N°20.084 con consumo problemático de alcohol-drogas y otros Trastornos de Salud Mental
	4.2: Evaluación Clínica Diagnóstica en Fiscalías para Adolescentes Infractores de Ley imputados
Categoría Analítica 2 (Matriz 2) - Programa (2) Integración Social para Personas con Consumo Problemático de Alcohol y Otras Drogas	
1. Viviendas de apoyo a la integración social (VAIS)	-
2. Habilitación en competencias para la integración social (CIAM)	-
3. Orientación socio-laboral (OSL)	-
4. Vinculación a beneficios sociales	-

Fuente: Elaboración propia.

2.1. Fin de los Programas

Los programas (1 y 2) analizados se proponen como finalidad común "Contribuir a la recuperación[28] de las personas con consumo problemático de drogas y alcohol".

2.2. Política global y/o sectorial a la que pertenece el programa

SENDA, como institución pública responsable de la ejecución de los programas estudiados, se propone como Misión "Generar e implementar políticas y programas integrales y efectivos, que contribuyan en la disminución del consumo de drogas y alcohol y sus consecuencias sociales y sanitarias, liderando y articulando un trabajo intersectorial orientado a mejorar la calidad de vida de las personas" (Formulario A-1, DIPRES). La institución se rige por (i) la Ley N° 20.502, que crea el Ministerio del Interior y Seguridad Pública y el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del consumo de drogas y alcohol, y modifica diversos cuerpos legales; (ii) la Ley N° 20.000, que sustituye la ley Nº 19.366, que sanciona el tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias sicotrópicas, en especial sus artículos 40, 46 y 50; (iii) y el Decreto N° 1378, de 2006, que aprueba reglamento de la ley Nº 20.084 que establece un sistema de responsabilidad de los adolescentes por infracciones a la ley penal, en especial su Título II, y demás normas reglamentarias que ejecutan los referidos cuerpos normativos.

De acuerdo con las definiciones estratégicas del Servicio (Ficha de definiciones estratégicas año 2015-2018), ambos programas estudiados responden al desarrollo del objetivo estratégico (N°2): "Desarrollar e implementar un sistema integral de tratamiento y rehabilitación, que entregue los apoyos necesarios en las diferentes etapas del proceso que permitan lograr un cambio positivo del patrón de consumo de las personas con problemas de alcohol y drogas". A su vez, este objetivo está vinculado con el producto estratégico N°2, relativo a la "Implementación de acciones tendientes al tratamiento, rehabilitación, e integración social del consumo problemático de drogas y alcohol", al cual aplica la gestión territorial y enfoque de género.

2.3. Periodo de ejecución de los programas y cobertura territorial

A nivel general, el Programa (1) Tratamiento y Rehabilitación para Personas con Consumo Problemático de Alcohol y Otras Drogas, opera desde el año 2000 al alero de CONACE y continúa hasta la fecha, acumulando más de 16 años de duración. El período de ejecución varía de acuerdo con los componentes del programa. No obstante, todos estos se originan a partir de un único programa de **tratamiento y rehabilitación** enfocado en la población general en el año 2000, que debido a los aprendizajes obtenidos tras su implementación, se decidió reformular dando paso a cuatro componentes diferenciados de acuerdo a la población objetivo y a sus necesidades específicas[29]. El detalle de estos componentes será descrito en el apartado (2.4) sobre los bienes y servicios que entrega el programa.

[28] La recuperación se entiende como un proceso de cambio sostenido en el tiempo que involucra la abstinencia o una variación positiva en el patrón de consumo, mejoras en la salud -tanto física como mental- y en el funcionamiento social del individuo (entendido como el apego a las normas sociales, la integración socioeconómica, el fortalecimiento de las redes familiares de los individuos y el ejercicio de la ciudadanía). Para revisar más antecedentes sobre la definición de este concepto, revisar sección (IV) sobre evaluación de diseño de los programas.

[29] Esta información fue relevada en las entrevistas realizadas a los profesionales de SENDA.

El Programa (1) de Tratamiento en general cuenta con una acción y cobertura territorial en todas las regiones del país. Sin embargo, a nivel de componente, solo algunas regiones presentan un 'circuito cerrado' del programa, entendido como que todos los componentes del programa están funcionando efectivamente en una región. Esto varía dependiendo de las necesidades, demandas y particularidades territoriales de cada zona[30].

En cuanto al Programa (2) Integración Social Chile Integra, cabe destacar que se inicia el 2013 y solo funciona en regiones priorizadas debido a restricciones presupuestarias[31], siguiendo lo reportado por los profesionales del Servicio. Dicho esto, este programa solo se lleva a cabo –desde sus comienzos a la fecha– en las regiones de Tarapacá, Valparaíso, Metropolitana, Biobío y Los Ríos. De acuerdo con lo reportado por el Servicio, se decidió focalizar la atención en regiones más pobladas y con mayor demanda (Metropolitana, Valparaíso y Biobío), incluyendo además dos regiones por ubicación geográfica (Tarapacá y Los Ríos).

2.4. Bienes y servicios (componentes) que entrega cada programa[32]

Una vez comprendidas las finalidades y características de los dos programas en términos más generales, se describen a continuación los distintos bienes y servicios que entregan ambos programas a nivel de componentes. Para ello, se sistematizan los diferentes informes técnicos elaborados por SENDA, así como las fichas de descripción de programas sociales elaborados por el Ministerio de Desarrollo Social.

2.4.1. Programa de Tratamiento y Rehabilitación para Personas con Consumo Problemático de Alcohol y Otras Drogas

En primer lugar, el **Programa de Tratamiento y Rehabilitación para Personas con Consumo Problemático de Alcohol y Otras Drogas** tiene como **propósito** que "*Las personas que presentan consumo problemático de alcohol y drogas modifican positivamente su patrón de consumo*" [33;34] y se divide en cuatro componentes que contienen internamente diversos subcomponentes.

- **Componente 1: Tratamiento y Rehabilitación para Población Adulta General con consumo problemático de Drogas y Alcohol**

  Este componente comienza en el año 2001, orientado a responder a la demanda de atención de la población adulta general que presenta consumo problemático de alcohol y/o drogas y que requiere de tratamiento. El diseño fue elaborado en conjunto con el MINSAL y corresponde a planes de tratamiento diferenciados en duración y prestaciones de salud, según los diversos niveles de complejidad de los problemas de los consultantes. Las instituciones ejecutoras de este componente son las entidades públicas de salud (hospitales, corporaciones municipales de salud,

[30] Para ver el detalle de las regiones que están cubiertas por cada componente del programa, ver Anexo 1.
[31] No obstante, se debe destacar que uno de los componentes del programa, "Portafolio de Competencias-CIAM" opera en todas las regiones.
[32] Para mayor detalle revisar Anexo 2.
[33] Por patrón de consumo se entiende la prevalencia y frecuencia de uso de la sustancia principal por la que los usuarios ingresan a tratamiento.
[34] Cabe destacar que el cambio esperado en el patrón de consumo varía considerablemente dependiendo de la orientación terapéutica que se tenga. En la evaluación se han pesquisados centros que trabajan con abstinencia obligatoria, mientras que otros optan por reducir el daño, pasando de sustancias más nocivas (por ejemplo, la pasta base) a sustancias menos nocivas física y psicológicamente (por ejemplo, la marihuana) o reduciendo el consumo de la sustancia principal.

centros de atención primaria), entidades privadas (fundaciones, ONGs) e instituciones privadas de formación (universidades o centros de formación).

Este primer componente se desagrega en tres subcomponentes que serán evaluados de acuerdo a sus distintos objetivos y población objetivo[35]:

1. **Tratamiento para población adulta mixta con consumo problemático de sustancias, alcohol y/u otras drogas**: De acuerdo a la complejidad diagnóstica del usuario, un equipo multidisciplinario capacitado y con competencias clínicas ejecutan alguno de los tres tipos de planes de tratamiento diferenciados (PAB – Plan Ambulatorio Básico; PAI – Plan Ambulatorio Intensivo; y PR – Plan Residencial). Se le realizan consultas médicas, psiquiátricas, de salud mental, psicológica, psicodiagnóstico, intervenciones psicosociales, visita domiciliaria, exámenes, y entrega de fármacos a los/as que lo requieran.

2. **Tratamiento específico para mujeres adultas:** El énfasis de este subcomponente es considerar una perspectiva de género bajo un trabajo interdisciplinario para otorgar tratamiento y atender las necesidades específicas de mujeres mayores de 18 años con consumo problemático**.** Dentro de los servicios que se ofrecen, se encuentra, por ejemplo, el cuidado infantil en espacios físicos dispuestos para usuarias de tratamiento ambulatorio, e ingreso a tratamiento con hijos preferentemente menores a 5 años para usuarias de tratamiento residencial.

3. **Tratamiento de Personas en Situación de Calle (PAC)** [36]**:** Funciona con un trabajo complementario e intersectorial entre el equipo gestor de calle del MIDESO que realiza el soporte psicosocial, y el equipo de tratamiento de SENDA que realiza la atención para apoyar la modificación del patrón de consumo problemático de sustancias.

- **Componente 2: Tratamiento para población adulta infractores con consumo problemático de drogas y/o alcohol**

Este componente comenzó el año 2000 y la institución ejecutora es Gendarmería de Chile (GENCHI). SENDA es responsable solo del diseño, coordinación, asesoría técnica y evaluación, en colaboración con el Ministerio de Justicia y MINSAL (MIDESO, Informe de Descripción de Programas Sociales: Tratamiento a Adultos Infractores Consumidores Problemáticos de Drogas y Alcohol, 2017).

[35] Hay un subcomponente 1.4. Detección precoz, intervención breve y referencia a tratamiento de personas adultas a nivel comunal que ha sido excluido de esta lista de tratamientos pues se conciben como proyectos pequeños o estudios piloto más que programas de tratamiento en sí. Éste consiste en un conjunto de prestaciones de servicios articulados e integrados en la comuna, que detecta precozmente a personas con consumo de riesgo o problemático para luego determinar el nivel más adecuado de intervención. El subcomponente dejó de estar a cargo de SENDA a partir de 2017, pasando a ser ejecutado y bajo la responsabilidad del Ministerio de Salud.

[36] Cabe mencionar que desde el 2015 SENDA ha operacionalizado este subcomponente como un Programa por sí solo. Debido a su naturaleza particular de atender a un segmento de la población con características y necesidades específicas. Sin embargo, para fines de esta evaluación, dicha intervención será evaluada en base a cómo estuvo diseñado en un comienzo, es decir, como un subcomponente de Personas en Situación de Calle (PAC) del componente de Tratamiento y Rehabilitación para población Adulta General.

El componente en cuestión contiene tres subcomponentes que serán evaluados según sus objetivos y población objetivo[37] (MIDESO, Informe de Descripción de Programas Sociales: Tratamiento a Adultos Infractores Consumidores Problemáticos de Drogas y Alcohol, 2017):

1. **Tratamiento para personas Condenadas en Sistema Cerrado Gendarmería de Chile:** Se dirige a las personas que presenten consumo problemático de drogas y alcohol, que hayan cumplido la mitad de su tiempo de condena y se encuentran a un año o menos de postular a beneficio intrapenitenciario (salida dominical) y que se presenten en forma voluntaria.

2. **Evaluación clínica diagnóstica a imputados con suspensión condicional del procedimiento:** Orientado a aquellas personas adultas que sean imputados beneficiarios de la salida alternativa de suspensión condicional del procedimiento[38] (SCP) que presenten consumo problemático de drogas y alcohol. Este subcomponente busca que una dupla psicosocial TTD[39] aplique un tamizaje y una intervención breve.

3. **Tratamiento para personas Condenadas a Libertad Vigilada (LV):** Orientado a personas mayores de 18 años condenadas a penas sustitutivas de Libertad Vigilada[40] y Libertad Vigilada Intensiva[41] que presentan consumo problemático de drogas y alcohol.[42]

- **Componente 3: Tratamiento y Rehabilitación para Niños, Niñas y Adolescentes con Consumo Problemático de Alcohol y Otras Drogas**

Este componente se desarrolla desde el 2015 en adelante. Las instituciones ejecutoras son las entidades públicas de salud (hospitales, corporaciones municipales de salud, centros de atención primaria, etc.), entidades privadas (fundaciones, ONGs, etc.) e instituciones privadas de formación (Universidades o centros de formación) (MIDESO, Informe de Descripción de Programas Sociales: Tratamiento y Rehabilitación para Niños y Adolescentes con Consumo

[37] Cabe destacar que existe otro subcomponente que no será incluido en la evaluación por su baja cobertura y manejo como proyecto aparte. Este subcomponente funciona como vía de acceso de las personas infractoras de ley a tratamiento. Esto es a través del Tratamiento Tribunales de Drogas (TTD) que funciona dirigido a personas adultas que han sido imputadas por la comisión de un delito y cumplen con el criterio de elegibilidad para acceder a la salida alternativa de Suspensión Condicional del Procedimiento con la condición de someterse a tratamiento por consumo de alcohol y drogas.

[38] Suspensión condicional: que se aplica cuando el delito es de escasa o mediana gravedad, cuando el imputado no posee antecedentes anteriores y cuando el fiscal, con el acuerdo del imputado, solicita al juez de garantía que suspenda temporalmente el proceso y éste acepta. Durante este período, que no podrá ser inferior a un año ni superior a tres, el imputado deberá cumplir con ciertas condiciones por el juez. Puede aplicarse esta salida cuando la pena no exceda de tres años y siempre que no haya sido condenado anteriormente por crimen o simple delito.
Disponible en: http://www.dpp.cl/sala_prensa/noticias_detalle/3054/salidas-alternativas

[39] Tratamiento Tribunales de Drogas. Cabe destacar que aun cuando se decide no considerar a TTD como un subcomponente de este estudio, los mismos profesionales participan en la producción de ambos subcomponentes.

[40] Libertad Vigilada: Es una forma de cumplir condena sin tener que estar recluido. El penado estará sometido a un programa de intervención bajo la vigilancia y orientación permanente de un delegado de Gendarmería de Chile. Pueden acceder aquellas personas que han sido condenadas a penas de cárcel entre 2 a 3 años" Disponible en: http://www.gendarmeria.gob.cl/medidas_alternativas.jsp

[41] Libertad Vigilada Intensiva: Es una forma de cumplir condena sin estar recluido. Se caracteriza por un régimen de mayor control, en el que el penado estará sujeto al cumplimiento de un programa de actividades bajo la aplicación de condiciones especiales y; la orientación permanente y rigurosa de un delegado de Gendarmería de Chile. Pueden acceder personas que han sido condenadas a penas de cárcel entre 3 y 5 años." Disponible en: http://www.gendarmeria.gob.cl/medidas_alternativas.jsp

[42] Este subcomponente ha sido tratado como un componente de tratamiento separado de los otros desde el 2015 en adelante (ver MINSAL, 2016). Sin embargo, para fines de esta evaluación la cual se enfoca en el impacto desde el 2012 al 2016, este tratamiento para personas en libertad vigilada se comprenderá como un subcomponente más que componente.

Problemático de Alcohol y Otras Drogas, 2017)[43]. El modelo de tratamiento específico contempla dos modalidades de atención (ambulatorio intensivo y residencial) según el nivel de complejidad del consumo y grado de compromiso biopsicosocial del usuario.

- **Componente 4: Tratamiento Integral de Adolescentes y Jóvenes Ingresados por Ley N°20.084 con Consumo Problemático de Alcohol y Drogas (ex Tratamiento para Adolescentes con Consumo Problemático de Drogas)**

El presente componente se inició el año 2007 y está orientado a contribuir a la reinserción social de adolescentes y jóvenes que han ingresado al sistema judicial por infracción a la Ley 20.084[44] o también referida como "Ley de Responsabilidad Penal Adolescente" y sean imputables (tanto bajo supervisión del SENAME como de GENCHI) (MIDESO, Informe de Descripción de Programas Sociales: Tratamiento Integral de Adolescentes y Jóvenes Ingresados por Ley N°20.084 con Consumo Problemático de Alcohol y Drogas, 2016). Existen diferencias en cuanto a las instituciones ejecutoras si los infractores adolescentes son condenados a un régimen privativo de libertad o no. En el primer caso, cuando los jóvenes están recluidos en Centros de Reclusión Cerrados[45] el tratamiento de drogas se imparte al interior de los recintos por parte de entidades privadas sin fines de lucro que se adjudican esta función por medio de licitación pública o trato directo. Por otro lado, cuando los adolescentes cumplen condenas en el medio libre o bien en Régimen Semi-cerrado existen dos modalidades de tratamiento: (i) por un lado, existen centros de tratamiento únicamente destinados a esta población, dependientes de instituciones privadas sin fines de lucro (a quien se les adjudica la función mediante licitación o trato directo), o bien, (ii) existen programas especialmente orientados a esta población, dentro de Centros de Salud Mental (COSAM) de la red pública de salud.

Considerando lo anterior, según los informes de MIDESO este componente se divide en dos subcomponentes descritos a continuación:

1. **Tratamiento Integral de Adolescentes y Jóvenes Ingresados por Ley N°20.084 con Consumo Problemático de Alcohol, Drogas y otros trastornos de salud mental:** Funciona bajo tres modalidades de tratamiento (Ambulatorio Intensivo; Residencial; y Hospitalización de corta estadía).

2. **Evaluación Clínica Diagnóstica en Fiscalías para Adolescentes Infractores de Ley imputados[46]:** Este programa no entrega tratamiento propiamente tal, sino que a

[43] Cabe destacar que se excluirán de la evaluación dos subcomponentes (Asesoría de equipos profesionales y técnicos de tratamiento; y Capacitación para profesionales técnicos de los centros) que tienen como propósito brindar asesorías técnicas, cursos, charlas y talleres a equipos profesionales de los Centros de Tratamiento y Rehabilitación. La razón de excluir estos dos subcomponentes apunta a que la evaluación se centra en el estudio y seguimiento de la población con consumo problemático de drogas y/o alcohol:

[44] La ley 20.084 estipula que la suspensión condicional del procedimiento permite a imputados con problemas de consumo de droga y/o alcohol acceder – bajo supervisión judicial – a tratamiento de Rehabilitación (MIDESO, Informe de Descripción de Programas Sociales: Tratamiento Integral de Adolescentes y Jóvenes Ingresados por Ley N°20.084 con Consumo Problemático de Alcohol y Drogas (ex Tratamiento para Adolescentes con Consumo Problemático de Drogas), 2017).

[45] Administrados y ejecutados directamente por SENAME

[46] Este es considerado como un subcomponente (y no como una actividad) ya que contempla una serie de actividades diferenciadas para su ejecución, en tanto éstas entregan servicios distintos a los considerados en el subcomponente 1, pues contempla la revisión de variables clínicas y psicosociales, la elaboración de informes, entre otras. Al mismo tiempo, estas

través de éste se realizan intervenciones, confirmaciones diagnósticas y referencias a tratamiento. Tiene por finalidad contribuir a la oportunidad de acceso a tratamiento en contexto judicial.

2.4.2. Programa de Integración Social Chile Integra

Por otra parte, el **Programa de Integración Social Chile Integra** tiene como **propósito** que "*Las personas que presentan consumo problemático de alcohol y drogas se integran a la sociedad a través del desarrollo de habilidades, el mejoramiento de condiciones laborales, de habitabilidad, y la vinculación a beneficios sociales*" y comenzó a operar el año 2012 y está enfocado en personas que estén en proceso de recuperación por consumo problemático de drogas y alcohol (y que hayan recibido tratamiento en centros en convenio SENDA MINSAL). Busca que estos mejoren su integración social, a través del desarrollo de habilidades personales, familiares y comunitarias. Además, el programa también busca que los jóvenes logren incorporarse a la fuerza laboral y a otras instancias de participación social. Cabe destacar que, según SENDA, este Programa en 2017 fue reformulado, actualizando su población potencial, objetivo y sumando un nuevo componente[47], el cual no será considerado en este estudio, debido a que entró en vigencia de forma reciente, por lo cual queda fuera del horizonte de evaluación de este estudio (2013-2017). Así, para efectos de la evaluación se considerarán los siguientes componentes:

- **Componente 1: Viviendas de apoyo a la integración social (VAIS)**

El componente brinda una vivienda transitoria[48] a sus usuarios para garantizar su acceso a un lugar para vivir en un entorno saludable que permita la plena integración social. El componente se orienta a las personas que finalizaron exitosamente un programa de la red de recuperación (centros de tratamiento y rehabilitación de consumo problemático de drogas) y que carecen de un lugar seguro o saludable para vivir, o que su vivienda no cuenta con las condiciones necesarias para apoyar su proceso de recuperación y necesitan de la asesoría de profesionales para lograr la independencia y apoyo psicosocial. Las instituciones ejecutoras de este componente son instituciones públicas o privadas sin fines de lucro, como Municipios y fundaciones, que se lo adjudican mediante concursos públicos.

- **Componente 2: Habilitación en competencias para la integración social (CIAM)**

Este segundo componente está orientado a brindar talleres de habilitación en competencias para la integración social a través de la herramienta metodológica "Portafolio de competencias para la integración social" a las personas que forman parte de la red de recuperación, ésta entendida como los beneficiarios de los distintos centros de tratamiento y rehabilitación de consumo problemático de drogas y/o alcohol. En este sentido, se busca habilitar en competencias

actividades actuarían complementariamente a aquellas comprendidas en el subcomponente 1, permitiendo el adecuado funcionamiento del componente en general.

[47] En componente que será excluido de la evaluación es 1.5 Certificación a profesionales de la recuperación del consumo problemático de drogas en el uso de metodologías para la inclusión social. Este componente guarda relación con la elaboración de capacitaciones a beneficiarios intermedios, en este caso profesionales de la salud externos a SENDA que trabajan en los programas de recuperación de este programa para el uso adecuado de metodologías de inclusión social tales como el "portafolio de competencias" y el diagnóstico de necesidades de integración social.

[48] Esto es, a los usuarios se le da acceso a una vivienda transitoria, únicamente destinada para el fin de este programa. Éstas corresponden a propiedades administradas por instituciones privadas sin fines de lucro (municipios, fundaciones, entre otras), donde los participantes de este programa pueden residir hasta un máximo de 18 meses.

asociadas a los ámbitos de comunicación, iniciativa, autonomía y manejo de situaciones. Las instituciones involucradas son tanto públicas como privadas que ejecutan los programas de tratamiento[49], y la estrategia de intervención es a través de talleres aplicados por profesionales de programas que han sido formados por SENDA.

- **Componente 3: Orientación Sociolaboral (OSL)**

Tiene como objetivo brindar asesoría para superar factores que limitan el acceso al empleo. Con Fundación Emplea (perteneciente al Hogar de Cristo) como principal institución ejecutora de este componente, la estrategia de intervención utilizada es que preparadores laborales trabajan con personas de manera individual, realizando diagnósticos socio laborales para luego, en base a las necesidades, habilidades e intereses de la persona, elaborar un plan de vida laboral. La duración es de 3 a 4 meses con sesiones semanales y contempla el uso de test de intereses, entrevistas, orientación y apresto laboral.

- **Componente 4: Vinculación a beneficios sociales**

Tiene como **objetivo** acercar la oferta de beneficios sociales en ámbitos indispensables para el proceso de recuperación de las personas en el programa. Esto se desarrolla a través de una articulación de diversas instituciones a nivel local, regional y nacional, desarrollando una red intersectorial que permita sensibilizar al intersector y establecer mecanismos de participación expeditos y ajustados. Por ende, la principal estrategia es la de conformar la red intersectorial que varía según la región donde se implementa el programa. En este sentido, las personas son derivadas al apoyo que demandan y se realiza un seguimiento para monitorear que recibió el apoyo requerido (MIDESO, 2016). La población usuaria se vincula a este componente a través de tres niveles[50]:

(i) Información sobre los distintos beneficios sociales de los cuales puede formar parte.
(ii) Apoyo en tramites o diligencias
(iii) Recepción de un beneficio.

3. Reformulaciones de los programas a nivel de diseño

Desde que se originó el Programa de Tratamiento, han surgido cambios institucionales y reformulaciones relevantes. Un hito fundamental es el cambio orgánico dado por el cambio de CONACE a SENDA ocurrido el 2011, lo que implicó una mayor autonomía presupuestaria y administrativa. Luego, dentro de las modificaciones más relevantes a destacar –que han sido relevadas por los actores clave entrevistados[51]–, se encuentra el cambio de estrategia que ha tenido a lo largo de los años. Originalmente (en el año 2000), este programa fue diseñado para entregar tratamiento y rehabilitación a la población general– hombres y mujeres adultos, adolescentes, jóvenes, niños/as–. Sin embargo, los aprendizajes obtenidos por los equipos durante la implementación del programa dieron cuenta de la necesidad de dar respuesta a grupos específicos de la población. Esta decisión fue tomada luego de una evaluación de proceso realizada en el 2003 (Escuela de Salud Pública, U. de Chile, 2007), que constataba ciertos

[49] Principalmente los centros de tratamiento o comunidades terapéuticas que tengan convenio con SENDA, o Centros de Salud Mental (COSAM) municipales.
[50] No hay más información disponible de SENDA o MINSAL que permita profundizar en los 3 niveles que los usuarios se vinculan a los beneficios sociales.
[51] Ver listado de entrevistados en Anexo 4.

problemas en la ejecución de los tratamientos para personas con perfiles y necesidades distintas (mujeres o mujeres con hijos/as, adolescentes, infractores, etc.). Es así como el Programa se reformula, dando paso a distintos componentes de acuerdo a las características de la población.

No obstante, dichos antecedentes, la presente evaluación tiene por periodo de estudio los años entre 2013 y 2017 por lo cual se atienden especialmente las reformulaciones ocurridas durante este transcurso de tiempo. En este contexto, a continuación, se indican las reformulaciones más relevantes realizadas al diseño:

- El año 2015 el Programa de Tratamiento incluye el *alcohol* como una sustancia objetivo del tratamiento, ya que anterior a esa fecha se orientaba exclusivamente a drogas.

- El subcomponente Detección e Intervenciones Breves (Programa de Tratamiento), desde el 2017 deja de ser implementado por SENDA, pasando a la responsabilidad de MINSAL. Esto sin duda implica un cambio tanto a nivel de diseño como de implementación (en especial, en lo relativo a la articulación con MINSAL).

- Sobre el componente de Tratamiento a niños, niñas y adolescentes, se debe destacar que durante el 2007 éste se traspasa desde SENDA a MINSAL. Sin embargo, desde el 2014, SENDA retoma progresivamente el trabajo con esta población (a través de proyectos), por lo cual se conviene que sólo se trabajará con perfiles de mediana y alta complejidad (dejando los de baja complejidad objeto de la atención de MINSAL, mediante GES).

- El Componente orientado a adolescentes infractores ha tenido varios hitos: (i) Primero, ha procurado cambiar su nombre con el objetivo de evitar la estigmatización de sus usuarios, de manera que ya no se refiere a infractores sino que se alude a "Adolescentes y Jóvenes Ingresados por Ley N°20.084 con Consumo Problemático de Alcohol y Drogas"; (ii) Segundo, durante el 2013 incorpora formalmente a las secciones juveniles mediante el convenio con Gendarmería; (iii) Por último, durante el 2017, producto de la implementación de los TTD para adolescentes, se incorpora esta nueva vía de ingreso, que implica la articulación con nuevos actores.

- A través del Convenio de Colaboración Técnica y Financiera SENDA-MINSAL (Resolución exenta N°661, de 2017) y del documento "Sugerencias Metodológicas para el Diseño de Plantes de Tratamiento Individuales (PTI)" el Servicio está promoviendo que la duración del tratamiento se ajuste a los procesos de recuperación y necesidades particulares de cada usuario, lo que ha llevado a flexibilizar los criterios de permanencia asociados a cada modalidad de atención (PAB, PAI, PR). En efecto, de acuerdo a lo sostenido por los profesionales del Servicio, en el caso del plan residencial se está promoviendo que éste no se extienda por los 12 meses antes sugeridos, sino que actualmente se recomienda reducir la estadía (idealmente no superior a los 4 meses).

- Por último, el Programa Chile Integra presenta modificaciones en su formulación, impulsadas en 2017 y con vigencia desde 2018. La más relevante es que se incorpora un nuevo componente relativo a la certificación de profesionales en la recuperación del consumo problemático de drogas en el uso de metodologías para la inclusión social, con lo cual se generan beneficiarios

intermedios del programa[52]. No obstante, debido a lo reciente de este cambio, este componente no se considera dentro de este estudio.

4. Estructura organizacional y mecanismos de coordinación

En conformidad a la ley N° 20.502, SENDA da continuidad a las labores que cumplía el Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE). Dentro de la división programática de SENDA, es el *Área de Tratamiento* y el *Área de Integración Social*, las responsables de los Programas de Tratamiento y el Programa de Integración Social Chile Integra, respectivamente. Ambas áreas se desarrollan de forma independiente, dependiendo ambas de la Dirección Nacional[53].

Con respecto a los mecanismos de coordinación, estos varían de acuerdo a las entidades involucradas tanto en el desarrollo de los programas como en la producción de componentes y subcomponentes del programa. Por un lado, para el desarrollo del **Programa de tratamiento y rehabilitación** y sus componentes, resulta clave la articulación intersectorial con MINSAL, MIDESO, GENCHI y SENAME –que son las principales instituciones públicas involucradas-, a lo que se suman variadas instituciones del sector privado encargadas de la ejecución de algunos de estos programas. Por otro lado, en el caso del **Programa de Integración Social Chile Integra**, resulta relevante la articulación con distintos organismos públicos–MINSAL, MIDESO, Ministerio de Vivienda, de trabajo y Servicio Nacional de la Mujer y la Equidad de Género– además de requerir una estrecha complementariedad con otros programas internos de SENDA. La tabla a continuación resume los actores involucrados en el desarrollo de los programas.

4.1. Mecanismos de coordinación Programa de Tratamiento y Rehabilitación

En el caso del componente **Programa de Tratamiento y Rehabilitación para Población Adulta con Consumo Problemático de Drogas y Alcohol**, se debe destacar que es ejecutado por terceros, sean instituciones públicas[54], privadas sin fines de lucro[55] o con fines de lucro[56], ya que de acuerdo a la ley N°20.502, SENDA se encuentra facultado para celebrar acuerdos con instituciones públicas o privadas que digan relación directa con la ejecución de políticas, planes y programas orientados tanto a la prevención como al tratamiento y rehabilitación y reinserción social de las personas afectadas por la drogadicción y el alcoholismo. Para normar la relación con estas instituciones, SENDA suscribe Contratos de Compra de Servicios con aquellas que hayan resultado seleccionadas en el proceso de licitación o mediante su contratación directa. A través de dichos Contratos, el Servicio establece los mecanismos de financiamiento y facturación, definiendo los valores para la compra de los meses de planes de tratamiento y rehabilitación, según precios unitarios diferenciados por tipo de plan[57]. Adicionalmente,

[52] De acuerdo a la información disponible en documento "Formulario 2016 de presentación de programas sociales reformulados para evaluación exante" (MIDESO, 2017).
[53] Para ver el organigrama institucional y las entidades articuladas con SENDA ir a Anexo 3.
[54] A través de los establecimientos de la red pública de los servicios de salud acogidos al Convenio de compra de servicios por ley N° 19880 y letra J de la ley N° 20.502.
[55] Puede corresponder a: Fundación, organización social, comunitaria, territorial, deportiva, corporación cultural, educacional, federación u otro similar, que se adjudique la ejecución del programa mediante Licitación pública según Ley de Compra N° 19.886.
[56] Puede corresponder a: Bancos, OCAS, OTEC, PSAT, EP u otros similares, que se adjudiquen la ejecución del programa mediante Licitación pública según reglamento de compras.
[57] Se establece que las condiciones para hacer efectivo el pago por parte de SENDA son: (i) el usuario es beneficiario de FONASA; (ii) es usuario de programa en convenio; (iii)registro de información mensual del usuario en SISTRAT.

SENDA explicita un Sistema de Registro, Control y Gestión para llevar a cabo la administración de los programas ejecutados por terceros. Para ello, se define que los prestadores públicos o privados deben llevar registros actualizados de las personas atendidas, a través de SISTRAT, plataforma que contempla la caracterización de los usuarios, las atenciones otorgadas y las evaluaciones de sus procesos. Así mismo, SENDA realiza la supervisión del complimiento de los Contratos a los Programas o Centros de Tratamiento que ejecuten los meses de planes de tratamiento y rehabilitación contratados, en conformidad a lo establecido en el documento denominado "Supervisión de Convenios. Convenio de Colaboración Técnica SENDA-MINSAL".

En efecto, todas las instituciones al alero del Servicio se acogen a lo establecido por el *Convenio de Colaboración Técnica y Financiera entre SENDA y MINSAL* (Resolución exenta N° 661/2017), que es el principal mecanismo de coordinación. Su propósito es normar la implementación conjunta de dicho programa que se constituye como un apoyo al Programa de Salud Mental que es parte del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría del MINSAL. En el marco de este convenio, las partes se comprometen a la conformación de una Mesa Nacional de Gestión y de Mesas regionales de coordinación, en las que participan representantes de ambas instituciones, con una periodicidad de sesiones regular de manera que permitan una coordinación permanente. Ambas instancias velan, –a grandes rasgos– por la adecuada implementación del programa, lo que implica desde la revisión del diseño del programa a gestionar todo lo relacionado a su buen funcionamiento, en los aspectos técnicos, clínicos y administrativos operacionales. Sin duda, el núcleo de la complementariedad con MINSAL consiste en que este organismo logre pesquisar, atender y derivar a personas con consumo problemático de drogas y alcohol a la oferta programática de SENDA.

Particularmente, para el desarrollo del Subcomponente Tratamiento y rehabilitación del consumo problemático de sustancias para personas adultas en situación de calle, SENDA se articula con el Programa Calle de MIDESO, tanto desde el nivel central como en el trabajo directo desarrollado por los equipos ejecutores de ambos programas en el espacio local. Esto porque dichos programas comunitarios despliegan intervenciones en terreno a través de una metodología de trabajo que requiere su complementariedad: el equipo gestor de calle de MIDESO realiza un soporte psicosocial, mientras que el equipo de tratamiento realiza una atención integral a las personas para apoyar la modificación de su patrón de consumo. Así, el principal foco de coordinación técnica a nivel nacional y regional entre SENDA y MIDESO es articular el proceso de derivación al Programa de Tratamiento por parte de los equipos de apoyo psicosocial de MIDESO, definiendo estrategias de coordinación y seguimiento.

En referencia al componente de **Tratamiento a Adultos Infractores Consumidores Problemáticos de Drogas y Alcohol,** para su producción es necesaria la articulación con más de un actor. Por una parte, Gendarmería de Chile es la institución ejecutora del subcomponente Tratamiento a personas condenadas privadas de libertad que presenten consumo problemático de drogas y alcohol, por lo que para asegurar la coordinación necesaria, dicha institución y SENDA suscriben a un Convenio de Colaboración Técnica y Financiera con el objetivo de normar las responsabilidades y actuaciones de cada entidad, y asegurar la conformación de mecanismos de coordinación que al igual que en el caso anterior, corresponde a la conformación de mesas de coordinación (a nivel nacional y regional) con representantes de cada una de las partes. Luego, en el caso del subcomponente Evaluación clínica diagnóstica a imputados con suspensión condicional del procedimiento, SENDA ha suscrito convenios de colaboración técnica y financiera con la Fiscalía Sur, Oriente y Occidente de la Región Metropolitana, que también norman la

colaboración con respecto a los Tribunales de Tratamiento de Drogas (TTD) para adolescentes imputados. Con respecto a los usuarios que ingresan a los programas en el marco de los TTD, existe un mecanismo formal de articulación correspondiente al convenio interinstitucional entre el Ministerio de Justicia, Poder judicial, Ministerio Público, Defensoría Penal Pública, SENAME, GENCHI, SENDA y Fundación Paz Ciudadana, cuyo objetivo es que las partes cooperen en la institucionalización, desarrollo y ampliación de los TTD a nivel nacional, lo que se busca garantizar mediante el establecimiento de una Unidad Coordinadora del Programa y una Mesa de Trabajo Interinstitucional que permita generar la bases de dicho programa. Mientras que para el subcomponente Tratamiento para personas Condenadas a Libertad Vigilada (LV), resulta crucial que se logre una coordinación y complementariedad con los Delegados de Centros de Reinserción Social (CRS) de Gendarmería de Chile, para de esta forma lograr una intervención coherente e integral, que incorpore la variable "delito".

En el caso del componente **Tratamiento y Rehabilitación para Niños Niñas y Adolescentes con Consumo Problemático de Alcohol y Otras Drogas**– tal como ocurre en para el componente orientado a población adulta– también ocurre que éste es ejecutado por terceros, que pueden ser instituciones públicas o privadas. De manera que para normar la relación con estas instituciones SENDA establece Contratos de Compra de Servicios para aquellas que hayan resultado seleccionadas por SENDA a través del proceso de licitación o mediante su contratación directa[58]. A diferencia de lo que ocurre con la implementación del componente orientado a población adulta, cabe destacar que este componente no contaba[59] con un convenio de colaboración técnica general que norme la relación entre SENDA y MINSAL, sino que se realizaban convenios particulares con los servicios de salud correspondientes que lo ejecuten. Otros organismos que son claves en este sentido son: MIDESO – a través del Programa Chile Crece Contigo[60], Programa de Ingreso ético Familiar[61] –, SENAME – a través de los Programas de Protección de Derechos[62]–, ya que todos estos trabajan con poblaciones en las que se puede identificar un problema de consumo problemático y por lo tanto, son fuentes de derivación. Por último, para el desarrollo de este componente también se establecen complementariedades internas con otros programas de SENDA, a saber: (i) Prevención del Consumo de Alcohol y Drogas en establecimientos Educacionales; (ii) Prevención del Consumo de Alcohol y Drogas en Sectores Vulnerables y/o Barrios Críticos; (iii) Prevención Actuar a Tiempo. Estos últimos constituyen tanto una fuente de derivación como de intervenciones que pueden ser complementarias al tratamiento de drogas.

Por su parte, el componente de **Tratamiento Integral de Adolescentes y Jóvenes Ingresados por Ley N°20.084 con Consumo Problemático de Alcohol y Drogas** exige de la complementariedad entre SENDA con MINSAL, SENAME y GENCHI, en el marco de un convenio conjunto de colaboración técnica (Resolución exenta N° 841/2016). En primer lugar, MINSAL juega un rol fundamental ya que dispone de centros de tratamiento (públicos y privados) en convenio con SENDA integrados a la red de salud, los cuales consideran las necesidades integrales en salud de los adolescentes que infringen la ley penal. Luego, SENAME es la entidad que ejecuta las sanciones privativas de libertad y administra los programas de sanciones y medidas no privativas de libertad, los que son ejecutados a través de

[58] Se realiza contrato directo cuando los requerimientos técnicos no permiten la concursabilidad (i.e. único oferente).
[59] Desde 2018 existe un convenio entre SENDA-MINSAL-SENAME, pero escapa al periodo de análisis del estudio.
[60] Programa que es parte del Sistema de Protección Social, cuya misión es acompañar, proteger y apoyar integralmente, a todos los niños, niñas y sus familias.
[61] Programa que establece una alianza entre las familias y el Estado, desarrollando un conjunto de acciones para que a través de su propio esfuerzo y compromiso las familias superen su condición de extrema pobreza.
[62] Orientados a la protección y restitución de los derechos vulnerados de niños, niñas y adolescentes. Se enmarca en un sistema de protección a nivel nacional para niños de 0 a 18 años de edad, y funciona a través de residencias y programas ambulatorios.

Organismos Colaboradores Acreditados (OCAS) por dicha institución. De manera que SENDA, SENAME y las OCAS, precisan aunar los esfuerzos para apuntar al logro del complejo proceso de integración social que persigue la ley 20.084, normativa que además reconoce al tratamiento de los problemas asociados al consumo de alcohol y drogas como un eje fundamental a intervenir. En tercer lugar, la articulación con GENCHI es necesaria debido a que existen jóvenes que cumplen su condena a medio privativo de libertad en Secciones Juveniles administradas por esta entidad, se hace necesario que SENDA se articule para garantizar el tratamiento de drogas para esta población. Con todo, el trabajo entre estos actores– SENDA, MINSAL, SENAME, GENCHI– también se articula a través del establecimiento de mesas de cooperación periódicas, nacionales y regionales. Además, para el desarrollo de este componente existe una articulación con el Programa 24 Horas del Ministerio del Interior, a través de reuniones periódicas para evaluar conjuntamente la ejecución de ambos programas en el territorio, así como la oportuna derivación de usuarios hacia la red de tratamiento ofertada por SENDA. Por su parte, para el desarrollo del subcomponente Evaluación Clínica Diagnóstica en Fiscalías para Adolescentes Infractores de Ley imputados, ya fueron mencionados los convenios a los que suscribe el servicio para fomentar la coordinación con Fiscalía.

4.2. Mecanismos de coordinación Programa de Integración Social Chile Integra

Son diversos los actores que se articulan para la producción de sus componentes. Especialmente esto ocurre debido a que uno de sus componentes refiere a la **vinculación a redes**, por lo que el programa establece vínculos con organismos diversos– como el Ministerio de Salud, de Desarrollo Social[63], de Trabajo, de Vivienda y el Servicio Nacional de la Mujer y la Equidad de Género[64]–, que ofrecen una oferta social que puede ajustarse a las necesidades de esta población, aunque no se descarta que otras instituciones públicas a nivel regional o local se sumen a esta gama de servicios. Cabe destacar que la articulación con estas instituciones no se establece en el marco de un convenio formal, que permita explicitar y definir las responsabilidades e instancias de coordinación (reuniones, mesas de trabajo) entre los actores.

Así mismo, para el desarrollo del componente **Habilitación en competencias para la integración social**, se precisa la articulación con MINSAL, de manera que en los distintos territorios se certifique a los profesionales de la salud en herramientas para la integración social y a su vez para determinar una red que permita conectar a las personas con la satisfacción de sus necesidades de inclusión.

Pero además de esta coordinación con entidades externas, este programa se coordina fuertemente con el Programa de Tratamiento para Población Adulta, ya que busca complementarlo en la medida que acerca la oferta de integración a parte de la población atendida por dicho programa, de acuerdo a sus necesidades. Otro actor del mismo servicio que se articula con el programa de integración es SENDA Previene, que es una estrategia de intervención territorial alojada en la comunidad, de manera que representa un aliado para este programa en los territorios y Municipalidades, facilitando la articulación de redes locales para la inclusión social. Con este último actor el programa establece una red de trabajo conjunto, que es flexible, ya que el programa capacita a los profesionales de SENDA Previene y dependiendo de la realidad regional, es SENDA Previene quien puede realizar una vinculación concreta entre las personas en recuperación y un beneficio social concreto que se ha detectado necesario para su inclusión. Finalmente,

[63] Como se ha adelantado, MIDESO posee una oferta amplia social para personas en condición de exclusión.
[64] SENDA ha pesquisado que la población femenina que desarrolla un consumo problemático de drogas suele excluirse de ciertas ofertas de capacitación o protección de violencia, por lo que se trabaja con SERNAMEG para disminuir estas barreras de acceso.

el programa establece otra complementariedad con la oferta interna de SENDA, debido a que el Programa de Prevención en Espacios laborales posee una línea de acción consistente en que las empresas interesadas abran cupos de trabajo para personas que han completado un proceso de tratamiento por consumo problemático de sustancias, lo que constituye una oportunidad para los usuarios del Programa de Integración Social Chile Integra.

Nodos críticos respecto a la coordinación interinstitucional

La articulación intersectorial efectiva para el adecuado despliegue de los programas a evaluar constituye un desafío, ya que aún con los mecanismos de coordinación antes descritos, la diversidad de los actores involucrados vuelve compleja la coordinación entre éstos. La existencia de ciertos nodos críticos ha sido relevada durante las entrevistas con actores clave tanto de SENDA como del intersector[65].

Uno de ellos, visibilizado también dentro de documentos de diagnóstico institucionales, refiere al programa de tratamiento orientado a adolescentes en conflicto con la ley. Esto por un lado, debido a la baja derivación de usuarios desde SENAME, y por otro, debido a que se detecta que en ocasiones, las OCAs no pesquisa a tiempo a los usuarios con consumo problemático de drogas, por lo que no se derivan oportunamente. De acuerdo a lo relevado por los funcionarios de SENDA, es frecuente que la derivación de los usuarios a tratamientos de drogas ocurre sólo cuando es urgente la necesidad de atención en dispositivos de contención (como unidades de hospitalización corta estadía y plan residencial[66]) para jóvenes que ya han desarrollado un alto compromiso en el uso de drogas. Por esta razón, SENDA ha realizado durante los últimos años esfuerzos en la capacitación de los equipos de SENAME y de sus organismos colaboradores para la pesquisa temprana de abuso de sustancias, de manera de derivar a tiempo hacia modalidades del programa con mayor oferta de servicios (PAB, PAI).

Otro desafío para mejorar la articulación intersectorial– a raíz de lo relevado en las entrevistas acerca del componente dirigido a infractores adolescentes–, es la necesidad de mejorar la transferencia de información relativa a usuarios entre las entidades, que permita dar continuidad a intervenciones. Esto porque también los programas de medidas y sanciones administrados y/o ejecutados por SENAME en el marco de la ley 20.084 tienen por finalidad la integración social de los adolescentes, no obstante, existen resguardos para el traspaso de información – establecidos en la misma normativa–que obstaculizan muchas veces el diseño de intervenciones integrales y complementarias. Por esto, desde SENDA se advierte la necesidad de establecer protocolos de traspaso de información y mecanismos locales de coordinación entre los equipos de los distintos programas involucrados.

Además, en el caso del subcomponente dirigido a tratamiento a personas en situación de calle, desde MIDESO se detectó que existen dificultades en la gestión del Programa Calle, lo que podría obstaculizar el correcto funcionamiento de dicho subcomponente. Esto porque no existe un convenio de colaboración interinstitucional SENDA-MIDESO, y si bien existe una mesa nacional de coordinación[67], los actores entrevistados relevan que hace falta que esta instancia se consolide con respecto a su periodicidad y continuidad en su funcionamiento.

[65] Se entrevistaron a representantes de MINSAL, MIDESO, SENAME y GENCHI. Para más detalle, revisar en Anexo 5.
[66] Ambas son modalidades intensivas de tratamiento orientadas a usuarios con perfiles complejos en tanto compromiso en el uso de drogas.
[67] En la cual se establecen acuerdos operativos para el adecuado funcionamiento del programa, como el desarrollo de lineamientos y Orientaciones Técnicas, que establecen, entre otros aspectos, roles y funciones institucionales.

Por último, en lo que respecta al Programa de Integración Social Chile Integra, se relevó que un nodo crítico situado en los orígenes del programa fue que la red de tratamiento conociera y entendiera el fundamento del programa, ya que de ello dependía la generación de la demanda necesaria para el desarrollo del componente VAIS. Y aunque esta dificultad ha sido superada a través del fortalecimiento del trabajo intersectorial, que se evidencia en que hoy cuentan con una cobertura satisfactoria de cada uno de sus componentes, lo cierto es que permanece el desafío de que los distintos programas sociales con los que se articula den prioridad a los usuarios de este programa, toda vez que cargan con un estigma particular asociado al consumo de drogas.

Otro nodo crítico tiene que ver con la coordinación de SENDA con los terceros que ejecutan el programa, ya que la gestión y control de las prestaciones del programa por parte del Servicio se ve limitada debido a que no existe la obligación de que los ejecutores lleven registro de los bienes entregados (particularmente esto afecta a los componentes de habilitación en competencias para la integración social y orientación socio-laboral), ya que a diferencia de lo que ocurre con los programas de tratamiento, el Servicio no establece que el pago (asociado a la compra de meses de planes de tratamiento) esté sujeto a la condición de completar los registros de las atenciones por parte de los centros. Esto último impide un apropiado monitoreo del desempeño del programa, que será retomado en el próximo apartado.

III. CARACTERIZACIÓN Y CUANTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN POTENCIAL Y OBJETIVO

Este capítulo realiza una caracterización y cuantificación de la población potencial y objetivo de forma independiente a las estimaciones realizadas en la documentación oficial de SENDA. Esta decisión se basa en que se constataron dificultades para obtener información precisa respecto a cómo el Servicio mide las poblaciones potenciales y objetivo de los distintos componentes de los programas a evaluar en sus documentos oficiales. Así, se realizó una revisión de las fichas que SENDA reporta al Ministerio de Desarrollo Social (MIDESO) respecto a la descripción de sus programas y seguimiento de su desempeño, de los Convenios de Colaboración (con el Ministerio de Salud -MINSAL-, Gendarmería de Chile -GENCHI-, y con el Servicio Nacional de Menores -SENAME-), y de las Bases de Licitación para los distintos componentes. Además, se sostuvieron múltiples reuniones con las distintas áreas del Servicio (de Estudios y de Tratamiento) para comprender cómo se estiman las poblaciones en cada uno de los componentes de los Programas, ya que esta información no es explícita en los documentos analizados.

Así, si bien tanto el Programa de Tratamiento y Rehabilitación como el de Integración Social cuentan con un cálculo de la población potencial y objetivo en sus diseños, que los ha guiado en la ejecución de las intervenciones y servicios, se buscó poder cuantificar las poblaciones para el presente estudio de manera autónoma, realizando ajustes de criterios cuando se estima necesario.

Se comienza discutiendo brevemente lo expuesto en las distintas fuentes de información, luego se expone la definición actual utilizada para la medición de poblaciones por parte del Servicio. A continuación, se discute brevemente la definición de consumo problemático, para finalmente realizar las estimaciones de acuerdo a los criterios establecidos, entregar recomendaciones y presentar limitaciones al trabajo realizado.

1. Programa de Tratamiento y rehabilitación

1.1. Respecto a las fuentes de información[68]

SENDA ha expresado que las fichas que entrega al Ministerio de Desarrollo Social (MIDESO) no definen correctamente las poblaciones atendidas en términos de su cuantificación, siendo los Convenios de Colaboración firmados con el Ministerio de Salud (MINSAL) la fuente de información correcta a utilizar. Una vez revisados los convenios, se pesquisó que estos no permiten diferenciar entre población objetivo y potencial de acuerdo a las definiciones de DIPRES, siendo identificados los perfiles de beneficiarios según modalidad de tratamiento (ambulatorio básico, ambulatorio intensivo y residencial) y no según los componentes que se definen en esta evaluación. En suma, se llegó a la conclusión de que los elementos enumerados como criterios de focalización en las fichas MIDESO están presentes en el Convenio de Colaboración, no obstante, la definición se encuentra esparcida a través del documento, sin presentarse de manera conjunta y concisa. Así, el equipo consultor considera que la definición de las fichas MIDESO permite una mejor cuantificación de las poblaciones potenciales y objetivos de los distintos componentes.

Finalmente, a través de una entrevista con el Área de Estudios de SENDA, se corroboraron las definiciones requeridas por el Área de Tratamiento para cuantificar sus poblaciones. En este punto,

[68] Para mayor información respecto a las fuentes de información, revisar Anexo 4.1.

destaca que el Área de Tratamiento y Rehabilitación considera consumo problemático como abuso (DSM-IV)[69] y/o dependencia (CIE-10)[70] para población adulta, estimándose a partir de los Estudios Nacionales en Población General. Por su parte, en población adolescente, se declaró que no existe forma de medir consumo problemático a partir de los Estudios Nacionales en Población Escolar, lo que será discutido en el apartado III 1.2.

1.2. Definición de consumo problemático

En este punto, vale la pena discutir brevemente qué se entiende y cómo se mide el consumo problemático de alcohol y/o drogas, ya que no existen definiciones unívocas. De acuerdo a SENDA, la definición de consumo problemático varía dependiendo si refiere a (1) drogas ilícitas (marihuana/cocaína/pasta base) o (2) lícitas (alcohol). Así un consumo 'problemático' para el caso de las drogas ilícitas (1), correspondería a personas que presentan 'abuso' o 'dependencia' de acuerdo a criterios diagnósticos internacionales[71]. Por una parte, para definir 'abuso', se utilizan los criterios definidos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV), basados en la presencia de una de las siguientes cuatro definiciones:

(i) uso recurrente de la sustancia con el consiguiente fracaso en obligaciones laborales, escolares o domésticas;
(ii) uso recurrente de la sustancia en situaciones en las cuales es físicamente peligroso;
(iii) problemas legales recurrentes como consecuencia del uso de la sustancia; y
(iv) uso continuo de la sustancia a pesar de tener problemas sociales o interpersonales provocados o exacerbados por esta.

Por su parte, la 'dependencia' a drogas ilícitas se estima según los criterios definidos en la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). De este modo, la tasa de dependencia se calcula a partir de la presencia de tres o más de los seis criterios establecidos:

(i) un poderoso deseo de tomar la droga (*craving)*;
(ii) un deterioro de la capacidad para autocontrolar el consumo de la misma;
(iii) la persistencia del uso a pesar de consecuencias dañinas;
(iv) una asignación de mayor prioridad a la utilización de la droga que a otras actividades y obligaciones;
(v) un aumento de la tolerancia a la droga; y, a veces,
(vi) un estado de abstinencia por dependencia física." (OMS, 2015, pág. 307).

En suma, mientras la conceptualización de 'abuso' de drogas pone el foco sobre la pérdida de funcionalidad social de los consumidores, la de 'dependencia' incluye también síntomas fisiológicos.

Para el caso del alcohol como droga lícita (2), el Área de Tratamiento del Servicio solo utiliza los criterios de abuso para determinar un consumo problemático. A juicio del equipo evaluador podría complementarse la estimación considerando la información provista por el Test de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol (AUDIT, por sus siglas en inglés), ya que éste sí se incluye en los Estudios de Población General y la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo recomienda para medir dependencia en alcohol, considerando el punto de cohorte de 20 puntos o más. Este ajuste

[69] Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su cuarta versión.
[70] Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima versión.
[71] Estos criterios suelen actualizarse periódicamente, de manera que debe ponerse atención a la Versión o año de publicación de la fuente estudiada.

permitiría homologar los criterios utilizados para medir consumo problemático entre drogas ilícitas (1) y lícitas (2).

1.3. Críticas a la definición actual de consumo problemático

Un punto relevante respecto a la definición de consumo problemático que propone SENDA es que se basa en versiones antiguas de los criterios diagnósticos internacionales[72]. Esto porque utiliza la versión "IV" del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV), aun cuando existe una versión actualizada de dicho manual (versión V, del año 2013). En esta versión actualizada, se decide anular la distinción entre abuso y dependencia a sustancias, generando un solo indicador graduado de trastorno por consumo de sustancias (Portero, 2015). Para diagnosticar este trastorno las personas deben cumplir con al menos 2 de 11 criterios. Además, los nuevos criterios permiten diagnosticar la severidad del cuadro, estableciendo un continuo de leve (dos o más síntomas), moderado (cuatro o cinco síntomas) y grave (más de seis síntomas) (Portero, 2015). Por su parte, el CIE-10 también posee una versión actualizada, el CIE-11 de 2018, no obstante, en esta versión no se modifican los criterios establecidos para diagnosticar dependencia.

A continuación, se presenta una tabla con las definiciones de abuso, dependencia (DSM-IV y CIE-10) y trastorno por consumo de sustancias (DSM-V), así como las preguntas en los Estudios de Población General o ENPG (2012;2014;2016) que permiten medir dichos conceptos[73]. Tal como se observa en la Tabla 16 mediante el empleo de los Estudios Nacionales de Drogas en Población General 2012-2016 no es posible replicar dependencia según DSM-IV ni DSM-V, ya que no consideran preguntas que apunten al "Deseo de regular o abandonar el consumo, con historial de intentos infructuosos".

[72] Si bien esto no permite un diálogo con las definiciones diagnósticas actuales, sí permite la comparabilidad de las estimaciones a través del tiempo. En efecto, uno de los objetivos del SENDA a través de sus estudios es identificar tendencias poblacionales de consumo a través del tiempo.

[73] Los Criterios de la CIE-10 para la dependencia de una sustancia son similares a los del DSM-IV. Si bien la CIE-10 contiene los siete puntos del DSM-IV, los condensa en cinco criterios y añade un sexto que hace referencia al comportamiento de anhelo (*craving*) por la sustancia.

Tabla 16: Abuso, dependencia y trastorno por consumo de sustancias según DSM-IV, CIE-10 y DMS-V.

	DSM-IV	CIE-10	DSM-V		Preguntas en ENPG (Últimos 12 meses)
Abuso	Incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa.	No lo incluye.	Trastorno por consumo de sustancias	Incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa.	¿Ha dejado de cumplir sus deberes en la casa, en el trabajo o donde estudia a causa de la [sustancia]?
	Consumo en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso.			Consumo en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso.	¿Ha puesto en peligro su integridad física a causa del consumo recurrente de [sustancia]?
	Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia.			No lo incluye	¿Ha hecho algo bajo los efectos de la [sustancia] que pudiera causarle problemas con la autoridad pública o con la ley?
	Consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia.			Consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia.	¿Ha tenido algún problema o han aumentado los problemas con su familia o amigos a causa de su consumo de [sustancia]?
Dependencia	Tolerancia: necesidad de recurrir a cantidades crecientes de la sustancia para alcanzar la intoxicación (o el efecto deseado) o una notable disminución de los efectos de la sustancia con su uso continuado a las mismas dosis.	Tolerancia.		Tolerancia.	¿Ha notado que la misma cantidad de [sustancia] tiene menos efecto en Ud. que antes?
					¿Ha observado que para obtener el mismo efecto con [sustancia] ha consumido mayor cantidad que antes?
	Abstinencia: comportamiento desadaptativo, con concomitantes cognoscitivos y fisiológicos, que tiene lugar cuando la concentración en la sangre o los tejidos de una sustancia disminuye en un individuo que ha mantenido un consumo prolongado de grandes cantidades de esa sustancia.	Abstinencia.		Abstinencia.	¿Consumió [sustancia] para eliminar o para evitar que se presenten problemas como estos?
					¿Ha presentado estos problemas cuando suspendía o disminuía el consumo de [sustancia]?
	Disminución capacidad de control: sujeto toma la sustancia en cantidades mayores o durante un período de tiempo más prolongado de lo originalmente pretendido.	Deterioro en la capacidad de autocontrol.		Disminución capacidad de control.	¿Ha consumido [sustancia] a pesar de que tenía la intención de no hacerlo?
					¿Ha terminado consumiendo [sustancia] en mayores cantidades de lo que Ud. pensó?
	Deseo de regular o abandonar el consumo, con historial de intentos infructuosos.	No lo incluye.		Deseo de regular o abandonar el consumo, con historial de intentos infructuosos.	No lo incluye
	Aumento en tiempo de recuperación y acceso: sujeto dedica mucho tiempo a obtener la sustancia, a tomarla y a recuperarse de sus efectos.	Asignación de mayor prioridad a la utilización de la droga que a otras actividades y obligaciones.		Aumento en tiempo de recuperación y acceso.	¿Ha dedicado más tiempo que antes a conseguir y consumir [sustancia], o pasa más tiempo recuperándose de sus efectos?
	Abandono de otras actividades sociales, laborales o recreativas.			Abandono de otras actividades sociales, laborales o recreativas.	¿Ha dejado de hacer o ha suspendido actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de [sustancia]?
	Persistencia en el consumo a pesar de consecuencias físicas, emocionales e interpersonales visibles.	Persistencia en el consumo a pesar de consecuencias dañinas.		Persistencia en el consumo a pesar de consecuencias físicas, emocionales e interpersonales visibles.	¿Ha continuado consumiendo [sustancia] a pesar de que le ocasione problemas de salud física, emocionales o nerviosos?
	No lo incluye.	Poderoso deseo de consumir la droga (*craving*).		Poderoso deseo de consumir la droga (*craving*).	¿Ha sentido un deseo tan grande de usar [sustancia] que no pudo resistir o pensar en nada más?

Fuente: Elaboración propia.

Para el caso de alcohol SENDA utiliza la escala AUDIT (Test de Identificación de Trastornos debido al Consumo de Alcohol) para reportar consumo de riesgo (distinto a dependencia) en sus Estudios de Población General, escala con un máximo de 40 puntos. Esta escala fue desarrollada por la OMS como método de tamizaje, componiéndose de 10 *items* separados en tres dominios (consumo de riesgo; dependencia; consumo perjudicial) (Donoso, 2015). La recomendación de la OMS es que los puntajes de corte del instrumento sean los siguientes:

- Entre 8 y 15 puntos: consumo de riesgo;
- Entre 16 y 19 puntos: consumo perjudicial;
- 20 puntos o más: dependencia.

Aun existiendo estos criterios, la literatura recomienda la selección de un punto de corte dando cuenta de las particularidades culturales de cada nación (Babor, Higgins-Biddle, Saunders, & Monteiro, 2001), por lo que se propone definir un punto de corte en cada país. El primer estudio de adaptación en Chile tomó una muestra de 93 individuos mayores de 15 años de un centro de atención primaria, concluyendo que el instrumento presentaba validez y confiabilidad suficiente (Alvarado, Garmendia, Acuña, Santis, & Arteaga, 2009). Además, se establecieron puntos de corte basados en la sensibilidad y especificidad, dando las siguientes categorías:

- Entre 6 y 8 puntos: consumo de riesgo;
- 9 puntos o más: consumo perjudicial o dependencia (Donoso, 2015).

A juicio de este panel, los puntajes de corte mostrados en Alvarado et al. (2009) son demasiado laxos y tienden a sobre representar la población con consumo problemático de alcohol toda vez no logran discernir entre consumo perjudicial y dependencia, además estos resultados se basan en una muestra no representativa, por lo que no son concluyentes. Para evidenciar el impacto que pueden tener los criterios de corte sobre las estimaciones, se hizo el ejercicio de comparar la población con consumo perjudicial o dependencia para 2016 según criterios de Alvarado et al. (2009) y los de la OMS (respectivamente) (Tabla 17), dando cuenta de una brecha de 523.316 personas entre ambas mediciones. Por esto, para el cálculo de la población potencial, se decidió seguir los lineamientos de la OMS considerando un puntaje sobre 20 puntos como dependencia.

Tabla 17: Población de acuerdo a puntajes de corte para AUDIT

AUDIT	Personas entre 12 y 64 años
9 puntos o más	592.996
20 puntos o más	69.680

Fuente: Elaboración propia a partir del Décimo Segundo Estudio de Drogas en Población General (2016).

A juicio de este panel los criterios de abuso resultan insuficientes para determinar tanto el consumo problemático en drogas ilícitas como en alcohol, sobre todo en el contexto de tratamiento, que supone severidad y compromiso de drogas grave. El cambio que se realizó desde el DSM-IV al DSM-V se justificó por las siguientes razones: (i) las personas que cumplían los criterios de abuso y dependencia eran diagnosticados con dependencia finalmente (SAMHSA, 2016), es decir, la dependencia engloba el abuso, siendo una medida más severa; (ii) la distinción entre abuso y dependencia daba pocas guías para los tratamientos; (iii) la distinción generaba "huérfanos de diagnóstico", es decir, personas que quedaban sin diagnóstico aun cumpliendo con dos criterios de dependencia al no cumplir con los criterios de abuso; (iv) la distinción no permitía visibilizar la jerarquía de ambos fenómenos; y (v) la separación generaba problemas de confiabilidad en el diagnóstico de abuso (Harford, Yi, & Grant, 2010; Hartman et al., 2008;

Hasin et al., 2013; Helzer, Bucholz, & Gossop, 2007; Kahler & Strong, 2006; Littlefield, Verges, & Sher, 2010; Martin, Chung, & Langenbucher, 2008; Slade, Grove, & Teesson, 2009), por lo que en mediciones repetidas no hay consistencia. Por otra parte, y revisando la definición de abuso del DSM-IV, los problemas asociados al consumo deben ser recurrentes. No obstante, se observa (Tabla 16), que las preguntas de abuso no preguntan por recurrencia de consumo ni de los problemas declarados, más bien preguntan por al menos un problema durante los últimos doce meses, siendo más laxas en comparación a la definición del manual.

En vista de los antecedentes recién mostrados se considera a las personas adultas con consumo problemático como aquellas que presenten dependencia a al menos una sustancia (alcohol, marihuana, cocaína o pasta base) según los criterios del manual CIE-10 para drogas ilícitas, y los 20 puntos de corte en AUDIT para alcohol, siendo además prevalentes año en dichas sustancias. Además, se tomó en consideración el rango etario de este programa para los cálculos de las poblaciones, es decir, los números comprenden personas entre 18 y 64 años[74]. En base a esta definición, es que a continuación de se realizan estimaciones poblacionales.

1.4. Estimaciones poblacionales en base a nuevos criterios

Para el **Componente 1 del Programa de Tratamiento y Rehabilitación** dirigido a población adulta, la **población potencial** del componente son hombres y mujeres mayores de 18 años residentes en Chile que presentan consumo problemático de alcohol y/o drogas, y la **población objetivo** son las personas con consumo problemático de alcohol y/o drogas afiliadas a FONASA (con excepción de aquellas Personas en Situación de Calle[75]) y con voluntariedad a tratarse (MIDESO, Informe de Descripción de Programas Sociales: Tratamiento y Rehabilitación para Población Adulta con Consumo Problemático de Drogas y Alcohol, 2017). Es decir, este componente incluye a adultos con consumo problemático, así como personas en situación de calle con dicho trastorno.

En un primer lugar, y de acuerdo a las Encuestas de Caracterización Socioeconómica de Chile (CASEN), la pertenencia a FONASA en los últimos años ha sido la siguiente:

Tabla 18: Porcentaje de personas pertenecientes a FONASA según CASEN 2013;2015;2017

Año	% perteneciente a FONASA
2013	78,3
2015	77,3
2017	78

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica años 2013, 2015 y 2017.

Se decidió redondear este porcentaje a 78% para el cálculo de las poblaciones, para hacer más intuitivo el cálculo.

[74] Se utilizó el software Stata versión 14 para hacer las estimaciones. De acuerdo al apartado metodológico de los cuatro estudios utilizados se consideró la manzana como la última unidad de selección (conglomerado) y la comuna como estrato. No obstante, se advierte que en el estudio de 2016 la estratificación cambió, tomando en consideración que previo a dicho año se elaboraban 30 subgrupos de tamaño, mientras que para 2016 se generaron solo 5 grupos de tamaño. Dicho esto, no se logró elaborar una variable de estrato ya que no se encontraron las variables de tamaños de grupo en la base de datos. Esto podría influir en las estimaciones de las varianzas, no así en las estimaciones puntuales las que se corrigen a través del factor de expansión.

[75] La población objetiva del subcomponente destinado a Personas en Situación de Calle refiere a aquellas personas con consumo problemático de alcohol y/o drogas que hayan sido derivados por el Programa de Calle del Ministerio de Desarrollo Social.

Tabla 19: Preguntas que apuntan a voluntariedad a tratarse en Estudios de Población General		
Año	Pregunta	% "Sí" con consumo problemático
2012	Durante los últimos 12 meses, ¿Ha intentado obtener algún tipo de ayuda o tratamiento para disminuir o dejar de consumir alcohol o drogas?	3,3
2014	Durante los últimos 12 meses, ¿Ha sentido la necesidad de recibir algún tipo de ayuda o tratamiento para disminuir o dejar de consumir alcohol y/o drogas?	20,4
2016		14,1
Fuente: Elaboración propia a partir del Décimo Segundo, Décimo Primer y Décimo Estudio de Drogas en Población General (2012;2014;2016).		

Respecto al criterio de voluntariedad, en los distintos Estudios de Drogas en Población General se ofrecen preguntas que responden a la demanda por tratamiento (Tabla 19) aunque cambian en el tiempo. Cabe destacar que este criterio se basa en el Modelo Transteórico de Cambio de Prochaska y Di Clemente (1994)[76] que propone 5 etapas de cambio de conducta: precontemplación, contemplación, preparación, acción, y mantención. En la encuesta de 2012 solo se realizó una pregunta orientada a la realización de acciones concretas (etapa acción), mientras que en 2014 y 2016 se incluyó una pregunta adicional que apunta más a la contemplación de la existencia de un problema, sin acciones realizadas, lo que a juicio del panel logra medir mejor la voluntariedad a tratarse. En efecto, en estudios de tratamiento de droga es común encontrarse a personas en etapa de contemplación al cambio (Willoughby & Edens, 1996), por lo que la realización de acciones concretas hacia un cambio de conducta no debiese ser prerrequisito para definir la población objetivo del programa, sino más bien tener una conciencia mayor del problema y necesidad de cambio. Son los mismos tratamientos de drogas los que deben trabajar la motivación y preparar a sus beneficiarios para un cambio en su comportamiento adictivo, tal como SENDA reconoce en sus Orientaciones Técnicas. Además, se observa claramente que el fraseo de la pregunta cambia radicalmente los porcentajes, siendo mayor en el caso de la medición de 2014-2016. Finalmente, para no distorsionar los cálculos de poblaciones objetivo se decidió utilizar el porcentaje de voluntariedad de 2014 para el periodo 2012-2013, en lugar de lo pesquisado en 2012.

Por su parte, el tercer subcomponente de este componente corresponde a tratamiento para personas en situación de calle. En primer lugar, se debe recalcar que la población en situación de calle es especialmente difícil de medir, dadas sus características y movilidad espacial. Dicho esto, el Registro Social Calle del Ministerio de Desarrollo Social en 2017 pesquisó un total de 10.610 personas en situación de calle, donde un 15% declaró haber quedado en situación de calle por el consumo de alcohol y/o drogas, por debajo de lo mostrado en 2011 con un 24,4%. Además, en 2011, el mismo registro encontró que un 47,9% tenía problemas con el alcohol y/o drogas, dentro de una muestra de 12.255 personas.

Así, para poder medir la población potencial se decidió estimar un cambio anual (lineal) entre ambas mediciones (2011 y 2017), llegando a una disminución anual de 274 personas en situación de calle. Luego, se multiplicaron dichas cantidades por el 48% detectado en 2011 con consumo problemático de alcohol y/o drogas[77]. Cabe decir que probablemente estos cálculos subestiman la población potencial, dada la

[76] El Modelo Transteórico de Cambio de Prochaska y Di Clemente (1994) proporciona una concepción global en conductas adictivas, delimitando elementos esenciales al cambio intencional de conducta (Vallejos, Orgeboso, & Capa, 2015). El modelo parte de la premisa de que no se puede explicar la complejidad total del proceso, por lo que el cambio se presenta como una secuencia de etapas, siendo éstas estables pero abiertas al cambio, y con influencias de factores biológicos, sociales y de autocontrol. Además, "el proceso mediante el cual una persona pasa desde una adicción hacia una recuperación sostenida está basado en una toma de conciencia progresiva acerca del problema y la necesidad de cambios que influyen en la motivación" (Vallejos, Orbegoso, & Capa, 2015, pág. 5).

[77] No se tiene seguridad respecto a cómo se midió consumo problemático en este caso.

dificultad en su cuantificación. Se considera que no deberían existir criterios de focalización en este caso, dada la alta vulnerabilidad de la población atendida y su mayor compromiso en el consumo problemático de alcohol y/o drogas. Las estimaciones se hacen considerando este punto, es decir, sin considerar diferencias entre población potencial y objetivo.

Una vez realizados los cálculos, se presentan los resultados de cobertura de este primer componente. Cabe destacar que las poblaciones potenciales y objetivos para los Subcomponentes 1 y 2 de este componente se repiten dada la periodicidad bianual de los Estudios de Drogas en Población General, por lo que las variaciones se deben principalmente al subcomponente para personas en situación de calle.

Tomando en consideración lo expuesto en la Tabla 20, se observa que la población potencial aumenta a través del periodo de evaluación, evidenciándose una variación del 48,1% entre 2012 y 2017. Por otra parte, se observa un aumento del 1,1% para el cálculo de la población objetivo, lo que responde a la disminución del porcentaje de personas que declaran necesitar ayuda entre las mediciones de 2014 y 2016. Finalmente, se observa que la cobertura de población objetivo respecto de la potencial disminuye en el tiempo, dado el aumento en el número de esta última.

Tabla 20: Población Potencial y Objetivo Período 2012-2017 para el Componente 1: Tratamiento y Rehabilitación para Población Adulta General con consumo problemático de Drogas y Alcohol

Año	Población Potencial	Población Objetivo	Cobertura de Población Objetivo respecto de la potencial (%)
2012	187.370	34.640	18,5
2013	187.239	34.509	18,4
2014	227.147	40.748	17,9
2015	227.016	40.617	17,9
2016	277.551	35.166	12,7
2017	277.419	35.034	12,6
% Variación 2012-2017	48,1	1,1	-

Fuente: Elaboración propia a partir del Décimo (2012), Décimo Primer (2014) y Décimo Segundo (2016) Estudio Nacional de Drogas en Población General.

Para el **segundo componente** vinculado al tratamiento de **población adulta infractora**, la **población potencial** son las personas condenadas en el subsistema cerrado y abierto que presentan consumo problemático de drogas, y la **población objetivo** está desagregada en tres grupos de personas: (1) aquellas condenadas en medio privativo que hayan cumplido la mitad de su tiempo de condena y se encuentren a un año o menos de postular a beneficio intra-penitenciario (salida dominical); (2) condenadas en medio libre, medida alternativa a la reclusión y voluntariedad; y (3) imputados que presenten consumo de drogas y que sean candidatos para la suspensión condicional de procedimiento (MIDESO, Informe de Descripción de Programas Sociales: Tratamiento para Población Consumidora de Drogas y Alcohol en Libertad Vigilada, 2017; MIDESO, Informe de Descripción de Programas Sociales: Tratamiento a Adultos Infractores Consumidores Problemáticos de Drogas y Alcohol, 2017). En otras palabras, la población objetivo de este componente incluye a personas condenadas al sistema cerrado con perspectiva de término de condena, personas bajo régimen de libertad vigilada y a aquellas con salida alternativa de suspensión condicional del procedimiento. Llama la atención la anterior definición de población objetivo ya que arbitrariamente limita la población que requiere tratamiento, en efecto, organismos internacionales establecen que esta población debe acceder a tratamiento de drogas tan pronto como estén en contacto con el sistema de justicia si es que así lo requieren (Center for Substance Abuse Treatment, 2005).

En primer lugar, se buscó poder establecer el porcentaje de personas condenadas con consumo problemático de drogas y/o alcohol. De acuerdo a información obtenido por CONACE en 2007 un 47% de los condenados presentaba abuso de marihuana y un 34% de cocaína. Por otra parte, la P. Universidad Católica de Chile en conjunto al Ministerio de Justicia realizaron un estudio en 2010 en cárceles de Tarapacá, Los Lagos y la Región Metropolitana, con una muestra de 1.657 reclusos(as)[78]. Entre sus resultados se pesquisó que un 42% presentaba dependencia[79] a alguna droga el mes antes de cometer el delito por el cual se estaba cumpliendo condena. Además, un 33% presentaba dependencia a cocaína y/o pasta base, un 14% a alcohol y un 24% a marihuana. También, el 14% de la población consultada declara sentir la necesidad de un tratamiento, aumentando a un 26% entre quienes presentaban dependencia el mes antes del delito.

Para medir las poblaciones del Subcomponente 1 (GENCHI – sistema cerrado) y 3 (Libertad vigilada – sistema semicerrado)[80] de este segundo componente se utilizó el 42% de dependientes a sustancias de acuerdo al estudio de referencia citado anteriormente (2010) para determinar consumo problemático. Cabe destacar que se consideró el promedio de los cierres de mes[81] para cuantificar la población atendida al ser la principal medida comparable y disponible en la información entregada en los Compendios Estadísticos de Gendarmería. Además, se consideró de igual manera a la población potencial y objetivo al ser un grupo prioritario y dadas las imposibilidades de cálculo ante la especificidad de condiciones descritas para acceder a tratamiento[82]. Finalmente, se observa (Tabla 21) que la población potencial y objetivo han disminuido a través del periodo a evaluar, considerando que el promedio mensual de personas en el sistema cerrado ha disminuido también (de 38.202 en 2012 a 26.072 en 2017).

Tabla 21: Población Potencial y Objetivo Período 2012-2017 para el Componente 2: Tratamiento para población adulta infractores con consumo problemático de Drogas y/o Alcohol

Año	Población Potencial	Población Objetivo	Cobertura de Población Objetivo respecto de la potencial (%)
2012	20.656	20.656	100%
2013	19.009	19.009	100%
2014	17.456	17.456	100%
2015	17.372	17.372	100%
2016	17.362	17.362	100%
2017	17.208	17.208	100%
% Variación 2012-2017	-16,7	-16,7	-

Fuente: Elaboración propia partir de los Compendios Estadísticos de Gendarmería de Chile (2012-2017).

[78] Esto supone una limitación ya que el estudio no es representativo a nivel nacional de la población penal. No obstante, se considera es un dato relevante para cuantificar la población ante la falta de información de dependencia a sustancias (alcohol y/o drogas) en esta población en Chile.

[79] Se midió dependencia de acuerdo a las preguntas incluidas en los Estudios de Población General de SENDA, es decir, bajo criterios del CIE-10 ya expuestos.

[80] El Subcomponente 2 de Evaluación clínica diagnóstica a imputados con suspensión condicional del procedimiento no presenta ningún tipo de registro de beneficiarios o población atendida al ser una medida de tamizaje e intervención breve, y no un plan de tratamiento. Por esto, no se incluye en la medición de poblaciones.

[81] Promedio de los cierres de mes: se origina a partir de la existencia mensual al último día del mes, la cual corresponde a la cuenta diaria más todos los movimientos de ese día hasta las 24:00 horas, se promedia aritméticamente los valores de los doce meses, con lo cual se obtiene un valor promedio diario que permitirá resumir el año.

[82] La información entregada por Gendarmería es insuficiente para determinar, por ejemplo, el número de personas condenadas en medio privativo que hayan cumplido la mitad de su tiempo de condena y se encuentren a un año o menos de postular a beneficio intra-penitenciario.

Para el **tercer componente**, que está vinculado al tratamiento de **niños, niñas y adolescentes**, la **población potencial** son niños, niñas y adolescentes (menores de 20 años) residentes en Chile con consumo problemático de alcohol y otras drogas (en este caso entendido como consumo perjudicial o abuso o dependencia). Luego, la **población objetivo** resulta ser la misma de acuerdo a las bases de licitación que entrega SENDA a los centros con convenio, siempre considerando que el perfil de complejidad requiera de un tratamiento de especialización y la voluntariedad a tratarse.

Para el cálculo de la población potencial se usaron los Estudios Nacionales en Población Escolar 2011-2017[83], restringiendo la muestra a personas de 18 años o menos. Se consideró consumo problemático como adolescentes que presentan alto riesgo (4 puntos o más) por consumo marihuana mediante el uso de la escala CAST[84] (*Cannabis Abuse Screening Test*), quienes son prevalentes mes en cocaína o pasta base[85], así como quienes declaran haberse embriagado al menos tres veces en el último mes[86;87;88]. Por otra parte, la población objetivo difiere en su voluntariedad a tratarse, no obstante, esta pregunta dejó de realizarse desde 2013 en adelante, por lo que solo se tiene la estimación para 2011[89]. La pregunta correspondía a "Durante los últimos 12 meses, ¿has sentido la necesidad de recibir algún tipo de ayuda o tratamiento para disminuir o dejar de consumir alcohol o drogas". Dicho esto, dentro de los adolescentes entre 12 y 18 años un 5,3% declaró que sí a la pregunta, aumentando a un 30,3% entre quienes presentan consumo problemático. Se observa en la Tabla 22 que tanto la población potencial como la población objetivo aumentaron durante el periodo 2013-2016 para retroceder en 2017. La variación 2013 a 2017 (donde las preguntas de embriaguez son comparables) se observó una variación positiva de 2,6% en ambas poblaciones.

Cabe destacar en este punto que los cálculos están subestimando la población adolescente con consumo problemático, toda vez existe un porcentaje de importante de adolescentes desescolarizados (9,5% en 2015 según CASEN), a los que no es posible acceder en los Estudios de Población Escolar que se realiza en los recintos educacionales. Además, existe también un porcentaje de adolescentes que son intermitentes en su asistencia, pudiendo ausentarse el día de la encuesta. Esta población probablemente presente mayor consumo de drogas en comparación a la población escolarizada, al ser una población ya vulnerada en su derecho a la educación y presentando menor apoyo social.

---

[83] Se utilizó el software Stata versión 14 para hacer las estimaciones. De acuerdo al apartado metodológico de los cuatro estudios utilizados se consideró la dependencia y curso como la última unidad de selección (conglomerado) y la región como estrato.

[84] CAST es un instrumento validado por el Observatorio Europeo de Drogas para medir consumo problemático de marihuana tanto en población escolarizada en general como en sus subgrupos. La escala consta de 6 items, incluyendo indicadores de abuso (DSM-IV) y otros problemas asociados (consecuencias sociales y de salud para el usuario o su entorno).

[85] Los Estudios Nacionales en Población Escolar no poseen un test de dependencia a cocaína y pasta base. A juicio del equipo consultor se puede considerar problemático que un adolescente (entre 12 y 18 años) consumo alguna de estas sustancias, por lo que se incluye en los cálculos de población potencial. Sin embargo, no se incluye quienes declararon consumo experimental de ambas drogas (1 o 2 veces en el último año).

[86] Quienes declaran consumir 5 o más tragos de alcohol en tres o más ocasiones en el último mes para 2013-2017 y quienes declaran haberse emborrachado tres o más veces en el último mes para 2012.

[87] Se decidió no usar la medida "*Binge Drinking*" o embriaguez una vez al mes ya que es una medida de abuso y no dependencia. A juicio del equipo evaluador los tratamientos deberían estar destinados a adolescentes con alto compromiso en alcohol, es decir, y de acuerdo a las bases de licitación, que posean un perfil complejo.

[88] Esta definición fue acatada también por la mesa de Compromiso País en 2018 para la definición de poblaciones en edad escolar con consumo problemático de alcohol.

[89] La voluntariedad también es calculable a partir de los Estudios en Población General, no obstante, no se eligió esta fuente de datos ya que la muestra de niños, niñas y adolescentes es muy pequeña, al igual que el porcentaje con consumo problemático (de acuerdo a la definición utilizada para población adulta), por lo que las estimaciones son inestables y cercanas al error muestral. Por lo demás, se ha encontrado que la voluntariedad es difícil de encontrar en jóvenes en proceso de tratamiento, y se ha visto éxito en tratamientos obligatorios (Williams et al., 2000).

Tabla 22: Población Potencial y Objetivo Período 2012-2017 para el Componente 3: Tratamiento y Rehabilitación para Niños y Adolescentes con Consumo Problemático de Alcohol y Otras Drogas			
Año	Población Potencial *	Población Objetivo	Cobertura de Población Objetivo respecto de la potencial (%)
2012	20.269	6.142	30,3%
2013	79.846	24.193	30,3%
2014	79.846	24.193	30,3%
2015	106.268	32.199	30,3%
2016	106.268	32.199	30,3%
2017	77.801	23.574	30,3%
% Variación 2013-2017	2,6	2,6	-
Fuente: Elaboración propia a partir del Noveno (2011), Décimo (2013), Décimo Primer (2015) y Décimo Segundo (2017) Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar. * Las diferencias en las estimaciones de población potencial se deben a la pregunta de embriaguez en alcohol. Por ejemplo, en 2011 solo 24.848 adolescentes declararon se habían embriagado una vez o más en el último mes, mientras que en 2013 189.078 adolescentes declararon haber consumido al menos una vez 5 tragos o más en el último mes, por lo que es probable que el cambio en el fraseo de la pregunta haya impactado la medición.			

Para el **último componente** del primer programa a evaluar, vinculado al tratamiento de **adolescentes y jóvenes ingresados por ley 20.084**, la **población potencial** son los adolescentes y jóvenes con consumo problemático de drogas y/o alcohol imputados o condenados bajo la Ley 20.084[90]. En este marco, la **población objetivo** de este componente está compuesta de cuatro tipos de grupos en el marco de la Ley 20.084[91]: (1) Adolescentes o jóvenes a los que se les haya aplicado por el juez como sanción accesoria, la obligatoriedad de someterse a tratamiento de rehabilitación por adicción al alcohol o drogas; (2) Adolescentes o jóvenes sancionados en medio libre y privativo de libertad (Centros de Internación de Régimen Cerrado –CRC- y secciones juveniles) de acuerdo a los artículos 13, 14, 16, 17 y 56 de la Ley 20.084 que requieran tratamiento y accedan voluntariamente; (3) Adolescentes o jóvenes imputados con medida cautelar en medio libre y privativo de libertad que requieran tratamiento y accedan voluntariamente; y (4) Adolescentes o jóvenes imputados con suspensión condicional del procedimiento (SCP) con condición de tratarse (MIDESO, Informe de Descripción de Programas Sociales: Tratamiento Integral de Adolescentes y Jóvenes Ingresados por Ley N°20.084 con Consumo Problemático de Alcohol y Drogas, 2016).

Se decidió considerar información de los adolescentes infractores de ley vigentes desde 2012 a 2015, y los ingresados para 2016 y 2017[92]. Un estudio realizado por la P. Universidad Católica de Chile en 2013[93] en adolescentes infractores de ley de la V, VI y Región Metropolitana[94] muestra que un 64% presenta dependencia en al menos una sustancia[95]. Finalmente, cabe destacar que en este subcomponente existen

[90] Esto es, que hayan cometido delito siendo mayores de 14 años y menores de 18 años.
[91] El Subcomponente 2 de este componente no se tomó en consideración para la medición de poblaciones toda vez no se tiene información respecto al número de beneficiarios y a que este no corresponde a una modalidad de tratamiento, sino a un tamizaje e intervención breve.
[92] Los anuarios estadísticos de SENAME no reportan los ingresados para años anteriores a 2016. No obstante, se declara que, en cuanto a la selección del caso, se realiza bajo los mismos criterios de selección señalados en "Ingreso", por lo que son medidas homologables.
[93] Estudio de Trayectorias Delictuales de Jóvenes Infractores de Ley, Instituto de Sociología. La muestra corresponde a 975 adolescentes entre 14 y 23 años.
[94] Esto supone una limitación ya que el estudio no es representativo a nivel nacional de la población penal. No obstante, se considera es un dato relevante para cuantificar la población ante la falta de información de la dependencia a sustancias (alcohol y/o drogas) en esta población en Chile.
[95] La dependencia fue pesquisada mediante el instrumento M.I.N.I (Mini-International Neuropsychiatric Interview).

tratamientos obligatorios como voluntarios, no obstante, a juicio del panel este grupo corresponde a uno prioritario dada la etapa de curso de vida en la que se encuentran y su alto grado de vulnerabilidad social. Sumado a esto, las especificidades de las situaciones legales en las definiciones de población objetivo no permitieron su cuantificación con la información publicada por SENAME. Por ambas razones se decidió no distinguir entre población potencial y población objetivo. Por último, se observa (Tabla 23) una variación negativa del 31,1% desde 2012 a 2017 dada la disminución en adolescentes procesados por la Ley N°20.084.

Tabla 23: Población Potencial y Objetivo Período 2012-2017 para el Componente 4: Tratamiento Integral de Adolescentes y Jóvenes Ingresados por Ley N°20.084 con Consumo Problemático de Alcohol y Drogas.

Año	Población Potencial	Población Objetivo	Cobertura de Población Objetivo respecto de la potencial (%)
2012	8.843	8.843	100%
2013	9.043	9.043	100%
2014	8.943	8.943	100%
2015	8.627	8.627	100%
2016	6.784	6.784	100%
2017	6.093	6.093	100%
% Variación 2012-2017	-31,1	-31,1	-

Fuente: Elaboración propia partir de los Compendios Estadísticos del Servicio Nacional de Menores (2012-2017).

Tabla 24: Población Potencial y Objetivo Período 2012-2017 para Programa de Tratamiento y Rehabilitación

Año	Población Potencial	Población Objetivo	Cobertura de Población Objetivo respecto de la potencial (%)
2012	228.304	60.710	26,6
2013	286.104	76.984	26,9
2014	324.458	81.958	25,3
2015	350.665	89.749	25,6
2016	401.187	85.676	21,4
2017	372.434	76.764	20,6
% Variación 2012-2017	63,1	26,4	-

Fuente: Elaboración propia.

A modo de resumen, la Tabla 24 muestra las estimaciones conjuntas de los cuatro componentes antes descritos. Según los nuevos criterios propuestos, se estima que alrededor de 370 mil personas en Chile presentan consumo problemático de drogas, lo que contrasta con las 700 mil personas que según los criterios de SENDA constituyen la población potencial del programa. Más allá de esto, se observa que la población potencial ha aumentado en un 63,1% durante el periodo, mientras que la población objetivo lo hizo en un 26,4%. Además, las coberturas van decreciendo en el tiempo, manteniéndose entre un 30 y 20%.

1.5. Posibles sesgos de medición de consumo en encuestas nacionales

Los Estudios Naciones en Población General y en Población Escolar llevan a resultados que son susceptibles a sub-reportar consumo de alcohol y/o drogas, por lo que están sujetas a sesgo. En el primer caso la encuesta es en hogares, por lo que es susceptible a subestimar la población con consumo problemático de alcohol y/o drogas[96] por problemas de deseabilidad social, es decir, la tendencia a subrepresentar las actitudes, comportamientos o creencias que se consideran como socialmente reprobadas, para mejorar la presentación personal hacia los demás ganando la aprobación del o los

[96] También se excluye a la población institucionalizada (en hospitales o cárceles).

auditores (Zemore, 2012; Carl, Edwards, Davey-Rothwell, & Tobin, 2017). En este sentido, el sesgo influye al generar una disminución en las tendencias de consumo auto reportadas (Zemore, 2011; Johnson & Fendrich, 2005; Brener et al, 2003).

En este marco, Kraus y Augustin (2001) y Beck, Guignard y Lagleye (2014) ponen énfasis en que los estudios donde tasas más altas de respuesta y menos subreporte han sido encontradas son en las entrevistas presenciales con cuestionarios y preguntas autoaplicadas por sobre encuestas telefónicas, mail o cara-a-cara. Dicho esto, si bien la encuesta permite completar el módulo sobre consumo de alcohol y/o drogas de manera autoaplicada (lo que disminuye este sesgo), solo un 9,7% de la muestra decidió dicha forma de aplicación para 2016[97], lo que supone una posible disminución en las estimaciones de consumo dada la deseabilidad social.

Por su parte, la Encuesta Nacional en Población Escolar es aplicada en colegios, por lo que no considera la población no escolarizada (población oculta en este caso), que, como ya se ha dicho, cumple con un perfil de mayor vulnerabilidad social y presenta mayor consumo de alcohol y/o drogas. Cabe destacar que parte entre los adolescentes infractores de ley la deserción escolar es más frecuente que en población general, siendo esta una población más susceptible también a tener un trastorno por consumo de sustancias. Ambas subpoblaciones podrían estar subrepresentadas en la Encuesta Nacional en Población Escolar por su locación de recogida de datos. Finalmente, la encuesta es autoaplicada, siendo menos susceptible a sesgo de deseabilidad social.

Otra fuente posible de sesgos en las mediciones de consumo de drogas se encuentra en las llamadas poblaciones ocultas, es decir, aquellas de complejo acceso como, por ejemplo, quienes viven en la ilegalidad o en situación de calle (Rudolph, y otros, 2011; Heckathorn, 1997). Dicho tipo de población suele quedar fuera de los estudios o encuestas basados en muestreos de hogares, obligando a utilizar distintas técnicas de recolección que no necesariamente cumplen con los criterios de aleatoriedad. En efecto, tal como menciona Stockwell y otros (2004) la población alcohólica o drogadicta tiene altas probabilidades de estar subrepresentadas en las muestras, puesto que o no se encuentran en los hogares, no están en condiciones de atender una encuesta o eluden dichas conversaciones. Junto con ello, Heckathorn (1997) advierte que éstas no se ven con facilidad en la sociedad y cuentan con altos niveles de privacidad y clausura hacia el exterior, existiendo poca colaboración en estudios sociales. Es por ello que los métodos tradicionales, como las encuestas a hogares, no producen muestras representativas ni eficaces para dichos grupos.

2. Programa de Integración Social Chile Integra

Por otro lado, para el Programa de Integración Social Chile Integra, la **población potencial** son las personas mayores de 18 años residentes en Chile con consumo problemático de drogas y/o alcohol, que ingresaron o actualmente estén en centros de tratamiento para población general (convenio SENDA - MINSAL). Por su parte, la **población objetivo** son aquellas personas mayores de 18 años beneficiarios de FONASA con consumo problemático de drogas y/o alcohol que se encuentran en programas de

[97] Al aplicar la estratificación, conglomeración y factores de expansión el porcentaje varía a un 13%, correspondientes a 1.343.674 personas de un universo de 10.356.863. Entre las personas con consumo problemático -de acuerdo a lo definido por el panel-, el porcentaje de autoaplicados aumenta a 17,7% (53.960 personas).

recuperación[98] con una permanencia mayor a 4 meses, que presentan altas y medias necesidades globales de integración social en base a la aplicación del instrumento "Pauta de diagnóstico de necesidades de integración social"[99;100].

La Tabla 25 presenta la magnitud de la población potencial y objetivo desde el 2013 al 2017. Es importante destacar que no existe información disponible que permita desagregar la cuantificación de la población potencial y objetivo del Programa Chile Integra según sus 4 componentes. Dicho esto, de acuerdo a la definición recién entregada, se considerará a todas las personas atendidas de los Subcomponentes 1 y 2 del Componente 1 del Programa de Tratamiento y Rehabilitación como población potencial.

En cuanto a la cuantificación de la población objetivo, dentro de algunas de las bases disponibles[101] se presenta el indicador de diagnóstico de necesidades de integración social, y este tampoco es consistente. Así, para 2017 se presentan 4.499 personas con necesidades de integración social medias o altas entre los usuarios que accedieron a tratamiento[102], correspondiendo al 36% del total de personas atendidas por el sistema. Además, para ese mismo año 6.815 personas no tenían diagnóstico (55% como caso perdido o con etiqueta no observado), evidenciándose la poca transparencia del indicador y una baja utilización del mismo por los programas de tratamiento. Para 2016 el porcentaje de personas con necesidades alta o medias asciende a 63%, mientras que los sin diagnosticar alcanzan un 28%. Por último, en 2015 un 56% presentó necesidades medias a altas y un 38% no recibió diagnóstico[103].

Esto deja entrever que tomando en consideración los tres años disponibles se tiene a un total de 35.343 beneficiarios para las regiones[104] donde se aplica el programa, entre quienes un 42,5% presenta necesidades altas o medias de integración social. Así, se tomó a la población potencial (todos los beneficiarios del Componente 1 de Población Adulta) y se le aplicó el 42,5% para cuantificar la población con necesidades altas o medias de integración social para los años de análisis (Tabla 25). Por último, destacar que las dificultades en la cuantificación de las poblaciones de este programa responden a que este está incluido de manera limitada en el Sistema de Información y Gestión de Tratamiento (SISTRAT), y por las particularidades de su implementación (para mayor información revisar III.5.2).

[98]Esta población no necesariamente coincide con los beneficiarios de los programas de tratamiento ejecutados por el Área de Tratamiento de SENDA, ya que también contempla los usuarios en tratamiento sin financiamiento de su cupo por parte de SENDA.

[99] No es posible acceder a las variables a partir de la cuales los equipos de los centros de tratamiento diagnostican a una persona con necesidades altas o medias de integración social. Solo está a disposición en SISTRAT la variable de necesidades de integración social ya elaborada.

[100] Como se expone en el punto 6.1 Focalización, selección y cobertura de beneficiarios, la población objetivo para cada uno de los componentes difiere, dependiendo la prestación de servicios del programa a la dotación de personal capacitado en cada componente. Esta información no es actualmente sistematizada por SENDA, por lo que la cuantificación presentada presenta serias limitaciones.

[101] Bases del Sistema de Información y Gestión de Tratamiento (SISTRAT) para Población General 2015-2017.

[102] Se filtró la base para considerar solo las regiones donde el programa se ejecuta.

[103] Para los años 2012-2014 no se encontró la variable de diagnóstico de necesidades de integración social en las bases de datos entregadas por SENDA.

[104] Región de Tarapacá, Valparaíso, Región Metropolitana, Biobío y Los Ríos.

Tabla 25: Población Potencial y Objetivo Período 2013-2016 sumando la cobertura de los 4 Componentes involucrados en el Programa Integración Social Chile Integra de SENDA.			
Año	Población Potencial	Población Objetivo	Cobertura de Población Objetivo respecto de la potencial (%)
2012	10.655	4.528	42,5%
2013	13.689	5.818	42,5%
2014	15.626	6.641	42,5%
2015	18.298	7.777	42,5%
2016	18.362	7.804	42,5%
2017	19.179	8.151	42,5%
% Variación 2012-2017	80	80	-
Fuente: Elaboración propia.			

3. Conclusiones

Respecto a las fuentes de información donde existían estimaciones y/o definiciones de la población objetico y la población potencial, se pesquisó que los convenios de colaboración subscritos por SENDA no permiten diferenciar entre población objetivo y potencial de acuerdo a las definiciones de DIPRES. El equipo consultor considera que la definición de las fichas MIDESO permite una mejor cuantificación de las poblaciones potenciales y objetivos de los distintos componentes. No obstante, se decidió realizar la estimación de manera independiente tomando la dependencia (CIE-10) como criterio para medir población potencial, y la voluntariedad a tratarse como criterio de focalización a la población objetivo, para los componentes donde este criterio fue posible de medir a partir de estudios realizados en el país.

Respecto a las estimaciones de poblaciones realizadas, se observó un aumento sostenido en la población potencial del componente de población adulta y en el de población infanto-adolescente, lo que es de esperarse dado el aumento en las prevalencias en consumo de alcohol y marihuana discutidas en el apartado II. Respecto a las mediciones de población objetivo, estas presentan limitaciones dada la deficiente medición de la voluntariedad a tratamiento en los estudios disponibles tanto en población general como escolar.

En cuanto a la población potencial y población objetivo del componente destinado a adultos infractores de ley se evidenció que hay una disminución atribuible a una disminución de la población penal en Chile. Por su parte, la cuantificación para la población adolescente infractora de ley es limitada dados los estudios y datos disponibles en Chile. Al igual que en el caso de adultos infractores, urge la necesidad de una mejor medición de consumo problemático y necesidades de tratamiento.

Se evidenció una variación positiva tanto en población potencial como objetivo del Programa de Tratamiento en general, lo que responde a, como ya se dijo, un incremento en el fenómeno del consumo problemático de alcohol y/o drogas en Chile durante el periodo de evaluación. En concreto, existe un aumento en el porcentaje de dependientes a la marihuana entre 2012 y 2016 de 0,9 puntos porcentuales en la población de 12 a 64 años (SENDA, Décimo Segundo Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile, 2017). Dicho esto, la información disponible para evaluar la cobertura a nivel de población objetivo resulta insuficiente dados los problemas con las fuentes de información, mediciones de consumo problemático y voluntariedad a tratarse para las distintas subpoblaciones de acuerdo a lo ya

descrito. Por otra parte, la comparabilidad internacional es cuestionable, toda vez las definiciones de consumo problemático en estudios internacionales difieren dada la naturaleza territorializada del fenómeno. Aun así, en 2015 en Estados Unidos un 8,1% de la población presentaba necesidades de tratamiento por su consumo de sustancias entre los mayores de 12 años (Lipari, Park-Lee, & Van Horn, 2016) lo que en Chile sería un 2,1% para 2017[105].

En cuanto al programa Chile Integra no existe información disponible que permita desagregar la cuantificación de la población potencial y objetivo del Programa Chile Integra según sus 4 componentes. No obstante, con la poca información disponible se pesquisó que el 42,5% de quienes estaban en tratamiento en población adulta presentaban necesidades de integración social altas o medias.

A juicio del panel, la definición de las poblaciones que el servicio provee están correctamente segmentadas, al ser poblaciones que requieren intervenciones diferenciadas ya sea por su sexo, situación de vulnerabilidad, compromiso delictual y etapa del ciclo vital (ver apartado IV). No obstante, la cuantificación que realiza el servicio de sus poblaciones es deficiente, toda vez debe actualizar las mediciones a criterios diagnósticos más recientes (como el DSM-V), así como actualizar sus estimaciones con estudios representativos para algunos subcomponentes (como infractores de ley adultos y adolescentes). Finalmente, se pesquisó un traslape de poblaciones entre el componente de población general adultos y el componente de niños, niñas y adolescentes. En concreto, el primero atiende a personas de 18 años o más, y el segundo a menores de 20 años.

[105] Cálculo realizado con la Población Potencial del Programa de Tratamiento y Rehabilitación y el total de población de acuerdo al CENSO 2017.

IV. EVALUACIÓN DE DISEÑO

Este quinto capítulo se enfoca en el análisis de diseño de ambos programas en estudio. Para esto se revisa la justificación que da origen a los programas, se identifican los niveles de objetivos y sus relaciones de causalidad, así como la calidad y pertinencia de los indicadores definidos para monitorear el logro de los objetivos propuesto por cada programa.

Con este propósito, se utiliza la Metodología de Matriz Marco Lógico (MML), que es una herramienta utilizada en la línea de Evaluación de Programas Gubernamentales (EPG) (DIPRES, 2015), que sintetiza y captura los elementos más relevantes del programa (qué hace, cómo lo hace, para qué y la forma en que el desempeño del programa será evaluado), de manera que facilita el proceso de conceptualización, diseño y evaluación de los programas de interés.

Para efectos de este estudio, esta metodología se desarrolla en la primera fase de evaluación –que se extiende por un periodo breve– con el objetivo de comprender la formulación de los programas, e identificar los indicadores pertinentes para diseñar adecuadamente la evaluación de resultados a nivel de producto y de objetivos, que son el foco principal de la evaluación.

Para poder desarrollar la evaluación de diseño se levantaron marcos lógicos de forma consensuada con los equipos de SENDA. Dicho levantamiento se generó a través de múltiples reuniones y entrevistas con los equipos de SENDA de cada línea programática y también, con actores clave del intersector (Ver en Anexo 5 el detalle de entrevistas realizadas). De esta manera, a continuación, se presenta el análisis del diagnóstico de la situación inicial efectuada por cada programa, y luego, se expone un análisis de la lógica vertical y horizontal de la MML.

- ***Consideraciones* generales sobre la formulación del diseño de los *programas***

Como se ha mencionado, la oferta programática de SENDA se fue especializando a medida que se detectaron necesidades propias de poblaciones específicas, lo que dio paso al surgimiento de nuevos programas. Esta consideración es relevante porque afecta el diseño de la oferta programática, pues ésta se encuentra fragmentada, en el sentido de que se han generado "programas" de tratamiento independientes, con formulaciones heterogéneas y redefiniciones del diseño a través del tiempo. Tanto es así, que lo que se entiende en este estudio por "Programa" de tratamiento, en realidad integra a 9 programas de tratamiento para poblaciones específicas (dirigidos a población mixta, mujeres, adolescentes, entre otros), los que, para efectos analíticos de este estudio, son abordados como componentes de un mismo Programa. Este ejercicio de agrupar a los programas procurando conseguir un diseño coherente, obedece a la necesidad de aproximarse a la evaluación de su desempeño. Por esto, el análisis de diseño no se agota en revisar críticamente el diseño vigente, sino que además levanta una propuesta de diseño que permite el monitoreo de los programas de interés. Además, es preciso adelantar que, al analizar la documentación oficial de los programas, se identificó que existen varias deficiencias con respecto a la formulación de los distintos niveles de objetivo de los programas, así como con la suficiencia y pertinencia de los indicadores vigentes, las que se explican con detalle en los apartados a continuación.

1. Diagnóstico de la situación inicial

El problema que da origen tanto al programa de tratamiento como de integración social es el consumo problemático de drogas y alcohol y sus consecuencias sanitarias, económicas y sociales, el cual está correctamente identificado en ambos casos. En efecto, estudios nacionales representativos dan cuenta que el consumo problemático de drogas y alcohol es un problema de magnitud considerable, creciente y presente en Chile con intensidades y dinámicas distintas dependiendo de las características de ciertos grupos poblacionales (según grupos etarios, contextos de privación de libertad y vulnerabilidad, entre otros) – para información detallada de cifras y estimaciones poblacionales, revisar apartado III.1–.

Para enfrentar este problema de salud 'pública' -en tanto afecta de forma transversal a los chilenos, se precisa la intervención del Estado a través de una política pública consistente, esto es, que responda a las necesidades diversas de la población con consumo problemático de sustancias. Se debe destacar una vez más que la provisión pública de tratamiento de drogas se asocia al bien común, ya que la evidencia indica que esta intervención desencadena una serie de efectos positivos, como la disminución de la delincuencia y el mejoramiento del desempeño ocupacional, social y psicológico de quienes adhieren a programas de tratamiento y rehabilitación (National Institute for Drug Abuse, 2012)-, todo lo cual aportaría al bienestar de la sociedad chilena en su conjunto. Por lo tanto, se justifica que la respuesta de intervención del Estado para enfrentar el problema sean los programas de tratamiento e integración social orientados a las personas que padecen un consumo problemático de drogas y/o alcohol.

2. Lógica vertical

El análisis de la lógica vertical se vuelca al estudio de la jerarquía de los objetivos planteados y de los vínculos causales entre sus distintos niveles. En otras palabras, se analiza cómo los subcomponentes contribuyen a la producción de componentes, cómo éstos apuntan al propósito (u objetivo general) y cómo éste último aporta a la consecución del fin.

2.1. Coherencia entre diagnóstico, fin y propósito

2.1.1. Precisiones a nivel de fin necesarias para la coherencia del diseño

El fin de un programa corresponde a "la descripción de cómo el programa contribuye, en el largo plazo, a la solución del problema o satisfacción de una necesidad que se ha diagnosticado. No implica que el programa, en sí mismo, será suficiente para lograr el Fin, pudiendo existir otros programas que también contribuyen a su logro" (pág. 3, DIPRES, 2015). En este marco, el equipo investigador entiende que ambos programas estudiados convergen en la consecución de un fin común, a saber, *contribuir a la recuperación de las personas con consumo problemático de drogas y alcohol*. Esta convergencia fue discutida y acordada con el Servicio, ya que originalmente ambos programas se planteaban formulaciones independientes y distintas de fin, tal como se expone en la Tabla 26.

Se hace evidente que ambas formulaciones "originales" de fin presentan varias deficiencias. Primero, son ambiguas, ya que, en el caso del primer programa, se alude a condiciones necesarias para su implementación ("liderando y articulando un trabajo intersectorial") y para el segundo programa se hace mención a los objetivos institucionales ("Contribuir a los objetivos estratégicos del Servicio"), aun cuando

el fin debiera acotarse a lo que se espera obtener en el largo plazo con la implementación de los programas. Además, en el caso del primer programa, el fin original no alude al 'consumo problemático'- que es el problema al que responden los programas- sino solo a "el consumo de drogas y alcohol". Por su parte, en el caso del programa de integración social, se menciona "entregando los apoyos necesarios", lo que parece un concepto amplio que requiere de precisión. En último lugar, en las reuniones sostenidas con el Servicio, se daba cuenta que ambos programas estudiados respondían de facto a un mismo fin, aun cuando en documentos oficiales se establecieran fines distintos. Por todo esto, a propósito del estudio se sostuvieron reuniones para discutir las limitaciones del diseño y se consensuó que ambos programas en estudio compartieran un fin común.

Tabla 26: Modificaciones propuestas a nivel de fin

Programa	Fin original (SENDA)	Fin propuesto (PUC)*
Tratamiento y Rehabilitación	Contribuir a disminuir el consumo de drogas y alcohol, así como sus consecuencias sociales y sanitarias, liderando y articulando un trabajo intersectorial, dando respuesta a las necesidades específicas de tratamiento de las personas.	*Contribuir a la recuperación*[106] *de las personas con consumo problemático de drogas y alcohol*
Chile Integra	Contribuir a los objetivos estratégicos del Servicio, en la disminución de las consecuencias sociales y sanitarias del consumo problemático de drogas y/o alcohol, entregando los apoyos necesarios, tanto en la etapa de tratamiento, como el egreso del mismo, para la plena integración social de las personas afectadas por este programa.	

Fuente: Informes de Seguimiento de Programas Sociales, 2017. Disponibles en: www.SENDA.gob.cl/integracion-social/.
*Esta definición fue consensuada con SENDA, a propósito de este estudio.

Si bien se considera que la nueva definición supera las limitaciones anteriores, se debe avanzar en una conceptualización precisa de "recuperación", ya que da pie a varias interpretaciones. En efecto, en la literatura no existe consenso en su definición (Laudet, 2007; Laudet, Morgen y White, 2006), sino que existen varios modelos y métodos para operacionalizar y medir los distintos aspectos vinculados a ésta (ver Borkman, Kaskutas, Room y Ma, 1998; De Leon, 2000; Flynn, Joe, Broome y Simpson, 2003).

Durante el año 2007, The Betty Ford Institute (BFI) convocó por primera vez a un grupo de doce individuos para constituir un "panel de consenso", entre ellos, personas en el campo del tratamiento de adicciones, investigadores y aquellos vinculados a las políticas públicas para desarrollar una primera definición consensuada que acotara el significado de recuperación (Gitlow, 2007), dejando conceptualmente abierto el camino para desarrollarlo y perfeccionarlo. Dicha definición se materializó formalmente en el artículo "*What is recovery? A working definition from the Betty Ford Institute*" (2007) donde delimitaron operacionalmente "la recuperación del abuso de sustancias como un estilo de vida mantenido voluntariamente que se caracteriza por la sobriedad, la salud personal y el ejercicio de la ciudadanía" (BFI consensus Panel, 2007, pág. 222). Esta definición fue acogida y reinterpretada por SENDA, entidad que propuso entender recuperación como un proceso de cambio a través del cual un individuo logra la

[106] La recuperación se entiende como un proceso de cambio sostenido en el tiempo que involucra la abstinencia o una variación positiva en el patrón de consumo, mejoras en la salud -tanto física como mental- y en el funcionamiento social del individuo (entendido como el apego a las normas sociales, la integración socioeconómica, el fortalecimiento de las redes familiares de los individuos y el ejercicio de la ciudadanía). Para revisar más antecedentes sobre la definición de este concepto, revisar sección (IV) sobre evaluación de diseño de los programas.

abstinencia o una variación en el patrón de consumo, mejora su salud, su bienestar o calidad de vida y considera que dichos logros se sostengan en el tiempo y permitan el ejercicio de la ciudadanía[107].

De esta manera, este primer acercamiento a la recuperación alude a la *sobriedad* – que refiere a la abstinencia del consumo–, aun cuando no se establece un marco temporal para medir su estabilidad (Dennis, Scott, Funk y Foss, 2005; Moos y Moos, 2006), razón por la cual el panel de consenso estableció rangos temporales preliminares[108]. Este ámbito, sin duda, corresponde al efecto más directo que se espera de un programa de tratamiento, no obstante que el concepto de recuperación no puede reducirse a esto. Precisión que no es trivial, si se considera que casi dos tercios (62%) de los estadounidenses conciben la recuperación de adicciones como la mera abstinencia (e.g. "tratando de parar el uso de drogas y/o alcohol") (Peter D. Hart Research Associates/Coldwater Corporation, 2004), de manera que detenerse en la construcción de esta definición busca evitar concepciones erróneas (White, 2007).

Existen otros ámbitos que no pueden perderse de vista al estudiar la recuperación. El primero tiene que ver con la salud personal, orientada a la consideración de la calidad de vida personal con respecto a la salud física, salud mental, independencia y espiritualidad. Expertos recomiendan tener cautela al incorporar la idea de "salud personal" en la definición, ya que los problemas de salud pueden ser resultado de una adicción previa o completamente independiente a ésta (Arndt, 2007). Un segundo ámbito es el ejercicio de la ciudadanía, que refiere a vivir respetando y considerando a aquellas personas en el entorno, acogiendo una lógica de "devolver a la comunidad" (Arndt, 2007). Con todo, la literatura hace hincapié en que estos últimos dos ámbitos se logran y sostienen con el apoyo familiar y/o de redes de apoyo, ya que son fundamentales a la hora de prevenir una recaída.

Ahora bien, considerando que la definición de recuperación desarrollada por el Betty Ford Institute se encuentra epistemológicamente en proceso de refinamiento, es posible dialogar con ella. Por esto, el equipo consultor propone entender la recuperación de adicciones como: "un proceso de cambio sostenido en el tiempo que involucra la abstinencia o una variación positiva en el patrón de consumo, mejoras en la salud -tanto física como mental- y en el funcionamiento social del individuo (entendido como el apego a las normas sociales, la integración socioeconómica, el fortalecimiento de las redes familiares de los individuos y el ejercicio de la ciudadanía)". En esta definición se debe destacar que se decidió capturar la dimensión de 'sobriedad' a través de la abstinencia o variación estable en el patrón de consumo, debido a que esto permite clarificar dicho concepto. Si bien la modificación en el consumo se entiende como un resultado directo del programa de tratamiento, se considera relevante medirla también en un horizonte temporal más amplio. Con todo, se debe destacar que la definición de recuperación propuesta por el equipo investigador se apega bastante a la formulada por el Servicio, en tanto que las diferencias se deben a cambios de redacción más que de fondo, orientados a precisar los conceptos para que puedan ser fácilmente operacionalizados[109].

Con todo, la nueva formulación del fin de los programas tiene la ventaja de que les entrega al programa de tratamiento y al de integración social un paraguas conceptual común y, además, logra enfocarse en el

[107] De acuerdo a SENDA, esta definición se basa en el concepto de recuperación desarrollado por las instituciones estadounidenses *SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration)* y *Betty Ford Institute*.
[108] Sobriedad temprana: 1 a 11 meses; Sobriedad sostenida: 1 a 5 años; y Sobriedad estable: 5 años o más (BFI panel de consenso, 2007).
[109] Por operacionalización se entiende el proceso que busca medir conceptos.

cambio que esperan ambos en el largo plazo: la recuperación, por lo que se vuelve coherente con el problema que se identificó en el diagnóstico (Ver III.1).

2.1.2. Precisiones a nivel de propósito necesarias para la coherencia del diseño

El propósito de un programa se define como "el resultado directo a ser logrado en la población objetivo, como consecuencia de la utilización de los componentes (bienes y/o servicios) producidos por el programa" (pág. 3, DIPRES, 2015). Es en este nivel de objetivo donde el Programa de Tratamiento y Rehabilitación se diferencia del Programa de Integración Social Chile Integra, ya que mientras el primero se orienta a la *modificación del patrón de consumo*, el segundo se propone m*ejorar la condición de integración social* de la misma población, lo que hace que los componentes necesarios para el logro de cada uno de los propósitos sean distintos, razón por la que cada uno cuenta con su propio marco lógico (Ver Anexos 6 y 7).

También en este nivel se propone reformular el diseño original de ambos programas en estudio. En la Tabla 27 se expone el propósito original (SENDA) de ambos programas estudiados y se compara con el propuesto por el equipo investigador (UC).

Tabla 27: Modificaciones propuestas a nivel de propósito

Programa	Propósito original (SENDA) *	Propósito consensuado (UC)
Tratamiento y Rehabilitación	Personas con consumo problemático de sustancias adictivas modifican su patrón de consumo**	Las personas que presentan consumo problemático de alcohol y drogas modifican positivamente su patrón de consumo[110]
Chile Integra	Personas en proceso de recuperación por consumo problemático de drogas y/o alcohol, mejoraron su integración social, a través del desarrollo de habilidades personales, familiares y comunitarias, y la incorporación a empleo y/o otras instancias de participación social y ciudadana.	Las personas en proceso de recuperación por consumo problemático de alcohol y drogas mejoraron su integración social, a través del desarrollo de habilidades personales, familiares y comunitarias, el mejoramiento de las condiciones de empleabilidad, de habitabilidad, y la vinculación a beneficios sociales

***Fuente:** Informes de Seguimiento de Programas Sociales, 2017. Disponibles en: www.SENDA.gob.cl/integracion-social/.
**Se considera por propósito original la formulación en común que poseen los distintos componentes (9) de este programa a nivel de propósito, por lo que sólo se omite la referencia a poblaciones específicas (personas adultas, mujeres, adolescentes, etc.).

En relación al propósito original del Programa de tratamiento, el primer punto discutible es que en éste se alude a "sustancias adictivas", lo que parece confuso, por lo que se precisa mencionando "alcohol y drogas" en el propósito consensuado. En segundo lugar, en el propósito original solo se hace referencia a modificar el patrón de consumo, aun cuando éste puede modificarse en ambos sentidos (disminuir, aumentar), razón por la que se precisa una modificación "positiva". Pero sin duda lo más problemático de la formulación original del propósito es que no se define qué se entiende por patrón de consumo. Al investigar en distinta documentación oficial de SENDA, se logró identificar que en el Glosario de SISTRAT, patrón de consumo se define como "*El tipo de sustancia, la dosis, la frecuencia y tiempo de consumo, el contexto de consumo, vale decir, la forma de acceso a la sustancia, si el consumo es en compañía o en solitario, qué situaciones rodean el consumo y entre otros.*" (Glosario técnico SISTRAT, SENDA, 2014). Sin embargo, a juicio

[110] Por patrón de consumo se entiende la prevalencia y frecuencia de uso de la sustancia principal por la que los usuarios ingresan a tratamiento.

del equipo evaluador, esta definición es en extremo incierta, pues mezcla dimensiones tan diferentes como tipo de sustancia y contexto de consumo, por lo que no permite monitorear de forma clara los resultados directos que persigue el programa. Por esto, se propone conceptualizar patrón de consumo como la prevalencia y frecuencia de uso de la sustancia principal por la que los usuarios ingresan a tratamiento. De ahí que su "modificación positiva" tiene que ver con el logro de la abstinencia en su uso o bien, con la disminución de la frecuencia en su uso. La definición propuesta de este concepto fue acordada con el Servicio en el marco de este estudio y sin duda es un aporte para mejorar el seguimiento a la implementación de la oferta programática de SENDA.

Considerando entonces el propósito propuesto y consensuado con la Institución para efectos de esta evaluación, se deben retomar los resultados respecto a su efectividad. Como se ha adelantado (Ver punto III.1), existe una amplia investigación sobre programas de tratamiento de alcohol y drogas muestra que éstos resultan efectivos. Según uno de los estudios de seguimiento más citados por la literatura -DATOS (Hubbard, Craddock y Anderson, 2003) en Estados Unidos- los programas de tratamiento de drogas son efectivos, en tanto se evidencia entre sus usuarios una reducción del consumo pronunciada para todos los tipos de sustancias y todas las modalidades de tratamiento, si se compara el uso antes y después del tratamiento. También otros estudios longitudinales en distintos contextos- DTORS en el Reino Unido y ATOS en Australia- han respaldado esta conclusión. Aun así, todos éstos han hecho notar que los resultados se moderan con el paso del tiempo, en el sentido que son mejores luego de un año que luego de 5 años. De ahí que según la OMS la adicción a las drogas sea clasificada como una enfermedad crónica (tratable), toda vez que las trayectorias de consumo son largas y, por lo tanto, el proceso de recuperación es complejo. Es por ello que la formulación de propósito del programa de tratamiento utilizada en el marco de la evaluación no sólo logra dar cuenta del resultado esperado, sino que se asocia al problema que se identificó en el diagnóstico.

Ahora bien, en el caso del Programa Chile Integra, se propone reformular el propósito original de SENDA de modo que las dimensiones a través de las cuales se busca la integración social realmente apunten al ámbito de intervención del programa y abarquen los componentes actuales del programa. En este sentido, sólo la dimensión relativa a las habilidades personales, familiares y comunitarias puede ser efectivamente abordada desde el programa y contribuye de forma decisiva a la integración social (Botvin & Wills, 1985; Dehghani & Dehghani, 2014). Sin embargo, llama la atención la dimensión "incorporación al empleo" ya que no es un efecto que dependa enteramente del programa. Lo que sí depende de éste es el *mejoramiento de las condiciones de empleabilidad*. En efecto, se ha mostrado que los programas de tratamiento que consideran la intervención en este ámbito logran acelerar el proceso de recuperación (DeFulio, Donlin, Wong, & Silverman, 2009). Una segunda dimensión que exige cuestionamiento son las referidas en el propósito original como "otras instancias de participación social y ciudadana", ya que parece una dimensión ambigua y nuevamente ajena al programa. De ahí que se propone reemplazarla por dos dimensiones diferenciadas. La primera es el mejoramiento de condiciones de habitabilidad, ya que la evidencia ha mostrado que cuando los usuarios de drogas habitan en contextos de consumo (narcotráfico, familiares consumidores) es poco probable que la recuperación del uso de drogas sea sostenible en el tiempo (Brotherhood & Sumnall, 2011; Polcin D. , 2009). Una segunda dimensión es la vinculación a beneficios sociales, que sin duda puede ser promovida y articulada por el programa- y puede, como consecuencia generar participación social y ciudadana (UNODC, 2008; Cloud & Granfield, 2001). De este modo, la nueva formulación del propósito del programa Chile Integra logra dar cuenta de los resultados esperados y es coherente con el problema identificado en el diagnóstico.

Con todo, se estima que las precisiones en la formulación de propósito y fin, así como la definición de los conceptos a los que estos objetivos aluden, resultan cruciales para poder definir adecuadamente los indicadores a considerar para la evaluación de resultados a nivel de producto y de objetivos de los programas.

2.2. Coherencia entre propósito y componentes

2.2.1. Programa de Tratamiento

Son cuatro los componentes del Programa de Tratamiento, que se enfocan en distintas poblaciones (1) Tratamiento y rehabilitación para población adulta; (2) Tratamiento a adultos infractores; (3) Tratamiento y rehabilitación para niños y adolescentes; (4) Tratamiento Integral de Adolescentes y Jóvenes ingresados por Ley N°20.084. Esta distinción es respaldada por estándares internacionales (United Nations Office on Drugs and Crime , 2012; United Nations Office on Drugs and Crime, 2017; Center for Substance Abuse Treatment, 2005), que enfatizan que ciertos grupos poblacionales- en la medida que tienen necesidades particulares- requieren consideraciones especiales en la provisión de tratamiento de drogas para que éste logre efectivamente reducir el uso de drogas.

En primer lugar, la evidencia indica que se debe diferenciar el tratamiento de adultos de aquel orientado a niños, niñas y adolescentes (NNA), ya que éstos últimos presentan requerimientos asociados a su inmadurez cerebral, desarrollo cognitivo y psicosocial (United Nations Office on Drugs and Crime, 2017; United Nations Office on Drugs and Crime , 2012). Más aún, el consumo de sustancias es considerado una enfermedad pediátrica crítica, puesto que mientras más temprano es el uso de sustancias, existe un riesgo más alto de una progresión rápida hacia el consumo problemático de drogas, a la vez que su uso puede producir daños irreversibles en el desarrollo de los NNA y en su salud mental a largo plazo. Además, se destacan otras características propias de este grupo que son relevantes, como la menor probabilidad que identifiquen su uso de drogas como un problema, lo que exige estrategias de abordaje adecuadas. A lo que se suma que son más sensibles a la presión de pares, tienen mayor prevalencia de comorbilidad psiquiátrica y motivaciones distintas que los adultos a participar de un tratamiento de drogas (United Nations Office on Drugs and Crime, 2017).

En segundo lugar, la evidencia muestra que el tratamiento de drogas debe ser diferenciado para las personas -sean adultas o adolescentes- en contacto con el sistema de justicia (United Nations Office on Drugs and Crime, 2017; Center for Substance Abuse Treatment, 2005; Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention, 2016). Esto porque, por una parte, las características de los individuos en conflicto con la justicia son particulares, ya que suelen tener problemas de manejo de ansiedad, ira y manejo de conflictos, cuentan con pocas redes de apoyo prosociales[111], además de una identidad criminal y el estigma asociado a ella. A la vez, existe evidencia empírica consistente en las últimas décadas que indica tanto la asociación entre consumo problemático de drogas y comisión de delitos, como la efectividad del tratamiento de drogas sobre la reducción del crimen, siempre que éste cumpla con ciertas condiciones tales como la consideración del perfil de riesgo de reincidencia de los usuarios, pues de lo contrario, las intervenciones tienen escaso o nulo impacto. Así, los perfiles de riesgo más altos deben abordarse con tratamientos más intensivos. Otra condición relevante es que los tratamientos de drogas

[111] Alude a personas con conductas tendientes al bien común y/o con actitud de cooperación con la comunidad.

deben ajustarse a la etapa en que se encuentran las personas en su paso por el sistema de justicia, ya que las circunstancias y entornos de tratamiento para esta población son diferentes dependiendo si se encuentran imputados, sancionados en privación de libertad o en medio libre (Center for Substance Abuse Treatment, 2005). Estas diferencias involucran temas logísticos complejos para el diseño de los programas, como la pregunta por quién provee tratamiento, dónde se sitúa, cómo se coordina con los operadores del sistema de justicia, los tiempos disponibles para tratamiento, así como su duración, la que debe ajustarse a la extensión de las sentencias. En esta línea, se ha evidenciado que en las cárceles de adultos, por ejemplo, la coordinación con los administradores de justicia es clave, ya que el tratamiento de drogas funciona mejor cuando los participantes son aislados del resto de los privados de libertad, para promover ambientes prosociales (United Nations Office on Drugs and Crime, 2017). Mientras que, en el caso de los adolescentes infractores, la investigación sugiere contemplar dentro del programa el diagnóstico del uso de drogas de los padres, de las habilidades parentales, así como intervenciones familiares, ya que es usual que los padres de los adolescentes en contextos de encierro se distancien de sus hijos, aun cuando su apoyo es fundamental para el éxito del tratamiento (Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention, 2016).

Por todo lo anterior, resulta coherente con el propósito del programa de tratamiento, que sus componentes se distingan de acuerdo con los subgrupos poblacionales antes mencionados. Aunque existen otros subgrupos poblacionales con necesidades propias -como las mujeres, mujeres embarazadas, trabajadores sexuales, minorías étnicas, y otros grupos excluidos socialmente que presentan necesidades propias (United Nations Office on Drugs and Crime , 2012), éstos deben entenderse como intersecciones más específicas a los principales grupos (adultos, adultos infractores, NNA, NNA infractores), toda vez que no exigen consideraciones sustanciales en el diseño de las intervenciones, sino más bien requieren su adaptación a través de enfoques y estrategias pertinentes, y es por esta razón que se contemplan como subcomponentes (este punto se desarrolla en el punto 2.3, a continuación). En suma, se estima que los componentes considerados actualmente por el programa de tratamiento son tanto necesarios, como suficientes para el logro del propósito del programa.

2.2.2. Programa Chile Integra

El Programa de Integración Social, define sus componentes como (1) Viviendas de apoyo a la integración social; (2) Orientación sociolaboral; (3) Habilitación en competencias para la integración social; (4) Vinculación a beneficios sociales. Estos componentes son relevados por la literatura como ámbitos relevantes para conseguir el propósito del programa (United Nations Office on Drugs and Crime, 2017; Botvin & Wills, 1985; UNODC, 2008; Martin, Josiah-Martin, Kosakoski, & Sinnott, 2005; Polcin D. , 2009; Brotherhood & Sumnall, 2011; Hermalin, Steer, Platt, & Metzerger, 1990; Van Hasselt, Hersen, & Milliones, 1978).

En efecto, se han desarrollado estándares para fomentar una recuperación del uso de drogas sostenida en el tiempo (United Nations Office on Drugs and Crime, 2017). En estos se promueve que los programas de tratamiento de drogas no consideren tan sólo una dimensión psicosocial y médica, sino que también un componente de integración social que permita la construcción y/o el fortalecimiento de un "capital de recuperación" -*recovery capital*- (UNODC, 2008), según el cual se deben trabajar ocho aristas: (1) apoyo familiar y social; (2) vivienda y entornos saludables; (3) Apoyo de los pares; (4) Empleo y resolución de los problemas legales; (5) Desarrollo y reforzamiento de habilidades vocacionales y

educacionales; (6) Integración comunitaria y soporte cultural; (7) (Re-) descubrimiento del significado y propósito de vida y; (8) Salud mental y física. De esta manera, se busca fortalecer o desarrollar un capital social, físico y cultural que cimiente el capital de recuperación, de manera que las personas en tratamiento de drogas logren desarrollar su autonomía y contar con herramientas para integrarse de manera sostenida a la sociedad (UNODC, 2017).

En este marco, un elemento fundamental para el logro de la integración social es la adquisición o desarrollo de competencias sociales. Esto porque implican un desarrollo psicológico óptimo, permitiendo el desarrollo de la confianza, autoestima, redes sociales de apoyo, entre otros (Botvin & Wills, 1985). Todos estos elementos protegen del aislamiento social, así como de cuadros de depresión, ansiedad y deserción escolar, que son prevalentes entre individuos con consumo problemático de sustancias (Botvin & Wills, 1985). En esta línea, los tratamientos de drogas que han mantenido un enfoque en la adquisición y reforzamiento de las competencias sociales han mostrado efectividad al momento de lograr una mejor inserción de los usuarios en distintos ámbitos de la vida social (Van Hasselt, Hersen, & Milliones, 1978; Dehghani & Dehghani, 2014). El desarrollo de dichas competencias permite a su vez, el restablecimiento o construcción de redes sociales de apoyo –familiares, amistad, entre otras–que se entienden como importantes factores protectores, ya que hacen más probable la sostenibilidad de los resultados (Sumnall & Brotherhood, 2012). De ahí que el componente de habilitación en competencias para la integración social se valora como coherente con el propósito del programa.

Más allá de las capacidades individuales y las redes de apoyo cercanas, la integración social también depende de una respuesta de política pública oportuna e integral. Y es que, de acuerdo a organismos internacionales, es preciso que se articule un continuo de servicios sociales, que deben apoyar durante todo el proceso de recuperación, aun cuando se espera que su utilización sea progresivamente más baja a medida que los individuos progresen (UNODC, 2008). Servicios que se mencionan como sustantivos son los educacionales, laborales, de salud y legales. Por esto, el componente de vinculación a beneficios sociales no solo es coherente, sino que absolutamente necesario para el logro del propósito del programa Chile Integra.

Luego, existe evidencia de que las condiciones de habitabilidad son un aspecto clave para el logro de la integración social (Martin, Josiah-Martin, Kosakoski, & Sinnott, 2005; Polcin D. , 2009; Brotherhood & Sumnall, 2011). Primero, porque contar con un lugar para vivir cubre una necesidad básica que impacta con seguridad el logro de un tratamiento de drogas, ya que se ha encontrado que el 92% de las personas que cuentan con una vivienda, no recaen en el consumo de sustancias posterior a su tratamiento de drogas (Martin, Josiah-Martin, Kosakoski, & Sinnott, 2005). En segundo lugar, porque muchos usuarios de drogas habitan en contextos de narcotráfico o bien en entornos de consumo, ya sea porque sus pares o sus familiares consumen drogas, lo que genera un ambiente no saludable y poco auspicioso para mantener los logros del tratamiento en el tiempo (Polcin D. , 2009). En efecto, se ha encontrado que es importante que el contexto barrial o vecindario posibilite la formación de relaciones sociales prosociales para sostener una vida libre de drogas (Brotherhood & Sumnall, 2011). Por esta razón, también el componente de viviendas de apoyo a la integración social se estima como coherente con el logro del programa.

Otro aspecto destacado por la literatura es impulsar la empleabilidad de las personas. Esto porque la evidencia indica que poseer un trabajo estable se asocia a una reducción de los episodios de recaída en las drogas y en la actividad criminal, permitiendo una reintegración efectiva a la sociedad (Hermalin, Steer,

Platt, & Metzerger, 1990; Platt, 1995). Del mismo modo, se ha encontrado que los programas de drogas que integran un componente de entrenamiento laboral tienen usuarios con el doble de probabilidades de ser empleados que los usuarios de programas que no trabajan este ámbito (Hermalin, Steer, Platt, & Metzerger, 1990). Pero no sólo se trata de insertar laboralmente, sino que se ha encontrado que mantener un empleo estable y permanente es un factor predictor tanto para la adherencia de los usuarios en el tratamiento, como para una recuperación sostenida en el tiempo (UNODC, 2008). De ahí que el componente de orientación sociolaboral resulta coherente con el propósito del programa.

En resumen, se evalúa que todos los componentes del programa Chile Integra son coherentes con su propósito, no obstante, se estima que no son suficientes. Esto porque, a diferencia del Programa de Tratamiento, no se reconocen las necesidades de ciertos grupos poblacionales. Por una parte, las personas en conflicto con la justicia pueden presentar necesidades de integración particulares, como la resolución de temas legales (apoyo legal, revinculación familiar, etc.). Por otra parte, no se consideran las necesidades de integración social de los adolescentes- que son completamente distintas dado su ciclo vital-, aun cuando esto debiera dar paso a un componente diferenciado del programa.

2.3. Coherencia entre componentes y subcomponentes

2.3.1. Programa de Tratamiento

El tercer nivel de objetivos considerados en el análisis corresponde a los subcomponentes, que fueron definidos sólo en el caso del Programa de tratamiento, ya que posee mayor desarrollo de sus componentes– en comparación al Programa de Integración Social Chile Integra–, toda vez que para su implementación se precisa la producción de servicios diferenciados según subtipos de poblaciones específicas.

Como ya se ha mencionado, el componente orientado a población adulta diferencia las siguientes subpoblaciones (las que, a su vez, constituyen los subcomponentes): Población mixta (hombres y mujeres adultos), Mujeres y Personas en situación de calle. Respecto a la diferenciación para mujeres, la literatura señala que la mayoría de los programas de tratamiento han sido desarrollados según las necesidades de hombres adultos (United Nations Office on Drugs and Crime , 2012). Sin embargo, en muchos contextos, las mujeres sufren de un mayor estigma social por el abuso de drogas que los hombres, además de presentar obstáculos para el acceso a tratamiento, como la responsabilidad del cuidado de los hijos o tener menos recursos para acceder a éste[112]. Sumado a lo anterior, las mujeres embarazadas, exigen estrategias aún más específicas de tratamiento, ya que éste puede afectarlas tanto a ellas como a sus hijos (United Nations Office on Drugs and Crime, 2017). De todas formas, aunque se justifica la focalización en mujeres, a nivel de diseño resulta problemático que se traslapen los subcomponentes orientados a población mixta y a mujeres. Si bien al consultar esto con el Servicio se explicó que el subcomponente orientado a población mixta sólo considera en su modalidad básica la población de mujeres, no tiene sustento empírico que sostenga las mujeres al acceder a tratamiento básico posean las mismas necesidades que los hombres. En otras palabras, no se encontró evidencia que respaldara que para aquellos tratamientos de menor intensidad (modalidad básica, en subcomponente población mixta) no fueran aplicables las necesidades propias de este subgrupo poblacional. Por lo tanto, si bien es pertinente que se distinga la provisión de tratamiento para mujeres dentro del componente para población adulta, se estima

[112] Aun cuando el tratamiento sea gratuito existen otros costos asociados tanto monetarios (movilización) como no monetarios (costos de oportunidad) que pueden ser más costosos para mujeres en comparación a hombres.

como poco pertinente la existencia de un componente para población mixta, ya que debieran diferenciarse cabalmente los tratamientos orientados a hombres de los de mujeres.

Luego, con respecto al subcomponente orientado para personas en situación de calle, los estándares internacionales sugieren que el tratamiento debiera diferenciarse para este grupo. Esto porque exigen un abordaje distinto en las distintas etapas del tratamiento y porque se necesita de un plan integral de asistencia social para apoyarlos (United Nations Office on Drugs and Crime , 2012; Zerger, 2002). Por esta razón, este subcomponente es coherente y pertinente al componente población adulta.

Como ya se ha adelantado, existen otras subpoblaciones relevadas por la literatura. Entre ellas destacan los trabajadores y trabajadoras sexuales, ya que una proporción importante presenta consumo problemático de drogas, a la vez que presentan necesidades específicas como riesgo de infecciones, victimizaciones y exclusión social (United Nations Office on Drugs and Crime , 2012). Sin embargo, este grupo no se considera como un subcomponente del programa de tratamiento. Así también, se destaca que la población LGBTI presenta barreras de acceso (discriminación, homofobia) a la vez que mayor probabilidad de abusar de sustancias que sus pares heterosexuales (Flentje, Heck, & Sorensen, 2015), pero tampoco está subpoblación se considera un subcomponente dentro de los orientados a población adulta.

Ahora bien, en el caso del componente adultos infractores y sus subcomponentes (orientados a personas con condenas privativas de libertad, suspensión condicional y libertad vigilada) se estima que esta clase de diferenciación es coherente y pertinente con lo indicado por la literatura, aunque la recomendación de considerar tratamientos diferenciados según los contextos y tipos de sentencia (United Nations Office on Drugs and Crime, 2017) no se cumple cabalmente, sobre todo porque este subcomponente no abarca a la población de personas imputadas (en prisión preventiva), las que debieran ser contempladas como parte del programa.

Por último, en el caso del componente adolescentes infractores, su primer subcomponente incluye toda la población sancionada, por lo que llama la atención que no se distinga según el tipo de sanción (privativas de libertad, medio libre). La distinción de subcomponentes por tipo de sanción permitiría monitorear de mejor manera los procesos, ya que las condiciones de implementación de tratamiento son diferentes para las subpoblaciones con sanciones privativas y no privativas de libertad (y dentro de éstas última, se debiera diferenciar a las medidas de las sanciones[113]). Finalmente, el subcomponente Evaluación clínica diagnóstica para Adolescentes imputados, es coherente con el componente.

En conclusión, existen algunos problemas de coherencia entre los subcomponentes de población adulta (entre población mixta y mujeres), pero además se estima que no son suficientes, ya que no considera algunos subgrupos poblacionales que han sido visibilizados por la literatura como población de trabajadores sexuales y LGBTI. En cuanto al componente Población Adulta infractora, se estima que la relación entre componentes y subcomponentes es coherente, aunque éstos últimos no son suficientes ya que no considera el subgrupo poblacional en condición de imputados. Por último, en el caso del componente Adolescentes Infractores, si bien los subcomponentes son coherentes, se estima que no son

[113] En efecto, de acuerdo con las entrevistas realizadas a los profesionales de SENDA, se visibilizó como un nodo crítico que el programa no considera la inclusión de jóvenes con medidas no privativas de libertad.

suficientes, ya que se sugiere diferenciar entre subcomponentes según tipos de sanción para un mejor monitoreo del programa

2.4. Coherencia y pertinencia de las actividades

Las actividades de un programa son las principales tareas que se deben cumplir para el logro de cada uno de los componentes y subcomponentes del programa (DIPRES, 2015). En el caso de los dos programas estudiados, el análisis sobre la coherencia y pertinencia de las actividades no es sencillo. Primero, debido a que- como se ha adelantado- los programas de tratamiento e integración social no son ejecutados directamente por SENDA, sino que son implementados por múltiples instituciones en convenio con dicha entidad. Esto implica que las tareas o forma concreta en que se ejecuta el programa, varía en gran medida de acuerdo a cada Centro que provee el tratamiento. Para regular esta heterogeneidad SENDA cuenta con varios mecanismos: (1) en primer lugar, con los convenios en los cuales se especifican los criterios básicos de la intervención[114]; (2) luego, el Servicio brinda orientaciones técnicas, que entregan lineamientos para la implementación de los programas; (3) y en tercer lugar, y en el caso del programa de tratamiento[115], se desarrolla una supervisión técnica -enmarcada en el Sistema de Gestión de Calidad de programas de tratamiento- con el objetivo de realizar un monitoreo al despliegue de los programas. No obstante, con respecto al segundo mecanismo (2) se debe tener en cuenta que son orientaciones laxas, en tanto dejan amplio espectro de maniobra a los ejecutores, a la vez que buscan 'sugerir', más que 'mandatar' las actividades que constituyen los programas.

Una segunda razón para comprender el desafío de analizar las actividades de los programas es que tanto el programa de tratamiento de drogas como el de integración social, deben ajustarse a las necesidades de los usuarios (United Nations Office on Drugs and Crime, 2017), por lo que el tipo de actividad y su frecuencia es relativo. De manera que las actividades son definidas según un Plan Individualizado de tratamiento, que busca desarrollar objetivos terapéuticos progresivos y relativamente específicos, a lo largo de las sucesivas etapas del proceso de tratamiento y/o integración social.

Dado este contexto, a continuación, se presenta un análisis de las actividades mínimas que debieran realizar los programas en estudio, de acuerdo a su diseño.

2.4.1. Programa de tratamiento

Si bien las actividades varían de acuerdo con cada componente y subcomponente[116], existe un núcleo de prestaciones o actividades transversales, que -de acuerdo a las Orientaciones Técnicas de SENDA-no pueden estar ausentes para el logro de los objetivos terapéuticos. Éstas son:

1) psicodiagnóstico;
2) consulta psicológica;
3) intervención psicosocial de grupo;
4) visita domiciliaria;
5) consulta salud mental;
6) consulta psiquiátrica;

[114] Esto es, los objetivos de tratamiento según modalidad, las características de los centros habilitados para ejecutar los programas, recursos humanos necesarios, prestaciones mínimas y etapas de tratamiento.
[115] Mecanismo no opera en el caso del programa Chile Integra
[116] Además de que varían según la modalidad de tratamiento (ambulatorio básico, ambulatorio intensivo o residencial).

7) psicoterapia individual;
8) psicoterapia de grupo;
9) consulta médica;
10) exámenes de laboratorio que se requieran;
11) medicamentos, si corresponde.

Al contrastar estas actividades con estándares internacionales de tratamiento (United Nations Office on Drugs and Crime , 2012; United Nations Office on Drugs and Crime, 2017), se encontró que efectivamente los servicios contemplados por el programa son pertinentes y coherentes con los componentes y subcomponentes. Esto porque el marco internacional enfatiza en otorgar a los usuarios una variedad de intervenciones psicosociales estructuradas (en coherencia con actividades 1 a 5), además de que especifica que para aquellos pacientes con comorbilidades psiquiátricas se debe otorgar tratamiento psiquiátrico (en línea con actividades 6 a 8), así como brindar tratamiento de comorbilidades médicas (puntos 9 y 10) y opciones de tratamiento farmacológico (punto 11). En la misma línea, las actividades de tratamiento fueron analizadas de acuerdo con las distintas modalidades del programa (ambulatoria básica, ambulatoria intensiva, residencial), y se observó que efectivamente existen criterios diferenciados[117] acordes a la intensidad del tratamiento, lo que se estima como adecuado de acuerdo a la literatura (UNODC, 2017; United Nations Office on Drugs and Crime , 2012).

Con todo, la Tabla 28 a continuación resume las actividades mínimas que debieran considerarse en el programa, en contraste con la evidencia internacional y además incluye algunas recomendaciones del equipo investigador. Como puede observarse, las actividades definidas por el programa no son suficientes, ya que se requiere tanto incorporar actividades en ciertos ámbitos (acceso a tratamiento y oportunidad de respuesta y Calidad del servicio con respecto a la incorporación de la retroalimentación de usuarios/as) como precisar otros (en cuanto a las prestaciones se requiere precisar el desarrollo del tratamiento farmacológico, modalidad residencial, selección de personal, enfoque de género y actividades de seguimiento post egreso del programa).

[117] Por ejemplo, según las orientaciones técnicas de SENDA, para la modalidad ambulatoria se requiere una duración del Plan Individual de Tratamiento aproximada de 12 meses, asistencia de 2 días por semana, 2 a 4 horas de permanencia; 1 a 2 intervenciones por día. Para la modalidad ambulatoria intensiva, duración del plan aproximado de 12 meses, asistencia de 5 días a la semana, 4 a 6 horas de permanencia diaria, 3 a 4 prestaciones por día. Mientras que, para la modalidad residencial, se define una duración aproximada entre 3 y 12 meses, permanencia de 7 días, jornada terapéutica de 5 a 7 horas cada día, y un mínimo de 5 intervenciones diarias.

Tabla 28: Análisis de actividades programa tratamiento				
Ámbito	**Argumento/Estándar**	**Actividad según evidencia**	**Actividad definida por SENDA**	**Observaciones y sugerencias**
Acceso a tratamiento y oportunidad de respuesta	El tratamiento debe ser asequible, atractivo, disponible tanto en entornos urbanos como rurales, y accesible con una amplia gama de horas abiertas y un tiempo de espera mínimo.	Se explicitan actividades de acogida de los usuarios/as y protocolo de manejo de lista de espera	No se definen actividades en este ámbito.	Incorporar actividades en este ámbito de forma explícita en las orientaciones técnica de cada modalidad, para cada componente y subcomponente.
Duración de tratamiento-Tiempo mínimo	La duración del tratamiento debe estar determinada por las necesidades individuales y no debe haber límites preestablecidos.	Las actividades se ejecutan por un periodo de tiempo que se ajusta a las necesidades del usuario/a	Se realiza un Plan de Tratamiento individual en la que se define la duración del tratamiento	-
Prestaciones básicas -psicosociales	Otorgar a los usuarios una variedad de intervenciones psicosociales estructuradas	Brindar prestaciones psicosociales, desde los ámbitos de psicología, psiquiatría y trabajo social.	1) psicodiagnóstico; 2) consulta psicológica; 3) intervención psicosocial de grupo;4) visita domiciliaria; 5) consulta salud mental;	-
Prestaciones básicas - psiquiátricas	Se debe proporcionar tratamiento psicosocial y psiquiátrico in situ a pacientes con comorbilidades psiquiátricas.	Otorgar prestaciones psiquiátricas para los pacientes que lo requieran	6)consulta psiquiátrica;7) psicoterapia individual; 8) psicoterapia de grupo;	-
Prestaciones básicas - salud general	Los servicios de tratamiento básicos incluyen atención medica general	Brindar atención de médico general	9) consulta médica;	-
Prestaciones básicas - tratamiento farmacológico	Los servicios de tratamiento básicos incluyen tratamiento farmacológico basado en evidencia.	Se brinda tratamiento farmacológico basado en evidencia	11) medicamentos, si corresponde	Se considera, pero no se explicita que el tratamiento sea basado en evidencia.
Prestaciones básicas- Modalidad residencial	Los tratamientos residenciales debieran contemplan entrenamiento de habilidades para la vida, intervenciones educativas, orientación vocacional y actividades recreativas.	Se explicitan actividades diferenciadas y mínimas para la modalidad de tratamiento residencial	Orientaciones técnicas diferencias para modalidad residencial	Si bien se incorporan lineamientos diferenciados para modalidad residencial, no se definen las actividades mínimas que debieran considerarse para esta modalidad.
Recursos humanos-Formación	Los equipos de tratamiento deben contar con la formación necesaria y la experiencia laboral adecuada para la óptima implementación de los programas.	Se definen actividades de selección de recursos según criterios mínimos de formación y experiencia laboral	El recurso humano debe ser multidisciplinario	Se incluye criterio, pero de forma laxa, no se especifican criterios mínimos de formación.

Recursos humanos-Composición	El tratamiento debe ser provisto por equipos multidisciplinarios capacitados adecuadamente en la entrega de intervenciones basadas en evidencia, con competencias en medicina de adicciones, psiquiatría, psicología clínica y trabajo social.	Se definen actividades de selección de acuerdo a criterios específicos de formación de los profesionales.	El recurso humano debe componerse por profesionales especialistas en medicina de adicciones, psiquiatría, psicología clínica y trabajo social.	Se considera, pero no se explicita las profesiones que componen el equipo.
Calidad del servicio-retroalimentación usuarios/as	Los servicios se actualizan y revisan en respuesta a los comentarios de pacientes / clientes, su familia y la comunidad, así como de evaluaciones periódicas	Se contemplan actividades orientadas a asegurar la retroalimentación de los usuarios y usuarias (p.e. encuestas de satisfacción usuaria)	No se definen actividades en este ámbito.	Incorporar actividades en este ámbito de forma explícita en las orientaciones técnica de cada modalidad, para cada componente y subcomponente.
Calidad del servicio	Se deben establecer estándares de calidad para los servicios de tratamiento de drogas y se debe exigir el cumplimiento para la acreditación.	Se definen actividades de monitoreo (internas a los equipos) sobre el cumplimiento de estándares de calidad que guíen la implementación de actividades mínimas	No se definen actividades en este ámbito.	En este caso, se recomienda definir tanto actividades de monitoreo internas a los equipos como definir estándares mínimos de calidad.
Enfoque de género	Los servicios de tratamiento deben ser sensibles al género y adaptarse a las necesidades de las mujeres, incluidas las necesidades específicas de cuidado infantil y las necesidades en el embarazo.	Se definen actividades diferenciadas para mujeres y mujeres embarazadas.	Orientaciones técnicas diferenciadas para subcomponente de tratamiento orientado a mujeres, en la que se incluyen actividades específicas para esta población.	Si bien se incorpora el ámbito, un enfoque de género también debiera incluir actividades de fortalecimiento del vínculo filial en el caso de los padres y no solo de las madres.
Poblaciones específicas	El tratamiento debe contemplar prestaciones y protocolos de tratamiento acordes a las necesidades de mujeres, adolescentes, niños, mujeres embarazadas, minorías étnicas y grupos marginados como las personas sin hogar.	Se brindan servicios especializados para grupos específicos	Orientaciones técnicas diferenciadas para subcomponente de tratamiento orientado a adolescentes, personas en conflicto con la justicia y en situación de calle.	-
Seguimiento post-egreso	Los tratamientos deben contemplan un plan de seguimiento eficaz para minimizar las posibilidades de recaída y así garantizar un proceso de recuperación sostenido.	Se definen actividades de seguimiento regulares, realizadas por un especialista.	Se definen actividades de seguimiento e intervenciones post egreso si el paciente lo requiere.	Si bien el Servicio explicita una (cuarta) etapa de seguimiento, este es un lineamiento sugerido, ya que al no financiar estas intervenciones, no se entienden como obligatorias.
Fuente: Elaboración propia en base a estándares internacionales (National Institute for Drug Abuse, 2012; United Nations Office on Drugs and Crime, 2012)				

2.4.2. Programa Chile Integra

A continuación (Tabla 29), se detallan las actividades principales que realizan los programas de acuerdo a cada subcomponente:

Tabla 29: Principales actividades Programa Chile Integra	
Componente	Principales actividades
Viviendas de apoyo a la integración social (VAIS)	- Asesoría especializada en el diseño y concreción de un plan de vida a mediano y largo plazo
Habilitación en competencias para la integración social (CIAM)	-Talleres de habilitación en competencias para la integración social a través de la herramienta metodológica "Portafolio CIAM"
Orientación sociolaboral (OSL)	-Asesoría para superar factores que limitan el acceso a empleo y para mejorar condiciones de empleabilidad
Vinculación a beneficios sociales	-Articulación de red intersectorial y desarrollo de estrategias de sensibilización a las redes intersectoriales
Fuente: Elaboración propia.	

Las actividades del Programa fueron analizadas de acuerdo con las distintos componentes y todas parecen coherentes con los componentes a los que se asocian y pertinentes a lo relevado por la evidencia internacional. La Tabla 30 a continuación resume las actividades mínimas que debieran considerarse en el programa, en contraste con la evidencia internacional y además incluye algunas recomendaciones del equipo investigador. De manera que teniendo como punto de referencia el marco internacional, se evalúa que las actividades del programa no son suficientes, ya que se recomienda incorporar actividades no contempladas al componente de Habilitación en competencias para la integración social (CIAM), tales como actividades de apoyo de pares y de intervención familiar. Adicionalmente, se recomienda que el Servicio incorpore actividades orientadas a asegurar la calidad del servicio prestado (monitoreo, retroalimentación de usuarios/as) además de definir actividades de selección de personal que explicite ciertos criterios mínimos.

Tabla 30: Análisis de actividades programa Chile integra				
Ámbito	**Argumento/Estándar**	**Actividad según evidencia**	**Actividad definida por SENDA**	**Observaciones y sugerencias**
Viviendas de apoyo a la integración social (VAIS)	Las viviendas de apoyo deben promover la autonomía de sus usuarios/as	Se incorporan actividades tendientes a impulsar la autonomía de los usuarios/as	- Asesoría especializada en el diseño y concreción de un plan de vida a mediano y largo plazo	-
Habilitación en competencias para la integración social (CIAM)	La evidencia muestra que enfoque de apoyo integral es clave para favorecer el proceso de recuperación en los ámbitos familiar, comunitario y laboral.	Actividades que fomentan procesos de integración social en los ámbitos de familia, trabajo y comunidad.	-Talleres de habilitación en competencias para la integración social a través de la herramienta metodológica "Portafolio CIAM"	-
Habilitación en competencias para la integración social (CIAM)	La evidencia sugiere realizar intervenciones familiares que permitan superar el "trauma de la recuperación"	Actividades orientadas a las familias y/u otros significativos de los usuarios/as	No se definen actividades en este ámbito.	Se recomienda incorporar actividades de intervención familiar
Habilitación en competencias para la integración social (CIAM)	La literatura sugiere mencionar dentro de las actividades, intervenciones de "apoyo de pares" *(peer-based support*), que consisten en que personas cercanas a la comunidad de los usuarios (vistas como pares, no como ajenas), y con experiencias exitosas de recuperación en el consumo de drogas, relaten su experiencia y promuevan el cambio	Actividades de apoyo de pares para fortalecer la motivación al cambio	No se definen actividades en este ámbito.	Se recomienda incluir actividades de apoyo de pares.

Orientación socio-laboral (OSL)	Los servicios y prestaciones enfocadas en la orientación y apoyo vocacional, laboral y educativo han mostrado bajas tasas de recaídas.	Actividades orientadas a la orientación y apoyo vocacional, laboral y educativo	-Asesoría para superar factores que limitan el acceso a empleo y para mejorar condiciones de empleabilidad	-
Vinculación a beneficios sociales	El desarrollo y fortalecimiento del capital social es clave para un proceso de recuperación sostenido	El programa cuenta con actividades orientadas a fomentar la vinculación de los usuarios con redes y servicios de apoyo.	Articulación de red intersectorial y desarrollo de estrategias de sensibilización a las redes intersectoriales	-
Calidad del servicio-monitoreo	La prestaciones y servicios de apoyo deben adaptarse adecuadamente a las necesidades de los usuarios y usuarias para lo cual se requiere la implementación continua de actividades, no sólo al inicio y término de proceso.	Se definen actividades de monitoreo (internas a los equipos) sobre el cumplimiento de estándares de calidad que guíen la implementación de actividades mínimas	No se definen actividades en este ámbito.	En este caso, se recomienda definir tanto actividades de monitoreo internas a los equipos como definir estándares mínimos de calidad.
Calidad del servicio-retroalimentación usuarios/as	Los servicios se actualizan y revisan en respuesta a los comentarios de pacientes / clientes, su familia y la comunidad, así como de evaluaciones periódicas	Se contemplan actividades orientadas a asegurar la retroalimentación de los usuarios y usuarias (p.e. encuestas de satisfacción usuaria)	No se definen actividades en este ámbito.	Incorporar actividades en este ámbito de forma explícita en las orientaciones técnica de cada modalidad, para cada componente.

Recursos humanos-Composición	El tratamiento debe ser provisto por equipos multidisciplinarios capacitados adecuadamente en la entrega de intervenciones basadas en evidencia.	Se definen actividades de selección de acuerdo a criterios específicos de formación de los profesionales (psicología clínica, comunitaria, trabajo social).	No se definen actividades en este ámbito.	Se recomienda definir la formación esperada de los equipos para cada componente.
Fuente: Elaboración propia en base a estándares internacionales (National Institute for Drug Abuse, 2012; United Nations Office on Drugs and Crime , 2012;United Nations Office on Drugs and Crime, 2008)				

3. Lógica horizontal de la Matriz de Marco Lógico

La lógica horizontal apunta a analizar la forma en que se controla y mide el logro de cada nivel de objetivos, enfatizando en las fuentes de información necesarias para ello. De manera que el foco de este análisis se pone en el seguimiento, control y desempeño de los programas en estudio.

Como se puede observar en las matrices de marco lógico propuestas (Ver Anexos 2 y 3) se contemplan los indicadores que forman parte del sistema de monitoreo interno de SENDA, además de otros propuestos por el panel evaluador en el marco de la presente evaluación. Para conocer el detalle de todos los indicadores originales (definidos por SENDA) de los programas estudiados, revisar Anexo 9 y 10. El análisis expuesto a continuación sigue la lógica desde el nivel inferior al superior de los indicadores planteados en cada nivel de objetivos.

3.1. Indicadores a nivel de subcomponentes

Como ya se ha adelantado, sólo el Programa de tratamiento contempla (4) subcomponentes. Tras la revisión de la documentación entregada por SENDA (Fichas MIDESO), a la fecha los subcomponentes de este programa son monitoreados a través de tres indicadores: de cobertura, de retención en tratamiento y de ejecución presupuestaria (Ver Anexo 8). Si bien éstos se valoran como ámbitos relevantes para el seguimiento de los programas, se estima que no son suficientes para monitorear de forma pertinente el desempeño del programa, por lo que el equipo investigador sugiere complementarlos con otros indicadores.

Antes de exponer la propuesta en este nivel, se debe explicitar primero que, debido a que la mayoría[118] de los subcomponentes del Programa de tratamiento corresponden a intervenciones orientadas a poblaciones específicas, pero con una estructura similar de intervención, para cada uno de éstos se plantea una gama de indicadores comunes, que buscan dar cuenta del desempeño de las intervenciones en este ámbito. Estos indicadores se detallan en la Tabla 31, donde se distingue entre los indicadores definidos por SENDA y los propuestos por el equipo investigador.

Así se plantean ocho indicadores comunes que giran en torno a los aspectos que se consideran fundamentales de monitorear sobre el despliegue de los subcomponentes del programa, a saber: (1) la magnitud en la entrega de servicios (*Cobertura*), ya vigente en el diseño original del programa; (2) oportunidad en la entrega de servicios (*Tiempo de espera promedio*), que se suma por considerarse un estándar de calidad de tratamiento (United Nations Office on Drugs and Crime , 2012); (3) calidad de los servicios (*Completitud del tratamiento; Retención; Tasa de abandono; Experiencia de los equipos de tratamiento[119]; Acceso a atención psiquiátrica de los usuarios),* también enfatizados dentro de estándares internacionales (United

[118] La única excepción es el Programa de Evaluación clínica diagnóstica que se diferencia del resto, ya que es una intervención menos profunda que el resto de los subcomponentes, y por lo tanto se proponen indicadores más acotados (Ver Anexo 6)

[119] Se debe destacar que se descartó el uso del indicador propuesto por SENDA "Porcentaje de casos que dentro de los primeros 60 días desde el ingreso a tratamiento han tenido al menos una intervención con profesional médico" ya que al analizar su consistencia, se consideró que dado a que (1) por un lado, los ejecutores se comprometen por convenio a tener al menos un profesional médico (2) por otro, pareciera que el umbral (al menos una intervención antes de los 60 días) parece mínimo y no permite discriminar un desempeño significativo del programa en términos de calidad de la prestación otorgada a los usuarios.

Nations Office on Drugs and Crime , 2012; United Nations Office on Drugs and Crime, 2017); y (4) Gestión de los recursos financieros (*Ejecución del presupuesto).*

Con respecto al tercer aspecto señalado (3), se debe destacar que es el que ha suscitado mayor atención por parte del equipo evaluador. Por un lado, la *completitud del tratamiento*[120] permitirá contar con información sobre cuánto se ajustan los servicios entregados a los usuarios y a lo planificado, ya que la evidencia indica que es un predictor significativo sobre la efectividad del tratamiento (Prendergast M., Podus, Chang, & Urada, 2002; National Institute for Drug Abuse, 2012; Williams & Chang, 2000). Con respecto a la factibilidad de medición de este indicador, se debe mencionar que el Servicio ha indicado que no se cuentan con los registros para poder medirlo, ya que sólo se dispone de información sobre atenciones efectivas, pero no sobre las atenciones planificadas. No obstante, el equipo evaluador considera que es posible tomar como información proxy de atenciones planificadas la duración de cada modalidad de atención sugerida en las orientaciones técnicas[121], de manera que se podrá estimar en qué medida la implementación se ajusta a dicho estándar. El indicador de retención, por su parte, busca capturar la cantidad de usuarios que permanece en tratamiento por al menos 90 días–, ya que como se ha dicho, la evidencia indica que es el tiempo mínimo para conseguir algún efecto en los usuarios respecto a su patrón de consumo de drogas (National Institute for Drug Abuse, 2012). Además, la *tasa de abandono* es información que complementa (y que se comporta distinto) al indicador de *retención*, ya que busca dar cuenta de todos aquellos usuarios que no completan la duración del tratamiento, de manera que puede ser usado como otro indicador proxy a la completitud del tratamiento. Estos factores, junto a otros como la *Experiencia de los equipos de tratamiento* y *Acceso a atención psiquiátrica de los usuarios* han sido relevados por la literatura como puntos críticos para obtener resultados significativos sobre el uso de sustancias (National Institute for Drug Abuse, 2012; Bahr, Masters, & Taylor, 2012; Prendergast M., Podus, Chang, & Urada, 2002; Williams & Chang, 2000; Zerger, 2002; United Nations Office on Drugs and Crime, 2012; UNODC, 2017).

Por último, se debe destacar que estos últimos indicadores–*Experiencia de los equipos de tratamiento y Acceso a atención psiquiátrica de los usuarios*– no tienen factibilidad de medición en base a la información actualmente disponible (en plataforma SISTRAT), por lo que serán estimados sólo para los programas considerados en la evaluación de resultados. Pese a lo anterior, se optó por incorporarlos en la propuesta, ya que a nivel teórico son relevantes, por lo que se recomienda que el Servicio realice esfuerzos por levantar la información necesaria en cada ámbito.

[120] Cabe destacar que "completitud" no es igual a intensidad, ya que independientemente de la cantidad de sesiones y/o profundidad de las mismas (que apuntan a intensidad), el término alude a la fidelidad con que la implementación del tratamiento se ajusta a la planificación.

[121] Así por ejemplo, en el caso del Programa dirigido a adultos, para PAB se sugiere que "la duración aproximada de este plan es de 12 meses, con una frecuencia de asistencia de 2 días por semana, con 2 a 4 horas de permanencia cada vez, y una concentración de 1 a 2 intervenciones por día"; Para PAI se señala una "duración aproximada de 12 meses, con una frecuencia de 5 días a la semana, entre 4 a 6 horas de permanencia diaria, y una concentración de 3 a 4 prestaciones por día"(pág. 28); Y para residencial se "sugiere que una duración aproximada de este plan es entre 3 y 12 meses, con permanencia de 7 días con una jornada terapéutica de 5 a 7 horas cada día y una concentración de intervenciones diarias no menor a 5"(pág. 30-31);

Tabla 31: Indicadores propuestos a nivel de subcomponentes (Programa de Tratamiento)				
Foco	**Enunciado (Dimensión, Ámbito de control)**	**Fórmula de cálculo**	**Fundamentación**	**Observaciones**
Cobertura (*)	Porcentaje de cobertura del programa **(Eficacia, Proceso)**	-(N° de beneficiarios efectivos año t / Población objetivo año t) *100 -(N° de beneficiarios efectivos año t / Población potencial año t) *100	Orientado a evaluar la magnitud de los beneficiarios del programa	Se decide incorporar dos fórmulas de cálculo del indicador para enriquecer el análisis, considerando tanto población objetivo como potencial.
Tiempo de espera promedio (**)	Promedio de tiempo de espera desde la fecha de solicitud de atención hasta la fecha de la primera atención en el centro **(Calidad, Producto)**	(Sumatoria de días de espera desde la fecha de solicitud de atención hasta la fecha de la primera atención en el año t/N° total de personas con primera atención en el año t)	Busca comparar la oferta de servicios versus la demanda de cada subcomponente.	
Completitud del tratamiento (**)	Tasa de completitud del tratamiento de los usuarios que egresan del programa **(Calidad, producto)**	[(Número de meses de tratamiento por caso al egreso en año t/ Número de meses sugeridos de tratamiento por caso según Orientación técnica)] *100	Medida que busca capturar información de calidad del programa relativa a poder comparar lo planificado versus lo efectivamente realizado por la intervención. Al mismo tiempo, la evidencia indica que la completitud del tratamiento así como su intensidad son predictores de efectividad del tratamiento (Prendergast M., Podus, Chang, & Urada, 2002; National Institute for Drug Abuse, 2012; Williams & Chang, 2000).	Se decide utilizar un indicador proxy[122] que considera como referencia el tiempo sugerido por las orientaciones técnicas, ya que actualmente no se utiliza dentro del sistema de monitoreo interno de SENDA información sobre los meses planificados de tratamiento por usuario.
Retención (*)	Porcentaje de usuarios egresados que permanecen 90 o más días en tratamiento[123] **(Eficacia, Proceso)**	(Número de usuarios egresados que permanecen 90 o más días en tratamiento en el año t / Número de	La evidencia indica que sólo luego del tercer mes existiría un efecto en los usuarios respecto a su uso de drogas.	Indicador que forma parte del sistema de monitoreo interno actual de SENDA

[122] El indicador ideal que propone el equipo consultor para medir este foco posee la siguiente fórmula: [(Número de unidades de atención recibidas por usuario al egreso en año t/ Número de unidades de atención planificadas para el usuario a su ingreso)-1] *100. Cabe destacar que las "unidades de atención", dependerían de cada modalidad de plan de tratamiento. Por ejemplo, para los programas residenciales, la unidad de tratamiento podrían ser días, mientras que para los ambulatorios, sesiones. Esto debe ser discutido al interior de SENDA. Con todo, para el cálculo del indicador propuesto SENDA debiera levantar la información señalada a través de la plataforma SISTRAT.

[123] Se excluyen del análisis los usuarios cuyo motivo de egreso es Derivación, dado que esto responde a continuidad de tratamiento en otro programa.

		casos egresados de tratamiento en el año t) *100	(National Institute for Drug Abuse, 2012)	
Tasa de abandono para usuarios con tratamiento (**)	Porcentaje de usuarios *con tratamiento*[124] que abandona el tratamiento **(Eficacia, Proceso)**	(Número de usuarios *con tratamiento* que abandona el programa en el año t / Número total de usuarios *con tratamiento* en el año t) *100	Esta medida busca complementar la información respecto a la calidad del tratamiento recibido por los usuarios.	La información necesaria para el cálculo de este indicador actualmente forma parte del sistema de monitoreo interno actual de SENDA
Experiencia de los equipos de tratamiento (**)	Porcentaje de profesionales del equipo de trato directo[125] con al menos dos años de experiencia en tratamiento (**Calidad, Proceso)**	(Número de profesionales del equipo de trato directo con al menos dos años de experiencia en tratamiento/Número total de profesionales del equipo de trato directo) *100	La evidencia indica que el éxito de los programas de tratamiento de drogas depende en gran medida de los años de experiencia de los terapeutas (Prendergast M., Podus, Chang, & Urada, 2002; National Institute for Drug Abuse, 2012; Williams & Chang, 2000).	Este estudio levanta la información para el cálculo de este indicador de forma independiente. Por lo que se sugiere que SENDA incorpore el levantamiento de esta información para posibilitar el monitoreo de este foco.
Acceso a atención psiquiátrica de los usuarios (**)	Porcentaje de usuarios con comorbilidad psiquiátrica diagnosticada que acceden a atención psiquiátrica (**Calidad, Proceso)**	(Número de usuarios con comorbilidad psiquiátrica diagnosticada que acceden a atención psiquiátrica /Número total de usuarios con comorbilidad psiquiátrica) *100	La comorbilidad de los usuarios de drogas ha sido documentada ampliamente. De ahí que el acceso a atención psiquiátrica sea crucial para asegurar el éxito de los programas. (National Institute for Drug Abuse, 2012).	
Ejecución del presupuesto (*)	Porcentaje de meses de tratamiento[126] efectivamente pagados con respecto a lo convenido **(Economía, Producto)**	(Nº meses de tratamiento efectivamente pagados en el año t /N° meses de tratamiento convenidos para el año t) *100	Este indicador busca visibilizar el desempeño en relación a la gestión de los recursos financieros del subcomponente.	
Fuente: Elaboración propia (*) Planteado en el monitoreo vigente de SENDA, según Fichas MIDESO. (**) Planteado por el equipo investigador				

[124] Refiere a aquellos que cuentan al menos con tratamiento mínimo (90 días o más).

[125] Por 'equipo de trato directo' se alude a aquellos profesionales que trabajan directamente con los usuarios, a través de intervenciones propias de su disciplina (psicología, terapia ocupacional, etc.).

[126] Se entenderá por meses de tratamiento pagados aquellos efectivamente realizados, válidos para pago.

3.2. Indicadores a nivel de componentes

Sólo se consideran indicadores para el programa Chile Integra, ya que para el Programa de Tratamiento se consideran indicadores a nivel de subcomponentes. Así, en el caso del programa de integración social, un primer punto a mencionar es que en la documentación de este programa (Fichas MIDESO) sólo se contemplan indicadores para el seguimiento de dos de los cuatro componentes de este programa. Estos refieren al componente de orientación sociolaboral y para habilitación en competencias. Para el primero se trata de un indicador sobre ejecución presupuestaria (Porcentaje de unidades de orientación sociolaboral efectivamente ocupadas, en relación a las unidades de orientación sociolaboral convenidas en el año t), mientras que para el segundo, se estima la cobertura (Porcentaje de personas habilitadas en competencias, en relación a las personas que permanecen más de tres meses en tratamiento de población general en el año t). Esto constituye un monitoreo deficiente de la implementación de los componentes de este programa, ya que dichos indicadores tienen un foco de desempeño orientado a medir solamente la eficacia y economía del programa y descuida el monitoreo de la eficiencia y calidad de éste.

Al indagar en las razones del limitado monitoreo implementado, a través de entrevistas con los profesionales responsables del Servicio, se informó que la información varía– en términos de calidad y disponibilidad– para cada componente, en parte porque se trata de un programa relativamente nuevo, que aún no acaba de implementarse. Sin embargo, el problema central es que este Programa no cuenta con un sistema de registro centralizado de los servicios que entrega, sino que se acopla a la plataforma SISTRAT, aun cuando en ésta no se dispone de información acabada de los mismos. Esta dificultad de información se explica, en parte, debido a que la población objetivo de Integración Social es más amplia que la del Programa de Tratamiento, ya que incluye a todas las personas que estén o hayan estado en tratamiento, independientemente de si son cupos financiados por SENDA, por lo que no siempre se registran los datos de estas personas en el sistema SISTRAT. En efecto, SENDA estima que a través de SISTRAT se logra capturar sólo a un 40% de los beneficiarios de algunos servicios, como el relativo al componente de orientación sociolaboral (OSL). Por otra parte, también existen dificultades asociadas al levantamiento de información sobre los usuarios que sí corresponden a cupos SENDA, ya que no existen mecanismos[127] para incentivar a los ejecutores para que registren sistemáticamente las intervenciones u otras acciones implicadas en la ejecución del programa. Así, cada componente registra la información a través de archivos (Excel) que se manejan de forma independiente en cada territorio y/o proveedor que los ejecuta. Además, no resulta adecuado que el componente de vinculación a beneficios sociales no cuente con una forma sistemática de registro, lo que impide su seguimiento. Ahora bien, de acuerdo con los datos disponibles, la información no se registra desde el comienzo de la implementación de cada componente en todos los casos: para VAIS existe algún dato de cobertura solo desde 2016, para CIAM y OSL sólo desde 2017.

Por todo lo anterior, se evalúa que los indicadores actuales que forman parte del sistema de monitoreo interno de SENDA para este programa son deficientes, por lo que se considera urgente el levantamiento de información para poder realizar en el futuro un mejor monitoreo en este ámbito. Se sugiere que el programa cuente con una plataforma propia de registro de información (distinta a SISTRAT) e integrada, que permita el seguimiento de todos sus componentes. Esto debido a que es fundamental para todo

[127] En el Programa de tratamiento y rehabilitación la compra de mes de plan de tratamiento está sujeta a que los ejecutores completen la información de registro de los usuarios en SISTRAT.

programa que se sistematice la información necesaria para permitir el monitoreo de su implementación y resultados obtenidos. Si bien es cierto que, de acuerdo con las reuniones con SENDA, se proyectan esfuerzos para levantar un Sistema de registro para este programa desde el 2018, se considera fundamental que se considere la gama de indicadores propuestos a continuación, para cada componente (Tabla **32**). Estos buscan medir no sólo la cobertura de cada componente sino también indicadores de la calidad del servicio (tales como *Retención*, *Completitud de la intervención, Satisfacción usuaria*–cuando corresponde) y de gestión de los recursos asociados a este nivel de objetivos

Tabla 32: Indicadores propuestos a nivel de componentes (Programa de Integración Social)					
Componente	**Foco**	**Enunciado (Dimensión, Ámbito de control)**	**Fórmula de cálculo**	**Fundamentación**	**Observaciones**
Viviendas de apoyo a la Integración social (VAIS)	*Cobertura*	Porcentaje de cobertura **(Eficacia, Proceso)**	(N° de beneficiarios VAIS en año t / Población objetivo[128] año t) *100	Orientado a evaluar la magnitud de los beneficiarios del programa	De acuerdo a la información levantada, no se cuenta con la definición del perfil de beneficiarios, por lo que se observan dificultades para poder contabilizar la población objetivo de este beneficio.
	Completitud de la intervención	Porcentaje de usuarios que egresan por cumplimiento de objetivos en VAIS **(Eficacia, Producto)**	(N° de usuarios que egresan por cumplimiento de objetivos en VAIS en el año t / N° total de usuarios egresados de VAIS en el año t) *100	Debido a que la intervención se propone el diseño de un Plan de intervención, es posible monitorear el cumplimiento de los objetivos propuestos.	Indicador que forma parte del sistema de monitoreo interno actual de SENDA
	Uso de recursos	Porcentaje de meses de vivienda utilizados **(Economía, Producto)**	(Número de meses de vivienda efectivamente utilizados en el año t/ Número de meses de vivienda licitados en el año t) *100	Este indicador busca visibilizar el desempeño en relación a la gestión de los recursos financieros	
	Satisfacción usuaria	Porcentaje de usuarios satisfechos con la vivienda de apoyo **(Calidad, Producto)**	(Número de usuarios satisfechos con la vivienda de apoyo en el año t / Número de beneficiarios VAIS en año t) *100	Se considera fundamental que se levante información acerca de la percepción usuaria sobre la valoración del servicio entregado por este componente.	Sin información disponible
Habilitación en competencias para la integración social	*Cobertura*	Porcentaje de usuarios que se habilitan en al menos una competencia en talleres CIAM en el año t	(Número de usuarios que se habilitan en al menos una competencia en talleres CIAM en el año t / N° de personas que	Orientado a evaluar la magnitud de los beneficiarios	Indicador que forma parte del sistema de monitoreo interno actual de SENDA

[128] Población objetivo: haber terminado un proceso de tratamiento con logro terapéutico alto o medio y no contar con un lugar seguro para vivir o que su vivienda no le brinde las condiciones para mantener sus logros terapéuticos.

		(Eficacia, Proceso)	participan en los talleres CIAM en el año t) *100		
	Satisfacción usuaria	Porcentaje de usuarios satisfechos con los talleres de habilitación en competencias **(Calidad, Producto)**	(Número de usuarios satisfechos con los talleres de habilitación en competencias en el año t / Número de personas que participan en los talleres CIAM en el año t) *100	Se considera fundamental que se levante información acerca de la percepción usuaria sobre la valoración del servicio entregado por este componente.	Sin información disponible
Orientación sociolaboral	*Cobertura*	Porcentaje de usuarios que acceden a OSL **(Eficacia, Proceso)**	(Nº de usuarios que participan en OSL en el año t / Nº total de usuarios que postulan en el año t) *100	Orientado a evaluar la magnitud de los beneficiarios	Información no disponible
	Completitud de la intervención	Porcentaje de personas que egresan por cumplimiento de objetivos en OSL **(Eficiencia, Producto)**	(Nº de usuarios de personas que egresan por cumplimiento de objetivos en OSL en el año t / N° de personas que egresan de OSL en el año t) *100	Debido a que la intervención se propone el diseño de un Plan de intervención, es posible monitorear el cumplimiento de los objetivos propuestos.	Indicador que forma parte del sistema de monitoreo interno actual de SENDA
	Satisfacción usuaria	Porcentaje de usuarios satisfechos con OSL **(Calidad, Producto)**	(Número de usuarios satisfechos con OSL en el año t / Número de personas que participan en OSL en el año t) *100	Se considera fundamental que se levante información acerca de la percepción usuaria sobre la valoración del servicio entregado por este componente.	Sin información disponible
	Uso de recursos	Porcentaje de cupos de orientación sociolaboral[129] ejecutados **(Economía, Producto)**	(Número de cupos de orientación sociolaboral efectivamente ocupados/Número de orientación socio-laboral convenidos) *100	Este indicador busca visibilizar el desempeño en relación a la gestión de los recursos financieros	Indicador que forma parte del sistema de monitoreo interno actual de SENDA

[129] Por "cupo de orientación sociolaboral efectivamente ocupado" se entiende toda persona que tiene ficha de ingreso a OSL y que al menos ha recibido 1 intervención durante el último mes.

Vinculación a beneficios sociales	*Cobertura*	Porcentaje de personas que se vinculan con beneficios sociales **(Eficacia, Proceso)**	(Nº de personas que se vinculan con beneficios sociales en el año t / Nº de personas con necesidades de vinculación a beneficios sociales en el año t) *100	Orientado a evaluar la magnitud de los beneficiarios	Sin información disponible
	Satisfacción usuaria	Porcentaje de usuarios satisfechos con vinculación a beneficios sociales **(Calidad, Producto)**	(Número de usuarios satisfechos con vinculación a beneficios sociales en el año t / Nº de personas que se vinculan con beneficios sociales en el año t) *100	Se considera fundamental que se levante información acerca de la percepción usuaria sobre la valoración del servicio entregado por este componente.	Sin información disponible

3.3. Indicadores a nivel de propósito

3.3.1. Programa de Tratamiento

A nivel de propósito, el Programa de tratamiento cuenta con indicadores vigentes, pero que varían de acuerdo a sus componentes y subcomponentes (ya que no todos disponen de información homogénea en este nivel), tal como se expone en Anexo 8. Lo común a la mayoría de ellos es que se busca medir el "logro terapéutico"[130] (en los niveles 'intermedio' o 'alto') con el que los usuarios egresan del programa, además de la retención[131] de los mismos. Pero el primer indicador –logro terapéutico- resulta problemático en la medida que depende de una apreciación subjetiva de los profesionales que realizan las intervenciones, por lo que no se puede descartar que exista un sesgo que tienda a sobre estimar el progreso de los usuarios. El segundo indicador, en cambio, resulta más útil para el seguimiento de cada subcomponente, ya que el dato agregado de retención- que se obtiene cuando se contempla este indicador a nivel de propósito- puede esconder las brechas que existan para subcomponentes específicos.

Por lo anterior, se considera que los indicadores actuales de SENDA no logran monitorear adecuadamente el logro del propósito del programa. Es por esto que se plantea volver sobre el propósito -relativo a la modificación positiva del patrón de consumo- y definir indicadores objetivos que permitan monitorear su logro. Sin embargo, es preciso advertir que, para esto, se propone reformular el concepto de "patrón de consumo", ya que la definición original de SENDA reúne distintas variables (tipo de sustancia, dosis, frecuencia, tiempo y contexto de consumo) que podrían comportarse de manera diferente, así como la calidad de los datos asociada a cada una podría resultar heterogénea. Además, el concepto vigente implica que el monitoreo realizado por el Servicio hace converger en una variable información diferente, por lo que pierde información específica y relevante.

Es por eso que, como se menciona en el apartado anterior, se propone redefinir "patrón de consumo" como la prevalencia y frecuencia de uso de la sustancia principal por la que los usuarios ingresan a tratamiento. En función de esta formulación, se proponen nuevos indicadores[132] (Ver Tabla **33**) con los que se espera seguir de mejor forma los resultados del programa. Uno de los indicadores se enfoca en la *prevalencia* del uso de drogas, con lo que se busca capturar información que unívocamente da cuenta del efecto del tratamiento. El segundo indicador se orienta a medir la frecuencia *en el uso de sustancias,* y tiene la ventaja de construirse como una variable continua que podría discriminar los efectos del programa de mejor manera que un indicador dicotómico. Por último, se proponen indicadores en la dimensión de Economía a este nivel, relativos a la *Ejecución del presupuesto y Eficiencia en la gestión de recursos.*

3.3.2. Programa de Integración Social

En el caso del Programa de Integración Social, su propósito radica en mejorar la condición de integración social, y éste se mide a través de dos indicadores definidos por el Servicio: el porcentaje de usuarios que disminuyen sus necesidades de integración social y el porcentaje de usuarios que mantienen bajas necesidades de integración social (Ver Anexo 9). El primer indicador se considera pertinente, con la salvedad de restringirlo a quienes egresan del programa. Pero el segundo indicador, se considera inválido

[130] Porcentaje de egresados del programa con logro terapéutico intermedio-alto en año t
[131] Porcentaje de egresados del programa con permanencia igual o superior a 90 días en el año t
[132] Para el detalle de formas de operacionalización de cada uno de estos indicadores y fundamentación, ver Tabla 33.

por dos motivos: (i) la mayoría de los componentes del programa (tres de cuatro) tienen como criterio de focalización los usuarios con necesidades intermedias y altas de integración social, por lo que el indicador no se circunscribe a su población objetivo; (ii) en cualquier caso, no permite medir de forma clara los efectos del programa, ya que los usuarios pueden mantener bajas sus necesidades de integración social, aún sin ser intervenidos por el programa.

Por lo anterior, se consideró preciso modificar los indicadores vigentes para este nivel, considerando no sólo un indicador que busca sintetizar los logros en los distintos ámbitos de necesidad en los que interviene el programa (que se ciñe al indicador del diseño original del programa), sino que se incorpora un indicador que mide la capacidad del programa para sostener los resultados de los programas de tratamientos de drogas, ya que la recaída en éstos, afecta sin duda la plena integración social de los individuos (United Nations Office on Drugs and Crime, 2017) (Ver Tabla 34). Una vez más, se debe destacar que la plausibilidad de medir ambos indicadores es restringida, debido a que no se dispone información válida para todos los ámbitos de intervención. También para este programa se contemplan indicadores sobre la dimensión de economía (*Ejecución del presupuesto y Eficiencia en la gestión de recursos)* que permitan observar el desempeño general del Programa en este aspecto.

Tabla 33: Indicadores propuestos a nivel de propósito (Programa de Tratamiento)				
Foco	**Enunciado (Dimensión, Ámbito de control)**	**Fórmula de cálculo**	**Fundamentación**	**Observaciones**
Prevalencia en el uso de sustancia principal	Porcentaje de usuarios egresados del programa que se abstienen del consumo de alcohol y drogas durante el último mes **(Eficacia, Resultado)**	(Número de usuarios egresados del programa que se abstienen del consumo de alcohol y drogas durante las últimas 4 semanas en el año t / Número total de usuarios egresados del programa) *100	Si bien no es la única meta deseable, se entiende que la abstinencia da cuenta de avances en el proceso de recuperación.	Indicador propuesto por el equipo evaluador
Frecuencia en el uso de sustancias	Porcentaje de usuarios egresados del programa que disminuyen la frecuencia de uso de sustancias **(Eficacia, Resultado)**	(Número de usuarios egresados del programa que reducen su consumo de sustancia principal[133] en el año t respecto a su situación inicial / Número total de usuarios egresados del programa) *100	Busca visibilizar los cambios en la frecuencia de uso de la sustancia principal por la que los usuarios ingresan al programa.	Indicador propuesto por el equipo evaluador
Ejecución del presupuesto	Porcentaje de ejecución presupuestaria de los programas **(Economía, Resultado)**	(Total de recursos de los programas ejecutados en el año t/ Total de recursos asignados a los programas para el año t) *100	Este indicador busca visibilizar el desempeño en relación a la gestión de los recursos financieros del programa.	Indicador que forma parte del sistema de monitoreo interno actual de SENDA
Eficiencia en la gestión de recursos	Porcentaje de gastos administrativos respecto al gasto total **(Economía, Proceso)**	(Total de gasto de gasto administrativo en año t/ gasto total en año t) *100	Medida que busca entregar información acerca de las prioridades de gasto que guían la gestión del programa	Indicador que forma parte del sistema de monitoreo interno actual de SENDA

[133] La reducción de consumo de sustancia principal se entenderá como la diferencia entre el auto-reporte de consumo de sustancia principal en *días de consumo de última semana y el autoreporte de la misma variable al momento del egreso al programa.*

Tabla 34: Indicadores propuestos a nivel de propósito (Programa de Integración Social)				
Foco	**Enunciado (Dimensión, Ámbito de control)**	**Fórmula de cálculo**	**Fundamentación**	**Observaciones**
Integración social	Porcentaje de usuarios que disminuyen sus necesidades de integración al egreso del programa **(Eficacia, Resultado).**	(Número de usuarios que disminuyen[134] sus necesidades de integración al egreso del programa / Total de usuarios egresados en año t) *100	Captura el efecto inmediato del programa en términos de integración social.	Este indicador presenta dificultades para su medición, ya que el programa no cuenta con un sistema que permita el registro de todas las personas que participan de los distintos componentes.
	Porcentaje de usuarios egresados del programa y egresados de tratamiento de drogas, que no reingresan a un programa de drogas **(Eficacia, Resultado).**	(Número de usuarios que egresados del programa y egresados de tratamiento de drogas, que no reingresan a un programa de drogas / Total de usuarios egresados del programa y del programa de tratamiento en año t) *100	Captura la capacidad del programa para sostener los resultados del tratamiento de drogas, ya que de esto también depende la plena integración social	Este indicador presenta dificultades para su medición, ya que el programa no cuenta con un sistema que permita el registro de todas las personas que participan de los distintos componentes como tampoco de su seguimiento.
Ejecución presupuestaria	Porcentaje de ejecución presupuestaria de los programas **(Economía, Recursos)**	(Total de recursos de los programas ejecutados en el año t/ Total de recursos asignados a los programas en el año t) *100	Este indicador busca visibilizar el desempeño en relación a la gestión de los recursos financieros del programa.	
Eficiencia en la gestión de recursos	Porcentaje de gastos administrativos respecto al gasto total **(Economía, Proceso)**	(Gasto administrativo total en año t / Gasto total en año t) *100	Medida que busca entregar información acerca de las prioridades de gasto que guían la gestión del programa	

[134] Se asume un indicador de necesidades que clasifica en necesidades alta, media y baja, se asume que cualquier disminución (alta a media, media a baja, alta a baja) será considerada dentro del numerador de este indicador.

3.4. Indicadores a nivel de fin

Los indicadores a nivel de fin son claves para medir el impacto o resultados finales de un programa, ya que permiten estimar cómo han cambiado las circunstancias de los usuarios en el largo plazo. Por esta razón, se debe considerar que la estimación de estos indicadores sólo se medirá para aquellos programas seleccionados para ser evaluados a nivel de resultados finales – que serán sólo 2 programas, detallados en el apartado VII. Además, se debe especificar que el Servicio no contaba con indicadores que midieran este nivel de objetivos.

Considerando que el fin de los programas gira en torno a la recuperación de los usuarios, se proponen indicadores para los cinco[135] ámbitos que contribuyen a este objetivo: (i) Salud mental, (ii) Salud física, (iii) *Apego a las normas sociales*, (iv) *Participación en el sistema socioeconómico* y (v) *Vinculación con redes de apoyo*.

Los dos primeros ámbitos, relativos a las condiciones de salud mental y física de los usuarios, han sido relevados por la literatura como cruciales en el logro de la recuperación (Arndt, 2007; Gitlow, 2007). Con respecto al tercer ámbito, resulta relevante en dos sentidos. Primero porque la literatura volcada a comprender los factores que llevan a la recuperación ha relevado el concepto de ciudadanía (Arndt, 2007; BFI, 2007; Gitlow, 2007) – el cual alude al respeto por el entorno– y por ello, aquí se operacionaliza como apego a las normas sociales. En segundo lugar, esta dimensión es importante porque el consumo de drogas afecta a la seguridad ciudadana, que es una premisa reconocida por SENDA, toda vez que esta institución se aloja dentro del Ministerio del Interior y Seguridad Pública[136]. En efecto, aunque no se debe generalizar que todos los consumidores problemáticos de drogas y/o alcohol están implicados en la comisión de delitos, existe evidencia de que los usuarios de drogas ilícitas corren el riesgo de tomar contacto con el mundo delictual para acceder a las sustancias, razón por la cual el apego a las normas aplica para toda la población (tanto infractora como general). Así mismo, la participación en el sistema económico y educativo son ámbitos fundamentales de un proceso efectivo de recuperación, tal como fue discutido anteriormente (Ver punto IV.2.1). Por último, la vinculación a redes de apoyo, como la familia, en la medida que brinda estabilidad y soporte a los individuos, posibilita sostener los cambios asociados a la recuperación (Arndt, 2007; BFI, 2007; Gitlow, 2007).

Finalmente, aun cuando este estudio no contempla la evaluación del impacto del programa de integración social, esta propuesta busca incentivar el levantamiento de información para que en el futuro este último programa pueda también evaluar sus resultados a largo plazo.

---

[135] Cabe destacar que, a diferencia del informe anterior, la nueva formulación del fin refiere al concepto de recuperación, que contempla dentro de sus dimensiones la salud mental y física. De esta manera, estos indicadores de salud ya no se contemplan a nivel de propósito (como antes). Este cambio hace sentido al equipo evaluador, ya que considera que el programa de tratamiento interviene directamente sólo en un ámbito de la salud, relativo al consumo de drogas, lo que justifica que estas mediciones se consideren a nivel de fin.

[136] El reconocimiento institucional de la relación droga-delito se hace evidente en dos sentidos. Primero porque de acuerdo a la Ley Nº 20.502-que crea el SENDA-, dentro de sus funciones se encuentra "*Colaborar con el Ministro del Interior y Seguridad Pública, y con el Subsecretario de Prevención del Delito, en el ámbito de sus atribuciones, en la elaboración de políticas en materia de prevención del consumo de estupefacientes, sustancias psicotrópicas e ingestión abusiva de alcohol, y de tratamiento, rehabilitación y reinserción social de las personas afectadas por dichos estupefacientes y sustancias psicotrópicas, cuando estas conductas constituyan un factor de riesgo para la comisión de delitos*"(Art.19). En segundo lugar, de acuerdo a información oficial de la institución, se explicita que "*El consumo de alcohol y otras drogas se constituye uno de los principales problemas de salud pública (…) contribuyendo además, a la inseguridad ciudadana.*" (Para mayor referencia: http://www.SENDA.gob.cl/tratamiento/).

Tabla 35: Indicadores propuestos a nivel de fin				
Foco	**Enunciado (Dimensión, Ámbito de control)**	**Fórmula de cálculo**	**Fundamentación**	**Observaciones**
Sobriedad	Porcentaje de usuarios egresados del programa que se abstienen del consumo de alcohol y drogas durante el último año o que disminuyen la frecuencia de uso de sustancias	(N° de usuarios que egresan del programa que se abstienen del consumo de alcohol y drogas durante los últimos doce meses o que disminuyen la frecuencia de uso de sustancias durante los últimos 12 meses en el año t / N° de total de usuarios egresados en año t) *100	Orientado a capturar una dimensión de la recuperación que se considera clave.	Se incorpora este indicador luego de discusiones conceptuales con SENDA sobre cómo operacionalizar "recuperación".
Calidad de vida	Grado de satisfacción con distintas áreas de la vida (situación laboral, lugar donde vive, relaciones familiares, de amistad y vida en general)	(N° de usuarios que egresan del programa mejorando su grado de satisfacción con distintas áreas de la vida en el año t / N° de total de usuarios egresados en año t) *100	Orientado a capturar una dimensión de la recuperación que se considera clave.	Se incorpora este indicador luego de discusiones conceptuales con SENDA sobre cómo operacionalizar "recuperación".
Salud Mental	Porcentaje de usuarios que egresan del programa mejora su Estado de salud mental[137] **(Calidad, Resultado)**	(N° de usuarios que egresan del programa que mejora su salud mental en el año t / N° de total de usuarios egresados en año t) *100	Orientado a capturar una dimensión de la recuperación que se considera clave.	
Salud física	Porcentaje de usuarios que egresan del programa que mejora su Estado de salud física[138] **(Calidad, Resultado)**	(N° de usuarios que egresan del programa que mejora su salud mental en el año t / N° de total de usuarios egresados en año t) *100	Orientado a capturar una dimensión de la recuperación que se considera clave.	
Apego a las normas sociales	Porcentaje de usuarios egresados sin *conflictos con la justicia*[139] posteriores al tratamiento **(Eficacia, Resultado)**	(Número de usuarios egresados sin conflictos con la justicia posteriores al tratamiento en año t / Total de usuarios egresados del programa en el año t) *100	El fenómeno del consumo de drogas tiene implicancias para la seguridad social, por lo que	Esta información se levantará dentro de la Evaluación de Impacto que contempla este estudio.

[137] El estado de salud mental será medido en base a autopercepción de salud mental (en una escala de 5 puntos, donde 1 es Muy mala y 5 Excelente. Cabe destacar que, de acuerdo a la experiencia del equipo investigador y la evidencia, existiría una alta asociación entre la autopercepción de salud mental e indicadores objetivos de la misma.

[138] El estado de salud física será medido en base a autopercepción de salud física (en una escala de 5 puntos, donde 1 es Muy mala y 5 Excelente. Cabe destacar que, de acuerdo a la experiencia del equipo investigador y la evidencia, existiría una alta asociación entre la autopercepción de salud mental e indicadores objetivos de la misma.

[139] Por conflicto con la justicia se entiende haber sido detenido, formalizado o condenado en el sistema de justicia, ya que todo esto implica tener algún contacto con la justicia, lo que ha mostrado tener impacto nocivo en la reinserción social de las personas.

			se considera fundamental poder visibilizar este impacto a través de este indicador.	
Participación en el sistema socioeconómico	Porcentaje de usuarios egresados de los programas que se encuentran trabajando y/o estudiando en sistema educativo formal, sobre el total de usuarios que egresaron de los programas. **(Eficacia, Resultado)**	(Número de usuarios egresados con trabajo formal dependiente con contrato[140] y/o estudiando en sistema educativo formal en año t /Número total de usuarios egresados del programa en el año t) *100	Busca medir si los usuarios efectivamente se integran ya sea al sistema laboral o educativo.	Esta información se levantará dentro de la Evaluación de Impacto que contempla este estudio.
Vinculación a redes de apoyo	Porcentaje de usuarios que reestablecen relaciones con figuras significativas luego de su egreso del programa **(Eficacia, Resultado)**	(Número de usuarios egresados que reestablecen relaciones con figuras significativas[141] en año t/ Número total de usuarios con relaciones problemáticas con figuras significativas al inicio del programa) *100	El restablecimiento de vínculos familiares es un logro crucial que da cuenta de un aspecto importante en la integración social de las personas.	Esta información se levantará dentro de la Evaluación de Impacto que contempla este estudio.
Ejercicio de la ciudadanía	Nivel de participación en grupos prosociales	(N° de usuarios que egresan del programa mejorando su nivel de participación en grupos prosociales en el año t / N° de total de usuarios egresados en año t) *100	Orientado a capturar una dimensión de la recuperación que se considera clave.	Se incorpora este indicador luego de discusiones conceptuales con SENDA sobre cómo operacionalizar "recuperación".

[140] Se considera deseable el trabajo formal dependiente con contrato, dado que-a diferencia de un trabajo independiente- supone la supervisión de un empleador, así como el ejercicio de una rutina de trabajo estructurada, lo que en su conjunto, podría favorecer el proceso de recuperación.

[141] Esto será medido en base al autoreporte de la calidad de la relación con figuras significativas, esto es, la valoración en una escala de 1 a 5- donde 1 es Muy mala y 5 es Excelente- de la relación con padre o figura paterna, madre o figura materna, hijos, hermanos y cónyuge o pareja.

4. Conclusiones

En términos generales, el fin y propósito de los programas dan cuenta del resultado esperado y asociado al problema que se identificó en el diagnóstico.

Para el Programa de Tratamiento, se evalúa que sus componentes son coherentes con el propósito, y no se identifican componentes o actividades prescindibles. A nivel de subcomponentes, se observaron ciertas inconsistencias: (i) traslape de funciones y poblaciones atendidas (población mixta y mujeres dentro de componente Población Adulta); (ii) la necesidad de sumar un subcomponente orientado al subgrupo poblacional en condición de imputados dentro de componente Adultos infractores; y (iii) diferenciar entre subcomponentes según tipos de sanción, dentro del componente Adolescentes infractores, para un mejor monitoreo del programa. No se observan mayores duplicidades en las poblaciones atendidas entre los distintos componentes.

Adicionalmente, las acciones débilmente desarrolladas para un completo cumplimiento de los objetivos son: (i) habilidades parentales orientadas a hombres; (ii) evaluación de la satisfacción usuaria y (iii) actividades de seguimiento. Por otra parte, se considera que los distintos componentes entregan servicios adecuadamente segmentados de acuerdo a poblaciones que tienen necesidades distintas dada su relación con el problema que da origen a los programas. Cada programa tiene asimismo una lógica de intervención de acuerdo a la severidad de consumo, lo que resulta coherente y en la línea de la evidencia revisada. En general, los programas prestan servicios que son mutuamente excluyentes entre los componentes, ya que todos constituyen un mismo servicio, el de tratamiento.

En cuanto al sistema de monitoreo, se proponen, precisan y suman nuevos indicadores a todos los niveles de objetivos ya que los actualmente usados por el servicio resultan insuficientes. La factibilidad de medición de los indicadores propuestos es alta, aunque supondría la actualización de SISTRAT de acuerdo a las redefiniciones propuestas de fin y propósito del programa.

Para el Programa Chile Integra se evalúa que sus componentes son coherentes con el propósito, pero no son suficientes. Se sugiere incorporar componentes orientados a población adolescente e infractores de ley. Además, se sugiere incorporar actividades orientadas a (i) intervenciones de "apoyo de pares"; (ii) evaluación continua del programa; (iii) evaluación de la satisfacción usuaria. Por último, la falencia más grande en este programa radica en su lógica horizontal o sistema de monitoreo, ya que debe mejorarse tanto el diseño de sus indicadores como el levantamiento y sistematización de la información requerida para su estimación.

V. EVALUACIÓN DE USO DE RECURSOS

El siguiente apartado presenta el análisis de recursos económicos de los programas evaluados en el presente informe. Ahora bien, la distinción presentada a continuación no coincide con la clasificación presentada anteriormente, dado que SENDA reporta los ingresos y gastos de manera conjunta para algunos componentes. La Tabla 37 explica en detalle cómo varían los niveles de agregación ya mencionados.

1. Antecedentes presupuestarios

Los programas de rehabilitación y tratamiento se financian en gran medida por asignación directa en la Ley de Presupuesto, sin aportes de terceros. Esto se evidencia al analizar las fuentes de recursos de los programas, que se presentaran más adelante. La asignación de recursos se realiza a través del Ministerio del Interior y de Seguridad Pública y, en particular, a través de SENDA, institución de la cual dependen los programas evaluados. En específico, los montos asignados para el área de Tratamiento y Rehabilitación están registrados en la Partida 05, Capítulo 09, Programa 01, Subtítulo 24, Ítem 03, Asignación 001 de cada Ley de Presupuestos.

La Tabla 36 muestra la evolución del presupuesto del programa y lo compara con el presupuesto total de la institución responsable; en este caso, SENDA. Es posible observar que la participación de los programas de rehabilitación y tratamiento en el presupuesto de SENDA ha oscilado entre un 64% y un 68% entre el 2013 y el 2017, manteniéndose casi constante. Por otra parte, es posible notar que los programas como un todo representan parte considerable del presupuesto de la institución responsable; al menos 6 de cada 10 pesos que ingresan a SENDA son invertidos en programas de rehabilitación y tratamiento.

Al considerar cuánto han variado los presupuestos de los programas y de SENDA por separado entre los años 2013 y 2017, se tiene ambas líneas han aumentado; no obstante, el crecimiento es mayor – en términos porcentuales – para los programas de rehabilitación y tratamiento.

Tabla 36: Presupuesto del programa e institución responsable. 2013 – 2017 (miles de pesos de 2017)

Año	Presupuesto Programa de Tratamiento y Rehabilitación (M$) (a)	Presupuesto total SENDA (M$) (b)	Participación del programa en el presupuesto de la Institución Responsable (%) (a)/(b)
2013	34.553.088	54.259.445	64%
2014	41.005.987	59.905.460	68%
2015	43.390.887	65.306.127	66%
2016	43.750.435	64.739.216	68%
2017	42.977.380	64.135.313	67%
% variación 2013 - 2017	24%	18%	

Fuente: Elaboración propia a partir de las Leyes de Presupuesto 2013-2017. Valores expresados en miles de pesos 2017.

Al ahondar ahora en los presupuestos por programa, es necesario hacer una precisión respecto a la forma de generar reportes. La Tabla 37 puntualiza la forma en que la información fue encontrada y, por lo tanto,

qué programas generan reportes de manera conjunta. Las estimaciones presentadas, por lo tanto, tienen como unidad de análisis los nombres de los reportes del Ministerio de Desarrollo Social.

Tabla 37: Programas evaluados y reportes.

N	Nombre del programa	Componente	Nombre en reporte de presupuesto
1	Población general	Tratamiento y Rehabilitación para Población Adulta General con consumo problemático de Drogas y Alcohol	Tratamiento y rehabilitación para población adulta con consumo problemático de drogas y alcohol
2	Población específica de mujeres		
3	Personas en situación de calle		
4	Programa de detección e intervenciones breves		
5	Programa tribunales de tratamiento de drogas	Tratamiento para población adulta infractores con consumo problemático de Drogas y/o Alcohol Drogas y/o Alcohol	Tratamiento a adultos infractores consumidores problemáticos de drogas y alcohol
6	Programa para personas condenadas en sistema cerrado de Gendarmería		
7	Programa para personas condenadas a libertad vigilada		Tratamiento para población consumidora de drogas y alcohol en libertad vigilada
8	Programa de tratamiento ambulatorio intensivo	Tratamiento y Rehabilitación para Niños y Adolescentes con Consumo Problemático de Alcohol y Otras Drogas	Tratamiento y rehabilitación para niños y adolescentes con consumo problemático de alcohol y otras drogas
9	Otros proyectos		
10	Tratamiento integral de adolescentes y jóvenes Ingresados por ley N°20.084 con consumo problemático de alcohol, drogas y otros trastornos de salud mental	Tratamiento Integral de Adolescentes y Jóvenes Ingresados por Ley N°20.084 con Consumo Problemático de Alcohol y Drogas.	Tratamiento integral de adolescentes y jóvenes ingresados por ley N°20.084 con consumo problemático de alcohol y drogas (ex Tratamiento para adolescentes con consumo problemático de drogas)
11	Evaluación clínica diagnóstica en fiscalías para adolescentes infractores de ley imputados		
12	Chile Integra	Programa de Integración Social Chile Integra	Integración Social Chile Integra

Fuente: Elaboración propia a partir de información entregada por SENDA.

Al hablar, entonces, de los presupuestos por programa, se compara el presupuesto aprobado por ley de presupuesto con aquel vigente al cuarto trimestre de cada año. Esta diferencia, que consta en los registros contables de la entidad, se debe a que SENDA reasigna montos al interior de los programas. Estas modificaciones se evalúan en función de las ejecuciones de planes de tratamiento de cada centro; así en el procedimiento de reasignación de planes se señala que[142]:

[142] Esto se toma desde una orden tipo de reasignación, emitida por el jefe de área de tratamiento.

- Son candidatos a reducción de recursos para un año n los centros que en el año n-1 tuvieron subejecuciones de planes.
- De manera análoga, son candidatos a aumentos de recursos para un año n centros que en el año n-1 tuvieron sobre ejecuciones de planes.

Estas estimaciones son realizadas a nivel regional y después son traspasadas al área de tratamiento a nivel nacional. Estas reasignaciones, entonces, reflejan el carácter dinámico y no completamente estimable de las demandas en cada uno de los programas.

Al analizar cómo se han dado estas reasignaciones entre 2013 y 2017 dentro de los programas de tratamiento (ver Tabla 38), se tiene que no existen programas que presenten patrones sostenidos de aumento o de disminución. El programa que tuvo menos variaciones fue Población General, seguido del tratamiento enfocado en adolescentes y jóvenes ingresados por Ley Nº20.084.

Los programas con alguna variación más importante en términos de magnitud son tres. En primer lugar, en el Tratamiento a adultos infractores de ley, para el año 2015, se evidencia una reducción de presupuesto del 22,8%; esto tiene relación con que ese año existieron muchos cargos vacantes dentro del programa y, por lo tanto, dinero presupuestado para recursos humanos no fue ejecutado. En tanto esta cifra no pudo ser redestinada a otras actividades dentro del mismo programa, se modificó el convenio, reduciendo en cerca de 200 millones de pesos el monto transferido desde SENDA.

En segundo y tercer lugar, se tiene al programa de Tratamiento general de niñas, niños y adolescentes, que registra un aumento presupuestario de 14,4% para 2013, y al programa de Libertad Vigilada, que exhibe una disminución de 29,4% en 2014. Si bien los cambios entre Ley de Presupuesto y Presupuesto vigente al cuarto trimestre de dan en direcciones contrarias, para ambos casos las variaciones tienen relación con el carácter de piloto de los programas. Al funcionar a través de convenios, siempre existe la posibilidad de que convenios programados no se lleven a cabo (lo que explica disminución de asignaciones) o que en virtud de la disponibilidad presupuestaria se suscriban más convenios de los programados originalmente (lo que explica alzas en asignaciones).

Por otra parte, al analizar las variaciones presupuestarias entre 2013 y 2017, expuestas en la Tabla 39, se observa que han existido cambios importantes en casi todos los programas de tratamiento. Así, para el componente que se enfoca en población general, se produjo un aumento de 35%; este programa – que es el más importante en términos presupuestarios – fue objeto de un compromiso presidencial del primer gobierno de Sebastián Piñera[143], donde se puso como meta aumentar la cobertura, lineamiento que se mantuvo en el segundo gobierno de Michelle Bachelet[144]. Estos compromisos se evidencian al analizar las coberturas, donde entre 2013 y 2017 hay un aumento del 40% (ver capítulo VI del informe).

[143] Para más información revisar:
Programa presidencial de Sebastián Piñera 2010-2014: http://www.labconstitucional.cl/wp-content/uploads/2016/05/programa_gobierno_2010-Pi%C3%B1era.pdf.
Lanzamiento de estrategia nacional de alcohol y drogas 2010-2014: https://www.interior.gob.cl/sitio-2010-2014/n2692_11-05-2011.html
[144] Para más información revisar:
http://www.subdere.gov.cl/sites/default/files/noticias/archivos/programamb_1_0.pdf

Tabla 38: Asignación por ley de presupuestos y presupuesto vigente por programa. Años 2013 – 2017 (miles de pesos de 2017).

		2013			2014			2015			2016			2017		
N	Nombre del programa	Ley presupuesto	Presupuesto vigente	% var	Ley presupuesto	Presupuesto vigente	% var	Ley presupuesto	Presupuesto vigente	% var	Ley presupuesto	Presupuesto vigente	% var	Ley presupuesto	Presupuesto vigente	% var
1	Tratamiento y Rehabilitación para Población Adulta con Consumo Problemático de Drogas y Alcohol	$16.661.955	$16.708.719	0,3%	18.939.221	18.657.551	-1,5%	22.094.512	22.039.270	-0,3%	22.165.929	22.172.446	0,0%	22.425.534	22.423.333	0,0%
2	Tratamiento a Adultos Infractores Consumidores Problemáticos de Drogas y Alcohol	$921.600	$921.600	0,0%	903.870	903.870	0,0%	817.458	630.725	-22,8%	572.831	548.036	-4,3%	481.955	481.955	0,0%
3	Programa para personas condenadas a libertad vigilada	$609.636	$645.196	5,8%	1.653.939	1.167.935	-29,4%	993.078	993.078	0,0%	970.228	970.228	0,0%	981.665	1.038.806	5,8%
4	Tratamiento y Rehabilitación para Niños y Adolescentes con Consumo Problemático de Alcohol y Otras Drogas	$1.289.797	$1.475.450	14,4%	3.529.126	3.659.515	3,7%	4.337.908	4.337.908	0,0%	4.278.993	4.302.282	0,5%	4.520.343	4.723.179	4,5%
5	Tratamiento Integral de Adolescentes y Jóvenes Ingresados por Ley N°20.084 con Consumo Problemático de Alcohol, Drogas y otros trastornos de salud mental	$13.935.407	$13.309.076	-4,5%	13.268.535	13.167.601	-0,8%	12.522.704	12.522.704	0,0%	12.679.948	12.653.109	-0,2%	13.180.320	12.806.335	-2,8%
	TOTAL	**$33.418.395**	**$33.060.041**	**-1,1%**	**38.294.691**	**37.556.472**	**-1,9%**	**40.765.660**	**40.523.685**	**-0,6%**	**40.667.929**	**40.646.102**	**0,0%**	**41.589.817**	**41.473.608**	**-0,3%**

Fuente: Elaboración propia a partir información entrega por SENDA. Valores en miles de pesos de 2017.
No se presentan datos del Programa de integración social Chile Integra, porque no recibe asignación directa por ley.

Para el programa de adultos infractores, se evidencia una reducción presupuestaria importante entre 2013 y 2017, de un 48%. Ahora bien, la naturaleza de esta política es diferente al resto de los programas. En este caso, no se opera a través de compra de planes, sino que mediante un convenio de colaboración técnica y financiera con GENCHI, que no depende del número de beneficiarios. Así, las variaciones de año a año se explican por reducciones de gastos operativos, compras de equipo y actividades de capacitación.

El programa que más cambios tiene en términos de magnitud de presupuesto es el programa de niñas, niños y adolescentes en general, que exhibe un aumento del 250%. Esta diferencia, en este caso, se debe a que hubo un cambio de modalidad; durante 2013 el programa operó como un programa "piloto" (convenio por transferencia). Tal como lo consolida la resolución Nº176, el año 2014 se licitaron 22 líneas de servicio, donde este programa pasó a contratación de planes. Esto se evidencia en la Tabla 38, donde los recursos al menos se duplican. Respecto del programa de libertad vigilada, ocurre algo similar que en el caso anterior. La resolución Nº356 del año 2015, consolida el programa que pasa a un modelo de compra de planes y eso repercute en las escalas que va tomando.

Tabla 39: Variación presupuestos 2013 – 2017 (%), por programa

N	Nombre del programa	Variación 2013 - 2017	
		Ley presupuesto	Presupuesto vigente
1	Tratamiento y Rehabilitación para Población Adulta con Consumo Problemático de Drogas y Alcohol	35%	34%
2	Tratamiento a Adultos Infractores Consumidores Problemáticos de Drogas y Alcohol	-48%	-48%
3	Programa para personas condenadas a libertad vigilada	61%	61%
4	Tratamiento y Rehabilitación para Niños y Adolescentes con Consumo Problemático de Alcohol y Otras Drogas	250%	220%
5	Tratamiento Integral de Adolescentes y Jóvenes Ingresados por Ley N°20.084 con Consumo Problemático de Alcohol, Drogas y otros trastornos de salud mental	-5%	-4%

Fuente: Elaboración propia a partir de información entregada por SENDA. No se presentan datos del Programa de integración social Chile Integra, porque no recibe asignación directa por ley.

2. Fuente de recursos financieros

En relación a la fuente de los recursos, los programas de tratamiento y rehabilitación de SENDA no poseen recursos externos a la institución responsable; no obstante, dentro de esta fuente se puede distinguir:

- **Asignación fiscal directa:** corresponde a los fondos que provienen de la Ley de Presupuesto. Tal como se mencionó anteriormente, dentro de los programas pueden existir reasignaciones internas asociadas a cómo se va consolidando la demanda por tratamiento durante el año.
- **Fondo especial de la ley Nº20.000[145]:** esta ley, que sanciona el tráfico ilícito de estupefaciente y sustancias sicotrópicas, establece que todos los dineros recaudados de la enajenación de bienes y valores decomisados se destinarán a la creación de un fondo especial. Este fondo debe ser utilizado en financiar programas de prevención, tratamiento y rehabilitación de consumo de drogas, y es gestionado por SENDA. El uso de este fondo tiene ciertas limitaciones, como que

[145] Para más: https://www.leychile.cl/N?i=1036937&f=2012-02-03&p=

la entidad que ejecuta los programas debe ser pública o privada sin fines de lucro. En términos de asignaciones, el Fondo Especial se adjudica a los programas en conjunto con la Ley de Presupuestos; en ese sentido, cada programa recibe una única asignación específica que concentra ambas fuentes de ingreso, que viene del Área de Tratamiento (es el área la que internamente distribuye los recursos totales asignados en función de las necesidades de cada programa).

Al analizar, en primer lugar, cuál es la participación del fondo especial en el presupuesto del programa, se tiene que proporción que este representa es más bien baja (ver Tabla 40). Entre los años 2013 y 2017 la participación oscila entre un 4,2% y un 5,5%. En este sentido, si bien se trata de recursos valiosos para ser invertidos en tratamientos – cumpliendo el espíritu de la ley –, no es un aporte significativo dentro del presupuesto del área.

Tabla 40: Monto del fondo especial y presupuesto del programa 2013 – 2017 (miles de pesos de 2020)

	Monto fondo especial (a)	Presupuesto Programa de Tratamiento y Rehabilitación (b)	Participación del fondo especial en el presupuesto del programa (%) (a)/(b)
2013	$2.023.368	$36.832.632	5,5%
2014	$1.858.180	$44.168.983	4,2%
2015	$2.300.421	$46.537.554	4,9%
2016	$2.143.024	$47.059.653	4,6%
2017	$2.121.778	$45.985.797	4,6%

Fuente: Elaboración propia a partir de información entregada por SENDA y de las Leyes de Presupuesto 2013-2017. Valores expresados en miles de pesos 2020. Se incluyen montos del fondo especial destinados a Chile Integra.

Indagando ahora la participación del Fondo Especial en los diferentes programas (ver Tabla 41), se tiene que para la mayor parte de los componentes el monto del fondo especial no supera el 10%. El único programa donde se evidencia una participación alta es el programa Tratamiento de adultos infractores, donde para casi todos los años, la operación completa de este programa se financia con la recaudación de la Ley Nº20.000. En este sentido, si bien los ingresos asociados al Fondo Especial no son de grandes proporciones sí alcanzan para cubrir al menos un subcomponente completo.

Tabla 41: Fuentes de recursos 2013 – 2017 (%) – por programa

	2013		2014		2015		2016		2017	
Nombre del programa	% FE	%AD	% FE	%AD	% FE	%AD	% FE	%AD	% FE	%AD
Tratamiento y Rehabilitación para Población Adulta con Consumo Problemático de Drogas y Alcohol	1,8%	98,2%	0,2%	99,8%	0,2%	99,8%	0,3%	99,7%	0,3%	99,7%
Tratamiento a Adultos Infractores Consumidores Problemáticos de Drogas y Alcohol	100,0%	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%	0,0%	88,9%	11,1%	100,0%	0,0%
Programa para personas condenadas a libertad vigilada	44,2%	55,8%	56,2%	43,8%	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
Tratamiento y Rehabilitación para Niños y Adolescentes con Consumo Problemático de Alcohol y Otras Drogas	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%	6,2%	93,8%	3,8%	96,2%	2,7%	97,3%
Tratamiento Integral de Adolescentes y Jóvenes Ingresados por Ley N°20.084	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%	5,8%	94,2%	6,2%	93,8%	6,5%	93,5%

Fuente: Elaboración propia a partir de información entregada por SENDA. No se presentan datos del Programa de integración social Chile Integra, porque no recibe asignación directa por ley.

3. Eficiencia

3.1. Ejecución presupuestaria de los programas

Para calcular la ejecución presupuestaria del programa, es necesario considerar que, tal como se explicó anteriormente, SENDA realiza reasignaciones en función de las ejecuciones de los centros y en conformidad a la demanda por los tratamientos[146]. En este contexto, la ejecución presupuestaria se calcula considerando el presupuesto vigente al cuarto trimestre. La Tabla 42 presenta los gastos efectivos de los diferentes programas, con su respectivo porcentaje de ejecución (para consultar el monto de presupuesto vigente ver Tabla 38).

En términos generales, se observa que no existen sobre ejecuciones presupuestarias. Considerando todos los programas juntos, se tiene que el porcentaje más bajo se da en 2017, donde la ejecución alcanzó un 94,4%. Al analizar por programa, se tiene que el programa más importante en términos de recursos – Tratamiento en población general – exhibe ejecuciones sobre el 95% en todos los años analizados. Estos indicadores, si bien reflejan buenos niveles de ejecución, dejan la oportunidad de llegar a más beneficiarios; para 2017, por ejemplo, no se gastaron $1.121.167 miles de pesos.

El programa de Libertad vigilada, en 2013, tuvo la ejecución más baja del todo el periodo de análisis, donde, por cada diez pesos de presupuesto, no se ejecutó 1,3. Para el resto de los años, la tendencia es al alza, donde, si bien existen oscilaciones, para el año 2017, llega a un 99,8% de ejecución.

El programa de adolescentes general, por otra parte, tiene una trayectoria algo inestable. Los primeros años (2013 y 2014), tiene ejecuciones del 100%, lo que se explica porque todavía el programa no pasaba a operar en función de compra de planes. En 2015, 1 de cada 10 pesos recibido por el programa no son gastados, lo que significa que, aproximadamente, 455 millones de pesos no se tradujeron en beneficios para la población objetivo del programa. Para 2016 la ejecución mejora, volviendo a bajar en 2017, donde llega a un 93,1%.

Para el caso del programa de adolescentes ingresados por Ley Nº20.084, se tienen las ejecuciones más bajas del área de tratamiento, oscilando entre un 91% y un 93%.

Para el caso del programa de Tratamiento a Adultos Infractores Consumidores Problemáticos de Drogas y Alcohol y de Chile Integra, se tiene que todos los años alcanzan ejecuciones completas. Esto se debe a que, en el primer caso, se trata de un convenio de colaboración con Gendarmería de Chile, por lo que SENDA realiza transferencias de recursos en función de las necesidades del programa (gastos operacionales estimados, equipos necesarios y actividades de capacitación). Para Chile Integra, la situación es bastante similar; en este caso el programa no tiene asignaciones por Ley de Presupuesto, sino que obtiene recursos a través de reasignaciones internas. En este contexto, estas adjudicaciones se hacen teniendo como base los proyectos desarrollados en diferentes regiones; por lo tanto, por definición se ejecuta todo lo que ingresa al programa.

[146] Estas reasignaciones se hacen de manera semestral (2 veces al año). En este proceso, el Jefe del Área de Tratamiento oficia a los Directores Regionales, quienes son los encargados de hacer un catastro de demanda.

Tabla 42: Gastos ejecutados y ejecución presupuestaria por programa. Años 2013-2017.										
	2013		2014		2015		2016		2017	
Nombre del programa	Gastos efectivos	% ejecución	Gastos efectivos	% ejecución	Gastos efectivos	% ejecución	Gastos efectivos	% ejecución	Gastos efectivos	% ejecución
Tratamiento y Rehabilitación para Población Adulta con Consumo Problemático de Drogas y Alcohol	$16.385.165	98,1%	$18.511.464	99,2%	$21.252.679	96,4%	$21.723.672	98,0%	$21.473.249	95,8%
Tratamiento a Adultos Infractores Consumidores Problemáticos de Drogas y Alcohol	$921.600	100,0%	$903.870	100,0%	$630.725	100,0%	$548.036	100,0%	$481.955	100,0%
Programa para personas condenadas a libertad vigilada	$558.119	86,5%	$1.097.618	94,0%	$968.319	97,5%	$914.613	94,3%	$1.036.901	99,8%
Tratamiento y Rehabilitación para Niños y Adolescentes con Consumo Problemático de Alcohol y Otras Drogas	$1.475.450	100,0%	$3.659.515	100,0%	$3.883.169	89,5%	$4.217.249	98,0%	$4.395.082	93,1%
Tratamiento Integral de Adolescentes y Jóvenes Ingresados por Ley N°20.084 con Consumo Problemático de Alcohol, Drogas y otros trastornos de salud mental	$12.409.747	93,2%	$12.160.679	92,4%	$11.712.364	93,5%	$11.697.570	92,4%	$11.746.142	91,7%
Chile Integra	$471.562	100,0%	$581.314	100,0%	$611.602	100,0%	$562.244	100,0%	$560.230	100,0%
TOTAL	**$32.221.643**	96,1%	**$36.914.460**	96,8%	**$39.058.857**	95,0%	**$39.663.384**	96,3%	**$39.693.560**	94,4%
Fuente: Elaboración propia a partir de información entregada por SENDA. Gastos ejecutados en miles de pesos de 2017. % ejecución en porcentajes.										

3.2. Costo medio por beneficiario

Una vez que se calcula la ejecución presupuestaria, cabe preguntarse cómo se relaciona ese gasto con las coberturas de cada uno de los programas analizados. La Tabla 43 muestra la evolución del costo medio por beneficiario, la desviación estándar de dicho costo y qué porcentaje del costo medio representa dicha desviación. Los datos presentados muestran que, consistentemente, los programas con costo medio por beneficiario más altos son aquellos destinados a población adolescente, donde el programa general destinado a esta población tiene, en promedio entre 2013 y 2017, un costo por beneficiario de M$3.060 y el programa enfocado en adolescentes ingresados por Ley N°20.084, tiene un costo por beneficiario de $2.446 para los mismos años. Por el contrario, el programa menos costoso al analizar según número de beneficiarios es el enfocado en población adulta general, que alcanza un valor de M$$1.050.

Por otro lado, al considerar cómo varían los costos medios por programa según los años de ejecución, se tiene que el programa con menor variación es el programa de Tratamiento y Rehabilitación para Población Adulta con Consumo Problemático de Drogas y Alcohol, donde la desviación estándar es M$34. Una variación más importante en términos de magnitud se observa en el programa de Tratamiento y Rehabilitación para Niños y Adolescentes con Consumo Problemático de Alcohol y Otras Drogas; ahora bien, pese a que en este caso la desviación estándar es de M$228, esta cifra representa solamente el 7% del costo promedio de atender a un beneficiario.

Donde sí se exhiben variaciones que son importantes – en términos de participación en el costo promedio –, es en el programa de Tratamiento a Adultos Infractores Consumidores Problemáticos de Drogas y Alcohol. Para este programa, la desviación promedio es de M$338, lo que representa un 30% del costo promedio de atender a un beneficiario. Es necesario recordar que este programa es un convenio de colaboración entre Gendarmería de Chile y SENDA, por lo que, si bien su ejecución no depende directamente de SENDA, la cifras sí hablan de un posible problema eficiencia.

Respecto del programa de Chile Integra, tal como se señaló en el capítulo destinado a cobertura (Capítulo IV), no se cuenta con un dato confiable de número de beneficiarios por año; esto, debido, principalmente, a que no se cuenta con una plataforma integrada e independiente a SISTRAT que sirva de soporte para sistematizar la información respecto a las distintas prestaciones otorgadas por el programa. En ese contexto, no se reporta en esta sección cálculo de costo medio por beneficiario.

Tabla 43: Costo medio por beneficiario por programa. Años 2013-2017.

	2013		2014		2015		2016		2017		Promedio (M$)	Desviación estándar (M$)	Desviación estándar como porcentaje del costo medio
Nombre del programa	N beneficiarios	Costo medio (M$)	N beneficiarios	Costo medio (M$)	N beneficiarios	Costo medio (M$)	N beneficiarios	Costo medio (M$)	N beneficiarios	Costo medio (M$)			
Tratamiento y Rehabilitación para Población Adulta con Consumo Problemático de Drogas y Alcohol	13.689	$1.276	15.626	$1.276	18.298	$1.246	18.362	$1.273	19.179	$1.198	$1.050	$ 34	3%
Tratamiento a Adultos Infractores Consumidores Problemáticos de Drogas y Alcohol	S/I	S/I	S/I	S/I	381	$1.775	477	$1.236	447	$1.154	$1.126	$338	30%
Programa para personas condenadas a libertad vigilada	S/I	S/I	S/I	S/I	393	$2.643	400	$2.459	440	$2.522	$1.929	$93	5%
Tratamiento y Rehabilitación para Niños y Adolescentes con Consumo Problemático de Alcohol y Otras Drogas	S/I	S/I	982	$4.014	1.132	$3.679	1.168	$3.884	1.345	$3.496	$3.060	$228	7%
Tratamiento Integral de Adolescentes y Jóvenes Ingresados por Ley N°20.084 con Consumo Problemático de Alcohol, Drogas y otros trastornos de salud mental	4.305	$3.073	4.425	$2.960	4.373	$2.873	4.475	$2.812	4.402	$2.855	$2.446	$ 104	4%
TOTAL	**17.994**	**$1.706**	**21.033**	**$1.758**	**24.577**	**$1.678**	**24.882**	**$1.690**	**25.813**	**$1.622**	**$1.417**	**$49**	**3%**

Fuente: elaboración propia a partir de información entregada por SENDA. Costo medio, promedio y desviación estándar en miles de pesos de abril de 2020. N beneficiarios como cantidad de personas atendidas. Para Chile Integra no se presentan datos por falta de datos confiables de cobertura.

3.3. Composición del gasto

Al momento de analizar la composición del gasto al interior de los programas de tratamiento, se tiene que SENDA no posee una base de datos con la desagregación de los gastos realizados por cada centro. Esto, en particular, para el caso de centros financiados a través de la compra de planes, puesto que el modelo de financiamiento se realiza a través de Ley de Compras Públicas, con lo cual corresponde que los prestadores emitan una factura equivalente a la valorización de meses de planes de tratamiento ejecutados, y contra la cual SENDA genera un pago (facturación que tiene una regularidad mensual). De tal manera, contractualmente se exige y supervisa el cumplimiento de las obligaciones contractuales definidas, tales como composición del recurso humano, condiciones de infraestructura, entre otras; sin embargo, el detalle de los costos en que cada prestador incurra para su cumplimiento no requiere ser reportado. Por otra parte, para el caso de los convenios cuyo financiamiento no se adscribe a la Ley de Compras, sino que son financiados por medio de transferencias de recursos con total rendición de gastos, dada su naturaleza contractual efectivamente existe un registro y detalle de los gastos a incurrir durante la vigencia del convenio, sin embargo, estos no se encuentran sistematizados en una base de datos, sino que se evalúan, aprueban y controlan en los formatos establecidos por el Servicio. En este contexto, no es posible construir un análisis total y representativo de descomposición de gasto. Ahora bien, con el objetivo de tener una noción de cómo se comporta el gasto en los diferentes programas, se presenta un ejemplo de convenio de transferencias de recursos para cada uno de ellos, teniendo presente que no se trata de cifras extrapolables al resto de los convenios.

Sobre esa base, es posible notar que para todos los convenios revisados en esta sección el mayor gasto en el que se incurre corresponde a gastos en personal; para tres de los cinco casos revisados, este porcentaje es igual a mayor al 95% (en dos de los tres casos donde existen otras fuentes de gasto, esta corresponde a otras actividades).

En el caso del programa de Libertad vigilada, además de los gastos en personal, aparecen como como relevantes los gastos de operación, los que se asignan, en promedio, 1 de cada 5 pesos del convenio.

Dentro del programa enfocado en niños, niñas y adolescentes en general, de igual manera que en el resto de los programas, el gasto en personal es el más importante (concentra un 68% del gasto). No obstante, la distribución de gastos se encuentra más repartida; por ejemplo, aparecen recursos destinados a gastos de habilitación (que en este caso se gastaron en equipamiento) con cerca de un quinto del monto total del convenio.

Tabla 44: Descomposición de gastos para ejemplos de convenios								
Nombre del programa	Programa al que se acoge el convenio	Mes/año del convenio	Gastos de operación	Gasto en personal	Gastos en inversión	Gastos asociados a actividades	Gastos de habilitación	MONTO TOTAL CONVENIO
Tratamiento y Rehabilitación para Población Adulta con Consumo Problemático de Drogas y Alcohol	Programa de tratamiento y rehabilitación de personas adultas en situación de calle	12/2016	0%	100%	0%	0%	0%	$38.415
Tratamiento a Adultos Infractores Consumidores Problemáticos de Drogas y Alcohol	Programa de tratamiento por consumo problemático de alcohol y/o drogas para personas que cumplen condenas en el Sistema cerrado para Gendarmería de Chile	01/2017	0%	99%	0%	1%	0%	$515.692
Programa para personas condenadas a libertad vigilada	Programa de tratamiento de consumo problemático de alcohol y otras sustancias para personas condenadas a libertad vigilada	02/2015	22%	77%	0%	1%	0%	$27.649
Tratamiento y Rehabilitación para Niños y Adolescentes con Consumo Problemático de Alcohol y Otras Drogas	Programa de tratamiento y rehabilitación ambulatorio intensivo para niños, niñas y adolescentes entre 14 y 19 años, que se encuentran situación de pobreza y exclusión social con consumo problemático de alcohol y drogas	11/2013	11%	68%	0%	5%	17%	$28.323
Tratamiento Integral de Adolescentes y Jóvenes Ingresados por Ley N°20.084 con Consumo Problemático de Alcohol, Drogas y otros trastornos de salud mental	Programa de evaluación clínica diagnóstica y tribunal de tratamiento en drogas para adolescentes imputados en Fiscalía Metropolitana Oriente	02/2017	0%	95%	0%	5%	0%	$62.536
Fuente: Elaboración propia a partir de información entregada por SENDA. Gastos en porcentajes. Monto total del convenio en miles pesos de 2020. % ejecución en porcentajes.								

4. Comparación con contexto internacional

Una vez revisado el comportamiento de los recursos financieros de SENDA, se presentan datos internacionales, de modo de tener un marco de comparación de los recursos invertidos en combatir adicciones a drogas ilícitas. En este contexto, dada la revisión de fuentes realizadas por el equipo consultor, cabe señalar que los montos de recursos invertidos a nivel internacional no son fácilmente comparables. A este respecto, y teniendo como unidad de análisis Europa, el Centro de Monitoreo Europeo de Drogas y Adicción a las Drogas (EMCDDA, por su sigla en inglés), señala que: "la mayoría de los países no genera un presupuesto separado relacionado a drogas como parte de su ejercicio presupuestario ordinario. Análisis y estimaciones relevantes pueden ser complicadas, debido a que varios sectores interministeriales e intergubernamentales están involucrados en los programas de control de drogas" (EMCDDA, 2017, p.11). En función de diferentes metodologías de estimación, que se relaciona principalmente con definiciones de gasto diferentes, a continuación, se presentan dos escenarios de comparación.

Un primer escenario de aproximación es a través de los presupuestos destinados a pagar tratamientos de personas con problemas de adicción a drogas. En este contexto, la Tabla 45 presenta la comparación entre Estados Unidos y Chile; para realizar la estimación del primer país se toman los datos disponibles en los presupuestos de la Estrategia Nacional de Control de Drogas[147] que refieren al área de tratamiento (se excluye prevención) entre los años 2014 y 2017. Ahora bien, considerando que Estados Unidos y Chile tienen órdenes de magnitud diferentes en general, los montos presupuestados de inversión se comparan con los respectivos productos internos brutos de los países. Así, se tiene que, para los cuatro años analizados, en promedio, Estados Unidos destina el 0,06% del PIB a su área de tratamiento, cifra que es el triple que la proporción chilena, que alcanza, en promedio, un 0,02%. La diferencia más notoria se da en 2017, donde Chile presupuestó el 0,02% del PIB para tratamientos contra las drogas y Estados Unidos, 0,07%.

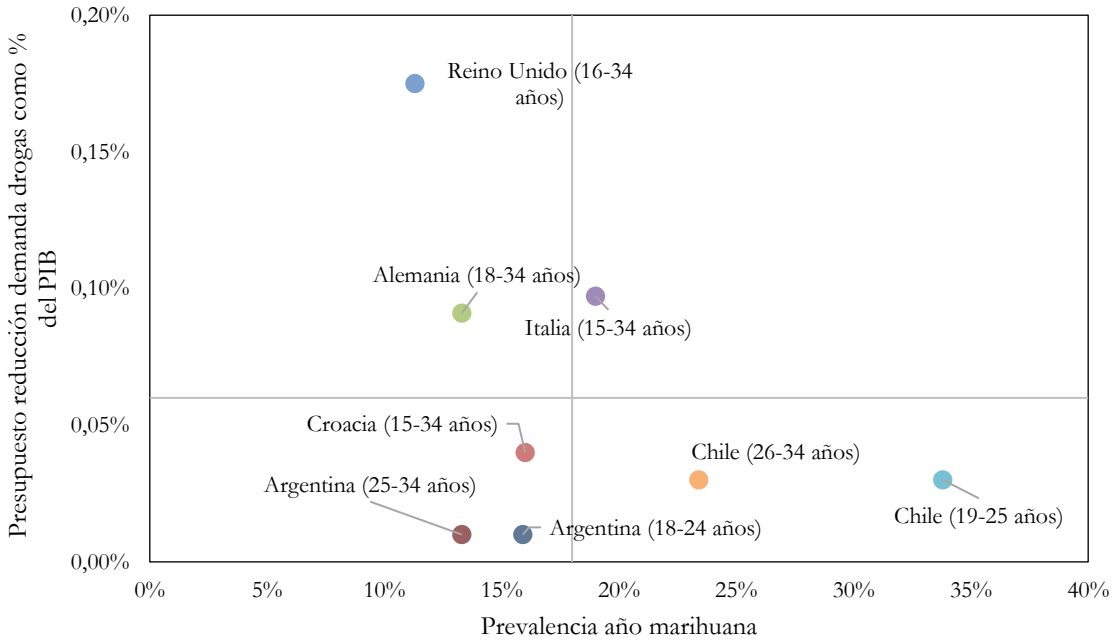
Un segundo escenario de comparación considera los gastos realizados en reducir la demanda de consumo de drogas, donde sí se incorpora el área de prevención. En el Gráfico 1 se presentan datos de algunos países europeos, de Argentina y de Chile para los indicadores: prevalencia año marihuana y porcentaje del PIB que representan los gastos invertidos en la reducción de demanda de droga.

Así, se tiene que, respecto de Reino Unido, Italia, Croacia y Alemania, el desempeño de Chile es bastante bajo; no solamente nuestro país exhibe prevalencias de marihuana año más altas – ya sea en población de 19 a 25 años o de 26 a 34 años – sino que, además, el porcentaje del PIB que se destina combatir las drogas es un tercio de lo invertido en Alemania e Italia y un quinto de lo gastado en Reino Unido. Al comparar, en cambio, con Argentina, se observa que la participación del presupuesto de SENDA en el PIB es tres veces lo registrado para su par argentino, la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (SEDRONAR); ahora bien, esto se da en un escenario de prevalencias chilenas más altas que las argentinas.

[147] Disponibles en: https://obamawhitehouse.archives.gov/ondcp/the-national-drug-control-budget-fy-2013-funding-highlights

Tabla 45: Montos presupuestados para tratamiento como porcentaje del PIB - Estados Unidos y Chile. Años 2014 - 2017						
		2014	2015	2016	2017	Promedio
Estados Unidos	Monto destinado a tratamiento	US$9.300	US$9.600	US$11.000	US$14.300	US$11.050
	Producto interno bruto	US$ 17.521.747	US$ 18.219.298	US$18.707.188	US$19.485.394	US$18.483.407
	Monto destinado a tratamiento como porcentaje de PIB	0,05%	0,05%	0,06%	0,07%	0,06%
Chile	Monto destinado a tratamiento (presupuesto área tratamiento completa)	US$61	US$ 59	US$64	US$67	US$63
	Producto interno bruto	US$ 260.542	US$243.919	US$250.340	US$277.746	US$258.137
	Monto destinado a tratamiento como porcentaje de PIB	0,02%	0,02%	0,03%	0,02%	0,02%
Fuente: Elaboración propia, a partir de: (i) Datos de Chile obtenidos desde SENDA y el Banco Mundial; (ii) Datos de Estados Unidos obtenidos desde Office of National Drug Control Police y el Banco Mundial. Montos en US$M de cada año. Para convertir montos de pesos a chilenos a dólares, se usa el precio promedio de diciembre de cada año.						

Gráfico 1: Prevalencia marihuana año y gastos en reducción de demanda de drogas



Fuente: Elaboración propia, a partir de: (i) Datos de Chile obtenidos desde SENDA (presupuesto SENDA 2017), Banco Mundial (PIB 2017) y Décimo Segundo Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile (prevalencia 2016); (ii) Datos países europeos: EMCDDA. Todas las prevalencias son las disponibles en Eurostat para el año 2017. Los años de los presupuestos como porcentaje del PIB son: Reino Unido 2010; Alemania 2006; Italia 2012. (iii) Datos Argentina: Ministerio de Economía (presupuesto SEDRONAR 2017), Banco Mundial (PIB 2017), Estudio nacional en población general de 12 a 65 años sobre consumo de sustancias psicoactivas Argentina 2017 (prevalencia 2017). Las líneas divisorias de los cuadrantes son los promedios de los respectivos indicadores.

Tabla 46: Prevalencia marihuana año y gastos en reducción de demanda de drogas		
	Prevalencia año marihuana	% PIB en reducción de demanda
Reino Unido (16-34 años)	11%	0,18%
Alemania (18-34 años)	13%	0,09%
Italia (15-34 años)	19%	0,10%
Chile (19-25 años)	34%	0,03%
Chile (26-34 años)	23%	0,03%
Argentina (18-24 años)	16%	0,01%
Argentina (25-34 años)	13%	0,01%
Croacia (15 - 34 años)	16%	0,04%
Promedio	**18%**	**0,06%**

Fuente: Elaboración propia, a partir de: (i) Datos de Chile obtenidos desde SENDA (presupuesto SENDA 2017), Banco Mundial (PIB 2017) y Décimo Segundo Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile (prevalencia 2016). (ii) Datos países europeos: EMCDDA. Todas las prevalencias son las disponibles en Eurostat para el año 2017. Los años de los presupuestos como porcentaje del PIB son: Reino Unido 2010; Alemania 2006; Italia 2012. (iii) Datos Argentina: Ministerio de Economía (presupuesto SEDRONAR 2017), Banco Mundial (PIB 2017), Estudio nacional en población general de 12 a 65 años sobre consumo de sustancias psicoactivas Argentina 2017 (prevalencia 2017).

A modo de conclusión, si se analiza la posición de Chile en términos de cuadrantes – en función de la prevalencia de marihuana y del porcentaje del PIB que se destina a reducción de demanda –, se tiene que la posición de nuestro país no es para nada favorable. Pese a que estamos en el cuadrante superior en términos de prevalencia año de consumo de marihuana, estamos en el cuadrante inferior en términos de porcentaje del PIB que destinamos a reducir la demanda de drogas. Esta situación desfavorable se repite al comparar con Estados Unidos, donde, nuevamente, aparecemos con un menor gasto en términos relativos. En términos generales, se podría decir que, teniendo un problema altamente atingente, el esfuerzo económico – ajustado como porcentaje del PIB – es menor en Chile.

5. Limitaciones de información y recomendaciones

Para construir este apartado de análisis de recursos financieros, se recurrió a SENDA para solicitar la información necesaria. De este proceso surgen dos consideraciones que, primero, limitan los alcances del análisis hecho y, segundo, se convierten en oportunidades de mejora para la institución en general.

En primer lugar, existe un problema con la consolidación de los datos de presupuesto y ejecución de cada uno de los programas. La información de ejecución no se encuentra centralizada ni sistematizada de manera digital. Como ejemplo concreto, se señalan los casos de dos programas:

- Para Chile Integra se tuvo que construir más de una vez la información necesaria para calcular los indicadores presentados. Esto, debido a la imposibilidad de generar los datos para algunos años, y a que las fuentes de los recursos no eran claras ni consistentes. Este problema se solucionó con la colaboración del equipo de SENDA, donde se tuvo que reconstruir información sobre la base de proyectos ejecutados y, desde ahí, concluir el monto ejecutado anualmente.

- Para el caso del programa de Libertad Vigilada, los datos de recursos ejecutados para los años 2013, 2015 y 2016 se lograron construir sólo a finales de esta evaluación. Si bien se reconoce la transparencia de SENDA al indicar la falta de consolidación de los gastos efectivos – y sus

posibles efectos sobre confiabilidad-, se hace imperativo indicar que esta falta de registro puede atentar contra los procesos de mejora de gestión del programa.

En segundo lugar, el modelo de trabajo de SENDA es a través de convenios de ejecución de planes, lo que comporta que ciertas entidades externas – ya sean públicas o privadas – implementan los programas y rinden cuentas a SENDA sobre sus procesos. Ahora bien, estas rendiciones de cuentas son adjuntadas a los convenios en formato PDF y no se encuentran sistematizadas en planillas. Como consecuencia, el equipo consultor no pudo hacer un análisis de composición de gasto representativo de los programas y, es su defecto, se tomaron ejemplos de cada uno de ellos. En resumen, si bien existe monitoreo y registro de las organizaciones ejecutoras, el formato de este trabajo no permite gestionar la información y, en consecuencia, mejorar la eficiencia de los convenios.

Estas dos consideraciones decantan en la necesidad urgente de mejorar el sistema de registro de recursos financieros de SENDA, de modo de generar un mecanismo que almacene información histórica de manera estandarizada y que permita generar una base de datos con los recursos ejecutados por las entidades ejecutoras.

6. Conclusiones

Al analizar los recursos financieros de los programas de rehabilitación y tratamiento de SENDA entre 2013 y 2017, se observa, en primer lugar, que, como un todo, los programas tienen una participación importante y relativamente constante dentro del presupuesto de la institución. Al menos 6 de cada 10 pesos que ingresan a SENDA son invertidos en programas de rehabilitación y tratamiento y esta proporción ha oscilado entre un 64% y un 68%. Ahora bien, al analizar cuánto han crecido el presupuesto del área rehabilitación y tratamiento, se tiene que la variación entre 2013 y 2017 es de un 25%, seis puntos porcentuales más que lo que ha crecido el presupuesto de SENDA en ese mismo periodo.

Por otra parte, dentro de los programas analizados, existen reasignaciones que hacen que los presupuestos vigentes vayan variando durante el año. Al comparar las asignaciones indicadas en las respectivas leyes de presupuesto de cada año, con los presupuestos vigentes al cuarto trimestre, se tiene que no existen patrones claros en dichas reasignaciones; no existen programas que presenten patrones sostenidos de aumento o de disminución.

Donde sí existen variaciones importantes es al comparar los presupuestos de 2013 y 2017. Tanto por Ley de Presupuesto como por presupuesto vigente al cuarto trimestre, se observa que han existido variaciones importantes en casi todos los programas. Excepcional es el caso del programa de Tratamiento y Rehabilitación para Niños y Adolescentes con Consumo Problemático de Alcohol y Otras Drogas, que tiene un aumento del 252%, lo que se debe a la consolidación del programa, con la apertura de todas sus líneas de servicio.

En términos de fuentes de recursos, se tiene que la participación del Fondo Especial – que deriva de la aplicación de la Ley N°20.000 – dentro del presupuesto del área de rehabilitación y tratamiento es baja; dentro de los años analizados oscila entre un 4,2% y un 5,5%. Consistentemente, en la mayoría de los programas, esta participación también es bastante baja; solamente en el Tratamiento a Adultos Infractores Consumidores Problemáticos de Drogas y Alcohol el fondo especial es significativo (cubre el 100% del

presupuesto). En este sentido, si bien los ingresos asociados al fondo especial no son de grandes proporciones sí alcanzan para cubrir al menos un subcomponente completo.

En términos de eficiencia, desde el cálculo de la ejecución presupuestaria, se tiene que no existen sobre ejecuciones presupuestarias. Considerando todos los programas juntos, se tiene que el porcentaje más bajo se da en 2017, donde la ejecución es de un 94,4%. Al analizar por programa, se tiene que el programa más importante en términos de recursos – Tratamiento en población general – exhibe ejecuciones sobre el 95% en todos los años analizados. Esta estabilidad contrasta con el programa de adolescentes general, donde, al momento de pasar de un sistema de convenio de colaboración a compra de planes, se observan ejecuciones que llegan al 89%.

Respecto del costo medio por beneficiario de cada programa, se tiene que los programas destinados a población adolescente son los que exhiben los costos más altos. En términos de variación del costo medio entre 2013 y 2017, llama la atención que el programa de Tratamiento a Adultos Infractores Consumidores Problemáticos de Drogas y Alcohol. Para este programa, la desviación promedio es de M$338, lo que representa un 30% del costo promedio de atender a un beneficiario.

Para considerar composición de gasto, se tomaron convenios particulares de cada uno de los programas analizados. En un análisis no extrapolable a la totalidad de los centros que ejecutan plantes, se tiene que la gran mayoría de los recursos se destinan a personal.

Finalmente, al enmarcar la inversión de Chile en tratamiento contra las drogas, se tiene que el desempeño chileno es más bajo que lo observado en Estados Unidos. Lo mismo ocurre al analizar el gasto en control de demanda de drogas, donde al comparar con Reino Unido, Alemania, Croacia e Italia, Chile no solamente invierte menos (como porcentaje del PIB), sino que tiene prevalencias más altas.

VI. EVALUACIÓN DE RESULTADOS A NIVEL DE PRODUCTOS

1. Focalización, selección y cobertura de los programas

En este capítulo se analizan críticamente los criterios de focalización[148] y priorización[149] de los beneficiarios de ambos programas estudiados. Los criterios de focalización guardan relación con lo que ha sido definido en el diseño de los programas como población objetivo de cada componente y la demanda de servicios por parte de las personas con consumo problemático de alcohol y/o drogas[150], mientras que los criterios de focalización corresponden al flujo de beneficiarios.

El capítulo se organiza de esta manera: primero se analizan la focalización, selección y cobertura para cada componente del Programa de Tratamiento, y el Programa Chile Integra en su conjunto. Luego, se analiza la cobertura territorial de los programas estudiados.

1.1. Programa de Tratamiento y Rehabilitación

En el **Programa de Tratamiento y Rehabilitación** no hay mecanismos de focalización uniformes para todos los componentes y subcomponentes. La única excepción (implícita en algunos casos) es que tengan voluntariedad de recibir tratamiento, rehabilitarse, y reintegrarse socialmente. Esta voluntad se manifiesta en asistir periódicamente[151] al tratamiento estipulado en el PTI (Plan de Tratamiento Individual) de acuerdo con la evaluación clínica y biopsicosocial del usuario. Además, y más importante, la exigencia de voluntariedad se acoge en la ley N°20.584– que regula los derechos y deberes de las personas que reciben atenciones de salud (MINSAL, 2012)–, e indica lo siguiente:

- (Artículo 14°) Toda persona tiene derecho a otorgar o denegar su voluntad para someterse a cualquier procedimiento o tratamiento vinculado a su atención de salud, con las limitaciones establecidas en el artículo 166. Este derecho debe ser ejercido en forma libre, voluntaria, expresa e informada, para lo cual será necesario que el profesional tratante entregue información adecuada, suficiente y comprensible, según lo establecido en el artículo 10°.
- […] Por regla general, este proceso se efectuará en forma verbal, pero deberá constar por escrito en el caso de intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos y, en general, para la aplicación de procedimientos que conlleven un riesgo relevante y conocido para la salud del afectado. En estos casos, tanto la información misma, como el hecho de su entrega, la aceptación o el rechazo deberán constar por escrito en la ficha clínica el paciente y referirse, al menos, a los contenidos indicados en el inciso primero del artículo 10°.

[148] Son las "condiciones y características que deben cumplir los beneficiarios potenciales (población potencial), para ser considerados como parte de la población objetivos del programa" (DIPRES, 2015, pág. 9).
[149] Son "criterios objetivos que permitan ordenar el flujo de beneficiarios dentro de un plazo plurianual, determinando en forma no arbitraria a quiénes se atienden antes y a quiénes después" (DIPRES, Evaluación Ex-Post: Conceptos y Metodologías, 2015, pág. 9)
[150] Este dato ha sido mencionado por varios actores clave entrevistados, tanto de SENDA como del intersector (SENAME). Esto implica que, si en una región aumenta o disminuye la demanda de servicios de tratamiento o rehabilitación, SENDA tiene la capacidad de transferir el presupuesto de una región a otra para cubrir las necesidades existentes.
[151] En efecto, los usuarios pueden asistir a una o varias sesiones de su plan e incluso abandonar el tratamiento, lo que constituye una vía de egreso del programa.

A continuación, se presenta un análisis de criterios de focalización, desagregado por componente y subcomponente del programa[152]:

1.1.1. Componente 1: Población Adulta General

El componente define su **población potencial** como hombres y mujeres mayores de 18 años que presentan consumo problemático de alcohol y/o drogas, diferenciándola de su población objetivo solo en términos de manifestar la voluntad a tratarse y la pertenencia a FONASA (MIDESO, Informe de Descripción de Programas Sociales: Tratamiento y Rehabilitación para Población Adulta con Consumo Problemático de Drogas y Alcohol, 2017).

El **Subcomponente 1** (Tratamiento y Rehabilitación para Población Adulta Mixta con consumo problemático de Drogas y Alcohol) de acuerdo con documentos oficiales, tiene como primer criterio de focalización la ubicación geográfica, en la medida en que se plantea que la selección "depende del nivel de complejidad que pueda enfrentar el centro, y de la red de tratamiento a la que pertenezca (servicios de salud adscritos)". Luego, un segundo criterio de focalización es el orden de llegada, lo que supone la existencia de listas de espera. Respecto a los criterios de priorización, se detalla que se priorizan mujeres embarazadas (MIDESO, Informe de Descripción de Programas Sociales: Tratamiento y Rehabilitación para Población Adulta con Consumo Problemático de Drogas y Alcohol, 2017).

A juicio del equipo consultor, el segundo criterio de focalización corresponde más bien a un criterio de priorización, en la medida en que su definición calza mejor con el procedimiento descrito y con la temporalidad de la atención, la que da el flujo de beneficiarios. Además, si bien se entiende que exista una priorización hacia mujeres embarazadas no queda claro por qué este criterio aplica a este programa al existir otro subcomponente (2) que focaliza la atención en esta población.

Por su parte, el **Subcomponente 2** (tratamiento específico para mujeres adultas) comparte los criterios de selección del subcomponente 1 recién descrito. Si bien no se explicita en la definición del programa, se puede asumir que dada sus características se puede incorporar como criterio de focalización ser mujer en primer lugar, y luego, pertenecer a poblaciones de especial vulnerabilidad como mujeres embarazadas o con hijos menores a 5 años (MIDESO, Informe de Descripción de Programas Sociales: Tratamiento y Rehabilitación para Población Adulta con Consumo Problemático de Drogas y Alcohol, 2017).

Se consideran pertinentes estos criterios de focalización ya que las mujeres tienden a encontrarse con más obstáculos y barreras para acceder a tratamiento, las que generalmente hacen relación a que éstas asumen roles de cuidado (SAMHSA, 2009; UNODC,2017; UNODC,2012), quedando relegadas con el trabajo de reproducción social, por lo que es necesario generar dispositivos de tratamiento que permitan la inclusión de los niños y niñas (SAMHSA, 2009; UNODC, 2017; UNODC, 2012), lo que facilita el proceso terapéutico derribando barreras de acceso. Por otra parte, el tramo etario de los niños y niñas estipulado también es apropiado, toda vez que la participación en el sistema educacional de éstos aumenta pasado los 5 años, dando mayor flexibilidad horaria a las madres que tienen su cuidado.

El **Subcomponente 3** (Tratamiento de Personas en Situación de Calle - PAC) posee como criterio de focalización a personas derivadas desde el "Programa de Calle" de MIDESO. Cabe destacar que el

[152] Los beneficiarios efectivos se calcularon a partir del Sistema de Información y Gestión de Tratamiento (*SISTRAT*) para el Programa de Tratamiento y Rehabilitación.

programa en general incorpora un enfoque territorial, en la medida que su ejecución considera brechas territoriales de modalidades de atención, es decir, hay lugares donde no se ejecutan algunos de los subcomponentes (MIDESO, Informe de Descripción de Programas Sociales: Tratamiento y Rehabilitación para Población Adulta con Consumo Problemático de Drogas y Alcohol, 2017). El equipo consultor comprende la derivación desde el "Programa de Calle" de MIDESO, no obstante, se considera necesaria la realización de esfuerzos propios del Servicio en la captación de esta población beneficiaria dada su alta vulnerabilidad social y su compromiso en el consumo de alcohol y/o drogas.

Tabla 47: Población potencial, objetivo, beneficiaria y cobertura para el Componente 1 del Programa de Tratamiento y Rehabilitación: Tratamiento y Rehabilitación para Población Adulta General con consumo problemático de Drogas y Alcohol

Año	Población Potencial	Población Objetivo	Población Beneficiaria (RUT distintos) *	Cobertura de Población Beneficiaria respecto de la Potencial (%)	Cobertura de Población Beneficiaria respecto de la Objetivo (%)
2012	187.370	35.381	10.655	5,7	30,1
2013	187.239	35.250	13.689	7,3	38,8
2014	227.147	41.653	15.626	6,9	37,5
2015	227.016	41.522	18.298	8,1	44,1
2016	277.551	35.934	18.362	6,6	51,1
2017	277.419	35.802	19.179	6,9	53,6
Variación 2015-2017	-	-	4,8%	-	-

Fuente: Elaboración propia partir del Sistema de Información y Gestión de Tratamiento (*SISTRAT*) (2012-2017). * No se tiene información de los beneficiarios del Subcomponente 3 (personas en situación de calle) para los años 2012-2014 ya que no estaba integrado en el sistema de registro del servicio, aun así destaca que desde 2012 ya estaba instalado en 11 regiones del país.

De acuerdo con la información de la Tabla 47 se observa que hay un aumento de 4,8% en la población beneficiaria entre 2015 y 2017[153], no obstante, las brechas respecto a la población potencial son de gran magnitud. En efecto, Naciones Unidas (2017) expone con preocupación que una de cada seis personas con consumo problemático logró acceder a tratamiento, pero esto sobrepasa la cobertura nacional actual, donde sólo alrededor de una de cada quince personas accede a tratamiento. Además, cabe destacar que para el 2015 en Estados Unidos se estimó que un 10,8% de las personas con trastornos por consumo de sustancias recibió tratamiento (Lipari, Park-Lee, & Van Horn, 2016), presentando coberturas sobre lo mostrado por Chile. Esto es relevante sobre todo considerando que generalmente, quienes no acceden a tratamiento tienen un mayor compromiso con drogas y más problemas psicológicos y familiares (Hser, 1998).

Por su parte, la cobertura respecto a la población objetivo presenta un aumento a través del tiempo, llegando a 54% para 2017. Finalmente, hay que recalcar que el SENDA debería incluir a su oferta programática mecanismos de difusión de la oferta para disminuir las brechas entre población potencial y beneficiarios, fomentando la voluntariedad en la población con consumo problemático para aumentar el acceso a tratamiento. En efecto, evidencia de Estados Unidos mostro que entre quienes necesitaban tratamiento, pero no acceden un 95,4% declaró no sentir que necesitaban tratamiento por su consumo (Lipari, Park-Lee, & Van Horn, 2016).

[153] No se calcula la variación entre 2012 y 2017 porque entre el periodo 2012 y 2014 no se cuenta con información para el subcomponente 3, por lo que no son comparables las coberturas previas a 2015.

1.1.2. Componente 2: Población Adulta infractora

Cabe reiterar que la población potencial son las personas condenadas en el subsistema abierto y cerrado que presentan consumo problemático de drogas y alcohol, mientras que la población objetivo está desagregada en tres grupos de personas:

1. Aquellas condenadas en medio privativo que hayan cumplido la mitad de su tiempo de condena y se encuentren a un año de postular a beneficio intrapenitenciario (salida dominical) (**Subcomponente 1** - Tratamiento para personas Condenadas en Sistema Cerrado Gendarmería de Chile).

2. Imputados que presenten consumo de drogas y que sean candidatos para la suspensión condicional de procedimiento (**Subcomponente 2**).

3. Condenadas en medio libre, medida alternativa a la reclusión y voluntariedad (**Subcomponente 3** – Tratamientos para adultos infractores Libertad Vigilada).

Luego, este componente posee varios criterios de focalización. En primer lugar, se focaliza dependiendo del tipo de condena, diferenciando a quienes se encuentran condenados a un medio privativo de libertad (subcomponente 1), quienes se encuentran imputados (subcomponente 2) y quienes están en el medio libre (subcomponente 3). Esta focalización se estima como pertinente, ya que la literatura recomienda que los tratamientos de drogas se configuren de acuerdo con los distintos arreglos institucionales dados por el sistema de justicia (Center for Substance Abuse Treatment, 2005). Pero a estos criterios se suman otras especificaciones de acuerdo con cada subcomponente. En el caso del **Subcomponente 1,** se suman como criterios de focalización (i) el tiempo de cumplimiento de condena y (ii) encontrarse a un año o menos de postular a beneficio intrapenitenciario (salida dominical). Sin embargo, a juicio del equipo investigador, estos últimos criterios debieran operar como un criterio de priorización y no de focalización, ya que de acuerdo a criterios internacionales, es relevante que esta población pueda acceder a tratamiento de drogas tan pronto como estén en contacto con el sistema de justicia si es que así lo requieren (Center for Substance Abuse Treatment, 2005). Y es que se ha constatado que la exclusión social de gran parte de esta población es tal, que el contacto con la justicia es muchas veces la primera oportunidad para tener acceso a un tratamiento de drogas. Por esto, el criterio de focalización no debiera condicionarse a que los individuos hayan cumplido la mitad de su condena (i) y estén próximos al egreso de la prisión (ii), ya que esto deja sin acceso a tratamiento tanto a aquellos individuos con condenas largas como aquellos con condenas cortas (menores al año).

Para el **Subcomponente 2,** se agrega a ser imputado, (i) presentar consumo de drogas y (ii) ser candidato a la suspensión condicional de procedimiento. El primero sin duda debe revisarse ya que debiera enmarcarse en la población potencial del Programa, que corresponde a los usuarios con consumo *problemático* de drogas. Así también, el segundo criterio debe ser reformulado de forma urgente como un criterio de priorización más que de focalización, ya que en este momento sólo pueden optar a tratamiento las personas que, por no tener antecedentes penales previos, pueden acceder a la suspensión condicional del procedimiento. Esto deja sin acceso a todo el resto de las personas que están en condición de imputados y que por principio de inocencia debieran tener los mismos derechos (a salud, tratamiento de drogas) que el resto de los ciudadanos chilenos.

En el caso del **Subcomponente 3** el primer criterio de focalización es tener una condena de Libertad Vigilada (LV) simple e intensiva, el segundo haber sido derivado por Delegados de Gendarmería de Chile,

y el tercero el cumplir condena en las regiones donde SENDA cuenta con centros de tratamiento (Arica Parinacota, Coquimbo, Valparaíso, O'Higgins, Araucanía y Metropolitana). Este corresponde a un criterio de priorización ya que se basa en limitaciones presupuestarias más que en una justificación sustantiva y debe reformularse procurando cubrir todos los territorios del país para garantizar el acceso a tratamiento de toda la población cumpliendo condenas en el medio libre en Chile.

En primer lugar, y de acuerdo con lo mostrado en la Tabla 48, se observa que la población beneficiaria posee una variación positiva de 14,6% entre 2015 y 2017, que es el periodo del que se dispone información sobre los beneficiarios. Sin embargo, no sólo resulta preocupante que del periodo 2012 al 2015 el Servicio no reporte información sobre los beneficiarios de este componente, sino que es alarmante que las coberturas sean inferiores al 5% respecto a la población penal que presenta consumo problemático de alcohol y/o drogas. Al comparar el acceso a tratamiento para población adulta general y población adulta infractora se tiene que, aun cuando ya es problemático que sólo 1 de cada 15 personas adultas accede a tratamiento en Chile, la brecha es aún más alta cuando las personas se contactan con el sistema de justicia, ya que en este contexto sólo 1 de 20 personas tiene la oportunidad de recibir tratamiento de drogas. Los resultados mostrados recientemente dan cuenta de una brecha preocupante si se considera evidencia internacional. En Estados Unidos en 2009 un 11% de las personas con consumo problemático de esta población accedió a tratamiento, sobre los 5,2% para Chile en 2017 (CASA's 2009 *Shoveling Up II: The Impact of Substance Abuse on Federal, State and Local Budgets* report.).

Tabla 48: Población potencial, objetivo, beneficiaria y cobertura para el Componente 2: Tratamiento para población adulta infractores consumidores problemáticos de Drogas y Alcohol

Año	Población Potencial	Población Objetivo	Población Beneficiaria (RUT distintos) *	Cobertura de Población Beneficiaria respecto de la Potencial (%)	Cobertura de Población Beneficiaria respecto de la Objetivo (%)
2012 **	20.656	20.656	S/I	S/I	S/I
2013 **	19.009	19.009	S/I	S/I	S/I
2014 **	17.456	17.456	S/I	S/I	S/I
2015	17.372	17.372	774	4,5	4,5
2016	17.362	17.362	877	5,1	5,1
2017	17.208	17.208	887	5,2	5,2
Variación 2015-2017	-	-	14,6	-	-

Fuente: Elaboración propia partir del Sistema de Información y Gestión de Tratamiento (*SISTRAT*) (2012-2017). *No incluye el segundo subcomponente - Evaluación clínica diagnóstica a imputados con suspensión condicional del procedimiento ya que no presenta ningún tipo de registro de beneficiarios o población atendida al ser una medida de tamizaje e intervención breve, y no un plan de tratamiento. ** El servicio no posee información sobre los beneficiarios de estos programas para el periodo 2012-2014.

1.1.3. Componente 3: Niños Niñas y Adolescentes

Este componente tiene como población potencial niños, niñas y adolescentes-NNA (personas menores de 20 años)- con consumo de alcohol y otras drogas, y se inicia a fines de 2014. El programa opera con criterio de orden de llegada como norma general, aunque se prioriza a los NNA que son usuarios de algún programa de protección de SENAME (SENDA, 2017, pág. 7), lo que parece pertinente dada la condición especial de vulnerabilidad social de este grupo. Resulta problemático que esta población se traslape con la del Componente 1 (Población Adulta), que como se ha dicho, se orienta a las personas mayores de 18 años.

A juicio del equipo consultor, el proceso de tamizaje a través de instrumentos corresponde a un criterio de priorización y no a un criterio de focalización, en la medida en que determina quiénes reciben tratamiento en un determinado momento, sin perjuicio de que otros NNA (niños, niñas y adolescentes) obtengan tratamiento posteriormente.

Finalmente, según la Guía Clínica AUGE sobre Consumo perjudicial y Dependencia de Alcohol y otra Drogas en personas menores de 20 años (2013), los instrumentos definidos para tamizar y priorizar la atención son los siguientes:

- AUDIT[154]: Consumo de bajo riesgo (0-7 puntos); Consumo de riesgo (8-15 puntos); Posible consumo perjudicial o dependencia (16 o más puntos).
- CRAFFT[155]: Consumo de bajo riesgo (0 punto); Consumo de riesgo (1 punto); Posible consumo perjudicial o dependencia (2 o más puntos).

De acuerdo con lo expuesto en la Tabla 49, se observa que hay un aumento de 19% en la población beneficiaria comparando los años 2015 y 2017. El programa posee una baja cobertura respecto de la población potencial en comparación a los demás programas, atendiendo solo a un 1% de la misma en 2016, lo que implica que mientras 1 de cada 15 personas adultas accede a tratamiento de drogas, la brecha se vuelve crítica para los adolescentes, ya que sólo 1 entre 50 accede a tratamiento. En la misma línea, el programa tendría sólo un 6% de cobertura respecto de la población objetivo en 2017. Esto exige atención, ya que organismos internacionales han enfatizado que el consumo de drogas (sea o no problemático) es una condición pediátrica alarmante, debido a que un inicio precoz en el uso de drogas hace probable el escalamiento en éstas y problemas de salud mental en el largo plazo (United Nations Office on Drugs and Crime , 2012; United Nations Office on Drugs and Crime, 2017). Para el 2015 en Estados Unidos, 1 de cada 20 adolescentes necesitaba tratamiento, pero solo un 6,3% lo recibió, por lo que la cobertura se encuentra sobre la presentada por Chile. Cabe destacar que este país también muestra una brecha entre esta población y los adultos, pues en éstos últimos un 12,3% recibió tratamiento. Además, cabe destacar que entre los adolescentes hay una menor sensación de necesidad de tratamiento que en los tramos adultos, pues solo 1,4% cree que lo necesita, mientras que entre los adultos-jóvenes y adultos es de un 2,7% y 5,5% respectivamente (Lipari, Park-Lee, & Van Horn, 2016). Con todo, este componente visibiliza problemas de focalización -dado que existe un cruce de poblaciones con el Componente 1-, además de que se evidencia una gran brecha entre NNA beneficiarios y población objetivo y potencial.

[154] Alcohol Use Disorders Test. Índice construido en base a 10 preguntas sobre el consumo de alcohol. Para más información dirigirse a http://sistemas.SENDA.gob.cl/sistema-monitoreo/biblioteca/pdf/AUDIT.jpg

[155] El CRAFFT es una herramienta recomendada por el Comité sobre Abuso de Sustancias de la Academia Americana de Pediatría, para la detección de adolescentes y jóvenes del consumo de riesgo de alcohol y otros trastornos por consumo de drogas.
http://sistemas.SENDA.gob.cl/sistema-monitoreo/biblioteca/pdf/CRAFFT.pdf

Tabla 49: Población potencial, objetivo, beneficiaria y cobertura para el Componente 3: Tratamiento y Rehabilitación para Niños, Niñas y Adolescentes con Consumo Problemático de Alcohol y Otras Drogas.					
Año	Población Potencial	Población Objetivo	Población Beneficiaria (RUT distintos)	Cobertura de Población Beneficiaria respecto de la Potencial (%)	Cobertura de Población Beneficiaria respecto de la Objetivo (%)
2012 *	20.269	6.142	S/I	S/I	S/I
2013 *	79.846	24.193	S/I	S/I	S/I
2014	79.846	24.193	982	1,2	4,1
2015	106.268	32.199	1.132	1,1	3,5
2016	106.268	32.199	1.168	1,1	3,6
2017	77.801	23.574	1.345	1,7	5,7
Variación 2015-2017	-	-	18,8	-	-
Fuente: Elaboración propia partir del Sistema de Información y Gestión de Tratamiento (*SISTRAT*) (2012-2017). * No se tiene información respecto al número de beneficiarios.					

1.1.4. Componente 4: Adolescentes infractores

En el caso del **Subcomponente 1 del Componente 4** se tienen cuatro subpoblaciones:

1. Adolescentes o jóvenes a los que se les haya aplicado por el juez como sanción accesoria, la obligatoriedad de someterse a tratamiento de rehabilitación por adicción al alcohol o drogas.
2. Adolescentes o jóvenes sancionados en medio libre y privativo de libertad (Centros de Internación de Régimen Cerrado –CRC- y secciones juveniles) de acuerdo con los artículos 13, 14, 16, 17 y 56 de la Ley 20.084 que requieran tratamiento y accedan voluntariamente.
3. Adolescentes o jóvenes imputados con medida cautelar en medio libre y privativo de libertad que requieran tratamiento y accedan voluntariamente.
4. Adolescentes o jóvenes imputados con suspensión condicional del procedimiento (SCP) con condición de tratarse (MIDESO, Informe de Descripción de Programas Sociales: Tratamiento Integral de Adolescentes y Jóvenes Ingresados por Ley N°20.084 con Consumo Problemático de Alcohol y Drogas(ex Tratamiento para Adolescentes con Consumo Problemático de Drogas), 2017).

En el caso de la primera subpoblación se presenta como criterio de focalización la orden del juez que obliga al adolescente o joven a someterse a un tratamiento de drogas, mientras que para el caso de la subpoblación 2, la voluntariedad supone un criterio de focalización, así como haber sido ya sancionados. Para el caso de la tercera subpoblación se focaliza en imputados con medida cautelar y la voluntad a tratarse. Finalmente, en el caso de la cuarta subpoblación se focaliza en aquellos con suspensión condicional del procedimiento. Todos estos criterios parecen pertinentes en tanto abarcan todo el catálogo de sanciones y, por lo tanto, no excluyen a poblaciones con sanciones específicas.

Cabe destacar que según el Informe de Descripción del programa se plantea como criterio para ser parte de la población potencial el tener entre 14 y 18 años cuando se cometió el delito, sin embargo, se podría ingresar a tratamiento luego de haber cumplido los 18 años siempre y cuando se mantenga la medida cautelar, la suspensión condicional de procedimiento o sanción vigente (MIDESO, Informe de Descripción de Programas Sociales: Tratamiento Integral de Adolescentes y Jóvenes Ingresados por Ley N°20.084 con Consumo Problemático de Alcohol y Drogas(ex Tratamiento para Adolescentes con Consumo Problemático de Drogas), 2017).

Por otra parte, para el **Subcomponente 2** (Evaluación Clínica Diagnóstica en Fiscalías para Adolescentes Infractores de Ley imputados) tiene un criterio de focalización geográfico, ya que solo pueden acceder a éste los adolescentes con infracción de ley que ingresan a las Fiscalías Metropolitana Sur, Metropolitana Occidente y Metropolitana Oriente, con audiencias de control de detención o con audiencias programadas (MIDESO, Informe de Descripción de Programas Sociales: Tratamiento Integral de Adolescentes y Jóvenes Ingresados por Ley N°20.084 con Consumo Problemático de Alcohol y Drogas(ex Tratamiento para Adolescentes con Consumo Problemático de Drogas), 2017). En este caso ocurre que el criterio de focalización está dado por limitaciones presupuestarias, pero debiera con urgencia garantizarse el mismo estándar de atención y oportunidades de tratamiento a la población de jóvenes en contacto con el sistema de justicia a lo largo del país.

Tabla 50: Población potencial, objetivo, beneficiaria y cobertura para el Componente 4: Tratamiento Integral de Adolescentes y Jóvenes Ingresados por Ley N°20.084 con Consumo Problemático de Alcohol y Drogas (ex Tratamiento para Adolescentes con Consumo Problemático de Drogas).

Año	Población Potencial	Población Objetivo	Población Beneficiaria (RUT distintos)	Cobertura de Población Beneficiaria respecto de la Potencial (%)	Cobertura de Población Beneficiaria respecto de la Objetivo (%)
2012	8.843	8.843	4.203	47,5	47,5
2013	9.043	9.043	4.305	47,6	47,6
2014	8.943	8.943	4.425	49,5	49,5
2015	8.627	8.627	4.373	50,7	50,7
2016	6.784	6.784	4.475	66,0	66,0
2017	6.093	6.093	4.402	72,2	72,2
Variación 2012-2017	-	-	4,7	-	-

Fuente: Elaboración propia partir del Sistema de Información y Gestión de Tratamiento (*SISTRAT*) (2012-2017).

Según lo expuesto en la Tabla 50, existe una leve variación positiva entre los años 2012 a 2017 (5%) en el total de beneficiarios, lo que significa que se atendió a 199 personas más. Luego, se observa que la cobertura respecto de la población potencial aumenta positivamente desde un 47,5% para 2012 a un 72% para 2017. En otras palabras, este componente presenta la cobertura más alta, ya que se estima que 7 de cada 10 jóvenes recibe tratamiento.

1.1.5. Síntesis Programa de Tratamiento y Rehabilitación

Finalmente, en la Tabla 51 se exponen los resultados considerando los cuatro componentes del Programa de Tratamiento y Rehabilitación. Se observa un aumento del 8,3% en los beneficiarios entre 2015 y 2017, con coberturas de bajas respecto de la población potencial (menores o iguales al 7%), aunque estables en el tiempo. Respecto a la cobertura en cuanto a la población objetivo del Programa, se presenta un aumento de casi 7 puntos porcentuales entre 2015 y 2017, llegando a un tercio durante el último año analizado. En términos generales, 1 de cada 14 personas en Chile recibe tratamiento de drogas, lo que es aún más grande que la brecha constatada por las Naciones Unidas (2018), que estima que 1 de cada 6 personas a nivel internacional recibe tratamiento.

Tabla 51: Población potencial, objetivo, beneficiaria y cobertura del Programa de Tratamiento y Rehabilitación					
Año	Población Potencial	Población Objetivo	Población Beneficiaria (RUT distintos) *	Cobertura de Población Beneficiaria respecto de la Potencial (%)	Cobertura de Población Beneficiaria respecto de la Objetivo (%)
2012	228.304	62.188	14.858	6,5	23,9
2013	286.104	78.462	17.994	6,3	22,9
2014	324.458	83.311	20.051	6,2	24,1
2015	350.665	91.102	24.577	7,0	27,0
2016	401.187	85.501	24.882	6,2	29,1
2017	372.434	76.589	25.813	6,9	33,7
Variación 2015-2017	-	-	8,3	-	-
Fuente: Elaboración propia. * Para los años 2012-2014 no hay información de los beneficiarios de: Subcomponente 3 del Componente 1; Componente 2; Componente 3.					

1.2. Programa Chile Integra

El **Componente 1** (Viviendas de apoyo a la integración social - VAIS) establece como criterio de focalización el haber terminado un proceso de tratamiento con nivel de logro terapéutico alto o intermedio, y no contar con un lugar seguro para vivir o que su vivienda no le brinde las condiciones para mantener sus logros terapéuticos (MIDESO, 2017). Se considera que los criterios de focalización de este componente son pertinentes y suficientes. De acuerdo con la revisión realizada, contar con un lugar seguro, sin consumo de alcohol y/o drogas es clave para mantener un proceso de recuperación exitoso (Martin, Josiah-Martin, Kosakoski, & Sinnott, 2005; Polcin D. , 2009; Brotherhood & Sumnall, 2011). Por esto, es necesaria la articulación de dispositivos que faciliten una vivienda de transición entre usuarios que no poseen redes de apoyo. Por otra parte, es pertinente que accedan personas con procesos terapéuticos exitosos, toda vez este es un componente difícil de ejecutar. No obstante, se ha pesquisado que los criterios de focalización y priorización son determinados en gran medida por los organismos que ejecutan el programa, por lo que no son uniformes y difíciles de sistematizar.

En cuanto al **Componente 2** (Habilitación en competencias para la integración social - CIAM), solo presenta como criterio de focalización el haber permanecido más de 4 meses en tratamiento. Sin embargo, vale la pena trasparentar que, de acuerdo con la información levantada a través de entrevistas a los funcionarios del Servicio, no todos los centros con convenio SENDA-MINSAL tiene algún recurso humano certificado para la aplicación del portafolio CIAM, por lo que debería incluirse como criterio de focalización, al ser una condición necesaria para acceder al mismo.

El **Componente 3** de Orientación Sociolaboral (OSL) se focaliza en aquellas personas que se encuentren sin empleo y demuestren motivación para comenzar la búsqueda (MIDESO, 2017). Este último criterio parece problemático, ya que no parece apropiado que se condicione la entrega del componente a quienes presentan la motivación a buscar empleo, en lugar de que se trabaje con toda la población inactiva laboralmente. Si bien es cierto no se puede obligar a que los usuarios busquen un empleo, el programa debería contemplar fomentar dicha necesidad.

Por último, el **Componente 4** -que se ocupa de la vinculación a beneficios sociales- posee varios criterios de focalización, entre los que se encuentran: ser usuario de un centro de tratamiento del convenio MINSAL-SENDA, haber completado cuatro o más meses de tratamiento o haber egresado hace un mes

o menos de un centro de tratamiento, el haber sido evaluado en necesidades de integración social, tener un itinerario personalizado de integración y un compromiso de participación en los dispositivos de redes de apoyo.

Más allá de los criterios de focalización, se debe aclarar que para este Programa no fue posible calcular los beneficiarios por componente de forma independiente a las estimaciones realizadas por SENDA, ya que no fue posible acceder a esta información. De acuerdo con lo reportado en entrevistas realizadas a los profesionales responsables del Programa, existen diversas limitaciones para poder calcular de forma exacta los beneficiarios por cada componente, principalmente porque no se cuenta con una plataforma integrada e independiente a SISTRAT (ya que la población objetivo de ambos programas no son iguales) que sirva de soporte para sistematizar la información respecto a las distintas prestaciones otorgadas por el programa. Por esto, se decidió no utilizar las estimaciones y dejar la cobertura de este programa sin analizar al no contar con información fidedigna.

En síntesis, hay varios nodos problemáticos en el análisis antes expuesto para el Programa Chile Integra. Por una parte, los criterios de focalización y selección de los distintos componentes del Programa son bastante variados y en la implementación no se condicen con lo declarado en los documentos oficiales. Por otra parte, resulta problemática la forma en que se cuantifican a los beneficiarios de los componentes. Por ejemplo, la vinculación a redes de apoyo (Componente 4) solo supone el establecimiento de un vínculo con algún otro dispositivo estatal y/o privado de integración social, y no que la persona haya accedido efectivamente a éste. Esto merma la capacidad del sistema de cuantificar efectivamente quiénes acceden a los componentes (beneficiarios). También es importante señalar que la cuantificación de la población potencial y objetivo tienen la limitación de que no toman en consideración beneficiarios que hayan egresado de tratamiento o que no constituyan cupos financiados por SENDA, lo cual implica una subestimación de las magnitudes aquí presentadas. Finalmente, se considera necesaria la expansión de este programa a otras regiones del país, ya que los usuarios con necesidades altas o medias de integración social no se presentan solo en las regiones en que se ejecuta el programa.

1.3. Cobertura Territorial

Considerando la magnitud de los componentes de ambos programas, es preciso estudiar cómo se distribuyen los servicios de tratamiento y rehabilitación a lo largo del país, para evaluar cómo se distribuye la oferta. A modo introductorio, cabe destacar que SENDA declara que la cobertura regional es variada ya que se modifica dependiendo de la prevalencia de consumo en la zona, la demanda de tratamiento, la factibilidad de implementar la oferta, etc.

En cuanto al Programa de Tratamiento, se detalla su oferta según componente, subcomponente y región en la Tabla 52. Respecto del **Componente 1,** se informa que tiene cobertura a nivel nacional, pero esto no ocurre para todos los componentes y subcomponentes. Esto implica que algunas regiones no cuentan con los tratamientos y servicios para todos los subgrupos de población que puedan presentar problemas de consumo y voluntariedad para tratarse. Por ejemplo, el subcomponente de Personas en Situación de Calle no se ejecuta en Tarapacá, Atacama, Araucanía ni en Aysén.

Respecto del **Componente 2,** se tiene información más detallada para el subcomponente 3 –enfocado en la población en libertad vigilada– el cual tampoco se implementa en todas las regiones, estando ausente en Tarapacá, Antofagasta, Atacama, Maule, Los Lagos, Aysén, Magallanes y Los Ríos (Tabla 52). Hay diferencias según planes de tratamiento, en la medida en que la Región de Coquimbo no posee una unidad

residencial (Tabla 53). Así, se puede ver que en ciertas regiones hay menos oferta de tratamiento que en otras, destacando los casos de Tarapacá en el norte, y Aysén al sur.

Por otra parte, el **Componente 3** orientado a niños, niñas y adolescentes (NNA) se encuentra implementado en las 15 regiones del país. Sin embargo, vale la pena mencionar que la oferta residencial está disponible sólo en tres regiones del país en 2016 (Magallanes, Metropolitana y Biobío). No así la ambulatoria intensiva, que se encuentra en todas (Tabla 53).

Por su parte, el **Componente 4** está presente en todas las regiones del país bajo la modalidad del subcomponente 1, no así el subcomponente 2, que solo está presente en la Región Metropolitana de Santiago (Tabla 52). Además, en cuanto a la oferta de planes de tratamiento, se observa que la modalidad residencial en medio libre (ML) no se ejecuta en 4 regiones del país (Tarapacá, Coquimbo, Los Lagos y Aysén). Finalmente, el Programa de Integración Social Chile Integra se encuentra solo en 5 de las regiones del país (Tabla 52).

En cuanto al análisis territorial, cabe destacar que los componentes que están en todas las regiones son: el subcomponente 1 y 2 del componente 1, el subcomponente 1 y 2 del componente 2, el componente 3 y el subcomponente 1 del componente 4. Por lo que se añade a lo ya mencionado que resulta importante extender la oferta de tratamiento en aquellos sectores en que ésta no existe, aun cuando a la fecha no se dispone de información para conocer la demanda por territorio.

Respecto a los componentes y programas con menor presencia territorial se debe recalcar que, en primer lugar, el Subcomponente 2 del Componente 4 (Evaluación Clínica Diagnóstica en Fiscalías para Adolescentes Infractores de Ley imputados) debería ser implementado en todas las regiones del país, toda vez es un procedimiento necesario para generar procesos judiciales que tomen en consideración el consumo problemático de alcohol y/o drogas como parte del comportamiento delictual de los y las adolescentes. Tal como se ha dicho, si bien la relación entre droga y delito no es clara en términos de causalidad, si es posible afirmar que un porcentaje de los delitos cometidos tienen como motivo el consumo de alcohol y/o drogas. Por lo demás, esta es una población especialmente vulnerable y amerita mayores esfuerzos para su rehabilitación desde los distintos organismos estatales. Por eso, se amerita un aumento en la cobertura territorial. En segundo lugar, SENDA debería hacer esfuerzos para aumentar también la cobertura territorial del Programa Chile Integra, toda vez que las necesidades de integración social son transversales al fenómeno en cuestión y no a un territorio determinado. En cuanto a los demás componentes y subcomponentes no presentes en todo el territorio vale recalcar que su ausencia solo podría justificarse ante una demanda inexistente.

Tabla 52: Oferta de componentes y subcomponentes en las regiones de Chile

Región	Programa de Tratamiento y Rehabilitación								Programa de Integración Social Integra Chile
	Componente 1			Componente 2		Componente 3	Componente 4		
	SC 1	SC 2	SC 3	SC 1 y 2	SC 3		SC 1	SC 2	
Arica y Parinacota	X	X	X	X	X	X	X		
Tarapacá	X	X		X		X	X		X
Antofagasta	X	X	X	X		X	X		
Atacama	X	X		X		X	X		
Coquimbo	X	X	X	X	X	X	X		
Valparaíso	X	X	X	X	X	X	X		X
Libertador General Bernardo O'Higgins	X	X	X	X	X	X	X		
Maule	X	X	X	X		X	X		
Biobío	X	X	X	X	X	X	X		X
La Araucanía	X	X		X	X	X	X		
Los Ríos	X	X	X	X		X	X		X
Los Lagos	X	X	X	X		X	X		
Aysén del General Carlos Ibáñez del Campo	X	X		X		X	X		
Magallanes y Antártica Chilena	X	X	X	X		X	X		
Metropolitana de Santiago	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Fuente: Propia elaboración en base a cifras de Informes MIDESO (2012, 2013, 2014, 2015, 2016 y 2017); Informe de Evaluación Técnica de Programa de Tratamiento Integral de Adolescentes y Jóvenes ingresados al sistema penal por Ley N° 20.084 con consumo problemático de alcohol-drogas y otros trastornos de salud mental, 2016; Informe de Evaluación Técnica de Programa Planes de Tratamiento y Rehabilitación De Personas con Problemas Derivados del Consumo de Drogas Ilícitas u otras Sustancias Estupefacientes o Psicotrópica, 2016; Informe de Evaluación Técnica de Programa de Tratamiento para niños, niñas y adolescentes con consumo problemático de alcohol y otras drogas, 2016.

Tabla 53: Programa de Tratamiento según Región y Componente

Región	Componente 1						Componente 2 (SC 3) *		Componente 3		Componente 4 (SC 1)		
	Población general			Personas Situación Calle (PAC)	Específico mujeres		Libertad Vigilada		Adolescentes General		Adolescentes infractores		
	PAB	PAI	PR		PAI	PR	PAI	PR	PAI	PR	PAI ML	PR ML	PAI MP
Arica y Parinacota	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X
Tarapacá	X	X	X		X	X			X		X		X
Antofagasta	X	X	X	X	X	X			X		X	X	X
Atacama	X	X	X		X	X			X		X	X	X
Coquimbo	X	X	X	X	X	X	X		X		X		X
Valparaíso	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X
Libertador General Bernardo O'Higgins	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X
Maule	X	X	X	X	X	X			X		X	X	X
Biobío	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X
La Araucanía	X	X			X		X	X	X		X	X	X
Los Ríos	X	X	X	X	X	X			X		X	X	X
Los Lagos	X	X	X	X	X				X		X		X
Aysén del General Carlos Ibáñez del Campo	X	X	X						X		X		X
Magallanes y Antártica Chilena	X	X	X	X	X				X	X	X	X	X
Metropolitana de Santiago	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Fuente: Propia elaboración en base a información de presentación del servicio en diciembre de 2017. * No se encontró información de cobertura regional de planes para el subcomponente 1 y 2.

2. Resultados a nivel de componentes (bienes y/o servicios)[156]

En este capítulo se analizan los resultados correspondientes a los indicadores de desempeño de la producción de bienes y servicios entregados por el Programa de Tratamiento, definidos en su Matriz de Marco Lógico. Los indicadores dan cuenta de diversas áreas de desempeño de los programas tales como los tiempos de espera, completitud del tratamiento, porcentajes de retención de la población atendida, porcentaje de usuarios que abandonan la intervención, entre otros. Como uno de los hallazgos iniciales de este capítulo, se debe mencionar que SENDA no dispone de información suficiente para poder estimar los indicadores definidos para monitorear el desempeño del Programa Chile Integra. Lo mismo ocurre para algunos subcomponentes del Programa de tratamiento, relativos a: Evaluación clínica diagnóstica a imputados con suspensión condicional del procedimiento (Población adulta) y Evaluación Clínica Diagnóstica en Fiscalías para Adolescentes Infractores de Ley imputados (Población Adolescentes infractores).

De este modo, se exponen los resultados de distintos focos de desempeño de los programas. El capítulo se organiza presentando primero los resultados descriptivos para el Programa de Tratamiento, y luego una síntesis de los principales hallazgos.

2.1. Programa de Tratamiento

2.1.1. Componente 1 Población Adulta General

Subcomponente - Población adulta mixta

En cuanto al programa de tratamiento, se analizó el tiempo promedio de espera que existe entre la solicitud que él o la usuaria realiza para la atención y la fecha efectiva en que ésta se realiza. Así, en el año 2014 se registraron 10 días promedio de espera y en 2017 11,1 días. Además, es posible mencionar que dicho indicador alcanza su tiempo mínimo de espera en el año 2015, en el cual el tiempo promedio fue de 9,1 días. Esto, no obstante, no considera que no se tiene certeza respecto a qué tipo de atención se brindó, pudiendo ser llamados telefónicos u otra actividad que no se considera una intervención propiamente tal.

Por otro lado, la tasa de completitud del tratamiento muestra que alrededor del 15% del total ha sido completado. Aún más, en 2016, año en que se logró la mayor tasa de completitud sólo se alcanzó un 20%, vale decir, uno de cada cinco casos estuvo en tratamiento por el tiempo estipulado en las orientaciones técnicas.

Respecto al porcentaje de usuarios egresados que permanecen 90 o más días en tratamiento, se observa que 3 de cada 4 usuarios permanecen 90 días o más (75%). A través de los años analizados es posible observar una tendencia estable en este indicador. En contraste, el indicador de abandono permite visibilizar que una proporción importante de usuarios que accede a este componente no adhiere a él (alrededor de 30% entre 2012 y 2017).

[156] No se acordarán los indicadores de cobertura ya que fueron presentados en los apartados VI.1 y III.

Otro dato relevante es la experiencia de los equipos de trato directo, ya que permite aproximarse a la calidad con que se implementa el componente, al dotar los equipos con profesionales especializado y experimentados en la materia. De acuerdo con los datos levantados, cerca de un 70% de los profesionales cuenta con 2 o más años de experiencia en tratamientos, en todo el periodo estudiado. En relación con esto, se verifica que dicha proporción se mantuvo similar entre el 2012 y el 2016, fluctuando entre un 67,8% en el 2015 –punto mínimo- y un 70,6% en 2016 -máximo-. Es necesario acotar que no se contó con esta información para el año 2017. Finalmente, el acceso a atención psiquiátrica llega al 85,6% en 2017.

Subcomponente 2 - Mujeres

En el contexto del programa de tratamiento específico para mujeres adultas el promedio de tiempo de espera registrado entre la fecha de solicitud de atención y la fecha de la primera atención en el centro, se ha mantenido entre 7,6 y 10 días de espera entre los años 2014 y 2017. Respecto a la tasa de completitud del tratamiento de las usuarias que egresaron del programa, se observa que éstos han sido cumplidos en un 16% del total de meses sugeridos según las orientaciones técnicas, porcentaje preocupantemente ya que se espera que los tratamientos duren al menos lo estipulado en las orientaciones técnica como tiempo deseable.

En otra línea, la tasa de retención de usuarias egresadas, vale decir, aquellas que han permanecido por 90 o más días en tratamiento, se sitúa, aproximadamente, en el 72% de las usuarias entre 2012 y 2017. Por otro lado, 1 de cada 4 usuarias (25,5%) abandono su tratamiento. A nivel de tendencia, es posible observar ciertas mejoras posteriores al año 2014, donde superó el 30%, cayendo en 12 puntos porcentuales tres años después.

El 70% de los profesionales tiene al menos dos años de experiencia en tratamiento en los años analizados. Finalmente, el porcentaje de usuarias con comorbilidad psiquiátrica diagnosticada que accedieron a atención psiquiátrica en los años 2012, 2014 y 2017 fue de un 91,5%, 108% y 105% respectivamente[157].

Tratamiento para personas en situación de calle

En lo que respecta a la completitud del tratamiento para personas en situación de calle, se observa un aumento de 15 puntos porcentuales en 2017 en relación con el 2015, lo cual puede dar indicios de una mejora de dicha intervención.

Las tasas de retención para la población en situación de calle se mantienen altas, promediando el 85% de usuarios que se mantienen en tratamiento por 90 o más días. Por su parte, el porcentaje de usuarios que abandona el tratamiento mantiene tasas relativamente bajas, de aproximadamente 20%.

[157] Porcentajes mayores a 100% ya que el total de personas que accedió a atención psiquiátrica (numerador) es mayor al total de personas que obtuvo un diagnóstico psiquiátrico (denominador). Se advierte en cualquier caso que las bases de datos entregadas con prestaciones médicas no contaban con el mismo número de casos en relación a las bases anuales del Servicio, por lo que se deben tomar con precaución estos resultados.

2.1.2. Componente 2 Población adulta infractora[158]

Subcomponente 1 - Personas condenadas en sistema cerrado

La tasa de completitud del tratamiento decayó para el 2017 en 6 puntos porcentuales, resultando que, para dicho año, los usuarios egresados de dichos programas completaron sólo un 28,1% de los meses sugeridos de tratamiento por las orientaciones técnicas.

La tasa de permanencia ha mostrado un leve aumento desde el primer año con el que se cuentan las mediciones, pasando de un 80% a un 83%. Se deben destacar las bajas tasas de abandono que registra este subcomponente en comparación a los demás, promediando un 4,3% entre los años medidos.

Subcomponente 3 - Tratamiento para personas condenadas a libertad vigilada

El promedio de tiempo de espera ha registrado un aumento a lo largo de estos años, considerando que en el 2014 se ubicó en 9,3 días, aumentando a 21,3 días en el 2017. Por otro lado, se observa un 11,9% de completitud respecto a los meses de tratamiento sugeridos según las orientaciones técnicas.

En el año 2017 un 83,4% de los usuarios se mantuvieron en el tratamiento por 90 días, registrando una baja de 6 puntos porcentuales respecto al año anterior. El indicador de abandono ha registrado un descenso, pasando de un 23,2% a un 17,9% en el periodo de evaluación.

2.1.3. Componente 3 Niños, niñas y adolescentes

En lo que respecta a los periodos de tiempo de espera del programa se observa que el 2015 fueron 11,9 días, aumentando a 16,6 en el 2016. La tasa de completitud del tratamiento ha mostrado una tendencia a la baja desde el año 2014 al 2017 (descenso de 7 puntos porcentuales), pasando de 25,9% en el 2014, a 18,4% en el año 2017.

En relación con la retención, en el año 2014 se registró el nivel más alto, llegando a representar el 90,1% de los usuarios. Además, el abandono del tratamiento ha decaído desde el año 2014, pasando de un 24,9% a 15% entre 2015 y 2016. Vale decir, si en el año 2014, 1 de cada 4 usuarios desertó, para el año 2015 y 2016, esta proporción se ubicaba en 1 de cada 6.

2.1.4. Componente 4 Adolescentes infractores[159]

Adolescentes y Jóvenes Ingresados por Ley N°20.084

Respecto al promedio de tiempo de espera para recibir la primera atención se ha mantenido entre los 7 y 8 días. Además, es posible mencionar que la tasa de completitud del tratamiento de los usuarios que egresaron del programa se ha mantenido relativamente estable alrededor del 20%.

La tasa de permanencia luego de 90 o más días en tratamiento no ha mostrado grandes diferencias en los años analizados donde, de hecho, el mínimo de retención fue un 81,4% de los casos, mientras que el máximo es de 84,5%. Paralelamente, el porcentaje de usuarios con tratamiento que lo abandonó aumentó

[158] No se incorporan resultados del subcomponente 2.2: Evaluación clínica diagnóstica a imputados con suspensión condicional del procedimiento, ya que SENDA no dispone de información sobre éste.

[159] No se incluye información del subcomponente 4.2: Evaluación Clínica Diagnóstica en Fiscalías para Adolescentes Infractores de Ley imputados, porque SENDA no dispone de información sobre su implementación.

desde el año 2012 en adelante, siendo un 15,1% en dicho año, y 5,6 puntos porcentuales más para el año 2016. Por tanto, es preciso acotar la necesidad de evaluar estrategias para evitar el aumento de las tasas de abandono entre los jóvenes infractores de ley tratados.

En relación con las características de la oferta entregada, se puede acotar el aumento en el porcentaje de profesionales de trato directo que poseen al menos dos años de experiencia en tratamiento, pasando de un 63,4% en 2012 a un 74,9% en 2016, vale decir, en 4 años ésta aumentó en 11 puntos porcentuales. Además, es preciso notar que para el año 2017 un 88% de los usuarios que contaban con comorbilidad psiquiátrica diagnosticada obtuvieron acceso a atención psiquiátrica.

3. Conclusiones

Cobertura

Se pesquisaron algunos problemas relativos a criterios de focalización y priorización:

i. El orden de llegada como criterio de focalización está mal utilizado en algunos subcomponentes (Población Adulta,) ya que constituye un criterio de priorización. Se recomienda clarificarlo en las Fichas MIDESO.

ii. La priorización de mujeres embarazadas en el subcomponente de Población Adulta General se traslapa en con el subcomponente de Tratamiento específico para mujeres. Este último debería captar a dichas beneficiarias al presentar un enfoque más preparado para sus necesidades de tratamiento. Se sugiere revisar.

iii. Respecto a la población en situación de calle, se considera que el Área de Tratamiento de SENDA debiese realizar esfuerzos propios en la captación de beneficiarios más allá de la derivación desde el Programa Calle. Dada la alta vulnerabilidad de la población atendida y su mayor compromiso en el consumo problemático de alcohol y/o drogas, es que esta debiese considerarse una población prioritaria en su atención.

iv. La definición de población objetivo del componente vinculado al tratamiento de población adulta infractora limita arbitrariamente los beneficiarios a quienes ya hayan cumplido la mitad de su condena y estén prontos a egresar, aun cuando esta población debe acceder a tratamiento de drogas en su primer contacto con el sistema de justicia si es que así lo requieren (Center for Substance Abuse Treatment, 2005). Se recomienda aumentar la oferta a todos quienes lo necesiten dentro del sistema de justicia, ya sean estos adolescentes o adultos.

v. Los criterios de focalización y selección de los distintos componentes del Programa Chile Integra son bastante variados, y en la implementación no se condicen con lo declarado en los documentos oficiales. Se recomienda evaluar junto a los interventores (VAIS y equipos de tratamiento) cómo definir las poblaciones atendidas, de manera de generar definiciones que sean factibles dado el actual proceso de implementación.

Uno de los hallazgos es que una de cada catorce personas con consumo problemático de alcohol y/o drogas accedió a tratamiento en 2017. Tomando como *benchmark* lo reportado por Naciones Unidas (2017) de uno de cada seis se estima un mal logro de cobertura respecto a la población potencial. Por lo

demás, si tomamos en consideración la estimación de SENDA de personas con consumo problemático de alcohol y drogas el panorama empeora. En efecto, de acuerdo con la Mesa 7 de Compromiso País SENDA declaró que en Chile habría 692.986 personas con consumo problemático de alcohol y/o drogas en Población General en 2016 (Mesa 7 Compromiso País, 2019) por lo que las coberturas disminuirían a un 2,8% de la población potencial.

En cuanto a la cobertura en la población adulta infractora de ley, preocupa que solo el 5% acceda, aumentando la brecha a uno de cada veinte, toda vez es una población más prevalente en el problema que origina del programa evaluado.

Por su parte, el análisis de cobertura en niños, niñas y adolescentes con consumo problemático dan cuenta de una extensión de brecha aun mayor, siendo uno de cada cincuenta los que acceden a tratamiento. Esto exige atención dado el momento crítico en el ciclo vital de la población atendida. Además, se evidenció un traslape en las definiciones de población objetivo con el programa para adultos.

En general no se encontraron estadísticas de cobertura de tratamiento en otros países, dadas las dificultades en las definiciones de consumo problemático. No obstante, Chile estaría bajo las coberturas mostradas por Estados Unidos en Población Adulta (general e infractores de ley) y Población Infanto-Adolescentes.

Para disminuir las brechas de cobertura se recomienda incluir en la oferta programática componentes de difusión de la oferta, para aumentar la concientización respecto al consumo problemático y la necesidad de tratamiento, así como el acceso -mediante derivaciones y trabajo territorial con organizaciones- a tratamiento de las personas con consumo problemáticos de alcohol y/o drogas. Respecto a la concientización, evidencia de Estados Unidos mostró que entre quienes necesitaban tratamiento pero no acceden un 95,4% declaró no sentir que necesitaban tratamiento por su consumo (Lipari, Park-Lee, & Van Horn, 2016), lo que da cuenta de que una posible explicación a las bajas coberturas es la inexistente contemplación de que se tiene un problema con el consumo de sustancias. Respecto al trabajo territorial, SENDA ejecuta actualmente "SENDA Previene", programa que tiene como uno de sus objetivos el "Instalar un sistema integral de gestión territorial de promoción, prevención, tratamiento e integración social para abordar el consumo de riesgo de alcohol y otras drogas en el ámbito local." (SENDA, 2020). Al ya existir un programa con amplia cobertura territorial[160] con vínculos a los principales actores y organizaciones de la comunidad parece ser una buena instancia para fortalecer, mediante financiamiento del Área de tratamiento, dispositivos de difusión de oferta e identificación de casos críticos a nivel local. Como sugerencia se podría formular, en conjunto con quienes implementan el programa SENDA Previene, un perfil de cargo encargado del área de tratamiento a nivel local.

Además, cabe mencionar que una parte importante de los cupos de tratamiento en Población General Adulta son pagados vía MINSAL a través del Programa de Prestaciones Valoradas (PPV). En efecto, el equipo evaluador sostuvo numerosas reuniones con jefes/as de servicios de salud y equipos de los centros de tratamiento al comenzar el terreno del estudio cuantitativo. En ellas se pesquisó que la participación en el pago por planes de tratamiento entre MINSAL y SENDA en el sistema público es bastante diversa. Es decir, en algunos centros la mayoría de los cupos eran pagados por MINSAL, mientras que en otros

[160] El programa SENDA Previene está presente en 227 comunas del país a través de 225 convenios con, abarcando más del 65% del total de los municipios y dando cobertura a más del 90% de la población nacional. (SENDA, 2020).

SENDA. También, en algunos casos, se evidenció una sistematicidad entre el "tipo" de usuario que era financiado vía MINSAL o SENDA donde, por ejemplo, se declaró que los beneficiarios más problemáticos eran financiados vía MINSAL porque había un menor control sobre la evolución del paciente y su proceso terapéutico (al no existir un sistema integrado como SISTRAR que sujetara el pago del plan), por lo que era más fácil sacarlo del sistema y recibir el pago. Además, aun ofreciendo menos control MINSAL pagaba aproximadamente veinte mil pesos más que SENDA por beneficiario en 2018.

Esta redundancia en la entidad estatal que financia los tratamientos tiene serias consecuencias: (i) en primer lugar, para los cálculos de cobertura se está subestimando el número de beneficiarios efectivos de tratamientos en Chile; (ii) en segundo lugar, si bien los y las usuarias son atendidas en los mismos centros (por lo que la intervención debería ser parecida) no se puede suponer que los tiempos de espera, acceso a atención psiquiátrica, retención u otro indicador recién descrito se comporte de igual manera entre ambos grupos de beneficiarios; (iii) no permite que el principal organismo especializado en tratamiento de rehabilitación por consumo de alcohol y/o drogas (SENDA) tenga control y monitoreo del total de la población beneficiaria. Este es un nodo crítico que debe ser abordado. El equipo evaluador propone que todos los planes de tratamiento del país sean financiados vía SENDA, de manera de obtener información de toda la demanda por tratamiento a lo largo del país. Esto supondría un traspaso de los recursos utilizados por PPV vía MINSAL al servicio, lo que podría ir realizándose de manera paulatina en el tiempo, basando el monto de transferencia en el total gastado en tratamientos por MINSAL el año anterior.

En cuanto a Chile Integra existen diversas limitaciones para poder calcular de forma exacta los beneficiarios por cada componente, principalmente porque no se cuenta con una plataforma integrada e independiente a SISTRAT (ya que la población objetivo de ambos programas no son iguales) que sirva de soporte para sistematizar la información respecto a las distintas prestaciones otorgadas por el programa. Se reitera la necesidad de contar con un sistema de información para este programa.

Finalmente, el equipo consultor considera que el Servicio debiera dejar de utilizar como medida los casos atendidos para informar de sus beneficiarios, ya que supone sobrestimar la población que efectivamente recibe tratamiento a nivel individual (usuarios con RUT distintos)[161].

Bienes y/o servicios

En primer lugar, destacar que encontrar indicadores a utilizar a modo de benchmark para todos los subcomponentes no fue posible, dada la especificidad de las subpoblaciones atendidas y de los indicadores planteados. Aun así, se realizan conclusiones generales tomando en consideración resultados de servicios de tratamientos de otros países cuando fue posible. Dicho esto, respecto a los **tiempos promedio de espera**[162] que hay entre las fechas de solicitudes y las primeras citaciones son mejorables, oscilando para 2017 entre 10 y 21 días entre los subcomponentes con información disponible. En efecto,

[161] SENDA reporta en sus Informes de Evaluación Técnica casos atendidos, lo que supone un cambio respecto a cómo se han entendido los beneficiarios (personas con RUT distintos) en esta evaluación. Por ejemplo, al analizar las cifras de acuerdo al RUT de personas ingresadas en el Componente 1 (18.362) los números son levemente menores a la cantidad de casos atendidos (19.309) declarados en MIDESO (2016) como beneficiarios, 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. (SENDA, 2017). Esto muestra que aproximadamente un 4,5% (947 casos atendidos) pasan por dos subcomponentes.

[162] Indicador sin información para: (i) Subcomponente 3 del Componente 1; (ii) Subcomponente 1 del Componente 2; (iii) Subcomponente 2 del Componente 2; (iv) Subcomponente 2 del Componente 4.

de acuerdo con la evidencia internacional consultada los tiempos de espera son variados de acuerdo a la modalidad de tratamiento y a la organización del sistema de salud. No obstante, la relación entre el tiempo de espera y retención son bastante consistentes, siendo que un mayor tiempo de espera se asocia a una mayor probabilidad de abandonar el tratamiento (Claus & Kindleberger, 2002). Así, el ofrecer una intervención de inmediato (Stark, Campbell, & Brinkerhoff, 1990) o realizar un contacto telefónico dentro de las primeras 24 horas (Festinger et al., 1995) son acciones críticas cuando se inicia el tratamiento. Cabe decir que no existe un tiempo deseado para la primera atención aun cuando contactos rápidos con el sistema de salud mejoran los resultados, ya que el tiempo a la primera atención depende fuertemente de variables como la sustancia principal, el compromiso en drogas y la capacidad del sistema para dar respuesta. Aun así, países como el Reino Unido utilizan 3 semanas (o 21 días) como estándar, aun cuando el promedio de primera intervención es solo 2,2 días (Public Health England, 2017), con mejor desempeño que la chilena.

En la misma línea, es necesario destacar que la base de datos de SENDA no entrega información precisa sobre cuál es la primera atención realizada en la primera citación, en otras palabras, no se sabe qué tipo de atención se realizó, pudiendo ser esta una visita, un llamado telefónico u otra, lo que no representa una intervención propiamente tal. Esto debiese ser considerado por SENDA en las actualizaciones que realicen a su sistema de monitoreo. Del mismo modo, es importante considerar que los centros de atención no registran de manera sistemática las atenciones ni tampoco las listas de espera, por lo que podría estar subestimada la cantidad de días reportados en el indicador. Por último, preocupa que para 2017 el subcomponente que presenta mayor tiempo de espera sea el de adultos infractores cumpliendo condena bajo modalidad de libertad vigilada, seguido por el componente de niños, niñas y adolescentes. En ambos casos la población atendida tiene un componente de vulnerabilidad importante (dado el compromiso delictual en el primer caso y el periodo de ciclo vital en el segundo), por lo que debiese agilizarse la espera a la primera intervención. Finalmente, el análisis de los tiempos de espera muestra resultados positivos, aunque limitados por la calidad de la información entregada.

En cuanto a las **tasas de completitud**[163] los componentes no muestran un buen desempeño, dado que se encuentran muy por debajo del número de meses de tratamiento sugeridos por las orientaciones técnicas para cada uno de los planes de tratamiento[164]. El subcomponente que mejor desempeño muestra en esta área es el de población en situación de calle, el cual promedia un 42,6%. Vale decir, para ninguno de los subcomponentes se presenta al menos la mitad de los casos con tratamientos completos según lo estipulado en las distintas orientaciones técnicas. Por el contrario, para 2017 el 71% de los subcomponentes presenta tasas de completitud menores al 20%, siendo el para personas en situación de libertad vigilada el que presenta el peor desempeño con una tasa de completitud inferior al 10%.

El bajo desempeño del indicador de completitud es una clara advertencia a la necesidad de mejorar la calidad del producto que se está entregando, puesto que, como se ha mencionado anteriormente, es necesario que los usuarios de los programas de tratamiento y rehabilitación acumulen una cantidad suficiente de tiempo que les permita desarrollar de manera exitosa herramientas para disminuir su compromiso en drogas, y lograr la recuperación y reinserción social. De acuerdo a la información compara consultada, Chile estaría muy debajo la completitud de tratamiento de países como Australia

[163] Indicador sin información para: (i) Subcomponente 2 del Componente 2; (ii) Subcomponente 2 del Componente 4.
[164] Cada modalidad de tratamiento (ejemplo, residencial o ambulatorio) en cada uno de los subcomponentes posee un tiempo de tratamiento sugerido en sus orientaciones técnicas. Para mayor información ver Anexo 4.2.

(62% en 2017) (Australian Institute of Health and Welfare, 2017), Reino Unido (49% en 2017) (Public Health England, 2017), Uruguay (42% en 2014) (Junta Nacional de Drogas, 2015), Estados Unidos (41% en 2017) (Department of Health and Human Services, 2017), y sobre países como Argentina (7,6% en tratamientos ambulatorios y 7,8% en residenciales en 2018) (Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina, 2018)[165;166]. No obstante, es común que los tratamientos terminen antes de lo planeado (Simpson et al., 1997).

Para el caso del indicador de **retención**[167], aquel que mide el porcentaje de usuarios egresados que permanecieron 90 o más días en el tratamiento –cantidad de tiempo que es indicada por la oficina de las Naciones Unidas (2008) como el tiempo deseable para lograr un efecto mínimo de tratamiento-, se observa un buen desempeño. Para 2017 un 71% de los subcomponentes analizados presenta tasas cercanas al 90%, siendo el enfocado en mujeres adultas el que presenta el desempeño más bajo con dos de cada tres usuarias con 90 días de tratamiento. En general la evidencia anglosajona respecto al género como predictor de retención no es concluyente (Greenfield et al., 2007), aunque un estudio en España concluye que ser mujer disminuye la retención (Calvo et al., 2018). La evidencia comparada da cuenta del buen desempeño, en efecto, para 2017 en Reino Unido presenta un 92% de retención (Public Health England, 2017), 63% en Australia (Australian Institute of Health and Welfare, 2017) y 68,4% en Estados Unidos (Department of Health and Human Services, 2017). La retención es uno de los indicadores básicos de efectividad de los tratamientos de droga en la medida en que un tratamiento necesita al menos 90 días para lograr un efecto mínimo (Simpson et al., 1997). En cuanto a los procesos que mejoran la retención está una relación positiva con el terapeuta, la motivación al cambio previa y un menor uso de drogas (Simpson, Joe, Rowan-Szal & Greener, 1997).

Respecto al porcentaje de usuarios con tratamiento que **abandonaron**[168] el programa, se registran tendencias positivas en el tiempo ya que en un 71% de los subcomponentes este indicador mejoró en el tiempo. El tratamiento para personas en conflicto con la ley en el sistema cerrado presenta la tasa de abandono más bajo, lo que es de esperar en poblaciones cautivas. No obstante, el desempeño de este indicador para el subcomponente más costoso y masivo (Población Adulta) sigue siendo insuficiente, ya que 1 de cada 4 usuarios con tratamiento (es decir, con más de 90 días) abandono el programa. Los resultados de Chile en 2017 se asemejan a Estados Unidos (25,7%) (Department of Health and Human Services, 2017) y Reino Unido (33%) (Public Health England, 2017), aunque se encuentran sobre lo reportado por Argentina (10%) (Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina, 2018). De este modo, los programas de tratamiento presentan buen desempeño en el tiempo aun cuando sigue siendo insuficiente.

[165] La completitud de tratamiento es definida distintamente según el país consultado. Para el caso de Argentina este se considera completo si el equipo de tratamiento dio el alta (igual a alta terapéutica en Chile), en el caso de Reino Unido se considera cuando la persona ha logrado sus objetivos terapéuticos (igual a alta terapéutica en Chile), en Uruguay se consideran Altas Terapéuticas, y en Australia y Estados Unidos no se encontró una definición.
[166] En general la literatura consultada define completitud de tratamiento de acuerdo a las necesidades individuales y los objetivos terapéuticos logrados (alta terapéutica), y no a un tiempo estipulado.
[167] Indicador sin información para: (i) Subcomponente 2 del Componente 2; (ii) Subcomponente 2 del Componente 4.
[168] Indicador sin información para: (i) Subcomponente 2 del Componente 2; (ii) Subcomponente 2 del Componente 4.

Por otro lado, en lo que refiere la **experiencia de los equipos de trato directo**[169;170], se observa un buen desempeño. De este modo, es preciso notar que todos los programas poseen más del 70% de profesionales de trato directo con experiencia mayor a dos años, vale decir, 7 de cada 10 profesionales, aproximadamente, poseen dicha experiencia en los grupos de intervención directa de los subcomponentes. Este es un importante *proxy* de calidad del servicio, sobre todo considerando que los estándares de calidad fijados por la ONU (2017) incluyen la necesidad de un personal especializado en la materia para lograr un proceso exitoso. El logro ha sido mayor en el subcomponente destinado a adolescentes infractores de ley con un aumento de 11 puntos porcentuales.

Respecto del porcentaje de **usuarios con diagnóstico psiquiátrico que acceden a atención psiquiátrica**[171], son pocos los programas que cuentan con dicha información (33%, es decir, tres de los nueve subcomponentes), por lo cual es un indicador con bajo nivel de información. A pesar de aquello, destacan los altos porcentajes de usuarios/as con dicho diagnóstico, en especial para el caso de subcomponente específicos para mujeres. Aun así, la base de datos enviada con prestaciones médicas no contempla el total de casos que se obtuvieron a partir de las bases anuales, por lo que deben ser tomadas con cautela. Si bien el desempeño en acceso a atención psiquiátrica es bueno, este tipo de medición no permite evaluar la calidad ni frecuencia de la atención entregada, elementos cruciales para la intervención. Por lo demás, uno esperaría que el 100% de los programas cuenten con este recurso al ser el trastorno por consumo de sustancias uno propio de aquella disciplina médica.

Finalmente, la producción de los componentes del Programa de Tratamiento y Rehabilitación posee un buen desempeño en general y contribuye al propósito[172], aunque es mejorable en términos de: (i) las fuentes de información; (ii) la calidad de los datos; (iii) la producción posterior a los tres meses de intervención; y (iv) los tiempos de espera para iniciar tratamiento. Respecto al primer punto hay que destacar que la información entregada era de cuatro bases de datos[173] distintas, y estas no tenían consistencia ni era comparables aun compartiendo unidad de análisis. Además, hay una clara falta de información para el monitoreo y evaluación del desempeño de varios componentes. En cuanto a la calidad de datos, cabe decir que los datos son recolectados por varios actores y empleados de los centros donde se implementan los tratamientos, los que muchas veces no están familiarizados con el Sistema de Información y Gestión de Tratamiento (SISTRAT) o no rellenan toda la información disponible. Esto se debe principalmente a que el pago de un mes de plan de tratamiento está sujeto al registro de un porcentaje de información y al menos una prestación para la mayoría de los convenios. Si bien SENDA ha mejorado sustancialmente la participación en sus plataformas (tanto en SISTRAT como TOP) a través de los años, se deben generar mecanismos de incentivos para aumentar la calidad y cantidad de información, así como reforzar las instancias de capacitación.

En relación con el tercer punto, llama la atención que aun cuando existe una alta retención, la tasa de abandono y completitud de tratamiento no tienen logros buenos. Es decir, los beneficiarios logran estar

[169] Por 'equipo de trato directo' se alude a aquellos profesionales que trabajan directamente con los usuarios, a través de intervenciones propias de su disciplina (psicólogos, asistentes sociales, médicos, psiquiatras y terapeutas ocupacionales).
[170] Indicador sin información para: (i) Componente 2; (ii) Componente 3; (iv) Subcomponente 2 del Componente 4.
[171] Indicador sin información para: (i) Subcomponente 3 del Componente 1; (ii) Componente 2; (iii) Componente 3; (iv) Subcomponente 2 del Componente 4.
[172] Las personas que presentan consumo problemático de alcohol y drogas modifican positivamente su patrón de consumo
[173] Bases del Sistema de Información y Gestión de Tratamiento (*SISTRAT*) Usuarios (2012-2017); Bases Listas de Espera (2013-2017); Bases Recursos Humanos (2013-2016). Para más información respecto a las bases y procedimientos utilizados ver Anexo 4.2.

en el plan durante 90 días, pero pasado este tiempo alrededor de uno de cada cuatro abandona, y solo uno de cada cinco está en tratamiento el tiempo sugerido por las orientaciones técnicas. Aun no existiendo información cualitativa de los procesos, probablemente sea bueno que SENDA revise la etapa posterior a los 90 primeros días de intervención. Finalmente, se debe mejorar la brecha entre el contacto con el beneficiario y su primera intervención. Si bien la media de inicio de tratamiento oscila entre los 10 y 21 días entre subcomponentes para 2017, se debe aspirar a reducir las listas de espera para mejorar la retención y el éxito terapéutico.

VII. EVALUACIÓN DE RESULTADOS A NIVEL DE OBJETIVOS

1. Estudio cuantitativo: Población Adulta

1.1. Metodología

Diseño metodológico

Este estudio tiene un carácter longitudinal y prospectivo, pues se realizó un seguimiento de una cohorte de usuarios de los programas de tratamiento en el tiempo, que implica una primera medición al momento del ingreso de los usuarios al programa, a su egreso (12 meses después), y post-egreso (18 meses). El principal objetivo del estudio es responder a las siguientes preguntas:

- ¿Cuál es la relación entre el estatus de tratamiento y la recuperación de los beneficiarios? Entendiendo recuperación acorde a las siguientes dimensiones:
    - Uso de alcohol y/o drogas;
    - Calidad de vida;
    - Salud mental y física;
    - Comportamiento delictual;
    - Participación socioeconómica;
    - Ejercicio de la ciudadanía;
    - Vinculación a redes de apoyo.
- ¿Cómo varía esto de acuerdo a?
    - Diferentes modalidades de tratamiento (residencial y/o ambulatorio);
    - Exposición a tratamiento;
    - Tipo de egreso;
    - Patrón de consumo al iniciar el tratamiento;
    - Otras características individuales.

La población objetivo de esta investigación consiste en personas con consumo problemático de alcohol y/o drogas que ingresaron a tratamiento durante julio a octubre del 2018 en Centros con convenio SENDA de la Región Metropolitana en los Programas para Población Adulta, en sus modalidades Ambulatorio Intensivo (PAI y MPAI) y Residencial (PR y MPR)[174], los que fueron seleccionados por su trayectoria, su importancia presupuestaria y de cobertura[175]. La unidad de análisis y de observación de esta investigación son las personas que estuvieron en estos programas de tratamientos. Cabe destacar que a los y las participantes se les asignó una modalidad de tratamiento de acuerdo con sus necesidades clínicas y a la disponibilidad de oferta. Se llegó a esta población mediante un muestreo por conveniencia gracias a la coordinación con SENDA Metropolitano y los centros de tratamiento, quienes facilitaron espacios para realizar las encuestas y también la organización necesaria para acceder a los y las usuarias.

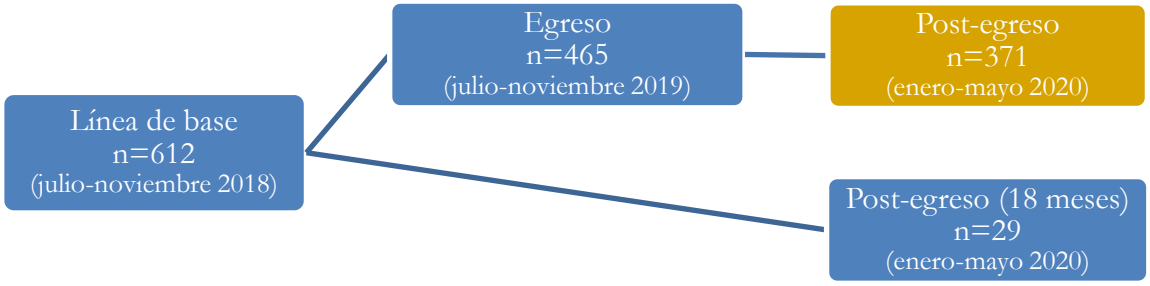
[174] A quienes participaron del estudio se les solicitó información de contacto para realizarles la segunda y tercera encuesta, y se les solicitó firmar un consentimiento informado donde accedían a entregar información de contacto incluida en su ficha clínica para efectos de esta investigación. Además, para asegurar la adherencia al estudio y lograr una buena tasa de respuesta en el futuro, se les entregó como incentivo una *Gift Card* de $5.000 en la línea de base, para la segunda ola de $10.000 y la tercera ola de $20.000.

[175] Revisar Anexo 10 para ver la justificación en la elección de los programas.

Muestra

En total participaron 82 de los 94 centros que tenían un convenio vigente con SENDA para el momento en que se levantó la línea de base. Como se observa en la Tabla 54, para la primera ola se logró encuestar a un total de 612 casos, en la segunda se re-contactó a 465 usuarios de esa cohorte (76,5%). Finalmente, para la tercera ola se realizaron un total de 400 encuestas, aunque solo 371 participantes lo hicieron las tres olas (61,2%), siendo este último grupo el utilizado para los análisis.

Ilustración 1: Descripción de la muestra



Fuente: Elaboración propia

La tasa de respuesta fue de 66%, la cual es similar a las de otras investigaciones que han estudiado longitudinalmente a usuarios de tratamientos de rehabilitación, como el estudio DATOS realizado en Estados Unidos (Flynn, Craddock, Hubbard, Anderson, & Etheridge, 1997); el ROSIE de Irlanda (Comiskey, Kelly, Leckey, & Mrs L. McCulloch, 2009); y el DTORS de Inglaterra[176]. La tasa de deserción muestral se considera baja sobre todo considerando las coyunturas de octubre del 2019[177], así como la pandemia de SARS-CoV-2 o Covid-19 que ha afectado al mundo durante el año 2020.

Tabla 54: Tasas de respuesta, cooperación, rechazo y contacto

	Línea de base (T0)	Egreso (T1)	Post-egreso (T2)	
			Respecto a T1	Respecto a T0
Número de casos	612	465 (609 elegibles)	371 (462 elegible)	400 (606 elegibles)
Tasa de Respuesta (RR2)[178]	-	76,5%	80,3%	66%
Tasa de Cooperación (COOP2)[179]	-	82,6%	80%	81,1%
Tasa de Rechazo (REF3)[180]	-	2,5%	1,3%	1%
Tasa de Contacto (CON3)[181]	-	92,4%	86,5%	81,4%

Fuente: Elaboración propia.

[176] El estudio DATOS tuvo una tasa de respuesta fue de un 74%, el estudio ROSIE una tasa de un 75,5% para su tercera ola y el estudio DTOR que obtuvo una tasa de un 44,6% para su tercera ola.
[177] En octubre de 2019 ocurrió el "Estallido Social", lo que dificultó el terreno. El transporte público se vio afectado y se hizo difícil el traslado de los encuestadores. También se dificultó la coordinación para agendar encuestas con los participantes, por lo que disminuyó bastante el flujo de encuestas semanales. Por esto, se le hizo una pausa al terreno durante una semana aproximadamente, pero se extendió hasta el 22 de noviembre.
[178] Tasa de respuesta RR2 se calculó con el número de entrevistas completas partido por el número total de casos elegibles (465/609).
[179] Tasa de cooperación COOP2 se calculó con el número de entrevistas completas partido por el número de contacto con un individuo elegible. No considera a los no contactados en el denominador (465/563).
[180] Tasa de rechazo REF3 es la proporción de rechazos del total de casos elegibles (15/609).
[181] Tasa de contacto CON3 es la proporción de casos en que se llegó a contacto con alguno de los miembros del hogar sobre el total de casos elegibles (563/609).

Las condiciones de admisibilidad al estudio se relajaron durante la realización de la línea de base[182], ya que resultaba inviable lograr un tamaño muestral satisfactorio de mantenerlos. Así, se decidió a encuestar todas aquellas personas que llevasen menos de tres meses en tratamiento. Se hizo especial énfasis entre los equipos que derivaran al estudio solo a aquellas personas cuyo tratamiento fuese financiado a través del sistema público- ya sea mediante SENDA o MINSAL- y que hayan expresado su voluntariedad a participar en el estudio.

Se realizaron los siguientes análisis de validez de la muestra[183]: (i) comparándola con la población potencial[184] (definida en el Apartado III)[185]; (ii) análisis de deserción muestral; (iii) análisis de encuestas telefónicas; y (iv) validez de la respuesta según el encuestador. Respecto al primer análisis se pesquisó que la muestra de tratamiento UC coincide en solo algunos parámetros con la población potencial identificada en el Décimo Segundo Estudio de Drogas en Población General desarrollado por SENDA (2016), sobre todo en el consumo de sustancias como alcohol y el policonsumo durante el último mes. Dicho esto, existe la necesidad de atender a poblaciones que no están siendo captadas por los dispositivos de tratamientos ambulatorios intensivos y residenciales para población adulta en la Región Metropolitana. En concreto, los tratamientos no estarían llegando a las personas que consumen marihuana de la población potencial, concentrándose en consumo de cocaína o pasta base. En cuanto al análisis de deserción muestral se encontró a menos hombres, policonsumidores con sustancia principal pasta base, y personas con compromiso delictual. Además, en términos geográficos, se recontactó a un menor porcentaje de personas del servicio metropolitano occidente. No se encontraron diferencias en cuanto a edad, participación laboral, educación, tipo de programa ni comorbilidad psiquiátrica. En tercer lugar, un 29,4% de las encuestas de la tercera ola fueron telefónicas y solo se encontraron diferencias en cuanto al servicio metropolitano de salud, donde los sectores sur y suroriente presentan una mayor presencia. Por último, los encuestadores evaluaron como "buena" la información obtenida para nueve de cada diez participantes (88,9%), y casi el cien por ciento no estaba agitado, hostil ni intoxicado para la aplicación.

Instrumentos

En este apartado se describen los instrumentos utilizados durante la primera, segunda y tercera ola del estudio[186]. El primero corresponde a la encuesta sobre tratamiento de drogas orientada a usuarios al momento de su ingreso (línea de base), el segundo cuestionario utilizado en la segunda ola del estudio al momento de egreso (12 meses), y finalmente el instrumento utilizado durante el post egreso (18 meses). Los tres instrumentos se conforman por 7 principales módulos, que apuntan a lograr una caracterización

[182] Las condiciones de admisibilidad iniciales eran (1) que hayan transcurrido menos de 30 días desde la firma de consentimiento informado de adhesión al tratamiento; (2) que durante los últimos 12 meses no hayan recibido más de 90 días de tratamiento, ya sea en uno o más tratamientos. Sin embargo, una vez en terreno se constató que: (1) la firma de consentimiento informado para ingreso a tratamiento variaba entre los centros de tratamiento (con un rango entre dos semanas a 3 meses desde que el usuario entra a tratamiento); (2) gran parte de los usuarios habían recibido tratamientos previos en más de un lugar, por lo que solían sumar más de 90 días en conjunto. Todo esto hizo que para lograr el tamaño de población proyectado se necesitara extender el estudio más allá de lo planificado, por lo cual se decidió flexibilizar los criterios y reformular el diseño metodológico. Así, a partir del mes de septiembre de 2018 (es decir, transcurridos los dos primeros meses de terreno de la línea de base) se cambió a los expuestos.

[183] Para mayor detalle ir a Anexo 13.

[184] Para su estimación, se usó el módulo de muestras complejas en Stata (versión 14), con el respectivo el factor de expansión, la manzana como conglomerado y la comuna como variable de estratificación.

[185] Población potencial definida: Personas adultas con consumo problemático, entendido como dependencia en sustancias ilícitas y 20 puntos o más en AUDIT (ver apartado III).

[186] Para mayor detalle sobre los instrumentos ver Anexo 11 y 12.

de los usuarios que participan de los programas de tratamiento, así como su evolución en indicadores de interés para el programa (Tabla 55).

Tabla 55: Dimensiones medidas en Encuesta a Usuarios sobre tratamiento de drogas en Chile – Línea Base, Egreso y Post-Egreso			
Dimensión	Línea de base	Egreso	Post-Egreso
Selección de la muestra	X	X	X
Caracterización sociodemográfica	X	X	X
Patrón de consumo de sustancias	X	X	X
Salud física	X	X	X
Salud mental (M.I.N.I)	X	X	X
Estigma		X	
Redes de apoyo	X	X	X
Ejercicio de la ciudadanía	X	X	X
Eventos disruptivos	X	X	X
Victimización cuando NNA		X	
Trasgresión a la norma	X	X	X
Satisfacción con la vida	X	X	X
Satisfacción usuaria		X	
Calidad de tratamiento		X	
Chile Integra			X
Calendario de consumo y tratamiento mensual		X	X
Fuente: Elaboración propia.			

1.2. Trabajo de terreno

En un primer momento, se logró la aprobación del Comité de Ética del Servicio Metropolitano de Salud Sur y del Comité de Ética de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Se contó con alrededor de 7 encuestadores por ola, siendo todos psicólogos/as ya titulados. Las capacitaciones se realizaron en el Instituto de Sociología de la Pontificia Universidad Católica de Chile (ISUC) y tuvieron una duración aproximada de una jornada laboral (8 horas).

Durante la línea de base la cooperación de SENDA fue fundamental en el trabajo de terreno facilitando la bajada de información a los centros participantes. Por su parte, para la segunda y tercera ola se volvió a contactar directamente a los participantes y sus contactos. Si aún seguían en tratamiento, se tomó contacto con el centro tratante para ver si era factible la aplicación del instrumento en sus dependencias.

Una vez completada la encuesta el equipo de terreno realizó una supervisión acuciosa y semanal de la consistencia de las respuestas y completitud del cuestionario. Para la primera ola las encuestas se realizaron en papel y se fiscalizaban las encuestas completas. Para la segunda y tercera ola las encuestas se realizaron en Tablet, por lo que la fiscalización se realizó a través de grabaciones de audio con el programa SurveyToGo[187]. Asimismo, se siguió y apoyó de cerca la coordinación de entrevistas y problemas suscitados durante el terreno, para asegurar el máximo de adherencia al estudio. Otro elemento en que se enfocó la supervisión fue la calidad de la información de contacto de los usuarios. Se buscó que

[187] Survey To Go es un programa que se utiliza para aplicar encuestas a partir de dispositivos móviles, como las Tablet. Este permite fiscalizar a los/as encuestadores/as a partir de grabaciones de audios y/o videos ocultos, además entrega información sobre la duración de la encuesta y permite revisar la base de datos cada vez que se quiera, pues ésta se va actualizando cuando los encuestadores sincronizan encuestas al tenerlas completas. De esta forma, se tiene un sistema de fiscalización de encuestas rápido y simultáneo al terreno.

ésta fuera exhaustiva y correcta para cada participante en estudio, ya que de esto dependía la posibilidad de realizar un seguimiento efectivo en el tiempo y minimizar la posibilidad de deserción muestral. Finalmente, destacar que los tiempos entre olas se ajustan a la metodología propuesta (Tabla 56) y la mayoría de los participantes (96,8%) declaró que su tratamiento fue financiado mediante recursos del Estado (Tabla 57). Finalmente, cabe la pena decir que durante la tercera ola del estudio se intentó corroborar el resultado de consumo de alcohol y/o drogas, no obstante, esto no fue posible principalmente dada le emergencia sanitaria de covid-19.

Tabla 56: Tiempo transcurrido entre aplicaciones según programa					
Desde línea de base a egreso (T0-T1)[1]	Media	Desv. Est.	Mínimo	Máximo	N
Programa					
Ambulatorio	11,5	1,3	8,5	15,1	245
Residencial	11,9	1,3	9,4	15	119
Total	**11,6**	**1,3**	**8,5**	**15,1**	**364**
Desde línea de base a post-egreso (T0-T2)[1]					
Programa					
Ambulatorio	17,5	1,6	9,4	21,5	245
Residencial	17,7	1,6	14,5	21,2	119
Total	**17,6**	**1,6**	**9,4**	**21,5**	**364**
Desde egreso a post-egreso (T1-T2)					
Programa					
Ambulatorio	6	1,2	4,2	9,5	249
Residencial	5,9	1,3	4,3	9,1	122
Total	**5,9**	**1,2**	**4,2**	**9,5**	**371**
Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta a Usuarios sobre tratamiento de drogas en Chile. [1] El N no coincide con el N de las tres olas para t0-t1 y t0-t2 (371) ya que 7 casos no tenían fecha de aplicación de línea de base.					

Tabla 57: Financiamiento según tipo de programa			
	Tipo de programa		
Financiamiento tratamiento en T0	Ambulatorio	Residencial	Total
Autofinanciado	0,8%	2,5%	1,4%
Por parte del Estado (SENDA o MINSAL)	96,8%	96,7%	96,8%
Financiamiento externo a SENDA (ONG u otros)	2,4%	0%	1,6%
NS/NR	0%	0,8%	0,2%
Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta a Usuarios sobre tratamiento de drogas en Chile. N=371.			

1.3. Plan de análisis

A continuación, se presenta el plan de análisis, el cual busca responder a los siguientes objetivos:

- Evaluar los resultados a nivel de propósito y fin del programa de tratamiento y rehabilitación por el consumo problemático de alcohol y/o drogas.
- Identificar los factores (de la intervención y de los participantes) asociados a mejores resultados.

Para el análisis de datos se utilizó el software Stata (versión 15), con el cual se llevó a cabo una descripción de la muestra y un análisis descriptivo bivariado entre las distintas variables del estudio. Se utilizaron test chi cuadrado para testear diferencias estadísticamente significativas y test de medias para muestras pareadas con el fin de observar si existen diferencias significativas en el tiempo. Posteriormente, se realizaron modelos de regresión lineales y/o dicotómicos para evaluar los resultados con predictores de la línea de base de acuerdo con la revisión de literatura realizada. Se controló por tipo de programa, la exposición a tratamiento, tipo de egreso, primer tratamiento, sexo, edad, situación laboral, patrón de

consumo en línea de base, habitabilidad en lugares adversos, comorbilidad psiquiátrica, comportamiento delictual, redes sociales, eventos disruptivos vividos en los últimos doce meses y victimización en la niñez/adolescencia. Finalmente, cualquier diferencia estadísticamente significativa presentada es a un nivel 90% o mayor nivel de confianza.

1.4. Resultados

Experiencia en tratamiento[188]

En el siguiente apartado se analiza la experiencia de tratamiento. Esta busca caracterizar el servicio recibido por los usuarios en términos de tiempo de tratamiento, calidad de la atención recibida, egreso del programa (alta, deserción, derivación) y seguimiento post egreso. Además, se incluye un análisis sobre conocimiento y acceso a Chile Integra.

Exposición a tratamiento[189]

La **exposición a tratamiento** refiere a la cantidad de meses que una persona estuvo asistiendo a tratamiento[190]. Este factor es relevante a la hora de observar resultados. La literatura internacional ha demostrado que la efectividad del tratamiento está vinculada al tiempo de estadía en éste y, además, que se necesita al menos de 3 meses para que se pueda observar un efecto (Simpson, Joe, & Broome, 2002; Simpson et al., 1997; National Institute for Drug Abuse, 2012). Jones et al. (2009) concluye que las principales ganancias de los tratamientos se logran en las primeras 12 semanas, reforzando que es periodo crítico al que se debe apuntar llegar. La **retención** (3 o más meses en tratamiento) para el programa de Población Adulta General en 2017 fue de 75,2%, por debajo del 86,2% de la actual muestra (Tabla 66). Se observa que, como es de esperarse, quienes egresaron por alta terapéutica presentan mayor exposición que quienes abandonaron. Además, en general uno de cada tres usuarios de programas ambulatorios completa el tiempo de tratamiento de acuerdo a las orientaciones técnicas del servicio para dicha modalidad[191], siendo más largos que los residenciales. El análisis multivariado (Tabla 218) mostró que pertenecer al servicio metropolitano Sur Oriente y Central se asocia a una menor probabilidad de retención en comparación a quiénes se atendieron en el Sur. Además, haber recibido más de tres prestaciones se asocia positivamente a la retención. Características negativamente asociadas con la retención son tener al menos un trastorno de salud mental en línea de base, haber vivido en lugares adversos 12 meses antes de la línea de base, haber sufrido victimizaciones cuando se era menor de 18 años y tener una mejor red de apoyo.

Por otra parte, se decidió explorar el porcentaje de usuarios que obtuvieron **asistencia semanal completa** y **jornadas promedio completas**[192] (Tabla 59)[193]. En este punto, los tratamientos

[188] En algunos de los subanálisis el número de caso es mayor a las 371 personas de los análisis de resultados, ya que se considera a quienes no fueron encontrados en la tercera ola (T2), pero sí en la segunda (T1) (n total=490), mientras que en otros casos se incluye a quienes no se encontró en T1, pero sí en T2 (n total=399). Esta información resulta útil ya que intenta dar cuenta de tratamiento recibido (procesos) y no resultados.

[189] Se incluye a las 370 personas que declararon tiempo en tratamiento.

[190] Se decidió realizar tres grupos para esta variable. En primer lugar, el umbral de tratamiento mínimo de tres meses de exposición, un segundo grupo de personas con más de tratamiento mínimo pero menos que lo estipulado por orientaciones técnicas para las modalidades incluidas (4 a 11 meses), y finalmente un tercer grupo con 12 meses o más de tratamiento.

[191] Recordar que, según las orientaciones técnicas de SENDA, para la modalidad ambulatoria intensiva la duración del plan es de 12 meses. Mientras que, para la modalidad residencial, se define una duración aproximada entre 3 y 12 meses.

[192] Recordar que, según las orientaciones técnicas de SENDA, para la modalidad ambulatoria intensiva recomienda asistencia de 5 días a la semana, 4 a 6 horas de permanencia diaria. Mientras que, para la modalidad residencial, se define una permanencia de 7 días, jornada terapéutica de 5 a 7 horas cada día.

[193] En este caso se considera a las 490 personas que respondieron respecto a calidad de tratamiento en T1 (n=464) y los recontactados solo en T2 (n=26).

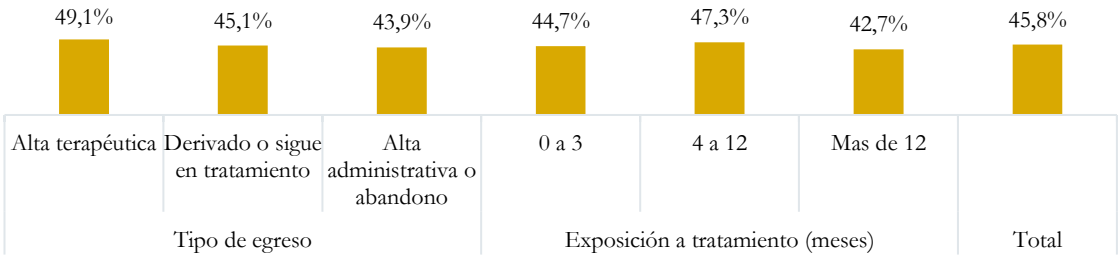
residenciales tienen mejores tasas de completitud de la orientación técnica en asistencia semanas y jornadas diarias. No se observaron diferencias según tipo de egreso o exposición a tratamiento (Gráfico 2 y Gráfico 3). Por otra parte, los servicios de salud con mejor desempeño son el Sur y Sur Oriente, mientras que el Norte destaca por tratamientos poco completos en asistencia semanal, y el Central por jornadas más cortas. También, cabe destacar que los monoconsumidores de cocaína y/o pasta base, así como los policonsumidores de pasta base declararon mayor completitud en ambas dimensiones. El análisis multivariado reveló que asistir a tratamientos residenciales, haber recibido jornadas de tratamiento completas, tener entre 30 y 39 años (versus 18 a 29 años) y haber experimentado victimizaciones cuando se era menor de 18 años se asocian positivamente a tener asistencia semanal completa (Tabla 218). Por otra parte, el haber recibido tratamiento en los servicios Norte, Occidente y Central se asocia a una menor probabilidad de cumplir con la asistencia declarada en la orientaciones técnicas en comparación a quienes asistieron en el servicio de salud Sur.

Tabla 58: Exposición a tratamiento (en meses) en T2 según tipo de egreso, programa, patrón de consumo previo a tratamiento y delito en los últimos 12 meses[1]

	Exposición a tratamiento en T2 (en meses)		
	0 a 3	4 a 12	Más de 12
Tipo egreso* (N=370)			
Alta terapéutica	5,4%	71,2%	23,4%
Derivado o sigue en tratamiento	2,4%	35,7%	61,9%
Alta administrativa o abandono	22,3%	71,4%	6,3%
Programa* (N=370)			
Ambulatorio	11,6%	60,2%	28,1%
Residencial	14,5%	70,2%	15,3%
Patrón de consumo previo a tratamiento (N=324)			
Abstemios	12,9%	61,3%	25,8%
Monoconsumidor cocaína/pasta base	13,0%	68,5%	18,5%
Monoconsumidor alcohol	6,6%	60,7%	32,8%
Policonsumidor cocaína	14,3%	64,3%	21,4%
Policonsumidor pasta base	13,9%	63,4%	22,8%
Cometió delito en los últimos 12 meses[1]:* (N=370)			
No	12,2%	59,2%	28,6%
Sí	13,5%	72,2%	14,3%
Total (N=370)	**12,6%**	**63,4%**	**23,9%**

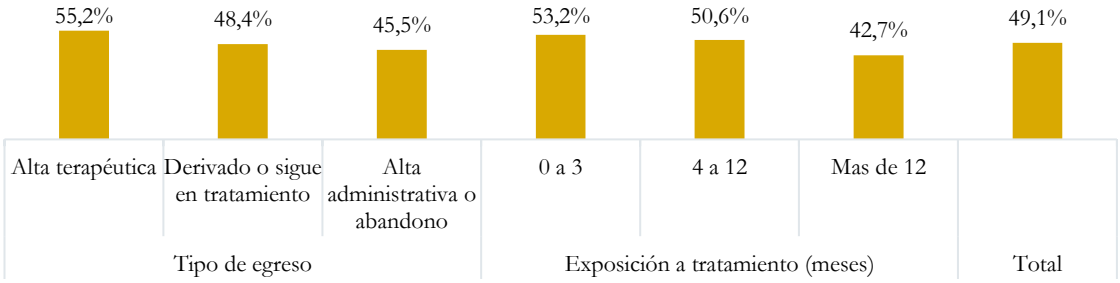
Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta a Usuarios sobre tratamiento de drogas en Chile. * Diferencia significativa a un 90% o mayor nivel de confianza. La significancia fue calculada mediante test de chi cuadrado. [1]Incluye: (i) Peleas con arma blanca; (ii) Peleas con arma de fuego; (iii) Robo con intimidación; (iv) Agresión sexual; (v) Lesión grave; (vi) Homicidio; (vii) Robo a lugar no habitado; (viii) Robo en lugar habitado; y (ix) Hurto. Se presentan porcentajes de fila.

Gráfico 2: Porcentaje de usuarios/as que recibieron asistencia semanal completa[1] según tipo de egreso (N=394) y exposición a tratamiento (N=371)



Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta a Usuarios sobre tratamiento de drogas en Chile. [1]Incluye: quienes declararon asistir 5 días a la semana en ambulatorio intensivo y quienes declararon 7 días en residencial.

Gráfico 3: Porcentaje de usuarios/as que recibieron jornadas promedios completas[1] según tipo de egreso (N=394) y exposición a tratamiento (N=371)



Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta a Usuarios sobre tratamiento de drogas en Chile. [1]Incluye: quienes declararon jornadas promedio de 4 o más horas en ambulatorio intensivo y quienes declararon jornadas promedio de 5 o más horas en residencial.

Tabla 59: Asistencia semanal completa[1] y jornadas promedios completas[2] según programa, servicio metropolitano de salud, patrón de consumo previo a tratamiento y cometió delitos 12 meses antes de la línea de base[3]

	Asistencia semanal completa	Jornadas promedios completas
	% Sí	% Sí
Programa* (N=490)		
Ambulatorio	33,4%	34,4%
Residencial	68,3%	71,3%
Servicio Metropolitano de Salud* (N=490)		
Sur	58,0%	64,8%
Sur Oriente	78,5%	80,4%
Oriente	39,2%	31,6%
Norte	19,3%	32,7%
Occidente	29,6%	29,8%
Central	23,5%	17,6%
Patrón de consumo previo a tratamiento* (N=460)		
Abstemios	42,5%	42,5%
Monoconsumidor cocaína/pasta base	55,9%	60,3%
Monoconsumidor alcohol	34,9%	34,1%
Policonsumidor cocaína	42,4%	38,1%
Policonsumidor pasta base	50,7%	54,1%
Cometió delito en los últimos 12 meses** (N=488)		
No	41,3%	45,3%
Sí	52,8%	50,0%
Total (N=490)	**45,5%**	**47,0%**

Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta a Usuarios sobre tratamiento de drogas en Chile. * Diferencia significativa a un 90% o mayor nivel de confianza para ambas variables dependientes. ** Diferencia significativa a un 90% o mayor nivel de confianza para asistencia semanal completa. La significancia fue calculada mediante test de chi cuadrado. [1]Incluye: quienes declararon asistir 5 días a la semana en ambulatorio intensivo y quienes declararon 7 días en residencial. [2]Incluye: quienes declararon jornadas promedio de 4 o más horas en ambulatorio intensivo y quienes declararon jornadas promedio de 5 o más horas en residencial. [3]Incluye: (i) Peleas con arma blanca; (ii) Peleas con arma de fuego; (iii) Robo con intimidación; (iv) Agresión sexual; (v) Lesión grave; (vi) Homicidio; (vii) Robo a lugar no habitado; (viii) Robo en lugar habitado; y (ix) Hurto. Se presentan porcentajes de fila.

Prestaciones recibidas[194]

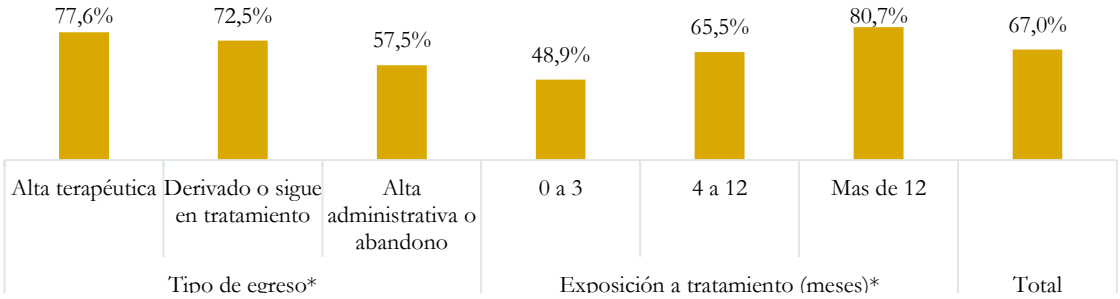
La calidad del tratamiento se analiza mediante distintas variables que caracterizan los servicios recibidos. Entre ellas están las prestaciones relacionadas a servicios de salud (psicólogo, psiquiatra y médico) y visitas

[194] En este caso se considera a las 490 personas que respondieron respecto a calidad de tratamiento en T1 (n=464) y los recontactados solo en T2 (n=26).

domiciliarias. Vale la pena recordar que las orientaciones técnicas del plan de tratamiento declaran que un tratamiento "incluye un conjunto de prestaciones e intervenciones que técnicamente, no pueden estar ausentes para el logro de los objetivos terapéuticos, tales como: consulta de salud mental, consulta médica, consulta psiquiátrica, consulta psicológica, intervención psicosocial de grupo, psicoterapia individual, psicoterapia de grupo, psicodiagnóstico, visita domiciliaria, exámenes de laboratorio que se requieran y medicamentos si corresponde." (SENDA-MINSAL, 2017, pág. 33). En este punto destaca que quienes abandonaron el tratamiento o fueron dados de alta administrativa recibieron menos atención psiquiátrica, psicológica y médica (Tabla 60). Además, preocupa el bajo porcentaje de usuarios que egresaron por esta vía que declaran haber recibido visitas domiciliaria (41,7%), ya que éstas constituyen una actividad básica de rescate ante deserción del programa. En cuanto a la exposición a tratamiento preocupa que solo dos de cada tres personas que estuvieron tres meses o menos recibieron atención psiquiátrica, ya que es una actividad contemplada para el primer mes según las matrices de intervenciones (SENDA-MINSAL, 2017, pág. 75). En cuanto al plan de tratamiento, como es de esperar -dado que no hay institucionalización- los programas ambulatorios realizan más visitas domiciliarias que los residenciales (52% versus 33,9% respectivamente). Por su parte, los tratamientos residenciales poseen mejor cobertura de atención psiquiátrica (97,6% versus 80,3%) lo que es de esperar dada la mayor disponibilidad de recursos y financiamiento, así como el perfil de beneficiario (más complejo). En cuanto al servicio de salud, se observan diferencias para todas las prestaciones. En primer lugar, la atención psiquiátrica tiene un mejor acceso en los servicios Sur y Oriente, mientras que el servicio de salud Central posee un baja cobertura de esta prestación, llegando a solo 57,6%. En cuanto a la atención médica las diferencias son de mayor magnitud, donde los servicios Oriente y Central poseen un peor desempeño.

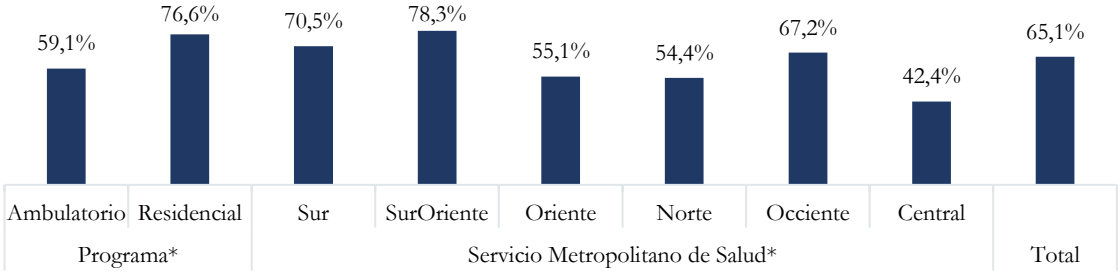
Para revisar tratamientos más completos en relación a los tipos de prestaciones se elaboró un indicador que demarca el **haber recibido al menos tres de las cuatro actividades preguntadas** (Gráfico 4 y Gráfico 5). Se observa que claramente quienes abandonaron y quienes estuvieron menos expuestos a tratamiento recibieron una menor cantidad de intervenciones. En general quienes se atendieron en tratamientos ambulatorios, así como en los servicios Oriente, Norte y Central recibieron una menor cantidad de prestaciones. El análisis multivariado reveló que ser mujer y haber vivido eventos disruptivos antes de la línea de base se asocian a una mayor probabilidad de haber recibido tres o más prestaciones. Por otra parte, haber recibido tratamiento en el servicio Central (versus Sur) y ser primerizo en tratamiento se asocian a una menor probabilidad de haber recibido tres o más prestaciones.

Gráfico 4: Recibió al menos tres tipos de prestaciones[1] según tipo de egreso (N=393) y exposición a tratamiento (N=370)



Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta a Usuarios sobre tratamiento de drogas en Chile. [1]Incluye: (i) Atención psicológica; (ii) Atención psiquiátrica; (iii) Atención médica; y (vi) Visita domiciliaria. *Diferencia significativa a un 90% o mayor nivel de confianza. La significancia fue calculada mediante test de chi cuadrado.

Gráfico 5: Recibió al menos tres tipos de prestaciones[1] según programa (N=487) y exposición a tratamiento (N=487)



Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta a Usuarios sobre tratamiento de drogas en Chile. [1]Incluye: (i) Atención psicológica; (ii) Atención psiquiátrica; (iii) Atención médica; y (vi) Visita domiciliaria. *Diferencia significativa a un 90% o mayor nivel de confianza. La significancia fue calculada mediante test de chi cuadrado.

Tabla 60: Recibió atención psiquiátrica, atención psicológica, atención médica y visitas domiciliarias según tipo de egreso, exposición a tratamiento, programa, servicio de salud, patrón de consumo previo a tratamiento, al menos un trastorno de salud mental en línea de base[1] y delito en los últimos 12 meses en línea de base[2]

	Atención psiquiátrica		Atención psicológica		Atención médica		Visita domiciliaria	
	% Recibió		% Recibió		% Recibió		% Recibió	
Tipo de egreso (N=396)								
Alta terapéutica	87,9%	*	99,1%	*	54,3%	*	55,7%	*
Derivado o sigue en tratamiento	95,6%		98,9%		47,3%		50,5%	
Alta administrativa o abandono	79,6%		94,2%		39,6%		41,7%	
Exposición a tratamiento en T2 (N=373)								
0 a 3	66,0%		91,5%		37,0%		40,0%	
4 a 12	83,8%	*	97,0%		47,5%		45,3%	
Mas de 12	97,7%		97,8%		52,8%		57,3%	
Programa (N=490)								
Ambulatorio	80,3%	*	96,9%		32,7%	*	52,0%	*
Residencial	97,6%		97,0%		67,7%		33,9%	
Servicio Metropolitano de Salud (N=490)								
Sur	95,5%		98,9%		40,9%		50,0%	
Sur Oriente	88,7%		91,6%		63,2%		41,0%	
Oriente	93,6%	*	97,5%	*	29,1%	*	46,8%	*
Norte	75,4%		94,7%		52,6%		28,1%	
Occidente	85,6%		100,0%		41,9%		56,9%	
Central	57,6%		100,0%		29,4%		38,2%	
Patrón de consumo previo a tratamiento (N=460)								
Abstemios	85,0%		97,5%		47,5%		37,5%	
Monoconsumidor cocaína/pasta base	89,6%		97,1%		59,7%		49,3%	
Monoconsumidor alcohol	87,1%		97,7%		38,4%		45,3%	
Policonsumidor cocaína	79,5%		96,6%		33,3%		47,9%	
Policonsumidor pasta base	89,9%		96,6%		48,6%		43,8%	
Al menos un trastorno de salud mental actual en línea de base[1] (N=490)								
No	79,3%	*	95,2%		40,9%		45,9%	
Sí	90,4%		98,0%		47,0%		45,8%	
Cometió delito en los últimos 12 meses[2] (N=490)								
No	82,4%	*	96,8%		41,6%		46,1%	
Sí	92,7%		97,2%		50,0%		46,1%	
Total (N=490)	**86,2%**		**96,9%**		**44,7%**		**46,1%**	

Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta a Usuarios sobre tratamiento de drogas en Chile. * Diferencia significativa a un 90% o mayor nivel de confianza. La significancia fue calculada mediante test de chi cuadrado. [1]Incluye: (i) Episodio depresivo mayor actual; (ii) Trastorno de angustia actual; (iii) Trastorno de personalidad antisocial; (iv) Episodio por estrés postraumático; y (v) Trastorno de ansiedad generalizada. [2]Incluye: (i) Peleas con arma blanca; (ii) Peleas con arma de fuego; (iii) Robo con intimidación; (iv) Agresión sexual; (v) Lesión grave; (vi) Homicidio; (vii) Robo a lugar no habitado; (viii) Robo en lugar habitado; y (ix) Hurto. Se presentan porcentajes de fila.

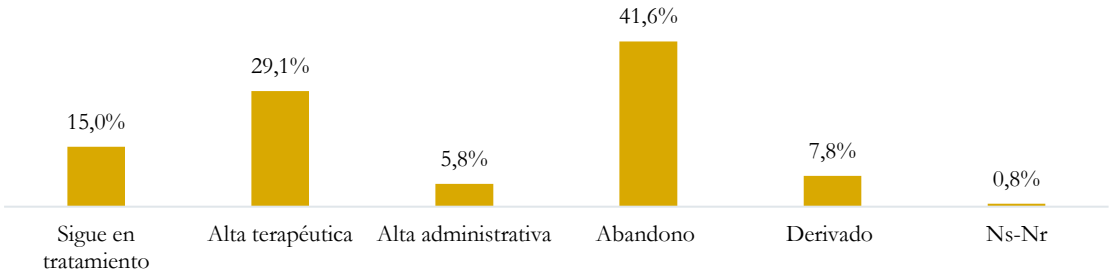
Término del programa[195]

En el siguiente apartado se analizan **las causales de egreso** del tratamiento. Para empezar, en el Gráfico 6 se puede apreciar que la mayoría de los usuarios abandonó el tratamiento (41,6%), luego un 29,1% que egreso mediante alta terapéutica, un 5,8% que le dieron el alta administrativa, un 7,8% fue derivado, y un 15% sigue en tratamiento. Cabe destacar que de acuerdo al informe anual de SENDA para el Subcomponente de Población Adulta (2018) el 43,7% abandonó el tratamiento y el 28,5% consiguió el alta terapéutica, por lo que los porcentajes de tipos de egresos se asemejan a los presentados aquí.

Luego, en la Tabla 61 se observa que las personas de programas residenciales egresan en mayor medida por alta terapéutica que quienes estuvieron en ambulatorios (36,6% versus un 25,6%). En relación a la derivación o continuar en tratamiento, los programas ambulatorios reportan en mayor medida esta situación (27,1% en contraposición a un 14,9% para los de residenciales). Respecto a características sociodemográficas, se encontraron diferencias en cuanto a la edad, siendo los más jóvenes (de 18 a 39 años) los que más abandonan el tratamiento y, consecuentemente, el alta terapéutica es mayor entre las personas de mayor edad. Esto es coherente con el hecho de que las personas de mayor edad van disminuyendo sus patrones de consumo, lo cual, en conjunto con otros factores, hacen que una mayor edad esté relacionada con mejores resultados en los tratamientos (William & Chang, 2000). Finalmente, destaca que quienes presentaban comorbilidad psiquiátrica o compromiso delictual en línea de base presentan mayores tasas de deserción.

El análisis multivariado reveló que tener jornadas diarias completas, haber recibido al menos tres prestaciones y tener 40 a 49 años (versus 18 a 29 años) se asocian positivamente a recibir alta terapéutica en comparación a abandonar o ser dado de alta administrativa (Tabla 219). Por su parte, ser consumidor de cocaína y/o pasta base (versus abstemios), presentar trastornos de salud mental en línea de base y tener una peor calidad de red se asocian negativamente a recibir el alta terapéutica en comparación a quienes abandonaron o fueron dados de alta administrativa. Finalmente, destaca que haber recibido un tratamiento ambulatorio, haber recibido al menos tres prestaciones, ser abstemio (versus consumidor de cocaína y/o pasta base), tener una mejor calidad de red se asocian a seguir en tratamiento en comparación a abandonar o ser dado de alta administrativa.

Gráfico 6: Tipo de egreso en T2 (N=399)



Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta a Usuarios sobre tratamiento de drogas en Chile.

[195] En este caso el análisis considera a todas las personas contactadas en T2 (n total=399)

Tabla 61: Tipo de egreso en T2 según exposición a tratamiento, programa, servicio metropolitano de salud, patrón de consumo previo a tratamiento, edad en tramos,

	Tipo de egreso en T2		
	Alta terapéutica	Derivado o sigue en tratamiento	Alta administrativa o abandono
Exposición a tratamiento en T2* (N=370)			
0 a 3	12,8%	4,3%	83,0%
4 a 12	33,8%	12,8%	53,4%
Mas de 12	29,2%	58,4%	12,4%
Programa* (N=396)			
Ambulatorio	25,6%	27,1%	47,3%
Residencial	36,6%	14,9%	48,5%
Servicio Metropolitano de Salud (N=396)			
Sur	34,3%	23,9%	41,8%
Sur Oriente	25,0%	26,0%	49,0%
Oriente	28,8%	25,8%	45,5%
Norte	30,2%	18,6%	51,2%
Occidente	34,4%	21,5%	44,1%
Central	16,1%	16,1%	67,7%
Patrón de consumo previo a tratamiento (N=368)			
Abstemios	39,4%	33,3%	27,3%
Monoconsumidor cocaína/pasta base	29,8%	21,1%	49,1%
Monoconsumidor alcohol	38,8%	25,4%	35,8%
Policonsumidor cocaína	25,3%	23,2%	51,5%
Policonsumidor pasta base	22,3%	19,6%	58,0%
Edad en tramos* (N=396)			
18 a 29	19,8%	19,8%	60,4%
30 a 39	25,2%	23,8%	51,0%
40 a 49	35,6%	25,3%	39,1%
50 o más	45,2%	22,6%	32,3%
Al menos un trastorno de salud mental actual en línea de base[1];* (N=396)			
No	35,5%	22,4%	42,1%
Sí	25,4%	23,4%	51,2%
Cometió delito en los últimos 12 meses[2];* (N=396)			
No	33,3%	24,1%	42,5%
Sí	21,8%	21,1%	57,1%
Total (N=399)	**29,4%**	**23,1%**	**47,5%**

Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta a Usuarios sobre tratamiento de drogas en Chile. * Diferencia significativa a un 90% o mayor nivel de confianza. La significancia fue calculada mediante test de chi cuadrado. [1]Incluye: (i) Episodio depresivo mayor actual; (ii) Trastorno de angustia actual; (iii) Trastorno de personalidad antisocial; (iv) Episodio por estrés postraumático; y (v) Trastorno de ansiedad generalizada. [2]Incluye: (i) Peleas con arma blanca; (ii) Peleas con arma de fuego; (iii) Robo con intimidación; (iv) Agresión sexual; (v) Lesión grave; (vi) Homicidio; (vii) Robo a lugar no habitado; (viii) Robo en lugar habitado; y (ix) Hurto. Se presentan porcentajes de fila.

Seguimiento post egreso[196]

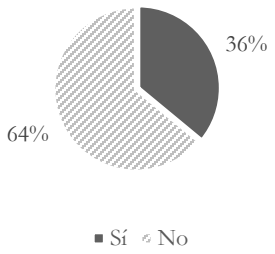
En el siguiente apartado se revisan los esfuerzos realizados luego del tratamiento para quienes egresaron por alta terapéutica, fueron derivados o abandonaron el tratamiento. En el último caso, cabe destacar que de acuerdo a las orientaciones técnicas del servicio el rescate constituye "Acciones encaminadas a conocer la situación de una persona inasistente o que ha abandonado el programa, con el objeto de evaluar las razones de la interrupción de la asistencia y estimular que retome el proceso terapéutico" (SENDA-MISAL, 2017, pág. 47). Aun cuando no se detallan el tipo de actividades asociadas a un posible rescato, se midió mediante contacto telefónico, citación o asistencia al centro de tratamiento. En cuanto al seguimiento post egreso para personas que recibieron el alta terapéutica destaca que esta constituye la cuarta fase del plan de tratamiento, la que "corresponde a un período (…) no inferior a un año

[196] En este caso no considera a 60 personas que seguían en tratamiento al momento de la tercera ola (n total=339)

posterior al alta terapéutica del plan, en el cual se realizan intervenciones individuales, familiares o grupales, con una frecuencia que se va distanciando progresivamente en la medida que avanza el plazo de una año, con el objeto de evaluar la mantención de los cambios terapéuticos logrados, ofreciendo estrategias de apoyo en el caso de presentarse dificultades" (SENDA-MISAL. 2017, pág. 34).

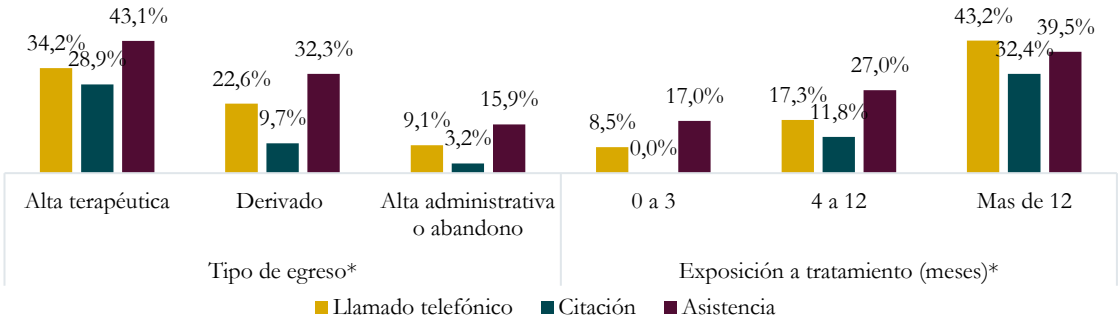
Como se observa en el Gráfico 7 solo un 36% de quienes egresaron recibieron algún tipo de seguimiento. Luego, de acuerdo al Gráfico 8 menos del 50% de los usuarios por alta terapéutica asistió al centro luego de su egreso, y solo uno de cada tres recibió llamados y citaciones. Destaca además el mal desempeño del rescate en el caso de quienes abandonaron o fueron dados de alta administrativa, donde solo un 8,5% recibió llamados desde el centro y un 3,2% declaro haber sido citado. Los resultados para exposición a tratamiento son similares, en el sentido de que a mayor exposición mejor seguimiento. Aun así, preocupa en quienes estuvieron expuestos tres meses o menos el 0% haya declarado haber sido citado al centro, toda vez son personas que ni siquiera han logrado retención en el tratamiento. Las principales prestaciones realizadas tras el egreso son consulta psicológica y psiquiátrica (Gráfico 9). Finalmente, el análisis multivariado dio cuenta de que haber recibido tratamiento en el servicio metropolitano de salud Norte (versus Sur), ser monoconsumidor de alcohol y policonsumidor de pasta base (versus abstemio en línea de base) y haber abandonado el tratamiento (versus haber recibido alta terapéutica) se asocian a una menor probabilidad de haber recibido seguimiento post egreso.

Gráfico 7: Recibió algún tipo de seguimiento[1] luego del egreso (N=339)



Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta a Usuarios sobre tratamiento de drogas en Chile. [1]Incluye: (i) Llamados telefónicos; (ii) Citaciones; y (iii) Asistencia al centro de tratamiento.

Gráfico 8: Recibió llamados telefónicos, citaciones o asistió al centro de tratamiento luego del egreso según tipo de egreso (N=332) y exposición a tratamiento (N=315)



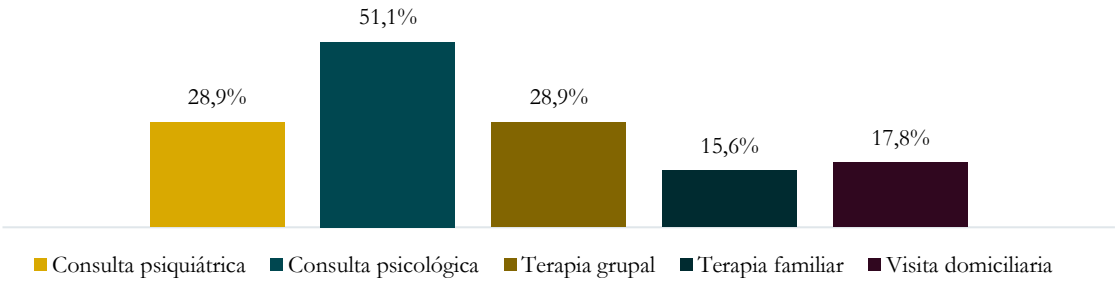
Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta a Usuarios sobre tratamiento de drogas en Chile. * Diferencia significativa a un 90% o mayor nivel de confianza. La significancia fue calculada mediante test de chi cuadrado.

Tabla 62: Recibió llamados telefónicos, citaciones o asistió al centro de tratamiento luego del egreso según programan, servicio metropolitano de salud, patrón de consumo previo a tratamiento, sexo y edad en tramos

	Llamado telefónico	Citación	Asistencia
	% Sí	% Sí	% Sí
Programa (N=339)			
Ambulatorio	20,1%	12,3%	24,3%
Residencial	16,8%	12,9%	30,4%
Servicio Metropolitano de Salud (N=339)			
Sur	23,3%	16,7%	36,7%
Sur Oriente	20,5%	11,0%	34,9%
Oriente	23,1%	18,5%	29,6%
Norte	8,1%	8,1%	13,5%
Occidente	18,4%	11,8%	16,7%
Central	11,5%	3,8%	18,5%
Patrón de consumo previo a tratamiento (N=316)			
Abstemios	33,0%	22,2%	44,4%
Monoconsumidor cocaína/pasta base	18,4%	20,4%	40,0%
Monoconsumidor alcohol	22,6%	15,1%	25,9%
Policonsumidor cocaína	20,9%	11,6%	20,9%
Policonsumidor pasta base	13,4%	5,2%	18,2%
Sexo (N=339)			
Hombre	16,9%	9,3%	25,9%
Mujer	22,9%	19,1%	27,9%
Edad en tramos (N=339)			
18 a 29	14,1%	7,1%	20,0%
30 a 39	16,5%	10,9%	23,3%
40 a 49	22,9%	20,0%	36,1%
50 o más	27,5%	15,7%	32,7%
Total (N=339)	**18,9%**	**12,5%**	**26,7%**

Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta a Usuarios sobre tratamiento de drogas en Chile. * Diferencia significativa a un 90% o mayor nivel de confianza. La significancia fue calculada mediante test de chi cuadrado. Se presentan porcentajes de fila.

Gráfico 9: Prestaciones post egreso recibidas (N=90)



Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta a Usuarios sobre tratamiento de drogas en Chile.

Tratamiento completo

Para dar cuenta del porcentaje de usuarios/as que recibió el tratamiento completo de acuerdo a las orientaciones técnicas se elaboró un indicador que resumen: (i) haber tenido asistencia semanal completa; (ii) haber recibido jornadas de tratamiento completas; (iii) haber recibido al menos tres prestaciones; y (iv) haber recibido actividades de rescate o seguimiento luego del egreso[197].

[197] En este caso no considera a 60 personas que seguían en tratamiento al momento de la tercera ola, y 3 personas sin información en las cuatro variables que se utilizaron para la construcción (n total=336).

Tabla 63: Recibió tratamiento completo[1] según tipo de egreso, exposición a tratamiento, programa, servicio metropolitano de salud y patrón de consumo previo a tratamiento

	Recibió tratamiento completo	
	% No	% Sí
Tipo egreso* (N=333)		
Alta terapéutica	78,3%	21,7%
Derivado o sigue en tratamiento	87,1%	12,9%
Alta administrativa o abandono	94,1%	5,9%
Exposición a tratamiento en T2* (N=312)		
0 a 3	93,6%	6,4%
4 a 12	89,0%	11,0%
Mas de 12	73,0%	27,0%
Programa* (N=336)		
Ambulatorio	91,5%	8,5%
Residencial	82,4%	17,6%
Servicio Metropolitano de Salud (N=336)		
Sur	91,7%	8,3%
Sur Oriente	73,5%	26,5%
Oriente	88,9%	11,1%
Norte	100,0%	0,0%
Occidente	90,8%	9,2%
Central	100,0%	0,0%
Patrón de consumo previo a tratamiento (N=313)		
Abstemios	74,1%	25,9%
Monoconsumidor cocaína/pasta base	79,6%	20,4%
Monoconsumidor alcohol	92,5%	7,5%
Policonsumidor cocaína	93,0%	7,0%
Policonsumidor pasta base	88,8%	11,2%
Total (N=333)	**88,1%**	**11,9%**

Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta a Usuarios sobre tratamiento de drogas en Chile. * Diferencia significativa a un 90% o mayor nivel de confianza. La significancia fue calculada mediante test de chi cuadrado. Se presentan porcentajes de fila. [1]Incluye: (i) haber tenido asistencia semanal completa; (ii) haber recibido jornadas de tratamiento completas; (iii) haber recibido al menos tres prestaciones; y (iv) haber recibido actividades de rescate o seguimiento luego del egreso.

Chile Integra

En cuanto a las preguntas relacionadas a Chile Integra destaca que solo uno de cada tres dice conocerlo (Tabla 64), al igual que las viviendas de apoyo para la integración social (VAIS). Además, solo un 3,2% declaró participar en Chile Integra, mientras que cuatro de cada diez declaran que accedió a orientación sociolaboral (OSL). En cuanto a la modalidad de tratamiento destaca que quienes accedieron a tratamientos residenciales conocen más VAIS lo que es coherente con las necesidades habitacionales en varios de los casos atendidos por este tipo de dispositivo.

Tabla 64: Conoce o participa en Chile Integra o VAIS, y recibió orientación sociolaboral (OSL) según tipo de egreso y programa

	Conoce Chile Integra	Participa en Chile Integra	Conoce VAIS	Recibió OSL
	% Sí	% Recibió	% Recibió	% Recibió
Tipo de egreso (N=396)				
Alta terapéutica	36,2%	0,0%	40,5%	51,7%
Derivado o sigue en tratamiento	31,9%	6,9%	28,6%	45,1%
Alta administrativa o abandono	27,5%	3,8%	25,9%	31,7%
Programa (N=399)				
Ambulatorio	27,9%	4,1%	20,0%	33,7%
Residencial	38,1%	2,0%	51,5%	49,7%
Total (N=399)	**31,3%**	**3,2%**	**30,6%**	**39,2%**

Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta a Usuarios sobre tratamiento de drogas en Chile. * Diferencia significativa a un 90% o mayor nivel de confianza. La significancia fue calculada mediante test de chi cuadrado. Se presentan porcentajes de fila.

Experiencia y resultados de tratamiento

Se realizó un análisis multivariado (Tabla 220, Tabla 221 y Tabla 222) para revisar cómo se asocian las distintas dimensiones de los tratamientos recibidos a los principales resultados del estudio. En general, haber sido atendido en el servicio metropolitano Sur Oriente (versus Sur) se asoció a una menor probabilidad de ser abstemio mes en T2 y de participar en grupos prosociales, y a una mayor probabilidad de ser prevalente mes alcohol, marihuana, cocaína, a padecer un trastorno de salud mental y haber cometido delitos. Por su parte, haber sido atendido en el servicio metropolitano Norte o Central (versus Sur) se asoció a una menor probabilidad de ser abstemio mes en T2. El servicio metropolitano Central también resulto asociado positivamente a padecer un trastorno de salud mental y ha haber mejorado el índica de calidad de vida. Respecto a las variables vinculadas al proceso de tratamiento (asistencia semanal completa, jornadas de tratamiento completas, al menos tres prestaciones y seguimiento post egreso) vale la pena destacar que únicamente las jornadas de tratamiento completas se vieron asociadas a una mayor probabilidad de haber mejorado las redes entre T0 y T2, y el seguimiento post egreso se vincularía negativamente a la abstención del consumo en T2, y ha haber mostrado mejoras en los índices de calidad de redes y de calidad de vida. Finalmente, una mayor satisfacción con el terapeuta resultó asociado a una menor probabilidad de delinquir al egreso, así como a una mejora en calidad de vida.

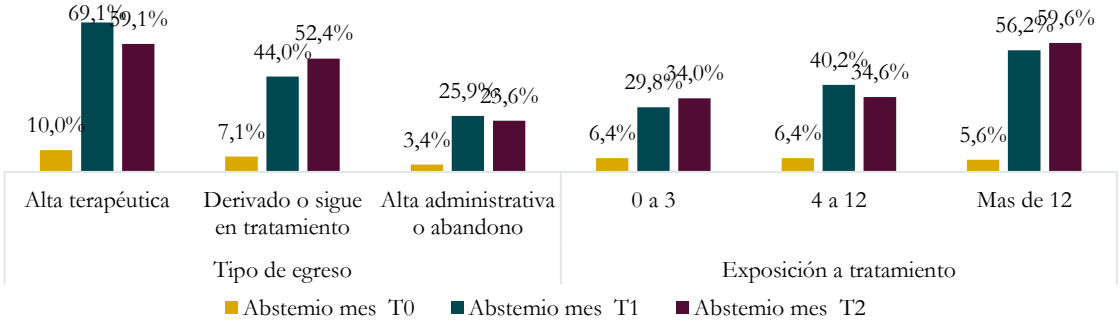
Resultados a nivel de objetivos[198]

A continuación, se presentan los resultados del componente cuantitativo del estudio. Para un mayor detalle respecto a los análisis realizados revisar el Anexos 14 y 15, donde se encuentran de manera desagregada las tablas analizadas a continuación.

Consumo de alcohol y/o drogas

Como fue presentado en el apartado de Evaluación de Diseño de los programas el propósito del programa de tratamiento y rehabilitación consensuado es que "Las personas que presentan consumo problemático de alcohol y/o drogas modifican positivamente su patrón de consumo". Se entiende por patrón de consumo la prevalencia y frecuencia en el uso de sustancias, y en particular, de la sustancia principal por la que los usuarios entraron a tratamiento. El primer indicador propuesto para el propósito del programa corresponde al **porcentaje de usuarios egresados del programa que se abstienen del consumo de alcohol y drogas durante el último mes.** Hay un total de 284[199] personas consideradas egresadas, es decir, personas que no estaban en tratamiento al momento en que se les realizó la última encuesta. De estos, 106 (37,3%) estaban abstemios de consumo de alcohol y/o drogas[200] en el último mes. Esto evidencia un buen desempeño en el primer indicador propuesto para el propósito del programa de tratamiento toda vez el porcentaje de abstemios en línea de base en este grupo era de 6%, lo que implica un incremente del 623,5% en este indicador. Además, se observó estabilidad en este indicador entre los 12 y 18 meses, exceptuando para quienes egresaron por alta terapéutica, entre quienes hubo una reducción de 10 puntos porcentuales (Gráfico 10). Esto da cuenta de la importancia del acompañamiento post-tratamiento para mantener la abstención del consumo en el tiempo. Además, a nivel descriptivo se observa una relación entre la abstención y la exposición a tratamiento, aun cuando incluso hay ganancias entre quienes estuvieron menos expuestos.

Gráfico 10: Abstemio mes en T0, T1 y T2 según tipo de egreso y exposición a tratamiento (N=370)



Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta a Usuarios sobre tratamiento de drogas en Chile. * Diferencia significativa a un 95% de confianza entre olas T0-T1 y T0-T2 para todas las categorías; entre olas T1-T2 para alta terapéutica. La significancia fue calculada mediante un test de medias para muestras pareadas, se testeó la hipótesis de igualdad de medias.

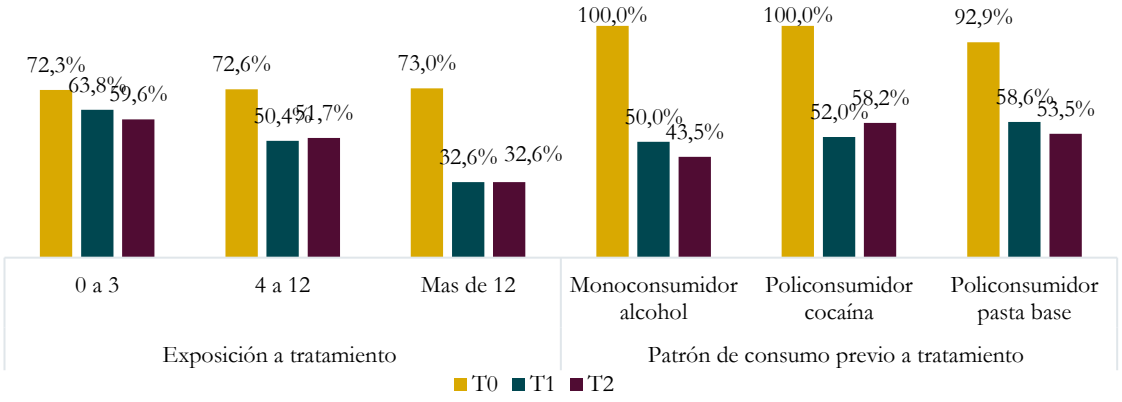
El análisis multivariado reveló que egresar por abandono o alta administrativa se asocia a una menor probabilidad de ser abstemio mes en T2 en comparación a ser egresado por alta terapéutica. Además, haber estado en un programa residencial, tener mayor edad y trabajar bajo supervisión se asociaron positivamente con la abstención mes en T2 (Tabla 149). Esto es de esperarse de acuerdo con lo

[198] El número de casos corresponde a las 371 personas que contestaron las tres olas del estudio.
[199] Dos personas respondieron NS-NR a la pregunta respecto al tipo de egreso que habían tenido en el tratamiento.
[200] Se midieron las siguientes drogas: marihuana, cocaína, pasta base, tranquilizantes sin receta médica, anfetaminas, inhalables y alucinógenos sintéticos. No se consideró tabaco.

encontrado en la evidencia internacional, toda vez que tener una mayor edad (Simpson, Joe, & Broome, 2002) y el completar el proceso terapéutico (Hubbard, Craddock, & Anderson, 2003) se ha documentado como predictores de buenos resultados en tratamiento. Otro factor asociado a una mayor chance de ser abstemio mes fue la calidad de redes en línea de base, cuestión que también ha sido documentada (Tracy & Biegel, 2006; Zywiak, Longabaugh, & Wirtz, 2002; Beattie & Longabaugh, 1999).

Al revisar las prevalencias por sustancia[201] se observa que las diferencias entre olas para los distintos subgrupos en el análisis son significativas, con una tendencia a la baja (Tabla 150, Tabla 152, Tabla 154 y Tabla 156). Respecto a la **prevalencia mes alcohol** (Tabla 150) se observa una disminución en el tiempo para la mayoría de los grupos de interés, no obstante, los cambios serían sensibles al tiempo de exposición. En efecto, entre quienes estuvieron expuestos menos de tres meses a tratamiento no se observa una disminución en el tiempo, y las ganancias aumentan para el grupo más expuesto (12 meses o más) pese a que los puntos de partida son similares. Al revisar qué ocurre según el patrón de consumo previo a tratamiento los resultados dan cuenta de una reducción de 46,5 puntos porcentuales entre quienes eran monoconsumidores, observándose también reducciones importantes entre los policonsumidores (Gráfico 11). El análisis multivariado reveló que ser egresado por alta terapéutica se asocia a una menor probabilidad de ser prevalente mes alcohol en T2 en comparación a quienes abandonaron el tratamiento o fueron dados de alta administrativa, y tener 50 o más años también en comparación a los demás tramos etarios (Tabla 151). Sin embargo, vale la pena mencionar que la prevalencia mes alcohol aumenta de 25,5% a 32,7% entre quienes recibieron el alta terapéutica entre T1 y T2 (Tabla 150), perdiéndose terreno ganado en el tiempo.

Gráfico 11: Prevalencia mes alcohol en T0, T1 y T2 según exposición a tratamiento (N=370) y patrón de consumo previo a tratamiento[1] (N=343)



Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta a Usuarios sobre tratamiento de drogas en Chile. * Diferencia significativa a un 95% de confianza entre olas T0-T1 y T0-T2 para todas las categorías excepto quienes estuvieron expuestos 3 meses o menos. La significancia fue calculada mediante un test de medias para muestras pareadas, se testeó la hipótesis de igualdad de medias.[1] Se omitieron las categorías: (i) abstemios; y (ii) monoconsumidores cocaína/pasta base.

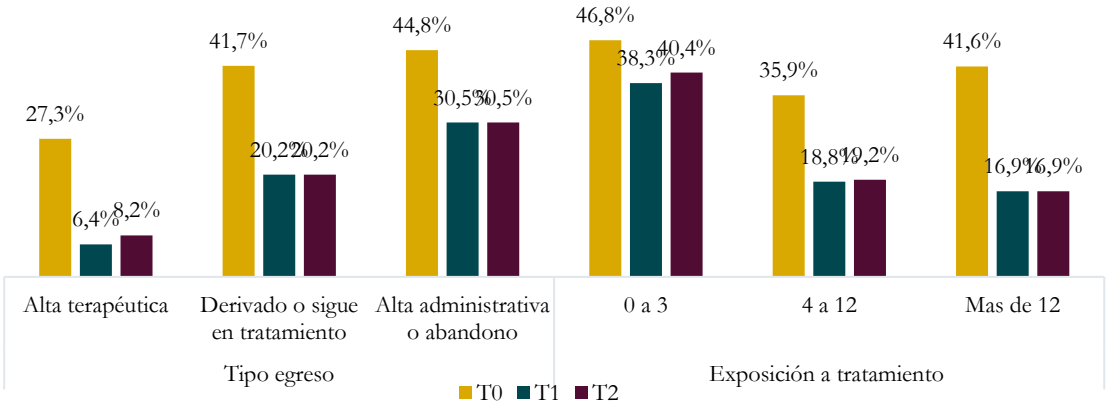
Luego, al revisar la **frecuencia de consumo de alcohol en el último mes** (Tabla 160) se tienen resultados similares. En efecto, las personas egresadas por alta terapéutica aumentan en 1,4 días su consumo entre T1 y T2, perdiendo terreno. Además, nuevamente los avances son sensibles al tiempo donde, por ejemplo, el grupo expuesto más de 12 meses disminuye en 6,4 días su consumo de alcohol

[201] Se omitieron las anfetaminas, los inhalables y los alucinógenos sintéticos ya que las prevalencias mes no superaban el 5% en ninguna de las mediciones.

entre T0 y T2, mientras que el grupo expuesto a 3 meses o menos disminuye 5,1 días. Las ganancias para monoconsumidores son buenas, ya que disminuyen 9 días de consumo en promedio, es decir, consumen un 62,5% menos días. El análisis multivariado mostro ser egresado por alta terapéutica o seguir en tratamiento se asocia a menos días de consumo de alcohol, mientras que tener perfil de monoconsumidor de esta sustancia en línea de base predice un mayor número de días de consumo en T2 (Tabla 161).

En cuanto a la **prevalencia mes marihuana** (Tabla 152) la tendencia a la baja mostrada entre T0 y T1 se mantiene para la tercera ola para casi todos los grupos en exposición. No obstante, la disminución parece estar asociada a la exposición a tratamiento donde el grupo menos expuesto no presenta una caída significativa (Gráfico 12), al igual que en el caso de alcohol. Asimismo, la disminución presentada por el grupo de alta terapéutica y quienes siguen en tratamiento es de alrededor de 20 puntos porcentuales, mientras que para el caso de los abandonos llega a 15, aun cuando los puntos de partida son distintos. El análisis multivariado (Tabla 153) mostró que abandonar o ser dado de alta administrativa, estar expuesto menos de tres meses, ser policonsumidor de pasta base, hombre, de 18 a 29 años y poseer compromiso delictual en línea de base se asocia a una mayor probabilidad de ser prevalente mes marihuana en T2. Además, un punto de aumento en la calidad de redes se asocia a una disminución de 7% en la probabilidad de consumir esta sustancia. Por su parte, la **frecuencia de consumo de marihuana en el último mes** (Tabla 162) también se muestra sensible al tiempo de exposición, ya que entre los menos expuesto no hay disminución. El análisis multivariado también da cuenta de esto (Tabla 163), ya que estar expuesto menos de tres meses se asocia a un mayor número de días de consumo en T2. Nuevamente los hombres, policonsumidores de pasta base, los más jóvenes y quienes presentan compromiso delictual poseen una predicción de días de consumo de esta sustancia mayor.

Gráfico 12: Prevalencia mes marihuana en T0, T1 y T2 según tipo de egreso (N=370) y exposición a tratamiento (N=370)

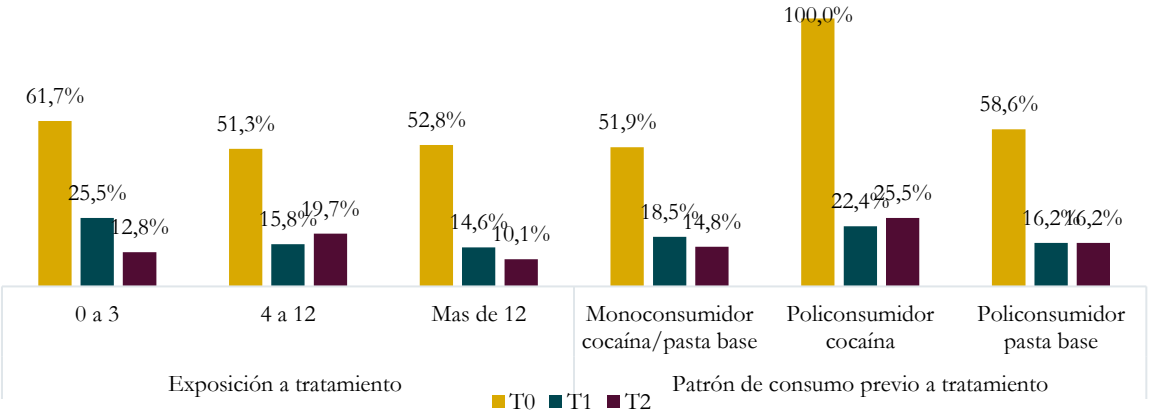


Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta a Usuarios sobre tratamiento de drogas en Chile. * Diferencia significativa a un 95% de confianza entre olas T0-T1 y T0-T2 para todas las categorías excepto quienes estuvieron expuestos 3 meses o menos. La significancia fue calculada mediante un test de medias para muestras pareadas, se testeó la hipótesis de igualdad de medias.

Los resultados de **prevalencia mes cocaína** (Tabla 154) dan cuenta de que la disminución se observa para todos los tipos de egresos y exposiciones a tratamiento en el tiempo, siendo menos sensible a la duración del mismo en comparación a alcohol y marihuana. Así, por ejemplo, entre quienes estuvieron expuestos tres meses o menos la prevalencia disminuye en 48,9 puntos porcentuales, mientras que entre quienes estuvieron expuesto más de 12 meses la disminución es de 42,7 puntos porcentuales. Además,

entre los monoconsumidores un 71% deja de consumir, aumentando a un 75% entre los policonsumidores con sustancia principal cocaína (Gráfico 13). El análisis multivariado (Tabla 155) muestra que el haber abandonado o ser dado de alta administrativa aumenta las chances de ser prevalente mes cocaína en T2 comparación a quienes egresaron por alta terapéutica. Además, haber asistido a tratamientos ambulatorios, ser policonsumidor de cocaína en línea de base y tener compromiso delictual resultan también positivamente asociados. Por su parte, la **frecuencia de consumo de cocaína en el último mes** (Tabla 164) presenta resultados en la misma línea, en el sentido de que se observan disminuciones en todos los tipos de egresos y exposiciones a tratamiento, mejorando incluso entre T1 y T2 para quienes estuvieron expuestos tres meses o menos en tratamiento (disminución de 1,2 días de consumo). Destaca en este caso que los monoconsumidores disminuyen 77,5% de sus días de consumo (pasando de 8,9 a 2,1 días mensuales de consumo), mientras que los policonsumidores con sustancia principal cocaína lo hacen en un 86,4% (pasando de 14 a 1,9 días mensuales de consumo). No obstante, el análisis multivariado (Tabla 165) no mostró asociación con las variables que miden la intervención.

Gráfico 13: Prevalencia mes cocaína en T0, T1 y T2 según exposición a tratamiento (N=370) y patrón de consumo previo a tratamiento[1] (N=343)

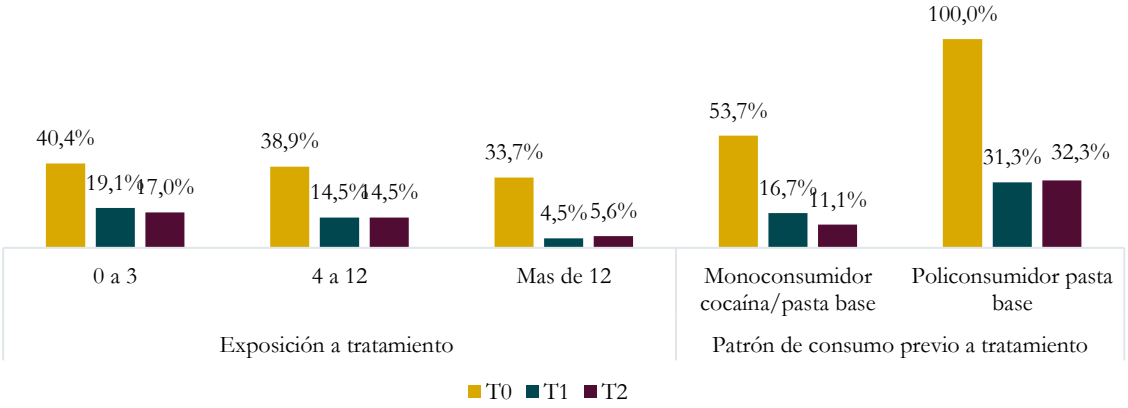


Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta a Usuarios sobre tratamiento de drogas en Chile. * Diferencia significativa a un 95% de confianza entre olas T0-T1 y T0-T2 para todas las categorías. La significancia fue calculada mediante un test de medias para muestras pareadas, se testeó la hipótesis de igualdad de medias. Se omitieron las categorías: (i) abstemios; y (ii) monoconsumidores alcohol.

Por su parte, la **prevalencia mes pasta base** (Tabla 156) muestra resultados parecidos a cocaína, aunque aparece un poco más sensible al tiempo de exposición (Gráfico 14), de manera que las ganancias son mayores cuando la exposición a tratamiento es mayor a 12 meses aun cuando se observan de manera transversal. Además, entre los monoconsumidores la disminución es de 42,6 puntos porcentuales (71% de ellos deja de consumir), y tres de cada cuatro policonsumidores con sustancia principal pasta base también cesa el consumo. El análisis multivariado (Tabla 157) al igual que en el caso de cocaína el abandono o alta administrativa se asocia a un aumento en la probabilidad de ser prevalente mes pasta base en T2 en comparación a recibir el alta terapéutica. También, el perfil de policonsumo con sustancia principal pasta base, no trabajar o tener un trabajo por cuenta propia, y tener compromiso delictual aparecen asociados positivamente. Al revisar la **frecuencia de consumo de pasta base en el último mes** (Tabla 166) los resultados siguen la misma línea recién expuesta y presente también en cocaína. Es decir, hay una disminución en el número de días de consumo para todos los tipos de egresos y exposiciones a tratamiento en el tiempo. Además, el análisis multivariado (Tabla 167) arrojó que un mayor

tiempo de exposición se asocia a una mayor disminución en el número de días de consumo de esta sustancia.

Gráfico 14: Prevalencia mes pasta base en T0, T1 y T2 según exposición a tratamiento (N=370) y patrón de consumo previo a tratamiento[1] (N=343)



Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta a Usuarios sobre tratamiento de drogas en Chile. * Diferencia significativa a un 95% de confianza entre olas T0-T1 y T0-T2 para todas las categorías. La significancia fue calculada mediante una prueba de medias para muestras pareadas, se testeó la hipótesis de igualdad de medias. Se omitieron las categorías: (i) abstemios; (ii) policonsumidor cocaína; y (iii) monoconsumidores alcohol.

Otro de los indicadores propuesto para el programa consiste en considerar la frecuencia de consumo. Esto, ya que el logro terapéutico considera resultados a veces menos exigentes que la abstinencia para algunos usuarios, como la reducción del consumo (en intensidad o frecuencia) (Brown, 2003). Para el cálculo del indicador de **frecuencia en el uso de sustancias**[202;203] se tiene que, de las 276 personas egresadas, 223 disminuyeron la frecuencia de consumo de su sustancia principal entre T0 y T1. Es decir, un 80,8% declaran haber reducido su frecuencia de consumo. Esta disminución en el consumo de sustancia principal también es general, es decir, ocurre en todos los tipos de egresos y exposiciones a tratamiento (Tabla 65 y Tabla 168). Aun así, resulta relevante que las personas egresadas por alta terapéutica muestran un aumento en su frecuencia de consumo de sustancia principal entre el T1 y el T2, perdiendo terreno ganado. El análisis multivariado (Tabla 169) muestra que ser egresado por abandono o alta administrativa se asocia a un aumento la frecuencia de consumo de sustancia principal en T2 en comparación a ser egresado por alta terapéutica. Además, el aumento en un punto en el índice de calidad de redes se asocia a una disminución de 0,3 días de consumo. Por su parte, el haber estado expuesto más de 12 meses a tratamiento se asocia a una disminución en el consumo de sustancia principal en comparación a quienes estuvieron expuestos tres meses o menos.

Finalmente, se analizaron otros indicadores relacionados al consumo como policonsumo (Tabla 158 y Tabla 159), abuso (DSM-IV) (Tabla 172 y Tabla 173), abstemio año (Tabla 176) y dependencia (CIE-10) en T2 (Tabla 174 y Tabla 175). Destaca que el policonsumo disminuye 38,1 puntos porcentuales entre T0 y T2, mientras que el abuso lo hace en 61,6 (Gráfico 15). Esto implica que el 54,6% de los policonsumidores dejó de serlo y un 64,2% de quienes marcaron abuso en línea de base dejó de marcarlo.

[202] Se utilizaron solo los casos que declararon como sustancia principal alcohol, marihuana, cocaína o pasta base ya que solo se preguntó por frecuencia de uso para esas sustancias. Quedan excluidos del análisis 8 casos egresados que declararon otra sustancia principal.
[203] Porcentaje de usuarios egresados del programa que disminuyen la frecuencia de uso de su sustancia principal.

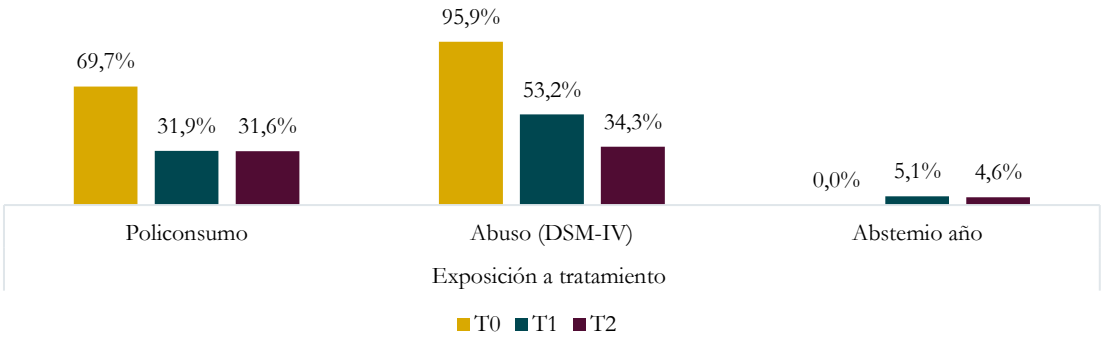
Además, el abuso disminuye entre la segunda y tercera ola, siendo uno de los pocos indicadores de consumo a la mejora entre ambas mediciones. El análisis multivariado reveló que el abandonar el tratamiento o egresar por alta administra se asocia a un aumento en la probabilidad tanto de ser policonsumidor en T2 como de abusar del consumo de sustancia. Además, tener entre 18 y 29 años, ser policonsumidor de pasta base y tener compromiso delictual se asocian a un aumento en la probabilidad de ser policonsumidor en T2, mientras que estar menos expuesto a tratamiento se asocia positivamente a abuso en T2. Respecto a dependencia (CIE-10) (Tabla 66), entre quienes abandonaron un 60,4% dio positivo en T2, disminuyendo a 24% entre quienes egresaron por alta terapéutica. También, los perfiles con sustancia principal cocaína y/o pasta base presentan mayor dependencia, así como quienes tenían compromiso delictual en línea de base. Finalmente, el análisis multivariado mostró que abandonar el tratamiento o ser dado de alta administrativa, estar menos expuesto y tener compromiso delictual se asocian positivamente con marcar positivo a dependencia en T2 (Tabla 175).

Tabla 65: Frecuencia consumo sustancia principal último mes en T0, T1 y T2 según tipo de egreso y exposición a tratamiento

	Frecuencia consumo sustancia principal último mes						Diferencias			
	T0		T1		T2		T0-T1	T0-T2	T1-T2	N
	Media	D.E	Media	D.E	Media	D.E	Media	Media	Media	
Tipo egreso										
Alta terapéutica	16	12,3	1,4	4,5	2,5	6,8	14,6*	13,5*	-1,2*	105
Derivado o sigue en tratamiento	15,5	12,2	3,3	6,9	3,7	7,9	12,2*	11,8*	-0,4	80
Alta administrativa o abandono	16,9	11,5	5,2	9,2	4,9	8,7	11,6*	12*	0,4	171
Exposición a tratamiento										
0 a 3	18	12,8	5,5	9,7	4,5	9,6	12,4*	13,5*	1,1	46
4 a 12	16,5	11,9	3,8	8	4,4	8,4	12,7*	12,1*	-0,6	230
Más de 12	14,6	11,1	2,1	5	2,1	5,5	12,5*	12,5*	0	82
Total	**16,3**	**11,9**	**3,6**	**7,7**	**3,9**	**8**	**12,6***	**12,4***	**-0,2**	**359**

Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta a Usuarios sobre tratamiento de drogas en Chile. * Diferencia significativa a un 95% de confianza entre olas. La significancia fue calculada mediante un test de medias para muestras pareadas, se testeó la hipótesis de igualdad de medias.

Gráfico 15: Policonsumo, abuso (DSM-IV) y abstemio año en T0, T1 y T2 (N=371)



Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta a Usuarios sobre tratamiento de drogas en Chile. * Diferencia significativa a un 95% de confianza entre olas T0-T1 y T0-T2 para todas las categorías. Diferencia significativa a un 95% de confianza entre olas T1-T2 para abuso (DSM-IV). La significancia fue calculada mediante un test de medias para muestras pareadas, se testeó la hipótesis de igualdad de medias.

Tabla 66: Dependencia (CIE-10) en T2 según tipo de egreso, patrón de consumo previo a tratamiento y delito en los últimos 12 meses[1]

	Dependencia CIE-10 en T2	
	No	Sí
Tipo egreso* (N=349)		
Alta terapéutica	76,0%	24,0%
Derivado o sigue en tratamiento	57,5%	42,5%
Alta administrativa o abandono	39,6%	60,4%
Patrón de consumo previo a tratamiento* (N=324)		
Abstemios	66,7%	33,3%
Monoconsumidor cocaína/pasta base	58,8%	41,2%
Monoconsumidor alcohol	63,0%	37,0%
Policonsumidor cocaína	57,0%	43,0%
Policonsumidor pasta base	41,7%	58,3%
Cometió delito en los últimos 12 meses* (N=351)		
No	61,2%	38,8%
Sí	41,1%	58,9%
Total (N=352)	**54,0%**	**46,0%**

Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta a Usuarios sobre tratamiento de drogas en Chile. * Diferencia significativa a un 95% de confianza entre olas. La significancia fue calculada mediante test de chi cuadrado. [1]Incluye: (i) Peleas con arma blanca; (ii) Peleas con arma de fuego; (iii) Robo con intimidación; (iv) Agresión sexual; (v) Lesión grave; (vi) Homicidio; (vii) Robo a lugar no habitado; (viii) Robo en lugar habitado; y (ix) Hurto. Se presentan porcentajes de fila.

Salud mental

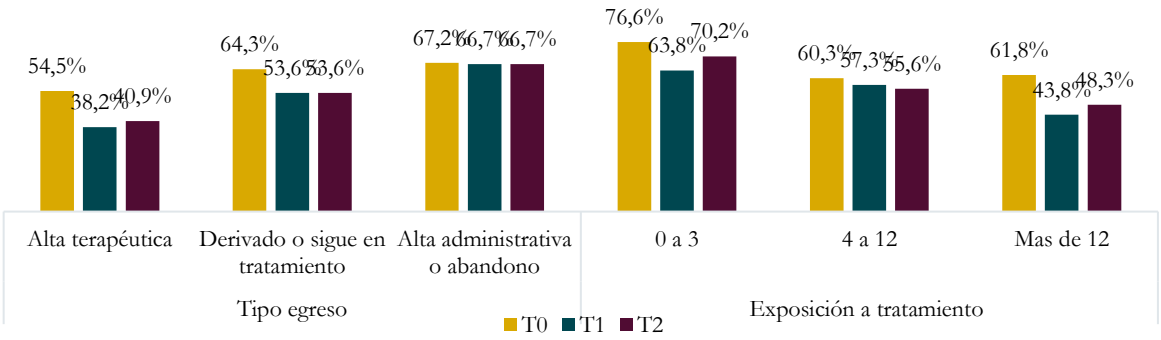
Otro de los factores de riesgo asociado a malos resultados en tratamientos de drogas es la comorbilidad con otra patología psiquiátrica (Williams et al., 2000). La comorbilidad psiquiátrica es muy común entre pacientes que abusan de alcohol/drogas, sobre todo para depresión y trastornos ansiosos. En el plano de la personalidad, algunos trastornos relacionados con hiperactividad/déficit atencional/impulsividad y personalidad antisocial dificultan también los logros terapéuticos de un tratamiento (Daly & Pelowski, 2000; Martínez-Raga & Szerman, 2015). Cabe destacar que aquellas personas que presentan patología dual son más propensas a cometer suicido, y a requerir internaciones psiquiátricas (Thornton et al., 2012). Además, se ha encontrado que aproximadamente la mitad de las personas con dependencia a alguna sustancia cumplen los criterios para al menos un trastorno mental (Kessler, 2004). Si bien no hay un modelo explicativo que pueda atribuir causalidad entre ambos fenómenos, si se ha podido identificar que personas con trastornos mentales hacen frente a síntomas de éste mediante el uso de sustancias (Marmorstein, White, Loeber, & Stouthamer-Loeber, 2010), y por otro lado existen quienes generan un trastorno dado su consumo (Kessler, 2004). No obstante, el modelo que mejor define la relación entre ambos fenómenos es el de causas comunes. Según éste, habría factores de riesgo compartidos entre ambos fenómenos, como ambientes estresantes (Liang, Chikritzhs, & Lenton, 2011), bajo nivel socioeconómico en la niñez o mala supervisión parental (Kendler, Prescott, Myers, & Neale, 2003). Un tratamiento exitoso para ambas patologías es menos probable que cuando se posee solo una, sobre todo cuando el diagnóstico es errado o no conocido por el equipo tratante (Liang, Chikritzhs, & Lenton, 2011).

Se propuso como indicador a nivel de fin el **porcentaje de usuarios que egresan del programa mejorando su estado de salud mental,** medido a través de un indicador Likert de autopercepción de salud mental con 5 atributos que iban de "muy mala" a "excelente". Dicho esto, de los 283 egresados 177 (o un 62,5%) mejoró su autopercepción en salud mental. Al revisar lo que ocurre con este indicador (Tabla 182) se observan aumentos en el tiempo entre todos los grupos de interés sin patrones claros según tipo de egreso o exposición a tratamiento. El análisis multivariado (Tabla 183) reveló que ser egresado por abandono o alta administrativa se asocia a peor autopercepción de salud mental en T2 en

comparación a quienes egresaron por alta terapéutica. Además, ser mujer y tener 50 o más años se asocian a peores resultados en esta variable. No obstante, el tener 50 o más años, al menos un trastorno de salud mental en línea de base, compromiso delictual y ser primerizo en tratamiento se asocia a una mayor probabilidad de haber mejorado la autopercepción de salud mental entre T0 y T2. Esto da cuenta de buenas luces toda vez personas con factores de riesgo importante, como el compromiso delictual y la comorbilidad, se asocian a una mayor probabilidad de mejorar.

Para tener un mejor acercamiento de la salud mental de los participantes se utilizó la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (M.I.N.I) para medir una serie de trastornos[204] y evaluar los cambios en el tiempo en padecimiento de estos (Tabla 184). En general, la evidencia comparada da cuenta de que los tratamientos de alcohol y/o drogas son efectivos en la disminución de la severidad de trastornos psiquiátricos. Así, por ejemplo, el estudio Fernández-Montalva (2008) encontró que las personas que completaron un tratamiento tienen menos depresión y ansiedad en comparación a aquellos que no lo completaron. Como se observa en el Gráfico 16 solo hay una disminución en la prevalencia de estos trastornos entre quienes fueron egresados por alta terapéutica y quienes estuvieron más expuestos a tratamiento. Además, un 29,3% de quienes padecían un trastorno de salud mental en línea de base dejaron de padecerlo para la última medición, no obstante, también ocurre que un 30,2% de quienes no marcaron en línea de base pasan a marcar positivo (Gráfico 17). El análisis multivariado (Tabla 185) reveló que abandonar o ser dado mediante alta administrativa se asocia a un aumento en la probabilidad de tener un trastorno en T2 en comparación a quienes egresaron por alta terapéutica. Por otra parte, ser abstemio, padecer un trastorno en línea de base, haber experimentado victimizaciones antes de los 18 años y no participar en grupos prosociales también están positivamente asociados.

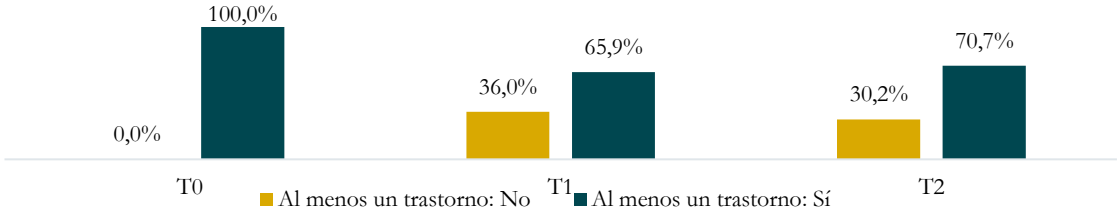
Gráfico 16: Al menos un trastorno de salud mental[1] en T0, T1 y T2 según tipo de egreso y exposición a tratamiento (N=368)



Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta a Usuarios sobre tratamiento de drogas en Chile. * Diferencia significativa a un 95% de confianza entre olas T0-T1 y T0-T2 para: (i) Alta Terapéutica; y (ii) Más de 12 meses. La significancia fue calculada mediante un test de medias para muestras pareadas, se testeó la hipótesis de igualdad de medias. [1]Incluye: (i) Episodio depresivo mayor actual; (ii) Trastorno de angustia actual; (iii) Trastorno de personalidad antisocial; (iv) Episodio por estrés postraumático; y (v) Trastorno de ansiedad generalizada.

[204] Es una entrevista diagnóstica estructurada de breve duración que explora los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y la CIE-10 (Sheenhan, et. al, 1998). Se midieron los siguientes trastornos: (i) Trastorno de angustia; (ii) Episodio depresivo mayor; (iii) Estado por estrés post traumático; (iv) Trastorno de ansiedad generalizada; y (v) Trastorno antisocial de personalidad.

Gráfico 17: Al menos un trastorno de salud mental[1] en T0, T1 y T2 según al menos un trastorno de salud mental[1] en línea de base (N=371)



Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta a Usuarios sobre tratamiento de drogas en Chile. * Diferencia significativa a un 95% de confianza entre olas T0-T1 y T0-T2. La significancia fue calculada mediante un test de medias para muestras pareadas, se testeó la hipótesis de igualdad de medias. [1]Incluye: (i) Episodio depresivo mayor actual; (ii) Trastorno de angustia actual; (iii) Trastorno de personalidad antisocial; (iv) Episodio por estrés postraumático; y (v) Trastorno de ansiedad generalizada.

Salud física

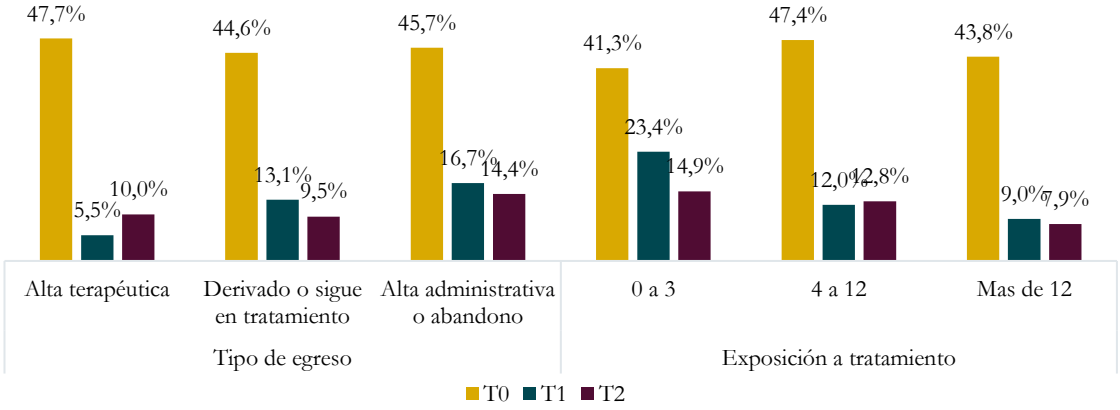
Una de las principales consecuencias del consumo de drogas en la sociedad son los problemas de salud física asociados a su consumo, y las cargas económicas que estos generan (UNODC, 2012). La evidencia internacional tiende a recalcar el problema de salud que supone el consumo de opioides, sobre todo por la vía de ingesta (jeringa), lo que propicia el contagio de enfermedades como el VIH o la Hepatitis. Además, se estima que en 2015 450.000 personas murieron en el mundo por su uso de drogas (UNODC, 2018), siendo también una población con mayor frecuencia de visitas a servicios de urgencias y a hospitalizaciones por el consumo. Tomando lo anterior en consideración se ha encontrado que los tratamientos mejoran algunas de las limitaciones de salud para realizar tareas cotidianas (Hubbard et al., 1997). Para medir esta dimensión de los resultados en la Matriz de Marco Lógico propuesta para el programa se planteó -al igual que en el caso de salud mental- un indicador Likert de **autopercepción de salud física** con 5 atributos que iban de "muy mala" a "excelente". De 283[205] egresados un 48,8% mejoró su autopercepción de salud física. Esto implica que probablemente el programa mejore la salud física de los participantes, toda vez la autopercepción de salud está fuertemente asociada con el padecimiento de enfermedades crónicas, la discapacidad, así como la funcionalidad cotidiana (Uutela et al., 2016; Bostan et al., 2014; Johnson & Wolinsky, 1993). Al revisar el indicador de manera desagregada (Tabla 186) se observan aumentos para todos los grupos de interés, sin tendencias claras por tipo de egreso y exposición a tratamiento. El análisis multivariado reveló que tener 50 años y más, y ser primerizo en tratamiento se asocian a una mayor probabilidad de mejorar la autopercepción de salud física entre T0 y T2 (Tabla 187).

Como ya se dijo el consumo de alcohol y/o drogas está asociado a muertes por sobredosis, accidentes, y un aumento en el número de enfermedades (cardíacas, VIH, infecciones, cáncer, entre otras) (Paulozzi, Weisler & Patkar, 2011), así como el uso de servicios de urgencia (Charpitel, 2003). Dicho esto, la disminución en el uso de servicio de urgencia y las hospitalizaciones es transversal a toda la muestra (Tabla 188). Esto quiere decir que el ingresar a un tratamiento por consumo problemático de alcohol y/o drogas inhibe los eventos críticos asociados al fenómeno en cuestión, reduciendo el impacto sobre el sistema de salud, así como los costos asociados a este tipo de eventos. No obstante lo anterior, destaca que la disminución es sensible al tiempo de exposición, toda vez los inicios entre los grupos son similares, pero los resultados en T2 disímiles (Gráfico 18). Además, para quienes egresaron por alta terapéutica se

[205] Existía un caso perdido que respondió "No sabe/No responde" a la pregunta de autopercepción de salud física por lo que no se consideró en el análisis.

presenta un aumento significativo en este indicador entre T1 y T2, dando cuenta, nuevamente, del acompañamiento post tratamiento (Gráfico 18).

Gráfico 18: Uso de urgencia, hospitalizaciones o accidente por consumo en los últimos 6 meses en T0, T1 y T2 según tipo de egreso y exposición a tratamiento



Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta a Usuarios sobre tratamiento de drogas en Chile. * Diferencia significativa a un 95% de confianza entre olas T0-T1 y T0-T2 para todas las categorías. Diferencia estadísticamente significativa T1-T2 para: (i) Alta Terapéutica. La significancia fue calculada mediante un test de medias para muestras pareadas, se testeó la hipótesis de igualdad de medias.

Transgresión a la norma

El tráfico de drogas en Chile es ilegal, y aunque el consumo no lo es, lo cierto es que el acceso a drogas ilícitas implica una relación con el mundo delictual. Si bien no todos los consumidores de drogas cometen delitos, ni existe certeza acerca de la dirección de la relación (es decir, si el delito precede a las drogas o viceversa), sí existe evidencia de que ambas conductas están relacionadas (Valenzuela & Larroulet, 2010). En efecto, Valenzuela y Larroulet (2010) señalan que cerca de un tercio de los delitos cometidos por adultos infractores en Chile son atribuibles a la influencia del consumo de marihuana, pasta base o cocaína, y la cifra asciende a un 50% cuando se agrega el alcohol. La participación se ve sobre todo en delitos relacionados con la propiedad, ya que el delito en contextos de dependencia tiende a vincularse a la adquisición de dinero para saciar la necesidad de consumo (Stewart, Gossop, Marsden, & Rolfe, 2010). Por esto, muchas veces el grado de involucramiento delictual se asocia a la frecuencia de consumo, así como a la sustancia consumida (aumentando en cocaína y heroína) (Chaiken & Chaiken, 1990; Stewart et al., 2000; Hubbard et al., 1989; Simpson & Sells, 1982).

Al revisar la comisión de delitos entre los y las participantes del estudio (Tabla 189) se observa que la variable entre T1 y T2 se comporta de manera extraña, acentuándose la disminución en este tipo de comportamientos en toda la muestra, incluso en grupos que no habían mostrado cambios entre T0 y T1, como quienes estuvieron menos expuestos a tratamiento[206]. Aun así, entre la línea de base y los 12 meses (T0 y T1) se observa una disminución en el total de delitos cometidos pasando de 35,4% a 21,1%. El análisis multivariado mostró que abandonar el tratamiento o ser dado de alta administrativa se asocia a cometer delitos en T1. Además, tener 50 o más años, haber vivido en lugares adversos y tener compromiso delictual en línea de base también estarían positivamente.

[206] En general, el equipo consultor considera que la medición de delito en la última ola del estudio se vio afectada ante las restricciones de movimiento que generó la pandemia de covid-19, así como el cambio en las estrategias y funciones policiales. Por esto, se hará referencia principalmente a los cambios observados entre línea de base y 12 meses (T0 y T1).

El indicador que se propuso para esta dimensión corresponde al **porcentaje de usuarios egresados sin conflictos con la justicia[207] posteriores al tratamiento**. Dicho esto, del total de egresados un 11,8% fue detenido en T1. Este porcentaje en línea de base era de 24,8% por lo que se redujo 13 puntos porcentuales (un 52,4%). Al desagregar el porcentaje de detenidos (Tabla 191) se observan disminuciones significativas (entre T0 y T1) para todos los subgrupos en cuestión excepto para quienes estuvieron tres meses o menos expuestos a tratamiento. Nuevamente, la exposición a tratamiento parece clave para disminuir la actividad delictual en la población que accede a tratamiento. Al revisar experiencias comparadas se tienen resultados similares, por ejemplo, Fernández-Montalvo (2008) encontró que el número de personas condenadas era significativamente menor entre quienes completaron el tratamiento en comparación a los desertores. Finalmente, estos resultados dejan entrever que efectivamente los tratamientos ayudan a disminuir el compromiso delictual entre sus beneficiarios, cuestión que ha sido documentada en otros estudios (Fernández-Hermida et al., 2002; Hubbard et al., 1997; Hubbard et al., 2003; Prendergast et al., 2002)

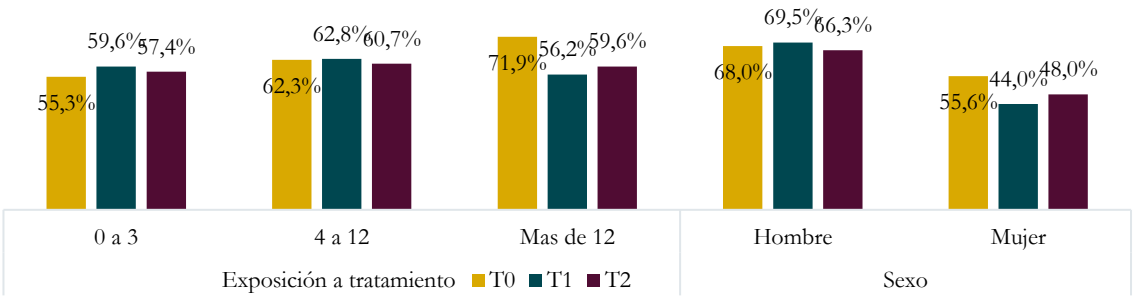
Participación socioeconómica

El trabajo estable es un factor protector que permite mejores resultados del tratamiento, pues protege frente a recaídas o deserción del tratamiento, e integración social (Hermalin, Steer, Platt, & Metzerger, 1990; Platt, 1995; UNODC, 2008). El indicador propuesto para analizar la participación socioeconómica corresponde al **porcentaje de usuarios egresados del programa que trabajan formalmente[208] o asisten a un establecimiento educacional**, donde se encontró que de un total de 284 personas egresadas un 36,3% se encuentra en esta situación. Esto no representa un buen desempeño, ya que no hubo un aumento en este indicador respecto a la línea de base, de hecho, este disminuye, pues era un 41,9% de los egresados trabajaba formalmente o asistía a algún establecimiento educacional en ese momento. Al revisar lo que ocurre con este indicador de manera desagregada (Tabla 192) se observa que el grupo que estuvo expuesto más de doce meses disminuye la participación socioeconómica, al igual que en personas que asistieron a tratamientos ambulatorios, las mujeres y quienes no presentaban compromiso delictual en línea de base. Luego, al tomar trabajo a groso modo (Tabla 194) se obtienen resultados similares, donde se encuentran disminuciones significativas para mujeres y quienes estuvieron más expuestos a tratamiento, y mantenciones en el nivel de trabajo en la mayoría de las demás categorías de interés. Así, por ejemplo, se evidencia una disminución de 7,6 puntos porcentuales entre las mujeres, y de 12,3 entre quienes estuvieron más expuestos a tratamiento (Gráfico 19). Por su parte, el Gráfico 20 da cuenta de que uno de cada tres personas que tenían trabajo antes de comenzar el tratamiento lo pierden, mientras que casi la misma proporción encuentra trabajo entre quienes no tenían en línea de base. El análisis multivariado (Tabla 195) da cuenta de que ser mujer se asocia a una menor probabilidad de trabajar, al igual que tener 50 o más años -lo que es esperable-, y no tener trabajo en línea de base.

[207] Por conflicto con la justicia se entiende haber sido detenido, formalizado o condenado en el sistema de justicia, ya que todo esto implica tener algún contacto con la justicia, lo que ha mostrado tener impacto nocivo en la reinserción social de las personas. No obstante, en este caso solo se pesquisaron detenciones ya que constituye el primer contacto con la justicia en la mayoría de los casos.

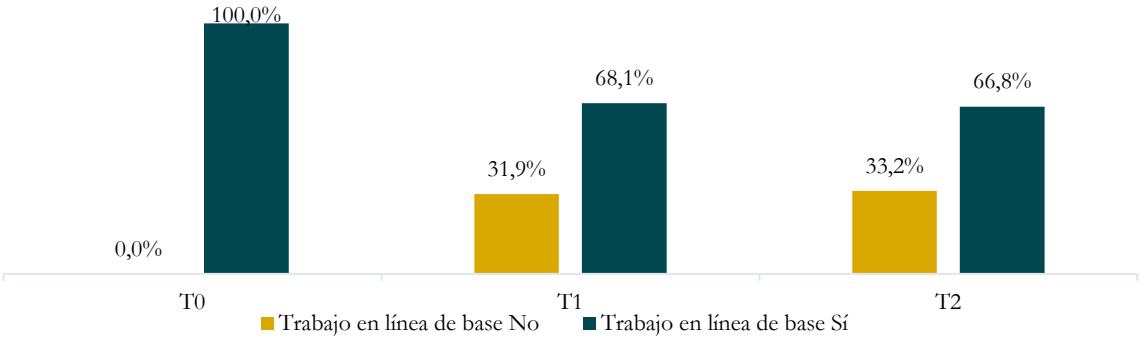
[208] Por formalmente se entiende que trabajen bajo la supervisión de alguien.

Gráfico 19: Trabaja en T0, T1 y T2 según exposición a tratamiento y sexo (N=370)



Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta a Usuarios sobre tratamiento de drogas en Chile. * Diferencia significativa a un 95% de confianza entre olas T0-T1 para: (i) Más de 12 meses; y (ii) Mujer. La significancia fue calculada mediante un test de medias para muestras pareadas, se testeó la hipótesis de igualdad de medias.

Gráfico 20: Trabajó la semana pasada en T0, T1 y T2 según trabajó la semana pasada en T0 (N=371)

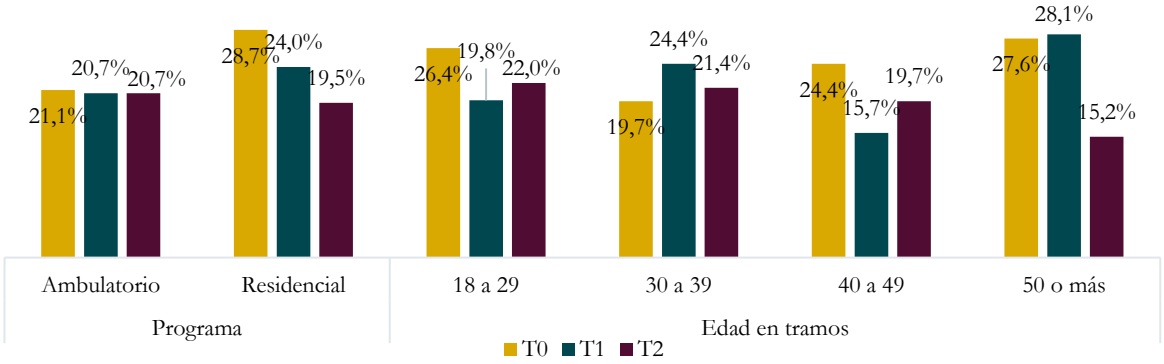


Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta a Usuarios sobre tratamiento de drogas en Chile. * Diferencia significativa a un 95% de confianza entre olas T0-T1 y T0-T2. La significancia fue calculada mediante una prueba de medias para muestras pareadas, se testeó la hipótesis de igualdad de medias.

Vinculación a redes de apoyo

Uno de los factores claves asociados a buenos resultados en tratamiento de drogas es el acceso a redes de apoyo que faciliten el proceso de recuperación, y que ayuden a mantener este estado de manera sostenida en el tiempo (Bean & Nemitz, 2004; Williams et al. 2000). En esta línea, cabe decir que las condiciones de habitabilidad son un aspecto clave para el logro de la integración social (Martin, Josiah-Martin, Kosakoski, & Sinnott, 2005; Polcin D. , 2009; Brotherhood & Sumnall, 2011), ya que contar con un lugar seguro para vivir impacta los resultados posterior a un tratamiento de drogas (Martin, Josiah-Martin, Kosakoski, & Sinnott, 2005). Además, resulta fundamental la capacidad de la familia (y de los pares) de ofrecer condiciones específicas de ayuda y soporte al tratamiento y condiciones generales de funcionamiento, que incluyen de manera especial la ausencia de abuso de drogas en la casa (Bean & Nemitz, 2004; Williams et al. 2000). En este punto el programa claramente no lo logra afectar, ya que el porcentaje de personas que vive con personas con consumo problemático se mantiene casi constante en el tiempo cercano al 20% (Tabla 206). Los únicos grupos que presentan una disminución en el tiempo en este indicador son las personas de 50 o más año, y quienes asistieron a tratamientos residenciales (Gráfico 21).

Gráfico 21: Vive con personas con consumo problemático en T0, T1 y T2 según programa y edad en tramos (N=370)



Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta a Usuarios sobre tratamiento de drogas en Chile. * Diferencia significativa a un 95% de confianza entre olas T0-T2 para: (i) Residencial. * Diferencia significativa a un 95% de confianza entre olas T1-T2 para: (i) 50 0 más. La significancia fue calculada mediante un test de medias para muestras pareadas, se testeó la hipótesis de igualdad de medias.

Siddall y Conway (1988) encuentran que el soporte social y el involucramiento de la familia en el tratamiento serían factores relevantes tanto para la retención como la completitud de este. Así, es más probable que personas con un buen funcionamiento familiar tengan mejores resultados en tratamiento (Tracy & Biegel, 2006; Zywiak, Longabaugh, & Wirtz, 2002; Beattie & Longabaugh, 1999), ya que individuos con participación en el mundo convencional tienen mayor capacidad de controlar el consumo (Murphy & Rosenbaum, 1997). En primer lugar, vale la pena recordar que el indicador propuesto para esta dimensión en la Matriz de Marco Lógico es el **porcentaje de usuarios que mejoran relaciones con figuras significativas luego de su egreso del programa**, siendo en este caso en un 46,5% de las personas egresadas. Al desagregar la información del índice de calidad de redes[209] (Tabla 67) se observa que es sensible tanto respecto al tipo de egreso, como a la exposición de tratamiento y al tipo de programa. En efecto, el grupo que abandonó o fue dado de alta administrativa no presenta una variación significativa, al igual que quienes estuvieron menos expuestos y quienes asistieron a tratamientos residenciales. El análisis multivariado (Tabla 202) da cuenta de que tener 50 o más años y haber sufrido victimizaciones cuando infanto-adolescente se asocia a una peor calidad de red en T2.

Otra de las dimensiones del capital social son las amistades. Se ha encontrado que ser parte de un grupo de amigos con problemas de adicción propicia la adopción de valores no convencionales y aumenta la probabilidad de usar drogas y de poseer antecedentes delictuales (Dembo, Williams, Wothke, & Schmeidler, 1994). Knight y Simpson (1996) encuentran que pacientes en tratamiento que presentan una disminución en el conflicto familiar y en la frecuencia de contacto con pares con consumo obtienen mejores resultados. En este punto, se observa claramente que hay una disminución global del contacto con amigos con consumo problemático (Gráfico 22). Aun así, la disminución presentada por las personas egresadas por alta terapéutica entre T0 y T2 es mayor que para quienes abandonaron o fueron dados de alta administrativa (37 versus 28,5 puntos porcentuales respectivamente). Además, destaca que quiénes asistieron a tratamientos residenciales siguen disminuyendo su contacto con amigos con consumo problemático entre los 12 y los 18 meses. El análisis multivariado (Tabla 210) mostró que abandonar o ser dado de alta administrativa, ser hombre, trabajar por cuenta propia o no tener trabajo en línea de base

[209] Este indicador se midió a través de la sumatorio de escalas Likert que preguntaban respecto a la calidad de la relación con distintos parientes, yendo de "muy mala" a "excelente". Incluye: (i) Cónyuge; (ii) Hermanos; (iii) Hijos; (iv) Madre; y (v) Padre.

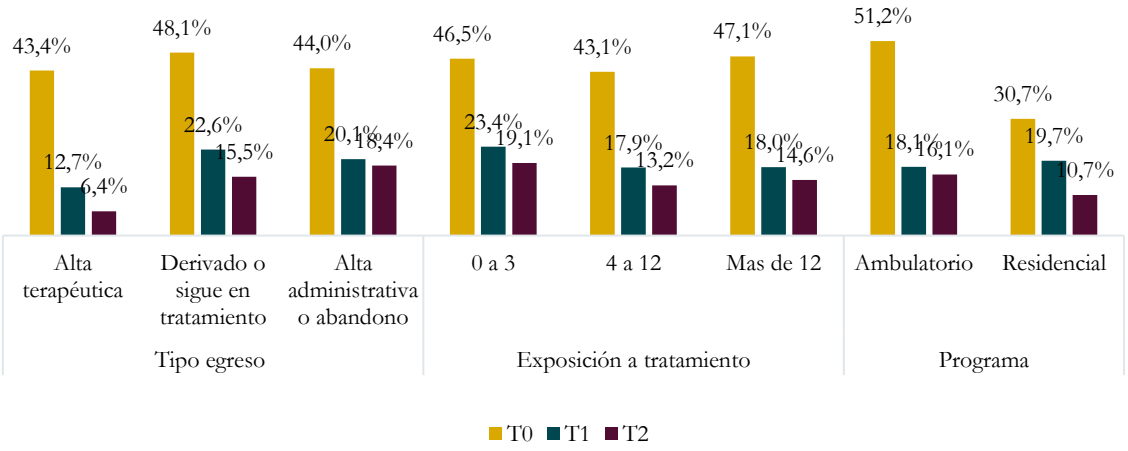
y tener compromiso delictual antes de comenzar el tratamiento se asocia positivamente con declarar que el 50% o más de sus amigos tiene consumo problemático en T2.

Tabla 67: Índice de calidad de redes[1] en T0, T1 y T2 según tipo de egreso, exposición a tratamiento y programa

	Índice de calidad de redes						Diferencias			
	T0		T1		T2		T0-T1	T0-T2	T1-T2	N
	Media	D.E	Media	D.E	Media	D.E	Media	Media	Media	
Tipo egreso										
Alta terapéutica	12,8	4,9	14,1	4,9	13,6	5,1	-1,3*	-0,7*	0,6	110
Derivado o sigue en tratamiento	12,7	4,9	13,8	4,6	14,2	4,8	-1,1*	-1,5*	-0,5	84
Alta administrativa o abandono	14	4,9	14,4	4,9	14,3	4,8	-0,4	-0,3	0,1	174
Exposición a tratamiento										
0 a 3	14,1	5,4	14,4	5,4	14,3	5,4	-0,2	-0,1	0,1	47
4 a 12	13,3	4,8	14,1	4,6	13,8	4,8	-0,8*	-0,5*	0,3	234
Más de 12	13,1	5,2	14,3	5,2	14,5	5	-1,1*	-1,3*	-0,2	89
Programa										
Ambulatorio	13,4	4,9	14,5	4,6	14,3	4,8	-1,1*	-0,9*	0,2	249
Residencial	13,3	5,2	13,5	5,1	13,6	5,2	-0,3	-0,3	-0,1	122
Total	**13,3**	**4,9**	**14,2**	**4,8**	**14**	**4,9**	**-0,8***	**-0,7***	**0,1**	**371**

Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta a Usuarios sobre tratamiento de drogas en Chile. * Diferencia significativa a un 95% de confianza entre olas. La significancia fue calculada mediante un test de medias para muestras pareadas, se testeó la hipótesis de igualdad de medias. [1]Incluye: (i) Episodio depresivo mayor actual; (ii) Trastorno de angustia actual; (iii) Trastorno de personalidad antisocial; (iv) Episodio por estrés postraumático; y (v) Trastorno de ansiedad generalizada. [2]Incluye: (i) Peleas con arma blanca; (ii) Peleas con arma de fuego; (iii) Robo con intimidación; (iv) Agresión sexual; (v) Lesión grave; y (vi) Homicidio. [2]Incluye: (i) Robo a lugar no habitado; (ii) Robo en lugar habitado; y (iii) Hurto. [3] Sumatoria de calificación de relación con familiares (Likert 1-5), incluye: (i) Cónyuge; (ii) Hermanos; (iii) Hijos; (iv) Madre; y (v) Padre.

Gráfico 22: Declara que el 50% o más de sus amigos tiene consumo problemático según tipo de egreso, exposición a tratamiento y programa (N=370)



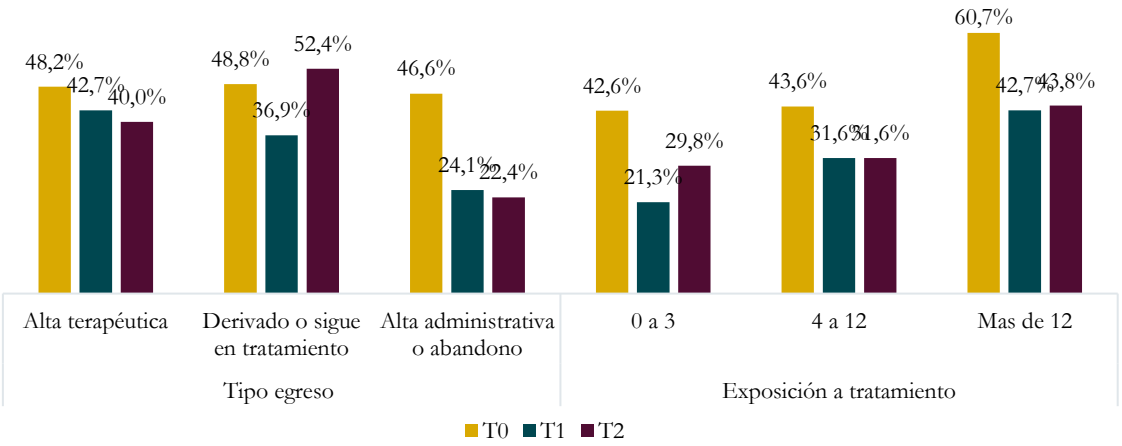
Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta a Usuarios sobre tratamiento de drogas en Chile. * Diferencia significativa a un 95% de confianza entre olas T0-T1 y T0-T2 para todas las categorías. * Diferencia significativa a un 95% de confianza entre olas T1-T2 para: (i) Residencial. La significancia fue calculada mediante un test de medias para muestras pareadas, se testeó la hipótesis de igualdad de medias.

Ejercicio de la ciudadanía

Cabe destacar que las personas que presentan consumo problemático de alguna sustancia hacen abandono de otras actividades recreativas y placenteras, utilizando cada vez una mayor cantidad de tiempo en el acceso a la sustancia, en el consumo, y en la recuperación tanto física como psicológica. Por esto,

es de vital interés que los participantes en tratamiento no pierdan este tipo de espacios que permiten vincularlos a la sociedad, haciendo ejercicio de su ciudadanía y cultivando capital prosocial. Como indicador para medir esta dimensión se planteó el **porcentaje de usuarios que egresan del programa mejorando su nivel de participación en grupos prosociales**. En este punto se tiene que de los 284 egresados el 14,4% mejoró su nivel de participación en grupos prosociales, es decir, comenzó a participar en al menos un grupo más en relación con la línea de base. Estos resultados dan cuenta de que la participación en grupos prosociales[210] no mostró una variación positiva para el programa (Tabla 199). En efecto, como se observa en el Gráfico 23 el grupo que abandonó o fue dado de alta administrativa disminuye su participación en grupos sociales, y la disminución es transversal independientemente a la exposición a tratamiento. El análisis multivariado (Tabla 200) reveló que abandonar o ser dado de alta administrativa se asocia una menor probabilidad de participar en grupos prosociales en T2 en comparación a quienes siguen en tratamiento, o fueron dados de alta terapéutica.

Gráfico 23: Participa en grupos prosociales[1] según tipo de egreso (N=368) y exposición a tratamiento (N=370)



Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta a Usuarios sobre tratamiento de drogas en Chile. * Diferencia significativa a un 95% de confianza entre olas T0-T1 para. (i) 0 a 3 meses. * Diferencia significativa a un 95% de confianza entre olas T0-T1 y T0-T2 para. (i) Abandono o alta administrativa; (ii) 4 a 12 meses; y (iii) Más de 12 meses. * Diferencia significativa a un 95% de confianza entre olas T1-T2 para: (i) Derivado o sigue en tratamiento. La significancia fue calculada mediante un test de medias para muestras pareadas, se testeó la hipótesis de igualdad de medias. [1] Incluye: (i) Organizaciones de vecinos, comunitarias o sociales; (ii) Sindicatos o asociación productiva; y (iii) Grupos de autoayuda u organizaciones de apoyo.

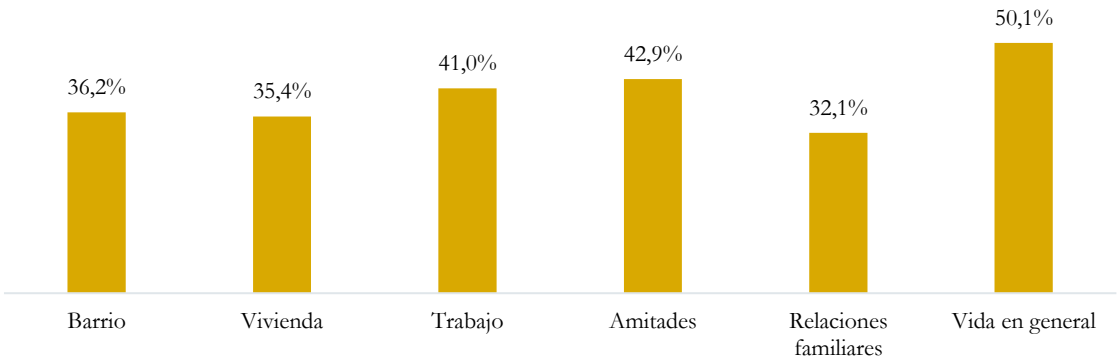
Calidad de vida

Se planteó un indicador que midiese calidad de vida a través de la satisfacción autopercibida por los y las usuarias de los tratamientos a través de una escala Likert en varias dimensiones: (i) pareja, (ii) situación laboral, (iii) lugar donde vive, (iv) barrio en que vive, (v) relaciones familiares, (vi) de amistad, y (vii) vida en general. El indicador mostrado en la Matriz de Marco Lógico corresponde al **porcentaje de usuarios que egresan del programa mejorando su grado de satisfacción con al menos una de las áreas medidas.** De los 284 usuarios y usuarias egresadas 250 (88%) mejoraron al menos una de las dimensiones recién descritas. De acuerdo a lo expuesto en el Gráfico 24 la dimensión que más mejoró fue la vida en general, mientras que la que menos mejoró fueron las relaciones familiares. Al analizar el índice de calidad de redes (Tabla 68 y Tabla 180) se observa que las ganancias en calidad de vida son mayores para quienes siguen en tratamiento o les dieron el alta terapéutica, así como los grupos que estuvieron expuestos más

[210] Incluye: (i) Organizaciones de vecinos, comunitarias o sociales; (ii) Sindicatos o asociación productiva; y (iii) Grupos de autoayuda u organizaciones de apoyo.

de 3 meses a tratamiento. Para ser un poco más exigente en esta dimensión se estimó un análisis multivariado para revisar factores asociados a una mejora en al menos tres de las dimensiones (Tabla 179). Los resultados dan cuenta de que estar expuesto 12 meses o más a tratamiento se asocia a un aumento en la probabilidad de mejorar en tres dimensiones o más en comparación a quienes estuvieron expuestos tres meses o menos. Finalmente, nuevamente el abandono se asocia a un peor resultado en la predicción del índica de calidad de redes en T2 (Tabla 181).

Gráfico 24: Mejoró satisfacción con (…) entre T0 y T2 (N=370)



Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta a Usuarios sobre tratamiento de drogas en Chile.

Tabla 68: Índice de calidad de vida en T0, T1 y T2 según tipo de egreso y exposición a tratamiento

	Índice calidad de vida						Diferencias			
	T0		T1		T2		T0-T1	T0-T2	T1-T2	N
	Media	D.E	Media	D.E	Media	D.E	Media	Media	Media	
Tipo egreso										
Alta terapéutica	24,1	4,5	25,9	4,9	26,5	4,5	-2*	-2,3*	-0,3	105
Derivado o sigue en tratamiento	23,1	5	24,8	4,6	25,8	4,7	-1,7*	-2,8*	-0,9	81
Alta administrativa o abandono	23,6	4,6	24,2	5	24,8	4,7	-0,5	-1,2*	-0,6	165
Exposición a tratamiento (meses)										
0 a 3	23,8	4,6	24,4	5,2	25	5,4	-0,7	-1,1	-0,7	44
4 a 12	23,6	4,7	24,6	4,9	25,3	4,6	-1*	-1,7*	-0,7*	226
Más de 12	23,6	4,6	26	4,8	26,5	4,3	-2,2*	-2,8*	-0,3	83
Total	**23,7**	**4,7**	**24,9**	**4,9**	**25,6**	**4,7**	**-1,2***	**-1,9***	**-0,6***	**353**

Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta a Usuarios sobre tratamiento de drogas en Chile. * Diferencia significativa a un 95% de confianza entre olas. La significancia fue calculada mediante un test de medias para muestras pareadas, se testeó la hipótesis de igualdad de medias.

2. Estudio cualitativo: Población Adulta

En el siguiente apartado se presentan los principales resultados de las preguntas cualitativas realizadas en la tercera y última ola de la encuesta, el informe completo de esta investigación se puede revisar en el Anexo 16. Con la realización de éstas se buscó conocer: (i) la percepción de los usuarios de los programas de tratamiento y rehabilitación del consumo de drogas y/o alcohol sobre el significado de la recuperación del problema del consumo; y (ii) los motivos de abandono de aquellos que decidieron no continuar con su tratamiento. En el primer caso se les preguntó a todos los participantes de la tercera ola "*(…) qué significa para tí la recuperación, es decir, qué cosas tendrían que cumplirse para que usted sienta que se ha recuperado de la situación o problema que le aqueja con el consumo de alcohol y/o drogas*.". En el segundo caso se les preguntó "*¿Por qué razón o razones dejó el tratamiento?*", dando así a conocer los motivos de su abandono.

El material recopilado a través de grabaciones de audio mediante la utilización del software SurveyToGo, y luego fue codificado con ayuda del software y herramienta de sistematización de información Dedoose, donde el análisis de las preguntas de recuperación y de abandono se desarrollaron en proyectos independientes. Mediante un proceso de codificación abierta, del mismo texto fueron emergiendo los códigos que daban cuenta de los principales resultados y sobre los cuales se efectuó el análisis. Se transcribieron un total de 400 audios, de ellos, 254 corresponden a la pregunta de recuperación y 146 a la de abandono.

2.1. "¿Qué significa para ti la recuperación?"

Redes de apoyo. Desde la perspectiva de la mayoría de los usuarios, estar recuperado significa tener el apoyo de sus redes más cercanas, así como también poder recuperar aquellos vínculos que habían perdido con el tiempo. Si bien se hace alusión a la importancia de tener mejores relaciones con sus redes en términos generales, la familia ocupa un lugar central en el discurso de los usuarios y es a la cual hacen referencia con mayor frecuencia. Por otro lado, hay quienes señalan que por el mismo consumo de drogas y/o alcohol han perdido relación con sus redes. Para ellos, la recuperación significa volver a construir los lazos que perdieron con sus más cercanos, particularmente la relación con hijos. Sin redes de apoyo, se torna más compleja la superación del problema de consumo, donde incluso la misma soledad los lleva generalmente a consumir.

Abandono de redes y lugares de consumo. A su vez, hay quienes también se refieren al abandono de redes y lugares con los que asocian el consumo como un factor relevante para alcanzar su recuperación. En general, los usuarios tienden a considerar a la familia y al hogar como un espacio tranquilo y seguro que los protege en contraposición a aquellas amistades y lugares que frecuentaban y solían consumir. Por lo tanto, la recuperación para ellos significaría alejarse de aquello que les recuerde el consumo y enfocarse particularmente en la familia.

Reducción y abandono del consumo. Uno de los aspectos más relevantes en el discurso de los usuarios es que la recuperación del consumo problemático de drogas y/o alcohol implica dejar el consumo mismo. Desde la perspectiva de la mayor parte de los usuarios, para sentirse recuperados necesitan abandonar por completo el abuso de sustancias. No obstante, para otros usuarios la recuperación no necesariamente significa dejar el consumo definitivamente, sino que reducir sus cantidades y, por sobre todo, poder tener el control de las cantidades y la frecuencia con la que lo hacen. Otro de los puntos relevantes que surgen del análisis es que los usuarios señalan que el consumo es un mecanismo que tienen para "escapar" de

situaciones problemáticas en sus vidas. Por lo mismo, reconocen que la recuperación implica dejar el consumo, al mismo tiempo en que exista un trabajo terapéutico que lo acompañe.

> *Lo principal que hay que tener en cuenta es que nadie consume drogas o, mejor dicho, nadie consume drogas obligado por la adicción por gusto. Todos consumen porque están tratando de escapar de algo, por eso se tiene que atacar el problema de raíz; si hay un abuso sexual que no pudo ser superado, abuso de padres, eventos traumáticos deben ser superados primero y no puede, la adicción no puede ser superada sin ayuda psicológica, sin terapia, es imposible diría yo, porque al fin y al cabo puedes finalmente dejar esa sustancia, pero vas a tomar otras cosas para poder reemplazar esas sustancias (...).*

Trabajo y estabilidad laboral. Uno de los aspectos más destacados por los usuarios al referirse al significado que tiene para ellos la recuperación es el trabajo. Muchos de ellos señalan haber perdido su fuente laboral al estar en consumo, por lo que para recuperarse consideran fundamental volver a tener la estabilidad que les proporcionaba. El trabajo sería una fuerza motivadora para los usuarios, quienes buscan conseguir determinados objetivos poniendo su esfuerzo en el ámbito laboral, haciéndolos hace sentir útiles para la sociedad, además de obtener ingresos económicos para cubrir sus necesidades y poder sustentar a sus familias. La recuperación para ellos implica adquirir cierta independencia que les permita mantenerse económicamente de manera autónoma.

Estabilidad emocional o física. La estabilidad emocional y física son otros de los aspectos más significativos que los usuarios reconocen al referirse a su recuperación. La estabilidad emocional implica encontrar un equilibrio mental y poder sanar conflictos internos que experimenten, de los cuales muchos de ellos los llevaron a consumir en una primera instancia. De la mano de este proceso existiría una mejora notoria en el aspecto físico de los usuarios, quienes señalan haber perdido el consumo.

Asistencia a tratamiento. La asistencia a un tratamiento de rehabilitación es fundamental para los usuarios cuando se les pregunta por el significado de la recuperación del problema de consumo problemático. Por un lado, hay usuarios que sienten que ya lograron su recuperación y consideran que se logró gracias al tratamiento al que asisten. Se destaca el rol que tiene la terapia con especialistas del área de la salud, particularmente con psicólogos y psiquiatras, para trabajar no sólo la adicción de drogas y/o alcohol, sino que también para comprender cuáles fueron los problemas emocionales asociados al consumo. Por otro lado, hay usuarios que aún no se sienten recuperados de la situación de consumo que experimentan y ven en el tratamiento una salida. A pesar de las intenciones y motivaciones que puedan tener los usuarios para superar el problema del consumo, muchos de ellos señalan no tener la voluntad, los conocimientos e incluso las herramientas suficientes para saber cómo hacerlo por ellos mismos y, por lo tanto, requieren de ayuda profesional para alcanzar el objetivo.

Autoestima y valoración personal. Otro aspecto que es mencionado por los usuarios con frecuencia es el rol de la autoestima y la valoración personal en su proceso de recuperación. Es común la referencia que hacen al "amor propio" para referirse a la importancia de la aceptación y de la autovaloración que muchos de ellos dicen perder u olvidar cuando se encuentran en consumo. El significado que tiene para los usuarios la recuperación se relaciona con aprender a quererse, pero también a re-conocerse a sí mismos, saber identificar sus emociones y poder trabajar en ellas. De los relatos se desprende además que existe un importante deterioro físico cuando existe consumo, por lo que la autoestima también es algo que se pierde. No obstante, es algo que también se va recuperando al dejar el consumo, ya que se

ven mejoras considerables en el aspecto físico, y no sólo son los mismos usuarios quienes perciben esta diferencia, sino que también su entorno.

Metas y logros. La recuperación significa para otros el poder tener metas u objetivos, particularmente en lo que respecta al ámbito familiar y laboral. Es para ellos tener un propósito, lo que muchos señalan no haber tenido cuando se encontraban en consumo, donde muchas veces alcanzarlo se veía obstaculizado por esta situación. Los usuarios hacen referencia a las metas que se proponen para el futuro en torno a estudios, proyectos, expectativas laborales y económicas, relaciones de familia, obtención de una casa propia, independencia, entre otros. Para ellos, la recuperación significa ser capaces de proponerse metas, tener expectativas de concretarlas y ver la consecución de sus logros.

Felicidad y tranquilidad. Desde la perspectiva de los usuarios, el consumo problemático de drogas y/o alcohol trae una serie de consecuencias negativas tanto para ellos como para su entorno más cercano, en especial sus familias, y sienten que carecen mayormente de momentos de felicidad o tranquilidad. Por lo mismo, la recuperación para ellos significa vivir un proceso de sanación en el que sientan que estos dos aspectos vuelven a estar presentes en sus vidas, al mismo tiempo en que dejan atrás el consumo.

Renacer. Otros se refieren a la recuperación como un "renacer" o un "despertar" de una especie de letargo en el que se encontraban en consumo. Es para los usuarios una nueva oportunidad en la vida, una manera de reconstruirse nuevamente tanto a ellos como a sus familiares y de proponerse nuevas metas a futuro. El renacer implica para ellos no sólo una nueva oportunidad, sino también cambios tanto de hábitos como de perspectiva. En este sentido, la recuperación para algunos significa un nuevo comienzo, un despertar, luego de un pasado conflictivo en el que atravesaron problemas de consumo y adicciones.

Independencia. La independencia es un aspecto que algunos usuarios reconocen como necesario al momento de considerarse recuperados. Particularmente, se refieren a la independencia económica que puedan tener al no depender de nadie más para poder sustentarse a ellos mismos y a sus familias. En este sentido, es relevante el rol que cumple el trabajo como principal fuente económica que les permite mantener económicamente a sus familias, poder obtener su casa propia, entre otros. La independencia implica que los usuarios dejen de depender del resto, especialmente de familiares, y tengan la capacidad de poder conseguir autónomamente un sustento estable.

Fe/Dios. Además, en los discursos de ciertos usuarios encuestados es posible encontrar referencia a la importancia que atribuyen a la fe y especialmente a la figura de dios en el proceso de recuperación. Cuando se les consulta por qué entienden ellas por recuperación, se menciona la influencia que tiene la creencia en dios como medio para alcanzar la recuperación. Si bien la fe y la creencia en dios no es mencionada como un signo de recuperación, los encuestados lo mencionan como un medio para lograr el éxito en el tratamiento.

Tener una vida normal. Por otro lado, al consultar a los encuestados por lo que entienden por recuperación, algunos señalan que tienen expectativas de recuperar o poder tener una "vida normal". Muchas veces esto se relaciona con restablecer lazos familiares, tener una pareja, un lugar adecuado donde vivir o tener un trabajo. Se le da importancia a la "normalidad" como algo común, que todo el resto de las personas tiene, y que podrían alcanzar con la recuperación.

Madurez. La madurez aparece en ciertos discursos como un aspecto necesario para que los usuarios sientan que se han recuperado del problema del consumo problemático, pero que todavía no han logrado alcanzar. Consideran que es precisamente la inmadurez, el sentimiento de ser aún infantil, lo que no les ha permitido aún enfrentar y superar el consumo. En este sentido, el significado que tiene para ellos la recuperación se vincula con haber alcanzado un estado de madurez suficiente como para abandonar sus adicciones.

No hay recuperación. Por último, hay algunos usuarios que en menor medida afirman que la recuperación no es posible. Desde su perspectiva, la adicción al consumo de drogas y/o alcohol es una enfermedad o problema al que van a tener que enfrentarse de por vida. Si bien algunos reconocen que pueden experimentar avances en su adicción y reducir el consumo, consideran que es un problema que no es posible superarlo por completo. En este sentido, para estos usuarios no habría recuperación del consumo.

> *"¿Pero hoy día no te sientes recuperado? - No, porque esta es una enfermedad que siempre la voy a llevar para toda la vida, nunca voy a estar sano (…) No hay recuperación, sino que teni que tomar conciencia de la enfermedad."*

2.2. "¿Por qué razón o razones dejó el tratamiento?"

Trabajo. Respecto a los motivos por los cuales los usuarios decidieron abandonar el tratamiento del consumo al que asistían en sus respectivos centros de rehabilitación, el que con más frecuencia es mencionado es el trabajo. Tanto por tener que trabajar dadas las dificultades económicas que experimentan, como por la incompatibilidad de tiempos y distancias entre el trabajo y el centro de tratamiento, muchos usuarios han tenido que retirarse de los programas a los cuales asistían.

Dificultades económicas. Por un lado, las dificultades económicas que tienen los usuarios para poder sustentarse a ellos y a sus familias ha sido una de las principales razones por las cuales han tenido que abandonar sus tratamientos. Ante esta situación de carencia económica, se han visto en la obligación de priorizar el trabajo, el cual muchas veces no es compatible con el tratamiento. Desde la perspectiva de algunos usuarios esto ha sido perjudicial para su proceso de recuperación, ya que al tener que atender a sus responsabilidades laborales, no han podido recibir la ayuda profesional necesaria para tratar el problema del consumo que los aqueja.

> *Primero que todo, porque necesitaba generar dinero porque no alcanzaba la plata en la casa, había que cubrir gastos. Si me arrepiento de haberlo dejado porque fueron mis mejores meses de abstención en cuanto a drogas y alcohol. Me mantuve casi ocho meses sin consumir nada, pero ahora ha sido más difícil, he tenido bastantes recaídas y espero volver al buen camino (...).*

Incompatibilidad de tiempos y distancia. Por otro lado, la gran mayoría de los usuarios ha tenido que abandonar el programa de tratamiento debido a que su trabajo no era compatible con él tanto en tiempos como en distancia. En términos de tiempo, los usuarios señalan que los horarios de trabajo coinciden con los de su tratamiento por lo que, dadas sus necesidades económicas, han debido priorizar el trabajo antes que continuar asistiendo a los centros. Muchos de ellos querían continuar en tratamiento con el objetivo de superar su problema de consumo. No obstante, no han podido por la incompatibilidad de tiempos entre su trabajo y el tratamiento. La distancia también es importante, los centros a los cuales

asistían se encontraban a largas distancias de sus trabajos y hogares, por lo que en ocasiones no podían coordinar los tiempos de llegada de un lugar a otro. En consecuencia, en ciertos casos disminuía la asistencia a tratamiento por darle prioridad al trabajo, mientras que para quienes cumplían con su asistencia, se volvía muy agotador destinar su día completo en cumplir con el trabajo, el tratamiento y sus familias. En el caso de otros usuarios, por trabajo tuvieron trasladados a otras comunas e incluso ciudades, con lo cual se vieron imposibilitados de poder continuar con el tratamiento en los centros a los cuales asistían.

Disconformidad con el tratamiento. Otro de los principales motivos por los cuales los usuarios decidieron tomaron la decisión de abandonar fue por la disconformidad respecto a su tratamiento, y esto se debe a múltiples factores. Por sólo nombrar un ejemplo, hay usuarios que sienten que el tratamiento no cumplió sus expectativas, es decir, no era lo que ellos esperaban. Por su parte, hay quienes consideran que el tratamiento no se adecuaba a sus necesidades particulares y, por tanto, requerían de otro tipo de intervención, mientras otros no se sintieron conformes con los métodos de trabajo o con los profesionales de los centros a los cuales asistían.

> *Entrevistado: Bueno, porque sentí que era… después de ciertos meses sentí que era un poco tedioso seguir con el tratamiento. Cada caso es absolutamente distinto al otro po' entonces yo tomé la determinación de que no estaba resultando las terapias y más… opté por una terapia personal y familiar más que nada, entonces eso sería.*

> *Entrevistada: Lo abandoné el tratamiento porque no era lo que yo necesitaba en ese momento y porque en realidad nunca me sentí acogida. Nunca me sentí bien integrada por el grupo que había ahí, aparte que no era un… Yo necesitaba un tratamiento que interviniera algo fuerte en mi pero no ir a escuchar charlas y evidencia de las otras personas porque yo en ese momento necesitaba un tratamiento de otro tipo y por eso lo abandoné. No era lo que yo necesitaba, no era lo que yo esperaba del COSAM tampoco (…).*

Sentimiento de recuperación o no necesitar tratamiento. Hay otros usuarios encuestados que decidieron abandonar voluntariamente el tratamiento por no sentir necesidad de seguir asistiendo. Desde una perspectiva, algunos consideran que no requerían tratamiento porque su problema de consumo no era tan grave como para asistir o era menor en comparación a otros usuarios. Desde otras perspectivas, hay quienes creen tener las herramientas suficientes para poder seguir un tratamiento por su propia cuenta o sentirse ya recuperados del problema del consumo. Es decir, decidieron abandonar cuando comenzaron a ver mejoras considerables en su problema de adicción y sentir que no necesitaban asistir más a tratamiento.

Derivación o cierre de centro. Otro de los principales motivos de abandono de los usuarios de sus tratamientos se debe a que fueron derivados a otros centros, o bien, a que el centro al que asistían cerró permanentemente. En el caso de la derivación, los usuarios eran trasladados generalmente cuando en el centro al cual asistían, evaluaban que necesitaban otro tipo tratamiento. En este caso, los usuarios eran derivados a otros centros o tratamientos. Tal como lo muestra la siguiente cita, la derivación se hizo por considerar que al usuario, por las recaídas en el consumo que experimentaba, no le servía la modalidad ambulatoria: Algunos usuarios señalan además que luego de haber asistido a un programa ambulatorio,

fueron internados con posterioridad. En este sentido, más que un abandono del tratamiento de parte de los usuarios, ellos fueron derivados a otro tratamiento que se adecuaba mayormente a sus necesidades.

Está el caso también de quienes no decidieron de manera voluntaria abandonar el tratamiento, sino que los centros donde se atendían cerraron sus puertas. En general, el motivo que los usuarios señalan por el cual los centros cierran es porque han perdido licitaciones que les proporcionaban el financiamiento necesario para continuar operando. Por otra parte, si bien hay quienes fueron derivados a otros centros por el cierre del centro al que asistían, también está el caso de otros usuarios que se quedaron sin tratamiento alguno por este motivo. No obstante, es importante señalar que a pesar de que los usuarios fueran derivados a otros centros, hay quienes tuvieron dificultades de acceso a estos lugares por la distancia respecto a sus hogares o lugares de trabajo.

Consumo. El consumo problemático de drogas y/o alcohol es también una de las principales razones por las que los usuarios deciden abandonar sus tratamientos, particularmente en las "recaídas" que experimentan durante el proceso. Este problema tiene como consecuencia que los usuarios decidan no asistir más a tratamiento por diversos motivos. Entre ellos, porque sienten que no está funcionando para ellos, por querer seguir consumiendo y no rehabilitarse, o bien porque los mismos centros toman la decisión de no admitir a quienes no se abstengan del consumo.

Relación con terapeutas y profesionales. Otro motivo por el cual los usuarios encuestados decidieron no continuar con sus tratamientos es la disconformidad con los profesionales del centro al que asistían. En general, los usuarios optaron por desistir del tratamiento debido a la existencia de ciertas tensiones o conflictos entre ellos y sus terapeutas, particularmente por las diferencias de opinión sobre los métodos con los que se llevaban a cabo sus tratamientos. En otros casos, los usuarios no se sentían conformes con la terapia que seguían con los profesionales en su proceso de rehabilitación. Destacan la importancia de sentir un importante grado confianza con sus terapeutas para que su tratamiento sea efectivo.

Expulsión del tratamiento. Parte de los usuarios encuestados no abandonaron su tratamiento de manera voluntaria, sino que fueron expulsados de él. Los principales motivos para la expulsión se relacionan con infringir normas de los centros y, en otros casos, por problemas de conducta de los usuarios en tratamiento, especialmente en lo que refiere a conflictos con otros usuarios/as. En casos particulares, se mencionan motivos de expulsión como el uso de celulares y el consumo de porciones de alimentos más allá de las permitidas. Por un lado, hay quienes sienten que su expulsión fue injusta y arbitraria, mientras que hay otros que consideran que fue legítima por el hecho de haber incumplido normas de las que ya estaban en conocimiento previamente.

Relación con usuarios/as. A su vez, se señala como un factor determinante para haber abandonado el tratamiento los conflictos entre los usuarios que asistían a tratamiento. La mayoría señala haber sido expulsados debido a conflictos en los que se vieron involucrados con otros usuarios. Otros pocos encuestados señalan que, si bien no fueron expulsados por alguna situación particular de conflicto, abandonaron por no estar conformes con el ambiente y con los usuarios que asistían. Esto ya sea por diferencias de expectativas respecto a lo que querían lograr en tratamiento, como por temas de afinidad.

Falta de interés o desmotivación. Además, los encuestados señalan como otro motivo para abandonar el tratamiento la falta de interés o motivación por asistir. Entre las causas de esta desmotivación se

mencionan las largas terapias que se desarrollaban con los profesionales de los centros, la repetitividad entre los distintos "componentes" o atenciones entre los psicólogos y los asistentes sociales, la falta de utilidad del tratamiento, entre otras. A ello se agrega además que algunos usuarios consideran que el tratamiento no les ayudaba a tratar el problema particular que ellos experimentaban y, por lo mismo, que requerían de otro tipo de intervención.

Cuidado de hijos/as. En este tema se observó una diferencia de género, pues son en su mayoría las mujeres quienes se vieron imposibilitadas para continuar en el programa por tener que hacerse cargo del cuidado de sus hijos e hijas. En general, señalan que no tienen a alguien más que acudir para que puedan apoyar la tarea de cuidado, por lo que han tenido que hacerse cargo por sí solas. Para ellas, el tiempo que implica el tratamiento se interpone con algunas tareas familiares y de cuidado. Otras señalan que a lo anterior se suma el tener que cumplir con responsabilidades laborales. La incompatibilidad de responsabilidades hace que finalmente opten por retirarse del programa.

> *Yo pedí que me cambiaran de ahí porque a mí no me servía porque aparte que yo soy mamá y no puedo estar todo el día en un centro encerrada porque yo tengo se sostener mi hogar (...).*

Problemas familiares. La presencia de problemas al interior de sus familias es otro de los motivos por lo que los usuarios reconocen haber tenido que abandonar el tratamiento. Si bien estos problemas son de diverso tipo, se destaca como ejemplo la enfermedad de familiares a los cuales los usuarios deben asistir. Esta situación imposibilita a los usuarios cumplir tratamiento por la dificultad de compatibilizar los tiempos de asistencia y de cuidado. Tal como muestra el siguiente testimonio, el abandonar el programa por diversos problemas familiares que puedan tener los usuarios tiene consecuencias perjudiciales para ellos al verse imposibilitados de tratar el problema del consumo.

Retomar vida cotidiana. Otro de los motivos señalados por los encuestados para abandonar el proceso de tratamiento se relaciona con la necesidad o el deseo de retomar sus vidas cotidianas. Esto se expresa sobre todo en usuarios que permanecían internados en su tratamiento, donde el confinamiento en tratamiento generó en algunos encuestados la necesidad de volver a su "normalidad"; poder retornar a sus hogares, estar en compañía de sus familiares, tener sus cosas nuevamente, etc. Cabe destacar que los usuarios abandonaron principalmente por los motivos anteriormente descritos y no por el funcionamiento del tratamiento en sí. En general, existe una percepción positiva de parte de los entrevistados sobre su desarrollo, especialmente de la relación que mantenían con los terapeutas y profesionales.

Alta terapéutica. Algunos de los usuarios encuestados en menor medida señalan no haber abandonado el tratamiento, sino que haber sido dados de alta terapéutica. En ciertos casos se debe a que se cumplió exitosamente el período que consideraba la intervención, mientras que en otros el alta lo solicitaban los mismos usuarios por motivos personales. Ante este caso en particular, el centro accedía en la medida en que consideraba que los usuarios se encontraban preparados para finalizar su tratamiento o podían continuar su proceso de recuperación por cuenta propia.

Falta de apoyo de redes. Finalmente, una minoría de los usuarios encuestados señalaron que no pudieron continuar con el tratamiento porque no sentían apoyo por parte de sus redes más cercanas. La falta de apoyo percibida de parte de parejas, familiares o amistades hizo que algunos usuarios dejaran de

asistir al tratamiento por considerar que es un aspecto fundamental para poder continuar en él. En este sentido, destacan la importancia que tiene el soporte que les puedan proporcionar sus redes para mantenerse en tratamiento y poder rehabilitarse del problema del consumo de drogas y/o alcohol.

3. Estudio cualitativo: Población Adolescente Infractora de Ley

En el siguiente apartado se describen los principales resultados de las entrevistas realizadas en el marco del estudio cualitativo de evaluación de resultados de los Programas de Tratamiento y Rehabilitación del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y alcohol a pedido de la Dirección de Presupuesto (DIPRES) del Ministerio de Hacienda, para usuarios del Programa PAI-Adolescentes Infractores. Se exponen los resultados tanto de la línea de base como de la última ola del estudio, para la primera etapa se entrevistó a 20 adolescentes mientras que para la última etapa se entrevistó a 4. Además, en la línea de base se entrevistó a 7 terapeutas de centros con convenio SENDA, lo cual se puede revisar en el Anexo 17.

El objetivo del estudio fue realizar un seguimiento del proceso experimentado por los participantes en el Programa Ambulatorio Intensivo para Adolescentes ingresados por la Ley 20.084, quienes fueron previamente entrevistados en el año 2018 en su fase inicial de tratamiento. Particularmente, se buscó dar cuenta de la trayectoria de los participantes y la evolución de sus motivaciones que los llevaron a mantenerse o abandonar el tratamiento, así como también sobre los factores de continuidad y cambio en el tiempo.

Metodología

Se elaboró una pauta que permitiera aproximarse a las perspectivas, valoraciones y significados de los participantes en la realización de entrevistas semi-estructuradas. La pauta se desarrolló de manera que abordara temáticas fundamentales para el estudio, donde sus dimensiones apuntaran a indagar en el estado de vida actual de los participantes, el contexto social donde se desenvuelven y en la evolución de su percepción sobre el mismo, las motivaciones para la adherencia de los participantes al programa de tratamiento, su trayectoria en el marco de su plan de desarrollo integral, entre otros. Todos los usuarios que fueron entrevistados en la última ola continúan en tratamiento, por lo que se quiso conocer los diferentes aspectos que han influido en la adherencia de los usuarios a sus programas de tratamiento.

Considerando el contexto de crisis sanitaria actual por COVID-19, el acercamiento con los participantes y la recolección de información fue realizada por contacto telefónico. Si bien el objetivo inicial era retomar el contacto con el total de los 20 adolescentes del programa que habían sido entrevistados en la fase inicial del tratamiento, sólo fue posible entrevistar a 3 de ellos por las dificultades de contacto con los mismos. Finalmente se decidió contactar a nuevos participantes ante la complejidad de recontactar a los anteriores. Como criterio de eligibilidad, los participantes debían haber sido ingresados a tratamiento por la Ley 20.084 y haber cumplido diez meses o más de tratamiento. Sin embargo, considerando el contexto actual y las dificultades de comunicación, la respuesta de los centros se retrasó considerablemente. Por ende, sólo se pudo llevar a cabo una entrevista a los participantes de la nueva muestra.
Por último, cabe destacar que todo el material recopilado fue codificado y analizado con ayuda del software y herramienta de sistematización de información Dedoose. Se trabajó en una primera instancia a partir de los discursos de los participantes que conformaron la totalidad del material recopilado, descomponiendo y reorganizando los datos según indicadores representativos de los principales temas

abordados en las entrevistas y según el planteamiento teórico y metodológico del estudio. Los códigos fueron creados previamente a partir de la operacionalización del estudio, y a partir de ellos se identificó contenido significativo sobre los cuales se efectuó el análisis.

Resultados principales

Sobre el estado de vida de los usuarios. En la línea de base, los terapeutas califican a los usuarios como personas que han sido constantemente vulnerados, y estigmatizados desde sus familias y contextos inmediatos, estando en contacto con el ambiente del crimen y las drogas desde temprana edad. Desde la perspectiva de los mismos usuarios, en general se observan diferentes apreciaciones sobre las relaciones familiares. En algunos casos, los entrevistados reconocían una mala relación, lo que para algunos se materializaba en abandonos efectivos. En los casos donde se hablaba de una relación familiar saludable, se expresaba un apoyo a la asistencia al tratamiento. Por otro lado, se pudo observar la ausencia de amistades en la mayoría de los casos, las cuales en general se formaban en el barrio o en la calle. Para la segunda ola, en términos generales, los usuarios perciben que sus vidas han cambiado considerablemente desde hace un año y medio atrás cuando estaban iniciando sus tratamientos. Las principales diferencias se han dado por la disminución o abandono del consumo que hoy han alcanzado en comparación a cuando ingresaron a tratamiento, donde el consumo era mayor. Todos declaran estar estudiando y/o trabajando actualmente, lo cual alcanzaron gracias a su proceso de recuperación. Algunos de ellos están por finalizar cuarto medio o dar exámenes libres, mientras que otros ya se encuentran trabajando de manera estable. Por último, reconocen que gracias a su proceso de recuperación en tratamiento han recuperado relaciones familiares que habían perdido en el pasado, mientras que otros señalan que han experimentado importantes mejoras. La pérdida o debilitamiento de vínculos familiares tiene su origen en el consumo desde la perspectiva de los entrevistados, lo que provoca mayores conflictos y roces en las relaciones.

Percepción y participación en los centros de tratamiento. Respecto al tratamiento de manera más concreta, todos los usuarios entrevistados tienen una percepción positiva de los centros en los cuales han desarrollado su tratamiento. Sienten que los centros han sido un apoyo y una ayuda fundamental para poder superar el problema de consumo que los aqueja, particularmente por la preocupación que perciben de sus profesionales. Incluso, una de las entrevistadas señala que estar en el centro es como "estar en casa", refiriéndose a la comodidad y la confianza que le generaba poder comunicar sus problemas y recibir ayuda. La percepción general es que los centros han sido un gran soporte para ellos, recalcando la positiva relación que mantienen con sus funcionarios y la motivación que ellos les dan para superar el problema de consumo que los aqueja. La mayoría señala participar o haber participado de actividades a lo largo de su tratamiento tales como paseos, juegos, sesiones de cine, talleres de cocina, manualidades, entre otros. Son momentos que aprecian por darles un espacio de entretención y de distracción que creen no tener fuera de los centros. Algunos incluso valoran la instancia de poder compartir y conocer a otros usuarios de los mismos tratamientos que están atravesando por el mismo proceso que ellos.

Relación con terapeutas y profesionales. En la línea de base se vio que, en general, no se profundiza demasiado sobre las relaciones con los terapeutas, aunque las califican buenas. Pese a esto, quienes si profundizaron sobre la relación con su terapeuta resaltan la dificultad para relacionarse abiertamente con estos en un principio, específicamente, para conversar abiertamente de sus problemas. Sin embargo, a medida que se construye la confianza mencionan que se vuelve más fácil hablar y valoran el esfuerzo, la dedicación, el trabajo y la postura que no juzga sus acciones. Además de esto, existe una valoración

positiva de las dinámicas de terapia, en cuanto a que se basen en actividades adaptadas a las necesidades de los participantes. Para la segunda parte del estudio, los resultados son similares, pues la relación que los usuarios mantienen con los terapeutas y profesionales de los centros a los que asisten a tratamiento es uno de los aspectos más relevantes desde su perspectiva. A lo largo del tratamiento, todos ellos no han estado con sólo un terapeuta, sino que con varios de ellos. En general, esto lo valoran como un aspecto positivo ya que les proporciona diferentes perspectivas para abordar sus problemas en tratamiento, aunque algunos señalan tener mayor afinidad con determinados profesionales. La percepción general de los participantes es que los terapeutas y profesionales han sido fundamentales en su proceso de recuperación al proporcionarles un espacio acogedor y de confianza durante el tratamiento, especialmente al compartirles detalles de sus vidas personales. En este sentido, el vínculo con los terapeutas es esencial para su adherencia al tratamiento. Cabe señalar además que los usuarios no están asistiendo actualmente a sus terapias debido a la emergencia sanitaria por COVID-19, y algunos reconocen el esfuerzo que realizan sus terapeutas para comunicarse con ellos a pesar de no asistir presencialmente a los centros de tratamiento. Perciben esto como un gesto de preocupación hacia ellos, quienes les preguntan con frecuencia por su estado de salud, tanto física como mental, por el cumplimiento de los medicamentos que deben consumir, entre otros aspectos.

Relación con otros usuarios. Otro aspecto que se buscó indagar es la relación que los participantes mantienen con otros usuarios que asisten a los mismos centros de tratamiento. En general, consideran que la relación y la convivencia con otros usuarios es positiva. Algunos hablan de la importancia del apoyo mutuo que se pueden entregar entre usuarios que están atravesando por procesos similares respecto a la recuperación del problema del consumo, o de los aprendizajes que se pueden obtener de aquellos que llevan más tiempo en tratamiento que ellos. Cabe destacar el discurso de uno de los entrevistados, quien considera que vincularse con los usuarios implica estar también más próximos a las drogas. Desde su perspectiva, la mayoría cae en consumo de nuevo y, por lo mismo, decide mantener distancia de aquellas relaciones. Por otra parte, es posible señalar que hay quienes mantienen relaciones con otros usuarios tanto fuera como dentro de los centros, donde con algunos mantienen relaciones de amistad, mientras que otros sólo interactúan en el contexto de los centros. Pero un punto en común a todos los participantes es que todos ellos declaran haber consumido alguna vez con otros usuarios mientras se encontraban en tratamiento; no obstante, señalan que el consumo fue realizado en otros espacios y contextos.

Efectividad del tratamiento, motivaciones y expectativas. Respecto a la noción de efectividad del tratamiento, la percepción de los participantes es que para ellos ha funcionado y les ha ayudado a superar el problema del consumo. En comparación a cuando iniciaron el tratamiento, consideran que su motivación para asistir ha ido aumentando con el tiempo, las que no sólo se relacionan con dejar o reducir el consumo de drogas y/o alcohol, sino que también involucra otros aspectos de su vida como es recuperar relaciones con familiares, terminar estudios, encontrar un trabajo, cumplir metas, entre otros. En general perciben que el tratamiento les ha permitido hasta ahora cumplir algunos de estos objetivos y, por lo mismo, se sienten conformes con su funcionamiento. Si bien creen haber experimentado dificultades en el proceso, especialmente en su comienzo, se atribuyen la responsabilidad a ellos mismos y no al funcionamiento del tratamiento en particular. Por último, se posiciona a los usuarios en una situación hipotética en el que ellos no hubiesen continuado en el programa y se les pregunta cómo imaginan que sería su vida, en ella creen que estarían consumiendo, delinquiendo, en situación de calle o hubiesen perdido a sus familiares. Esta última pregunta coincide con lo que se observó en la línea de base.

Percepción de consumo y problemas derivados. En la línea de base, el inicio del consumo de drogas es en el contexto de compartir con amigos o con grupos de personas mayores que conocían en la calle, siempre relacionadas al ambiente del delito o del narcotráfico. Sumado a esto, se resalta la facilidad del acceso, pues viven en un contexto que les facilita e incluso promueve el consumo de drogas. Una parte importante del acceso está dado por la presencia de consumo en las personas con las que el usuario convive, no porque sus familiares le faciliten drogas, sino por la normalización del consumo debido a que la figura de autoridad del hogar u otra dentro del mismo consuma. Dentro de las motivaciones para seguir consumiendo se mencionaba como principal razón el gusto por la sensación de drogarse, sumado a la necesidad de hacerlo debido a la adicción que conlleva el consumo. Además, si bien algunos entrevistados no percibían su consumo como algo peligroso o que conllevara daños, muchos sí podían identificar como problemas derivados de su uso las peleas familiares o callejeras producto del ánimo alterado; mientras que otros entrevistados mencionaban cambios en la contextura física o haber abandonado actividades recreativas.

Para la segunda ola, cuando se les preguntó a los usuarios entrevistados por su consumo, todos ellos señalaron haberlo hecho alguna vez durante el tratamiento. Destacan lo común que es la droga en los contextos donde se desenvuelven y la facilidad de acceso que se tiene de ella, tanto de parte de sus amistades, como de algunos familiares o vecinos. En general, los usuarios consideran que el consumo quedó en el pasado y sienten en general que se han recuperado del problema del consumo de drogas, donde han dejado atrás las denominadas "duras". Cabe destacar que a pesar de ello los usuarios entrevistados declaran seguir consumiendo marihuana, lo cual no lo ven como un problema que los afecte negativamente. Si bien algunos hablan de la posibilidad de reducir su consumo, los usuarios no plantean la posibilidad de dejarla a futuro. Existen diferentes percepciones entre los usuarios entrevistados sobre la existencia de consumo en sus redes más cercanas y la frecuencia con la que se presenta. Hay algunos que buscan mantenerse alejados de aquellas amistades, particularmente del lugar donde residen, y de otros usuarios de tratamiento para evitar estar cerca del consumo y las drogas. Pero también hay otros que creen haber adquirido herramientas para evitar que esta situación no los afecte. Hablan de la necesidad de acostumbrarse, ya que es una realidad frecuente en su entorno, y de evitar consumir a pesar de lo usual que es encontrarse con drogas en su día a día.

Redes y su relación con la adherencia. Para conocer el estado de redes actual de los usuarios, se les preguntó con quienes viven actualmente. Para aquellos que fueron entrevistados previamente en el año 2018, se buscó indagar además si es que hubo cambios en la conformación de su núcleo familiar hasta la actualidad. Todos los usuarios señalan vivir actualmente con sus familias y que en general han ido cambiando los miembros que la conforman, donde algunos de ellos se han ido a vivir a otros lugares. Cuando se les pregunta por la relación que mantienen con ellos, todos consideran que ha habido una mejora sustancial respecto a los inicios del tratamiento. El fortalecimiento de las relaciones de familia es el principal aspecto destacado por los usuarios entrevistados respecto a los cambios que perciben desde que comenzaron el tratamiento hasta hoy. Para ellos, esto no implica sólo un mejoramiento de las relaciones, sino que también darle prioridad a compartir con sus familias. Los usuarios perciben además el apoyo que les han entregado sus familias durante el tratamiento.

Adherencia al tratamiento. En la línea de base se preguntó acerca de la adherencia al tratamiento, donde un factor mencionado por los terapeutas como influyente es la familia y su apoyo, y que por lo mismo se

debe trabajar con ellas; también, el nivel de compromiso delictual, ya que se relaciona con lo normalizado y focalizado que tengan este aspecto en su vida; y, por último, está el hecho de que no le ven sentido al participar de dicha instancia. Esto tiene que ver directamente con las motivaciones que tengan los usuarios para participar del programa, donde existiría una menor posibilidad de adherencia cuando el motivo de asistencia al tratamiento es la sanción judicial. Sin embargo, la mayoría reportó que si no los hubieran derivado, no habrían ingresado a tratamiento. Incluso, desde la perspectiva de los mismos usuarios es posible entrever que, de no existir un mínimo de motivación personal por asistir al programa, simplemente no sucedería. Además, identifican varias dificultades para mantenerse en terapia, donde se encuentra la compatibilidad con el trabajo o el colegio, debido a restricciones horarias y porque implican un mayor cansancio. Un segundo elemento sería la dificultad para abrirse en las conversaciones, diciendo que no les gusta que les pregunten tantas cosas o tantas veces lo mismo. Un tercer elemento, es la dificultad para dejar la droga, mencionando los elementos contextuales revisados anteriormente. No obstante, estas dificultades, mencionan que una vez dentro desarrollan el gusto por el tratamiento.

Cambios y expectativas sobre el tratamiento. En la línea de base, se les preguntó sobre sus expectativas y cambios en el tratamiento. Cuando se habla sobre los cambios producto del tratamiento los usuarios lo entienden como un cambio de mentalidad, donde tomaron la decisión de cambiar aquello que plantean como un problema al inicio del tratamiento, mientras que al programa se le percibe como una ayuda esencial para lograr este cambio. En general, los cambios percibidos por los participantes son múltiples, entre los que están la ayuda para dejar las drogas de alguna manera y que tenían algún tipo de expectativa de lo que sucedería durante el tratamiento. Muchas de estas esperanzas tratan sobre dejar el consumo, evitar recaer, sentirse bien, pero también sobre cambios un poco más simples, como buscar trabajo, terminar el colegio e incluso mejorar las secuelas que deja la droga.

Proceso de judicialización. Por último, en la segunda ola del estudio, se buscó indagar sobre la percepción de los usuarios entrevistados sobre su proceso de judicialización en el marco de su plan de desarrollo integral. La percepción general es que el proceso de judicialización que han tenido que seguir ha sido positivo para ellos, destacando particularmente la relación que mantienen con sus delegados; lo cual es un cambio respecto a los hallazgos de la línea de base como se vio anteriormente. Los usuarios aseguran que sus delegados los han acompañado y se han preocupado constantemente por ellos y el proceso que han ido desarrollando. Aseguran además que ha existido una constante comunicación con ellos y un seguimiento de sus casos hasta hoy. Respecto al proceso de judicialización y su relación con la adherencia de los usuarios entrevistados a sus programas, es importante señalar que en general ellos consideran que no habrían ingresado a tratamiento si es que no los hubiesen derivado en un principio; resultado que también se observó en la línea de base. Creen no haber tenido la voluntad necesaria para haber tomado la decisión de tratar su problema de consumo. En este sentido, para ellos la existencia de trámites legales sí fue influyente en su asistencia a tratamiento. A pesar de que ha existido una motivación personal de los usuarios por asistir, los trámites legales identifican la obligación de cumplir con asistencia y otros aspectos como modalidad de cumplimiento de sus procesos.

Conclusiones

A modo de conclusión, es posible señalar respecto a la trayectoria de los usuarios en sus planes de tratamiento y rehabilitación, que todos ellos se posicionan hoy en un mejor lugar del que se encontraban en un comienzo en el año 2018. En términos generales, se evidencia una evolución positiva de las percepciones de los participantes tanto del tratamiento, de la relación con los terapeutas, como de sus

vidas personales. Todos estos aspectos se vinculan con la disminución o abandono del consumo de drogas que los usuarios han experimentado con el tiempo.

Respecto a las principales motivaciones de los participantes para adherir al tratamiento y de los factores que pueden ser influyentes, es posible señalar que los usuarios entrevistados tienen una opinión favorable respecto al funcionamiento de los centros en los cuales han desarrollado su tratamiento. Sienten que los centros al que asisten han sido un apoyo y una ayuda fundamental para poder superar el problema de consumo que los aqueja, tanto por la asistencia a terapia como por las actividades complementarias en las que participan.

Otra de las principales motivaciones para adherir al tratamiento es la relación que mantienen con los terapeutas y profesionales del tratamiento. La percepción general de los participantes es que los terapeutas y profesionales han sido fundamentales en su proceso de recuperación. Un grado menor de relevancia tiene la relación que mantienen con otros usuarios que asisten a los mismos centros de tratamiento. Si bien existe una percepción positiva de este vínculo, no se considera un aspecto decisivo en la adhesión de los usuarios a tratamiento como sí lo es la relación con los terapeutas.

En cuanto a la percepción del tratamiento mismo, los usuarios entrevistados sienten que para ellos ha sido efectivo para superar el problema del consumo. En comparación a cuando iniciaron el tratamiento, consideran que su motivación para asistir ha ido aumentando con el tiempo. Si bien algunos refieren a lo complejo que fue para ellos la asistencia al comienzo del tratamiento, principalmente por consumo, con el tiempo comenzaron a percibir mejoras. El sentimiento de recuperación estuvo acompañado de un mayor interés por asistir a tratamiento.

Los principales problemas que los usuarios entrevistados consideran que les ha traído el consumo han sido el deterioro de relaciones familiares, la pérdida de vínculos con algunos de los miembros, la inestabilidad emocional, la comisión de delitos, entre otros. La frecuencia e intensidad de estos problemas fueron disminuyendo al transcurrir el tratamiento para los usuarios, donde la reducción del consumo llevó a una mejora considerable de estos aspectos, particularmente de las relaciones familiares. En este sentido, las principales motivaciones para adherir a tratamiento no sólo se relacionan con dejar o reducir el consumo de drogas y/o alcohol, sino que también involucra otros aspectos de su vida.

Por último, sobre el proceso de judicialización y su relación con la adherencia de los usuarios entrevistados a sus programas, cabe destacar que ellos consideran que no habrían ingresado a tratamiento si es que no hubiesen sido derivados. Además, para ellos son influyentes en su asistencia a tratamiento los trámites legales que tienen pendientes en su plan de desarrollo integral. En este sentido, la motivación de adherencia de los usuarios se vincula tanto con su propio interés por asistir, como por cumplir con los requerimientos que le exigen sus delegados vinculados a su infracción a la ley.

4. Conclusiones

Estudio cuantitativo: Población Adulta

De acuerdo con los resultados recién descritos se advierte que los programas de tratamiento para población adulta contribuyen a la recuperación de los y las usuarias que son atendidos. En efecto, se evidenciaron mejoras en: (i) consumo de alcohol y/o drogas; (ii) salud física; (iii) vinculación a redes de apoyo; (iv) trasgresión a la norma; y (v) calidad de vida. No obstante, cabe destacar que no se encontraron buenos resultados para: (i) participación socioeconómica; y (ii) participación en grupos prosociales. Por su parte, los resultados de salud mental resultan insuficientes. Esto da cuenta de que los programas funcionan principalmente para desvincular a sus beneficiarios de círculos o comportamientos socialmente desviados, pero no logra integrarlos en círculos o comportamientos prosociales.

Cabe destacar que **el principal resultado de los tratamientos hace relación con la modificación positiva del patrón de consumo**, es decir, con su propósito. En efecto, al revisar evidencia internacional la disminución en la prevalencia mes alcohol es mayor a la presentada en el estudio DATOS de Estados Unidos (Hubbard et al., 2003), donde al año se observó una disminución de 21,9 puntos porcentuales en tratamientos residenciales (versus 25,4 en la muestra actual) y 17,6 puntos porcentuales en tratamientos ambulatorios (versus 24,9 en la muestra actual). En cuanto a la prevalencia mes marihuana destaca que la disminución también resulta mayor a la presentada en el estudio DATOS de Estados Unidos, donde fue de 12,6 puntos porcentuales en tratamientos residenciales (versus 25,4 puntos porcentuales en la muestra actual) (Hubbard et al., 2003). Cuando se compara con lo reportado en DTORS los resultados de Chile son similares, en ambos países un 55% de quienes consumían marihuana en la línea de base mantuvo su consumo (Jones et al., 2009). En general, la disminución mostrada para prevalencia mes cocaína para tratamientos residenciales es menor a la reportada por Hubbard et al. (2002) en Estados Unidos, donde fue de 47,2 puntos porcentuales (versus 40,2 en la muestra actual), así también en el caso de tratamientos ambulatorios donde fue de 43,6 puntos porcentuales (versus 34,1 en la muestra actual). Comparando con los resultados en Reino Unido (Jones et al., 2009) la disminución en el uso de cocaína es mayor en Chile, ya que en dicho país el 50% de los usuarios que dejó de consumir cocaína al año de ingresar a tratamiento, y en Chile dicho segmento representa el 68,1% del total de consumidores en línea de base. Así, los resultados en consumo de alcohol y/o droga son buenos en general al compararlos con estudios similares realizados internacionalmente.

La **modalidad de tratamiento** no resultó ser un predictor importante para la mayoría de los resultados consultados. En efecto, solo se mostró asociado a abstinencia, donde quienes asistieron a tratamientos residenciales tenían una ventaja frente a los ambulatorios. Esto tiene consecuencias presupuestarias importantes. Si bien se entiende que existan tratamientos residenciales en la oferta programática, ya que atienden a personas con perfiles más complejos, estos son considerablemente más caros que los tratamientos ambulatorios intensivos. Así, por ejemplo, en 2017 el pago por plan de tratamiento en residencial era de $560.563 pesos, mientras que en ambulatorio intensivo era de $289.726 pesos[211], representando el 51,7%. Ante las restricciones presupuestarias que probablemente se presenten a nivel estatal en un horizonte de corto a mediano plazo[212], se recomienda orientar un posible aumento de cobertura hacia modalidades ambulatorias intensivas, ya que obtienen resultados similares a un menor costo. Como ya se dijo, esto no implica la eliminación de la oferta residencial, ya que, tal como se pesquisó

[211] En pesos de 2017.
[212] Producto de la pandemia de covid-19 durante el año 2020.

en la línea de base, efectivamente el grupo de usuarios en tratamientos residenciales poseía menor edad, escolaridad, trabajo y soporte social, presentaban perfiles de consumo de mayor complejidad, mayor situación de calle, compromiso delictual, patología dual, y con menor soporte social, por lo que la focalización según modalidad de tratamiento resultaba eficiente y justificada.

En cuanto a **exposición a tratamiento** los resultados son variados. Por un lado, se observaron cambios inmediatos, con disminuciones incluso en el grupo sin tratamiento mínimo (tres meses o menos). En efecto, se observó disminuciones en: (i) la frecuencia de consumo y prevalencia en cocaína y pasta base; (ii) el uso de urgencias, hospitalizaciones y accidentes por consumo, y (iii) vinculaciones a amigos con consumo. Por otro lado, aparecieron resultados sensibles al tiempo de exposición, entre los cuales destacan: (i) la frecuencia de consumo y prevalencia en alcohol y marihuana; (ii) abstinencia; (iii) calidad de redes; y (iv) calidad de vida. Más aun, el grupo que estuvo expuesto 12 meses o más a tratamiento sistemáticamente mostró mejores resultados, incluso mejorando en el indicador de salud mental. Esto deja entrever la necesidad de revisar las extensiones de los planes ambulatorios intensivos y residenciales (12 meses) y modificarlas de acuerdo a la evidencia según perfil de consumo y sustancia consumida. Esta redefinición de las extensiones de tratamiento podría mejorar los indicadores de completitud de tratamiento, los cuales siguen siendo bajos (ver apartado VI.2). Esto no va en desmedro de que existan tratamientos más extensos en caso de que la o el beneficiario presente factores de riesgo que hagan más difícil la recuperación, como la comorbilidad psiquiátrica o el compromiso delictual.

En general, la variable más relevante asociada a mejores resultados fue el **tipo de egreso.** Sistemáticamente las personas egresadas por alta terapéutica tenían mejores resultados que quienes abandonaron o fueron dados de alta administrativa. Esto ha sido documentado también por la evidencia consultada (Hubbard et al., 1997; Jones et al., 2009). Para el caso de esta cohorte las características asociadas al no logro terapéutico fueron: estar menos expuesto a tratamiento, haber recibido un tratamiento ambulatorio, ser policonsumidor de pasta base, no haber vivido en lugares adversos y presentar compromiso delictual 12 meses previo a la línea de base. De la cohorte estudiada un 29,9% logró conseguir el alta terapéutica, en la línea con lo presentado por SENDA en el Informe Anual Técnico de 2018 para este programa (28,5%). Aun así, eso se encuentra bajo lo reportado por otros países. Por ejemplo, en Estados Unidos para 2011 la completitud fue del 65% en tratamientos residenciales y de 52% en ambulatorios (Stahler, Mennis & DuCette, 2016) o en Reino Unido (71%) (Jones et al., 2009).

Relacionado al tipo de egreso, vale la pena destacar que se observó **una pérdida de terreno en la tercera ola respecto a la medición de 12 meses entre quienes fueron egresados por alta terapéutica** en los siguientes indicadores: (i) abstinencia mes; (ii) prevalencia mes alcohol; (iii) frecuencia de consumo alcohol; (iv) frecuencia de consumo de sustancia principal; y (v) uso de urgencia, hospitalizaciones o accidente por consumo en los últimos 6 meses. Es de esperarse que existan recaídas en el tiempo, no obstante, el consumo problemático debe ser abordado como una enfermedad crónica, por lo que el seguimiento post alta es crítico para mantener la recuperación. Si bien los planes de tratamiento en sus orientaciones técnicas contemplan una cuarta etapa de seguimiento de al menos un año luego del alta no existe financiamiento para realizarlo, por lo que constituye una sugerencia. Debería fomentarse en el rediseño de los programas la necesidad de una dupla psico-social destinada a hacer las intervenciones luego del egreso del programa de tratamiento, así como la especificación de acciones concretas a realizar en esta etapa. Esto último ya que la instrucción para el acompañamiento en el diseño de los programas es insatisfactoria. En concreto, de no poder ir al centro se recomienda derivar a centros de atención

primaria, y tampoco se cuentan actividades concretas, sino más bien que "Para realizar el seguimiento, se sugiere diseñar un programa en base a acciones y técnicas específicas de observación, evaluación y fortalecimiento de los avances, progresos y/o dificultades del proceso de rehabilitación, como también del proceso de incorporación social diseñado y ejecutado en la etapa de egreso del tratamiento." (SENDA, 2017, pág. 73). Se debería revisar evidencia internacional respecto a programas de acompañamiento post egreso exitosos e implementarlos de manera piloto en Chile.

En cuanto a otras características relevantes, vale la pena mencionar que el **perfil de consumo previo a tratamiento** es un claro factor relevante. Por un lado, el análisis de deserción muestral dio cuenta de que fue más difícil de recontactar a quienes eran policonsumidores con sustancia principal pasta base, estando esta característica también asociada a la deserción del tratamiento y al compromiso en consumo (abuso, dependencia, frecuencia consumo, entre otros). Pérez (2003) entrevistó a usuarios de PBC (Pasta base de cocaína), llegando a conclusiones que destacan el potencial adictivo de esta droga en comparación al alcohol, la marihuana o la cocaína. Los usuarios declararon un sentimiento de indefensión hacia la pasta base, "y se la menciona como 'droga maldita' en la que no quisieran haberse iniciado" (Pérez, 2003). Se advierte que casi un 20% de los usuarios declararon haber quedado adictos desde el primer uso (Pérez, 2003). En general, las orientaciones técnicas de las modalidades estudiadas no precisan actividades y/o enfoques que puedan ser de mayor utilidad dependiendo del perfil de consumo del beneficiario. Aun así, un reciente metaanálisis sobre tratamientos en dependientes a cocaína demostró que los tratamientos que contemplaban gestión de contingencias (*contingency managment programs*) se asociaban a una reducción en el uso de cocaína (Bentzley et al., 2020). Así, se invita a revisar evidencia actualizada que permita entregar orientaciones y actividades de acuerdo al perfil de consumo de los y las beneficiarias. Finalmente, los consumidores de pasta base y/o cocaína presentaron la menor retención y mayor abandono. Mejorar la retención y disminuir el abandono en este grupo es fundamental ya que en general obtienen mejoras incluso en el corto plazo.

Otra de las características asociadas a peores resultados fue el **compromiso delictual 12 meses previo a la línea de base**. En general, se ha encontrado que las orientaciones técnicas del programa desarrollan teóricamente el compromiso delictual y su asociación al consumo problemático de alcohol y/o drogas, más no entregan actividades asociadas a este tipo de población, de hecho, declaran que "la intervención terapéutica con personas consumidoras problemáticas de drogas que son formalizadas por un delito debe ser similar en términos generales, al tratamiento de personas que no presentan comisión de delitos. Sin embargo, dada la evidencia que existe respecto de las características observadas en esta población, se sugiere dar un mayor énfasis al desarrollo y reforzamiento del pensamiento y valores prosociales." (SENDA, 2017, pág. 70). El equipo consultor considera que se deben desarrollar mejores orientaciones para atender a esta población, dado el alto impacto social que tiene tanto alejarlos del consumo problemático de alcohol y/o drogas como del mundo delictual. Así, si bien SENDA sugiere revisar el libro *Una guía de trabajo para la prevención y el tratamiento de la delincuencia y la drogodependencia* de Ross, Garrido, Fabiani & Gómez (1993), se invita al servicio a generar una orientación técnica accesible y detallada (en términos de actividades) para esta población en su componente de población general. A modo de guía, se ha encontrado que los tratamientos cognitivos conductuales disminuyen el comportamiento delictual (Tong & Farrington, 2010), pudiéndose revisar actividades de programas probados como *Reasoning and rehabilitation* (Ross & Ross, 1995), para luego ser entregadas como orientación técnica (Ross & Fabiano, 1985; Ross & Ross, 1995; Ross, Fabiano, & Ewles, 1988).

Tal como muestra la evidencia el **soporte familiar** es clave para el mantenimiento de la recuperación. En el presente estudio la calidad de redes resulto ser un predictor relevante en varias de las dimensiones analizadas y a mayor retención en el tratamiento. En la Encuesta a Centros realizada en la línea de base de este estudio ocho de cada diez centros declararon que realizan intervención con la familia, siendo considerablemente menos los tratamientos ambulatorios que declararon este tipo de prestación (74,1% versus 92,6% en los residenciales). Es importante focalizar parte del esfuerzo de los equipos de tratamiento en lograr involucrar a la familia, intervenir el hogar -y el consumo en el mismo, en el cual no hubo mayor variación- de manera de lograr una trayectoria exitosa en mantenerse alejados del consumo de alcohol y/o drogas, además de trabajar extensamente los primeros meses de tratamiento entre quienes presentan peores redes para mejorar la retención.

Preocupa la nula influencia del tratamiento sobre el **trabajo.** Si bien las orientaciones técnicas plantean que "se requiere intervenir especialmente en las variables asociadas a la integración laboral y comunitaria de estas personas." (SENDA, 2017, pág. 70) es importante que se generen mecanismos y vinculación con entidades estatales que permitan fomentar la inserción laboral durante y luego del tratamiento. SENDA, a través de su Programa Chile Integra, ha intentado intervenir la orientación sociolaboral de sus beneficiarios. No obstante, el programa no se encuentra implementado en todas las regiones del país y solo un 37,8% de la muestra declaró haberlo recibido. La importancia del trabajo bajo supervisión como factor protector se corroboró en este estudio también, dada su vinculación a: (i) mayor abstinencia; (ii) menor prevalencia de pasta base; (iii) mayor calidad de vida; y (iv) menor contacto con pares consumidores. Además, es importante destacar que se observaron diferencias según género, donde las mujeres presentan una menor participación socioeconómica en comparación a los hombres, pues no logran encontrar trabajo. Así, se evidencia la necesidad de un enfoque de género de parte del servicio, pues la dificultad de las mujeres en mejorar su participación socioeconómica podría estar relacionada con su rol preponderante en el hogar. Un posible avance para mejorar esta dimensión sería aumentar las horas de contrato de los terapeutas ocupacionales que trabajan en este tipo de dispositivos, quienes según la Encuesta a Centros realizada en línea de base trabajan en promedio 30 horas semanales.

La **experiencia de tratamiento** resultó insuficiente de acuerdo a los estipulado por las orientaciones técnicas del programa. En primer lugar, se deben mejorar las acciones realizadas de seguimiento post egreso en el caso del alta terapéutica -como ya se dijo-, y en el rescate en el caso de quienes abandonaron. Esta investigación logró contactar mediante teléfono y/o visita (personales o de familiares) a personas que abandonaron el tratamiento y que no declararon ningún tipo de rescate luego de su abandono. Este tipo de acción debiese ser diseñada con actividades concretas, y poder ser financiada y realizada por los centros que implementan el programa. Es importante fortalecer el seguimiento post egreso y rescate mediante la incorporación de recursos humanos -como los mencionados anteriormente- ya que se asoció a mejores resultado. En segundo lugar, solo uno de cada dos tratamientos cumplió con la asistencia y jornadas declaradas por las orientaciones técnicas, lo que deja entrever un mal cumplimiento, asociado también a las bajas tasas de tratamientos completos (12%). En tercer lugar, un mayor número de tipos de prestaciones recibidas se asoció a mayor retención, y el acceso a prestaciones de salud mental apareció más bajo entre quienes estuvieron menos expuestos y quiénes abandonaron. Esto deja entrever la importancia de reacción que debe presentar el sistema para acoger a quienes buscan tratamiento, y como el acceso a prestaciones mejora su trayectoria de tratamiento. Finalmente, se advierte que la experiencia de tratamiento está importantemente influenciada por el servicio metropolitano de salud, siendo los servicios Central, Norte y Sur Oriente quienes destacan por entregar servicios más insuficientes.

VIII. RECOMENDACIONES

1.1 Cuantificación y caracterización de población potencial y objetivo

- Se recomienda incluir una definición clara de población objetivo y población potencial en los convenios de colaboración subscritos por SENDA de acuerdo a las definiciones de DIPRES, más allá del perfil de beneficiario según modalidad de tratamiento.

- En cuanto a las mediciones de consumo problemático existentes se sugiere:
  i. Actualizar las definiciones y estimaciones de consumo problemático de drogas ilícitas según los criterios DSM-V para los cálculos de poblaciones a atender por parte del Área de Tratamiento y Rehabilitación. Esto permitiría generar un indicador graduado de trastorno por consumo de sustancias, lo que posibilitaría tomar acciones en cuanto a la oferta del servicio, de manera de adecuar las distintas modalidades (ambulatorio básico, ambulatorio intensivo y residencial) de acuerdo con la participación en los distintos niveles de gravedad del trastorno. Esto significaría incluir una pregunta que apunte al "Deseo de regular o abandonar el consumo, con historial de intentos infructuosos" en los Estudios de Droga en Población General o integrar como módulo la medición de este tipo de trastorno entre los prevalentes año de cada sustancia ilícita con instrumentos validados al español (por ejemplo, la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional M.I.N.I que ya tiene su versión en español en DSM-5);
  ii. Se sugiere pesquisar un trastorno por consumo de alcohol de manera más fidedigna mediante el test AUDIT, ya que medir consumo problemático de alcohol utilizando solo los criterios de abuso es insuficiente y la muestra del estudio de validación tiene limitaciones importantes;
  iii. Incluir en los Estudios de Población Escolar un instrumento que permita medir consumo problemático de alcohol de acuerdo con los criterios clínicos del DSM-V, CIE-11 u otro instrumento validado internacionalmente para medir consumo problemático en esta población;
  iv. Incluir en los Estudios de Población Escolar mediciones de consumo problemático de sustancias ilícitas, para efectuar cálculos de poblaciones homologables con la Población Adulta;
  v. Corregir la operacionalización de la voluntariedad a tratamiento tanto en los estudios de Población General como incluir dichos criterios en la de Población Escolar. Se recomienda que el Área de Tratamiento relaje los criterios de voluntariedad para sumar personas en etapas de contemplación como población objetivo del programa;
  vi. Se recomienda reincorporar la pregunta sobre la necesidad de ayuda o tratamiento en los Estudios de Población Escolar.
  vii. Se recomienda realizar una mejor medición de consumo problemático y necesidad de tratamiento en la población adulto y adolescente infractora de ley para su mejor cuantificación y monitoreo. Se deberían generar mecanismos a través de los cuales medir la necesidad de tratamiento en esta población a través del Área de Estudios de SENDA (por ejemplo, mediante licitaciones o convenios con GENCHI) de manera periódica, dado su mayor compromiso en el consumo problemático de alcohol y/o drogas en comparación a

la población general. Las mediciones actuales carecen de representatividad y tienen más de 7 años de antigüedad.

- Para programa Chile Integra no existe información disponible que permita desagregar la cuantificación de la población potencial y objetivo según sus 4 componentes. Para este programa se recomienda:
  i. Elaborar un indicador de necesidades de integración social que efectivamente responda a los componentes que este apunta a través de criterios objetivos (por ejemplo, condición de actividad, habitabilidad, programas sociales en los que participa el beneficiario, etc.). y no a través de observaciones/apreciaciones cualitativas del equipo tratante para la medición de sus poblaciones objetivo. Esto no va en desmedro de la utilización de la actual pauta de observación para la Integración Social, la cual al tener una descripción cualitativa más rica puede dar más pautas a la intervención que los indicadores propuestos para la cuantificación de poblaciones.
  ii. Tomar medidas que fomenten el relleno de la información de Chile Integra a SISTRAT o generar una plataforma propia para el programa. Esto dado el alto porcentaje de beneficiarios sin información de necesidades de integración social. Esto se podría realizar mediante restricciones al pago de planes de tratamiento como ya se realiza con otras variables de SISTRAT (como las prestaciones).

1.2 Diseño de los programas

1.2.1 Lógica vertical

- Las formulaciones originales de fin de los programas mostraban deficiencias, por lo que se recomienda reformular o tomar las consensuadas para esta evaluación.

- En este marco, el equipo investigador propone que los programas estudiados convergen en la consecución de un fin común, a saber, *contribuir a la recuperación de las personas con consumo problemático de drogas y alcohol*. La nueva formulación del fin de los programas tiene la ventaja de que les entrega al programa de tratamiento y al de integración social un paraguas conceptual común y, además, logra enfocarse en el cambio que esperan ambos en el largo plazo: la recuperación, por lo que se vuelve coherente con el problema que se identificó en el diagnóstico

- Las formulaciones originales del propósito del Programa de Tratamiento y Chile Integra[213] mostraban deficiencias, por lo que se recomienda reformular o tomar las consensuadas para esta evaluación.

- En el caso del Programa de Tratamiento, la definición actual de patrón de consumo es deficiente. Se recomienda conceptualizar patrón de consumo como la prevalencia y frecuencia de uso de la sustancia principal por la que los usuarios ingresan a tratamiento.

- Para el Programa de Tratamiento, a nivel de subcomponentes, se observaron ciertas inconsistencias que se recomienda revisar: (i) traslape de funciones (población mixta y mujeres

[213] En 2019 se reformuló el indicador de propósito del programa. El indicador actual es: "Personas que mejoran condiciones de integración social en los ámbitos de vivienda, empleo y habilidades sociales".

dentro del componente Población Adulta); (ii) la necesidad de sumar un subcomponente orientado al subgrupo poblacional en condición de imputados dentro de componente Adultos infractores; y (iii) diferenciar entre subcomponentes según tipos de sanción, dentro del componente Adolescentes infractores, para un mejor monitoreo del programa.

- Además, se estima que los subcomponentes no son suficientes, ya que no considera algunos subgrupos poblacionales que han sido visibilizados por la literatura como población de trabajadores sexuales y LGBTI. Se recomienda elaborar orientaciones que desarrollen actividades concretas a realizar con este tipo de subpoblaciones.

- Las actividades definidas por el programa no son suficientes. Las acciones débilmente desarrolladas para un completo cumplimiento de los objetivos son: (i) habilidades parentales orientadas a hombres; (ii) evaluación de la satisfacción usuaria y (iii) actividades de seguimiento.

- Se evalúa que los componentes del programa Chile Integra no son suficientes. No se reconocen las necesidades de ciertos grupos poblacionales: (i) personas en conflicto con la justicia, y (ii) adolescentes.

- En cuanto a las actividades de Chile Integra, se evalúa que no son suficientes. Se recomienda incorporar actividades no contempladas como actividades de apoyo de pares y de intervención familiar. Adicionalmente, se recomienda que el Servicio incorpore actividades orientadas a asegurar la calidad del servicio prestado (monitoreo, retroalimentación de usuarios/as) además de definir actividades de selección de personal que explicite ciertos criterios mínimos.

1.2.2 Lógica horizontal

- Se proponen ocho indicadores comunes a todos los subcomponentes y componentes que giran en torno a los aspectos que se consideran fundamentales de monitorear sobre el despliegue de los subcomponentes del programa, a saber: (1) la magnitud en la entrega de servicios (Cobertura), ya vigente en el diseño original del programa; (2) oportunidad en la entrega de servicios (Tiempo de espera promedio), que se suma por considerarse un estándar de calidad de tratamiento (United Nations Office on Drugs and Crime, 2012); (3) calidad de los servicios (Completitud del tratamiento; Retención; Tasa de abandono; Experiencia de los equipos de tratamiento; Acceso a atención psiquiátrica de los usuarios), también enfatizados dentro de estándares internacionales (United Nations Office on Drugs and Crime , 2012; United Nations Office on Drugs and Crime, 2017); y (4) Gestión de los recursos financieros (Ejecución del presupuesto).

- En cuanto a Chile Integra se evalúa que los indicadores actuales que forman parte del sistema de monitoreo interno de SENDA son deficientes, por lo que se considera urgente el levantamiento de información para poder realizar en el futuro un mejor monitoreo a nivel de componentes. Se sugiere que el programa cuente con una plataforma propia de registro de información (distinta a SISTRAT) e integrada.

- A nivel de propósito, el Programa de Tratamiento busca medir el "logro terapéutico" lo que resulta problemático en la medida que depende de una apreciación subjetiva de los profesionales

que realizan las intervenciones. Se plantea definir indicadores objetivos que midan patrón de consumo (propósito del programa) para monitorear su logro.

1.3 Uso de recursos

- Se recomienda la elaboración de un convenio de colaboración con Gendarmería de Chile que permita un mayor control de SENDA sobre el presupuesto destinados al Programa de Tratamiento a Adultos Infractores Consumidores Problemáticos de Drogas y Alcohol. Los recursos de este programa son transferidos a Gendarmería de Chile en su totalidad, perdiéndose luego control sobre la ejecución de los mismos. Esto explica que las ejecuciones presupuestarias sean de 100% para todo el periodo de evaluación.

- En relación con la composición del gasto se recomienda que SENDA sistematice los gastos de sus programas más allá de los convenios descritos.

- Finalmente, una de las principales limitaciones que se tuvo para generar este apartado, fue contar con fuentes claras y definidas de presupuesto, ingresos y gastos para ciertos programas. Particularmente, acceder a la información de Chile Integra y el programa de Libertad Vigilada, fue complejo, debido a que la disponibilidad de datos se encontraba supeditada al equipo que en los diferentes años estuvo a cargo de ejecutar los programas. En ese contexto, se hace necesario mejorar el sistema de registro de recursos financieros de SENDA, de modo de generar un mecanismo que almacene información histórica de manera estandarizada.

1.4 Resultados a nivel de productos

1.4.1 Focalización, selección y cobertura

- Se pesquisaron problemas en cuanto a criterios de focalización y priorización en los programas: (i) Tratamiento para Población Adulta; (ii) Tratamiento específico para mujeres; (iii) Personas en situación de calle; (iv) Población Adulta Infractora de ley; (v) Población infanto-adolescente; y (vi) los cuatro componentes de Chile Integra. Entre los problemas detectados se encuentran restricciones arbitrarias a la población beneficiaria, traslape de poblaciones. Se recomienda revisar los problemas detectados y aumentar la cobertura en los casos donde estos restringen el acceso a tratamiento (situación de calle y adultos privados de libertad).

- Para disminuir las brechas de cobertura se recomienda incluir en la oferta programática componentes de difusión de la oferta, para aumentar el acceso a tratamiento de las personas con consumo problemáticos de alcohol y/o drogas. En concreto, se propone un fortalecimiento del programa SENDA Previene, que posee amplia cobertura territorial y trabajo con organizaciones locales, para hacer un trabajo de concientización e identificación de casos críticos a nivel local. Como sugerencia se podría formular, en conjunto con quienes implementan el programa SENDA Previene, un perfil de cargo encargado del área de tratamiento a nivel local.

- En cuanto a la cobertura territorial el Subcomponente 2 del Componente 4 (Evaluación Clínica Diagnóstica en Fiscalías para Adolescentes Infractores de Ley imputados) debería ser implementado en todas las regiones del país. Además, se debería hacer esfuerzos para aumentar

también la cobertura territorial del Programa Chile Integra, toda vez que las necesidades de integración social son transversales al fenómeno en cuestión y no a un territorio determinado. Y en cuanto a los demás componentes y subcomponentes no presentes en todo el territorio vale recalcar que su ausencia solo podría justificarse ante una demanda inexistente.

- MINSAL (vía PPV) paga los planes de tratamiento de un porcentaje considerable de beneficiarios para los subcomponentes de Población Adulta General en el sistema público. Esto va en desmedro de un monitoreo y control de la población beneficiaria, así como de la estimación de coberturas (se subestiman). Se recomienda que MINSAL traspase los recursos a SENDA paulatinamente para que sea solo una la entidad estatal a cargo del pago de planes de tratamiento.

- Finalmente, el equipo consultor considera que el Servicio debiera dejar de utilizar como medida los casos atendidos para informar de sus beneficiarios, ya que supone sobrestimar la población que efectivamente recibe tratamiento a nivel individual (usuarios con RUT distintos).

1.4.2 Producción de bienes y/o servicios

- La producción de los componentes del Programa de Tratamiento y Rehabilitación posee un buen desempeño en general y contribuye al propósito[214], aunque es mejorable en términos de: (i) las fuentes de información; (ii) la calidad de los datos; (iii) la producción posterior a los tres meses de intervención; y (iv) los tiempos de espera para iniciar tratamiento.

- Existe una clara falta de información para el monitoreo y evaluación del desempeño de varios componentes. En concreto, se pesquisó una mayor falta de a información en acceso a tratamiento psiquiátrico, experiencia de los equipos, tiempo de espera a primera atención, entre otros. Se recomienda suscribir los pagos de los planes de tratamiento a la provisión de un porcentaje mínimo de información por parte de los centros que al menos permita construir los indicadores de monitoreo propuestos para evaluar el desempeño del programa en el tiempo.

- La calidad de los datos analizados también resulta problemática. Se enfatiza la necesidad de generar instancias de capacitación entre los actores que acceden a SISTRAR. Esto podría complementarse con un sistema de incentivos ante la completitud de la información recolectada.

- Finalmente, se debe mejorar la brecha entre el contacto con el beneficiario y su primera intervención. Si bien la media de inicio de tratamiento oscila entre los 10 y 21 días entre subcomponentes para 2017, se debe aspirar a reducir las listas de espera para mejorar la retención y el éxito terapéutico.

1.5 Resultados a nivel de objetivos[215]

- Se considera necesario revisar la duración de los planes de tratamiento o hacerla más flexible. En efecto, tanto la presente evaluación como investigaciones desarrolladas en Reino Unido (Jones

[214] Las personas que presentan consumo problemático de alcohol y drogas modifican positivamente su patrón de consumo
[215] Para todos los resultados presentados, es importante notar que no es posible sacar conclusiones de efectividad causal, dado que en ausencia de estimación del escenario contrafactual, no es posible saber si los cambios observados son atribuibles al programa o si podrían haber ocurrido en ausencia del programa.

et al., 2009) dan cuenta de que parte importante de las ganancias se concretan en las primeras 12 semanas de tratamiento (retención). En este caso el consumo asociado a cocaína y/o pasta base presentó disminuciones incluso para quienes estuvieron expuestos 12 semanas o menos, con puntos de partido en prevalencia y frecuencia de consumo similares a quienes estuvieron más expuestos. Este grupo representa un 70% de la muestra actual y un 55% del total de Población Adulta atendida por SENDA (SENDA, 2018). En línea con lo anterior, los resultados para alcohol y marihuana en cambio sí resultaron sensibles a la exposición a tratamiento, sin mejoras en el grupo menos expuesto. Las orientaciones técnicas de las modalidades estudiadas no precisan actividades y/o enfoques que puedan ser de mayor utilidad dependiendo del perfil de consumo del beneficiario. Por esto, se invita a revisar evidencia actualizada que permita entregar orientaciones, duraciones de plan y actividades de acuerdo con el perfil de consumo de los y las beneficiarias.

- Ante las restricciones presupuestarias que se proyectan para el corto y mediano plazo dada la pandemia de covid-19 en 2020, se recomienda orientar un potencial aumento de cobertura hacia modalidades ambulatorias intensivas ya que obtienen resultados similares a un menor costo. Esto no implica restringir la ya existente oferta residencial, que cumple un rol fundamental para casos más complejos.

- Se recomienda mejorar las prestaciones realizadas en salud mental, ya que los resultados en esta dimensión son acotados. Para esto se recomienda aumentar las horas de consultas psiquiátricas de los programas.

- En general las orientaciones técnicas no entregan actividades para población infractora, por lo que se recomienda mejorarlas con actividades/enfoques exitosos de acuerdo con la evidencia internacional. A modo de guía, se ha encontrado que los tratamientos cognitivos conductuales disminuyen el comportamiento delictual (Tong & Farrington, 2006), pudiéndose revisar actividades de programas probados como *Reasoning and rehabilitation* (Ross & Ross, 1995), para luego ser entregadas como orientación técnica.

- Para mejorar la deshabilitación laboral se deberían fortalecer los componentes de reintegración laboral de la oferta ya existente, junto con evitar la institucionalización prologada en modalidades residenciales. SENDA, a través de su Programa Chile Integra, ha intentado intervenir la orientación sociolaboral de sus beneficiarios. Se recomienda aumentar la cobertura del componente de orientación sociolaboral del Programa Chile Integra, abordarlo desde un enfoque de género[216] y evaluar si provoca cambios en la integración sociolaboral de sus beneficiarios y beneficiarias.

- Dada la pérdida de terreno de los egresados por alta terapéutica es que se recomienda fomentar el rediseño de los programas considerando fortalecer los mecanismos de integración social y de seguimiento. En el corto plazo se puede incorporar una dupla psico-social destinada a hacer las intervenciones luego del egreso, así como la especificación de acciones concretas (más allá de actividades como "visitas domiciliarias") a realizar en esta etapa. En el largo plazo se recomienda

[216] En 2019 se realizó asesoría para incluir enfoque de género a los instrumentos de la OSL. Este 2020 se está desarrollando una asesoría para mejorar las herramientas metodológicas de las OSL.

revisar evidencia internacional respecto a programas de acompañamiento post egreso exitosos y la factibilidad de implementarlos de manera piloto en Chile. Un posible mecanismo es mediante los Contratos de Impacto Social.

- En línea con lo anterior, se recomienda fortalecer todo el componente de rescate de los tratamientos, ya que su desempeño es insuficiente y se vinculó a una mayor abstención y menor consumo.

IX. REFERENCIAS

Aldunate, E., & Córdoba, J. (2011). *Formulación de programas con la metodología de marco lógico*. Santiago: ILPES.

Alvarado, M. E., Garmendia, M. L., Acuña, G., Santis, R., & Arteaga, O. (2009). Validez y confiabilidad de la versión chilena del Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). *Revista Médica de Chile*, 1463-1468.

Arndt, S. (2007). Commentary on "Defining and Measuring Recovery". *Journal of Substance Abuse Treatment, 33*, 275–276.

Arseneault, C., Alain, M., Plourde, C., Ferland, F., Blanchette-Martin, N., & Rousseau, M. (2015). Impact Evaluation of an Addiction Intervention Program in a Quebec Prison. *Substance Abuse: Research and Treatment*, 47-57.

Australian Institute of Health and Welfare. (2017). *Alcohol and other drug treatment services in Australia 2016–17*. Canberra: Australian Government.

Babor, T., Higgins-Biddle, J., Saunders, J., & Monteiro, M. (2001). *The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Care*. World Health Organization.

Baer, J., Garrett, S., Breadnell, B., Wells, E., & Peterson, P. (2007). Brief motivational intervention with homeless adolescents: Evaluating effects on substance use and service utilization. *Psychology of Addictive Behaviors, 21*, 582−586.

Bahr, S., Masters, A., & Taylor, B. (2012). What Works in substance abuse treatment programs for offenders? *The Prison Journal*, 155-174.

Bean, P., & Nemitz, T. (2004). *Drug treatment; What Whorks?* Lóndres: Routledge.

Beattie, M., & Longabaugh, R. (1999). General and alcohol-specific social support following treatment. *Addictive Behaviors, 24*(5), 593-606.

Beck, F., Guignard, R., & Lagleye, S. (2014). Does Computer Survey Technology Improve Reports on Alcohol and Illicit Drug Use in the General Population? A Comparison Between Two Suveys with Different Dara Collection Modes in France. *Plos One*, 1-11.

Bentzley, B., Han, S., Stein, S., Neuner, S., Humphreys, K., Kampman, K., & Harrison, C. (2020). A meta-analysis of cocaine use disorder treatment effectiveness. *Sin publicar*. Obtenido de https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.06.09.20127142v1

Betty Ford Institute Consensus Panel (BFI). (2008). What is recovery? A working definition from the Betty Ford Institute. *Journal of Substance Abuse Treatment, 33*, 221–228.

BID. (1997). *Evaluación: una herramienta de gestión para mejorar el desempeño de los proyectos*. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo, Oficina de Evaluación.

Bird, V., Le-Boutillier, C., Leamy, M., Williams, J., & Bradstreet, M. (2014). Evaluating the feasibility of complex interventions in mental health services: standardised measure and reporting guidelines. *The British Journal of Psychiatry, 204*(4), 316-321.

Borkman, T., Kaskutas, L., Room, J., & Ma, L. (1998). An historical and developmental analysis of social model programs. *Journal of Substance Abuse Treatment, 27*, 123−134.

Bostan, C., Oberhauser, C., Stucki, G., Bickenbach, J., & Cieza, A. (2014). Biological health or lived health: which predicts self-reported general health better? *BMC Public Health, 14*(1), 189.

Botvin, G., & Wills, T. (1985). Personal and Social Skills Training: Cognitiva-Behavioral Approaches to Substance Abuse Prevention. En N. I. Abuse, *Prevention Research: Deterring Drug Abuse Among Children and Adolescents* (págs. 8-49). New York: National Institute on Drug Abuse.

Bouchery, E., Harwood, H., Sacks, J., Simon, C., & Brewer, R. (2011). Economic costs of excessive alcohol consumption in the U.S., 2006. *Am J Prev Med., 41*(5), 516-24.

Brandariz, R., Biscarra, A., & Cremonte, M. (2008). Evaluación de la Disposición al cambio en personas con ingesta patológica de alcohol: la escala SÓCRATES 8A. *XV Jornadas de Investigación y Cuarto Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Brener, N., Billy, J., & Grady, W. (2003). Assessment of Factors Affecting the Validity of Self-Reported Health-Risk Behavior Among Adolescents: Evidence From the Scientific Literature. *Journal of Adolescent Health, 33*, 436-457.

Brotherhood, A., & Sumnall, H. (2011). *European drug prevention quality standards. A manual for prevention professionals.* Lisboa: Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

Brown, S. (1993). Drug effect expectancies in motivating and maintaining change. *Presentation at The Sixth International Conference on Treatment of Addictive Behaviours*.

Calvo, F., Carbonell, X., Valero, R., Costa, j., Turró, O., Giralta, C., & Ramírez, M. (2018). Abandono precoz y retención en servicios ambulatorios de drogodependencias: análisis transversal comparativo de factores que aumentan o disminuyen la adherencia. *Atención Primaria, 50*(8), 477-485.

Carl, L., Edwards, C., Davey-Rothwell, M., & Tobin, K. (2017). The relationship between social desirability bias and self-reports of health, substance use, and social networks factors among urban substance users in Baltimore, Maryland. *Addictive Behaviors, 73*, 133-136.

Castillo-Carniglia, A., Marín, J., Soto-Brandt, G., Donoso, M., Piñol, D., San Martín, J., . . . Portilla Huidobro, R. (2015). Adaptation and Validation of the Instrument Outcomes Profile to the Chilean Population. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 39-47.

Center for Substance Abuse Treatment. (2005). *Substance Abuse Treatment for Adults in the Criminal Justice System.* Substance Abuse Treatment for Adults in the Criminal Justice System. Rockville (MD): Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 44.

Centro de Estudios en Seguridad Ciudadana, CESC. (2015). *Condiciones de Vida en los centros de privación de libertad en Chile: Análisis a partir de una encuesta aplicada a seis países de Latinoamérica.* Santiago, Chile: Centro de Estudios en Seguridad Ciudadana.

Chaiken, J., & Chaiken, M. (1990). Drugs and Predatory Crime. Crime and Justice-a Review of Research. *Crime Justice, 13*.

Chaves, L. (2013). La Terapia Ocupacional en el abordaje de las adicciones: una revisión actualizada. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional, 13*(2), 57-64.

Cherpitel, C. (2003). Changes in substance use associated with emergency room and primary care services utilization in the United States general population: 1995-2000. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 29*, 789–802.

Claus, R., & Kindleberger, L. (2002). Engaging substance abusers after centralized assessment: predictors of treatment entry and dropout. *J Psychoactive Drugs, 1*, 25-31.

Cloud, W., & Granfield, R. (2001). Natural Recovery from Substance Dependency. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 83-104.

Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences.* New York: New York University.

Comisión Interamericana para el control del abuso de drogas. (2015). *Informe anual 2014 de la comisión interamericana para el control del abuso de drogas.* Washington DC: CICAD .

Comiskey, C., Kelly, P., Leckey, Y., & Mrs L. McCulloch, M. B. (2009). *The ROSIE Study Drug Treatment Outcomes in Ireland.* Dublin.

CONACE. (2007). *Séptimo Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile.* Santiago: Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes.

CONACE. (2008). *Seguimiento de una Cohorte de Beneficiarios para la Evaluación de Impacto de los Planes de Atención de las Instituciones en Convenio con CONACE-FONASA-MINSAL".* UNIVERSIDAD DE CHILE, FACULTAD DE MEDICINA.

CONACE. (2009). *Estrategia Nacional de Drogas 2009-2018*.

CONACE. (2009). *Modelo de Intervención en Personas con Consumo Problemático de Sustancias Psicoactivas: Manual para Tratamiento de Bajo Umbral en Establecimientos Penitenciarios. Tomo V*. Santiago, Chile: Área Técnica de Tratamiento y Rehabilitación: Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes.

CONACE. (2010). *Drogas: Tratamiento y Rehabilitación de Niños, Niñas y Adolescentes. Orientaciones técnicas para el tratamiento y rehabilitación del consumo problemático de sustancias en población de niños, niñas y adolescentes, desde una mirada comprensiva evolutiva.* Santiago: CONACE.

Condelli, W., & Hubbard, R. (1994). Relationship between time spent in treatment and client outcomes from therapeutic communities. *Journal of Substance Abuse Treatment, 11*, 25-33.

Crespo, M. (2010). *Guía de diseño de proyectos sociales comunitarios bajo el enfoque del marco lógico.* Caracas: eumed.

Creswell, J. (2009). *Research Disign: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches.* London: SAGE.

Daly, J., & Pelowski, S. (2000). Predictors of dropout among men who batter: A review of studies with implications for research and practice. *Violence and Victims, 15*(2), 137-160.

De Leon, G. (2000). *The therapeutic community: Theory, model and methods.* New York: Springer.

DeFulio, A., Donlin, W., Wong, C., & Silverman, K. (2009). Employment-based abstinence reinforcement as a maintenance intervention for the treatment of cocaine dependence: a randomized controlled trial. *Addiction, 104*(9), 1530-1538.

Dehghani, Y., & Dehghani, M. (2014). Effectiveness of Social Skills Training on Tendency to Addiction in High School Female Students. *Jentashapir Journal of Health*, 1-5.

Dembo, R., Williams, L., Wothke, W., & Schmeidler, J. (1994). The Relationships among Family Problems, Friends' Troubled Behavior, and High Risk Youths' Alcohol/Other Drug Use and Delinquent Behavior: A Longitudinal Study. *The International journal of the addictions, 29*, 1419-42.

Dennis, M., Scott, C., Funk, R., & Foss, M. (2005). The duration and correlates of addiction and treatment careers. *Journal of Substance Abuse Treatment, 28*, S51−S62.

Department of Health and Human Services. (2017). *Treatment Episode Data Set (TEDS).* Maryland: Center for Behavioral Health Statistics and Quality.

DIPRES. (2003). *Metodología para la Elaboración de la Matriz de Marco Lógico.* Santiago: Gobierno de Chile.

DIPRES. (2005). *Sistema de control de gestión y presupuestos por resultados: La experiencia Chilena.* Santiago: Gobierno de Chile.

DIPRES. (2009). Metodología de Evaluación de Impacto. *Santiago: Gobierno de Chile.*

DIPRES. (2015). *Evaluación Ex-Post: Conceptos y Metodologías.* Santiago, Chile: Ministerio de Hacienda.

DIPRES. (2015). *Metodología para la elaboración del Marco Lógico.* Santiago.

Donoso, M. P. (Marzo de 2015). *Análisis de Resultados del Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) Resultados Escala.* Obtenido de SENDA: http://www.SENDA.gob.cl/media/boletines/Boletin%203%20An%C3%A1lisis%20de%20Resultados%20del%20Alcohol%20Use%20Disorders%20Identification%20Test%20(AUDIT)%20Resultados%20Escala.pdf

Dörr, A., Gorostegui, M., Dörr, M., Sekler, A., Villacura, L., Flores, P., . . . Mena, I. (2009). Efectos del consumo de marihuana en funciones cognitivas en adolescentes escolares. *Alasbimn Journal, 11*(43).

Durkheim, E., & Posada, C. (1985). *La división del trabajo social.* Barcelona: Planeta-Agostini.

EMCCDA . (2017). *Public expenditure on supply reduction policies.* Council of Europe.

Escuela de Salud Pública, U. de Chile. (2008). *Experiencia chilena en evaluación de programas de tratamiento y rehabilitación del consumo problemático de sustancias psicoactivas.* Santiago: CONACE.

Fernández-Hermida, J., Secades, R., Fernández, J., & Marina, P. (2002). Effectiveness of a Therapeutic Community Treatment in Spain:Along-term Follow-Up Study. *European Addiction Research, 8*, 22–29.

Fernández-Montalvo, J., López-Goñi, J., Illescas, C., Landa, N., & Lorea, I. (2008). Evaluation of a Therapeutic Community Treatment Program: A Long-Term Follow-up Study in Spain. *Substance Use & Misuse*, 1362–1377.

Festinger, D., Lamb, R., Kountz, M., Kirby, K., & Marlowe, D. (1995). Pretreatment dropout as a function of treatment delay and client variables. *Addict Behav.*, 111-115.

First, Spitzer, Gibbson, Williams, & Smith-Benjamin. (1998). Guía del usuario de la entrevista clínica estructurada para los trastornos del eje I del DSM-IV-SCID-I.

Fischer, P., & Breakey, W. (1991). The epidemiology of alcohol, drug, and mental disorders among homeless persons. *American Psychologist, 46*(11), 1115-1128.

Flentje, A., Heck, N. C., & Sorensen, J. L. (2015). Substance use among lesbian, gay, and bisexual clients entering substance abuse treatment: Comparisons to heterosexual clients. J. *Journal of consulting and clinical psychology, 83(2),* , 325–334. doi:10.1037/.

Flick, U. (2004). *Entrevistas Semi Estructuradas.* Madrid: Morata.

Flores, Faccio, & Luque. (2015). Escala de evaluación del cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA): Validez y confiabilidad en drogadependientes. *Revista de Psicología Universidad César Vallejo, 9*(1), 52-59.

Flynn, P. M., Craddock, S. G., Hubbard, R. L., Anderson, J., & Etheridge, R. M. (1997). Methodological Overview and Research Design for the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). *Psychology of Addictive Behaviors, 11*(4), 230-243.

Flynn, P., Joe, G., Broome, K., & Simpson, D. (2003). Looking back on cocaine dependence: Reasons for recovery. *American Journal on Addictions, 12*, 398−411.

French, M., Christopher, M., & Alexandre, P. (2001). Illicit drug use, employment, and labor force participation. *Southern Economic Journal, 68*(2), 349-368.

Fry, C., & Wayne, H. (2005). Ethical Considerations for Drug Abuse Epidemiologic Research . En *Epidemiology of Drug Abuse* (pág. 237). Akron: Springer.

Gelles, R., & Levine, A. (1996). Desviación y control social. En R. Gelles, & A. Levine, *Sociología.* Madrid: McGraw-Hill.

Gitlow, S. (2007). Recovery and Research: A Better Paradigm. *Journal of Substance Abuse Treatment, 33*, 277–278.

Goffman, E. (2012). *Estigma: la identidad deteriorada.* Buenos Aires: Amorrortu.

Granfield, R., & Cloud, W. (2001). Social context and "natural recovery": the role of social capital in the resolution of drug-associated problems. *Subst Use Misuse, 36*(11), 1543-70.

Greenfield, S., Brooks, A., Gordon, S., Green, C., Kropp, F., McHugh, R., . . . Miele, G. (2007). Substance Abuse Treatment Entry, Retention, and Outcome in Women: A Review of the Literature. *Drug Alcohol Depend*, 1–21.

Groh, D., Jason, L. M., Olson, B., & Ferrari, J. (2007). Friends, family, and alcohol abuse: an examination of general and alcohol-specific social support. *The American journal on addictions, 16*(1), 49–55.

Hansen, B. (2004). Full Matching in an Observational Study of Coaching for the Sat. *Journal of the American Statistical Association, 99*(467), 609-618.

Harford, T., Yi, H., & Grant, B. (2010). The five-year diagnostic utility of "diagnostic orphans" for alcohol use disorders in a national sample of young adults. *Journal of Studies Alcohol Drugs*, 410-417.

Hartman, C., Gelhorn, H., & Crowley, T. (2008). Item response theory analysis of DSM-IV cannabis abuse and dependence criteria in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.*, 165-173.

Hasin, D., O'Brien, C., Auriacombe, M., Borges, G., Bucholz, K., Budney, A., & Grant, B. (2013). DSM-5 criterio for substance use disorders: Recommendations and rationale. *American Jounal of Psychiatry*, 834-851.

Heckathorn, D. (1997). Respondent-driven sampling: A new approach to the study of hidden populations. *Social Problems, 44*, 174-199.

Helzer, J., Bucholz, K., & Gossop, M. (2007). A dimensional option for the diagnosis of substance dependence in DSM-V. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 24-33.

Henggeler, S., Pickrel, S., & Brondino, M. (1999). Multisystemic Treatment of Substance-Abusing and -Dependent Delinquents: Outcomes, Treatment Fidelity, and Transportability. *Mental Health Services Research, 1*(3), 171-184.

Hermalin, J., Steer, R., Platt, J., & Metzerger, D. (1990). Risk characteristics associated with chronic unemployment in methadone clients. *Drug and Alcohol Dependence*, 117-125.

Hogue, A., Dauber, S., Dasaro, C., & Morgenstern, J. (2010). Predictors of employment in substance-using male and female welfare recipients. *Journal of substance abuse treatment*, 108–118.

Home Office Statistics. (2014). *Drug Misuse: Findings from the 2013/14 Crime Survey for England and Wales.* Londres: National Statistics.

Hser, Y., Douglas, M., & Bennet, F. (1998). Comparative Treatment Effectiveness. Effects of Program Modality and Client Drug Dependence History on Drug Use Reduction. *Journal of Substance Abuse Treatment, 15*, 513–523.

Hser, Y., Longshore, D., & Anglin, M. (2007). The Life Course Perspective on Drug Use: A Conceptual Framework for Understanding Drug Use Trajectories. . *Evaluation Review*, 515–547 .

Hser, Y.-I., Maglione, M., Polinsky, M. L., & Anglin, M. D. (1998). Predicting Drug Treatment Entry Among Treatment-Seeking Individuals. *Journal of Substance Abuse Treatment, 15*(3), 213–220.

Hubbard, R., Craddock, G., & Anderson, J. (2003). Overview of 5-year followup outcomes in the drug abuse treatment outcome studies (DATOS). *Journal of Substance Abuse Treatment, 25*, 125–134.

Hubbard, R., Craddock, G., Rynn, P., Anderson, J., & Etheridge, R. (1997). Overview of 1-Year Follow-Up Outcomes in the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). *Psychology of Addictive Behaviors, 11*(4), 261-278.

Hubbard, R., Craddock, S., & Anderson, J. (2003). Overview of 5-year followup outcomes in the drug abuse treatment outcome studies . *J Subst Abuse Treat.*, 125-34.

Hubbard, R., Craddock, S., Flynn, P., Anderson, J., & Etheridge, R. (1997). Overview of 1-year follow-up outcomes in the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). *Psychology of Addictive Behaviors, 11*(4), 261-278.

Hubbard, R., Marsden, M., Rachal, J., Harwood, H., Cavanaugh, E., & Ginzburg, H. (1989). *Drug Abuse Treatment: A National Study of Effectiveness.* Londrés: Chapel Hill.

Hubbard, R., Marsden, M., Rachal, J., Harwood, H., Cavenaugh, E., & Ginzburg, H. (1989). *Drug abuse treatment: A national study of effectiveness.* . Chapel Hill: University of North Carolina Press.

Hulscher, M., Laurant, M., & Grol, R. (2003). Process evaluation on quality improvement interventions. *Qual Saf Health Care 46*, 12-40.

ILPES. (2004). *Metodología del Marco Lógico.* Santiago: CEPAL.

ILPES. (2004). Metodología del Marco Lógico. *Boletín del Instituto Nº15, Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social (ILPES)*, 7-47.

INDAP. (2011). *Instituto de Desarrollo Agropecuario.* Recuperado el 31 de Julio de 2014, de http://indap.gob.cl/sites/default/files/Normativa/Fomento/Desarrollo%20Territorial/Norma%20Convenio%20INDAP%20-%20Prodemu.pdf

Instituto de Sociología UC & Fundación San Carlos de Maipo. (2015). *Trayectorias de jóvenes infractores de ley: Investigaciones sobre población adolescente.* Santiago.

Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social. (2004). *Metodologìa del Marco Lógico.* Vitacura: Limitada.

ISUC. (2013). *Trayectorias delictuales de jóvenes infractores de ley.* Santiago: Instituto de Sociología, Pontificia Universidad Católica de Chile.

ISUC. (2014). *Estudio de Caracterización de personas que consumen pasta base de cocaína (PBC) de forma habitual en la Región Metropolitana.* Santiago: Instituto de Sociología, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Johnson, G., & Chamberlain, C. (2008). Homelessness and Substance Abuse: Which Comes First? *Australian Social Work, 61*, 342-356.

Johnson, R., & Wolinsky, F. (1993). The structure of health status among older adults: disease, disability, functional limitation, and perceived healt. *J Health Soc Behav, 45*(4), 105.

Johnson, T., & Fendrich, M. (2005). Modeling Sources of Self-report Bias in a Survey of Drug Use Epidemiology. *AEP, 15*(5), 381-389.

Jones, A., Donmall, M., Millar, T., Moody, A., Samantha, W., Tracy, A., . . . D'Souza, J. (2009). *The Drug Treatment Outcomes Research Study (DTORS): Final outcomes report 3rd Edition.*

Junta Nacional de Drogas. (2015). *La oferta de Atención y Tratamiento para personas con uso problemático de drogas en Uruguay: Alcance, Características y Guía de Recursos.* Uruguay: Prosecretario de la Presidencia.

Kahler, C., & DR, S. (2006). A Rasch model analysis of DSM-IV Alcohol abuse and dependence items in the National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions. *Alcohol Clinical Experience Research*, 1165-1175.

Kaskutas, L. (2009). Alcoholics Anonymous Effectiveness: Faith Meets Science. *J Addict Dis, 28*(2), 145–157.

Kendler, K., Prescott, C., Myers, J., & Neale, M. (2003). The Structure of Genetic and Environmental Risk Factors for Common Psychiatric and Substance Use Disorders in Men and Women. *Archives of General Psychiatry, 60*(9), 929-937.

Kessler, R. (2004). The epidemiology of dual diagnosis. *Biological Psychiatry, 56*(10), 730–737.

Klingemann, H. (1992). Coping and maintenence strategies of spontaneous remitters from problem use of alcohol and heroin in Switzerland. *The International Journal of the Addictions, 27*, 1359-1388.

Knight, D., & Simpson, D. (1996). Influences of family and friends on client progress during drug abuse treatment. *Journal of Substance Abuse, 8*(4), 417-429.

Kraus, L., & Augustin, R. (2001). Measuring alcohol consumption and alcohol-related problems: comparison of responses from self-administered questionnaires and telephone interviews. *Addiction, 96*, 459-471.

Laudet, A. (2007). What does recovery mean to you? Lessons from the recovery experience for research and practice. *Journal of Substance Abuse Treatment, 33, 243−256., 33*, 243−256.

Laudet, A., Morgen, K., & White, W. (2006). The role of social supports, spirituality, religiousness, life meaning and affiliation with 12-step fellowships in quality of life satisfaction among individuals in recovery from alcohol and drug use. *Alcoholism Treatment Quarterly, 24*, 33−73.

Lemert, E. (1957). *Social pathology: a systematic approach to the theory of sociopathic behavior.* New York: McGraw-Hill.

Lemert, E. (1972). *The concept of secondary deviation.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Liang, W., Chikritzhs, T., & Lenton, S. (2011). Affective disorders and anxiety disorders predict the risk of drug harmful use and dependence. *Addiction, 106*, 1126-1134.

Linzer, D., & Lewis, J. (2011). poLCA: An R Package for Polytomous Variable Latent Class Analysis. *Journal of Statistical Software, 42*(10).

Lipari, R. N., Park-Lee, E., & Van Horn, S. (2016). *America's need for and receipt of substance use treatment in 2015.* Substance Abuse and Mental Health Services Administration. The CBHSQ Report.

Lipton, D. (1995). *The Effectiveness of Treatment for Drug Abusers under Criminal Justice Supervision.* Washington: National Institute of Justice.

Littlefield, A., Vergés, A., McCarthy, D., & Sher, K. (2011). Interactions between Self-Reported Alcohol Outcome Expectancies and Cognitive Functioning in the Prediction of Alcohol Use and Associated Problems: A Further Examination. *Psychological Addict Behaviour*, 542-546.

Maldonado, L., Kronmüller, E., & Gutiérrez, I. (2016). Estrategia para la inferencia causal y planificación de estudios observacionales en las ciencias sociales: el caso de Chaitén post erupción del 2008. *Revista de ciencia política (Santiago), 36*(3), 797-827.

Marmorstein, N., White, H., Loeber, R., & Stouthamer-Loeber, M. (2010). Anxiety as a predictor of age at first use of substances and progression to substance use problems among boys. *Journal of Abnormal Child Psychology, 38*(2), 211-224.

Martin, C., & Chung, T. (2008). How Should We Revise Diagnostic Criteria for Substance Use Disorders in the DSM—V? *Journal of Abnormal Psychology*, 561-575.

Martin, T., Josiah-Martin, J., Kosakoski, J., & Sinnott, J. (2005). A Comparison of Patients Relapsing to Addictive Drug Use with Non-relapsing Patients Following Residential Addiction Treatment in Antigua. *West Indian Med Journal*, 196-201.

Martínez-Raga, J., & Szerman, N. (2015). Dual disorders: two different mental disorders? *Advances in Dual Diagnosis, 8*.

McConnaugy, Prochaska, & Velicer. (1983). Stages of change in psychotherapy: Measurement and sample profiles. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice, 20*(3), 368.

McLellan, A., Lewis, D., O'Brien, C., & Kleber, H. (2000). Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment,. *JAMA*, 1689-95.

McMahon, R., Kouzekanani, K., & Malow, R. (1999). A Comparative Study of Cocaine-Treatment Completers and Dropouts. *Journal of Substance Abuse Treatment, 16*(1), 17-22.

Mena, I., Dörr, A., Viani, S., Neubauer, S., Gorostegui, M., Dörr, M., & Ulloa, D. (2013). Efectos del consumo de marihuana en escolares sobre funciones cerebrales demostrados mediante pruebas neuropsicológicas e imágenes de neuro-SPECT. *Salud mental* , 367-374.

Mesa 7 Compromiso País. (2019). *Detalle.* Santiago: Gobierno de Chile.

MIDESO. (2011). *Registro Social Calle.* Santiago: Ministerio de Desarrollo Social.

MIDESO. (2013). *Informe de Descripción de Programas Sociales: Integración Social Chile Integra.* Santiago, Chile: Ministerio de Desarrollo Social.

MIDESO. (2014). *Informe de Descripción de Programas Sociales: Integración Social Chile Integra.* Santiago, Chile: Ministerio de Desarrollo Social.

MIDESO. (2015). *Informe de Descripción de Programas Sociales: Integración Social Chile Integra.* Santiago, Chile: Ministerio de Desarrollo Social.

MIDESO. (2016). *Informe de Descripción de Programas Sociales: Componente Tratamiento para población adulta infractores consumidores problemáticos de Drogas y Alcohol.* Santiago, Chile: Ministerio de Desarrollo Social.

MIDESO. (2016). *Informe de Descripcion de Programas Sociales: Integración Social Chile Integra.* Santiago, Chile: Ministerio de Desarrollo Social.

MIDESO. (2016). *Informe de Descripción de Programas Sociales: Tratamiento Integral de Adolescentes y Jóvenes Ingresados por Ley N°20.084 con Consumo Problemático de Alcohol y Drogas.* Santiago, Chile: Ministerio de Desarrollo Social.

MIDESO. (2016). *Informe de Descripción de Programas Sociales: Tratamiento para Población Consumidora de Drogas y Alcohol en Libertad Vigilada.* Santiago, Chile: Ministerio de Desarrollo Social.

MIDESO. (2016). *Informe de Descripción de Programas Sociales: Tratamiento y Rehabilitación para Niños y Adolescentes con Consumo Problemático de Alcohol y Otras Drogas.* Santiago, Chile: Ministerio de Desarrollo Social.

MIDESO. (2017). *Informe de Descripción de Programas Sociales: Integración Social Chile Integra.* Santiago, Chile: Ministerio de Desarrollo Social.

MIDESO. (2017). *Informe de Descripción de Programas Sociales: Tratamiento a Adultos Infractores Consumidores Problemáticos de Drogas y Alcohol.* Santiago, Chile: Ministerio de Desarrollo Social.

MIDESO. (2017). *Informe de Descripción de Programas Sociales: Tratamiento Integral de Adolescentes y Jóvenes Ingresados por Ley N°20.084 con Consumo Problemático de Alcohol y Drogas(ex Tratamiento para Adolescentes con Consumo Problemático de Drogas).* Santiago, Chile: Ministerio de Desarrollo Social.

MIDESO. (2017). *Informe de Descripción de Programas Sociales: Tratamiento para Población Consumidora de Drogas y Alcohol en Libertad Vigilada.* Santiago, Chile: Ministerio de Desarrollo Social.

MIDESO. (2017). *Informe de Descripción de Programas Sociales: Tratamiento y Rehabilitación para Niños y Adolescentes con Consumo Problemático de Alcohol y Otras Drogas.* Santiago, Chile: Ministerio de Desarrollo Social.

MIDESO. (2017). *Informe de Descripción de Programas Sociales: Tratamiento y Rehabilitación para Población Adulta con Consumo Problemático de Drogas y Alcohol.* Santiago, Chile: Ministerio de Desarrollo Social.

MIDESO. (30 de Agosto de 2017). *Registro Social Calle*. Obtenido de Ministerio de Desarrollo Social: http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/noticias/registro-social-calle-ha-identificado-10610-personas-en-situacion-calle-a-agosto-de-2017

MIDESO. (2018). *Encuesta Nacional de Caracterización Socioeconómica 2017*. Santiago: Ministerio de Desarrollo Social.

Miller, W., & Muñoz, R. (2005). *Controlling your drinking.* New York: Guilford.

Miller, W., & Sanchez-Craig, M. (1996). How to have a high success rate in treatment: Advice for evaluators of alcoholism programs. *Addiction, 91*, 779-785.

Miller, W., & Tonigan, J. (1996). Assessing drinkers' motivation for change: The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). *Psychology of Addictive Behaviors, 10*, 81-89.

MINJU-ISUC. (2016). *Auditoría técnica y evaluación nacional a programas de sanciones y medidas alternativas de la Ley Nº 20.084 en el medio libre, ejecutados por los organismos colaboradores acreditados por SENAME.* Ministerio de Justicia y Derechos Humanos: Licitación ID: 759-14-LP16.

MINSAL. (2012). *Ley N° 20.584, Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud.* Santiago, Chile: Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud. Obtenido de http://www.bcn.cl/leyfacil

MINSAL. (2013). *Guía Clínica AUGE: Consumo perjudicial y Dependencia de Alcohol y otras Drogas en personas menores de 20 años*. Santiago, Chile: Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Pública, División de Prevención y Control de Enfermedades.

Molider, C., Nissen, L., & Watkins, T. (2002). The development of theory and treatment with substance abusing female juvenile delinquents. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 209−225.

Moos, R., & Moos, B. (2006). Rates and predictors of relapse after natural and treated remission from alcohol use disorders. *Addiction, 101*, 212−222.

Morgan, S., & Winship, C. (2006). *Counterfactuals and Causal Inference: Methods and Principles for Social Research*. Cambridge: Cambridge University Press.

Murphy, S., & Rosenbaum, M. (1997). Two women who used cocaine too much. En S. Murphy, & M. Rosenbaum, *Crack in America: Demon drugs and social justice* (págs. 98-112).

Naciones Unidas. (2003). *Encuestas escolares sobre el uso indebido de drogas*. Viena: Naciones Unidas.

National Institute for Drug Abuse. (2012). *Priciples of Drug Adiction Treatment*. NIH Publication No. 12-4180.

Nelson-Zlupko, L., Kauffman, E., & Morrison, M. (1995). Gender Differences in Drug Addiction and Treatment: Implications for Social Work Intervention with Substance-Abusing Women. *Social Work, 40*(1), 45–54.

NIDA. (1987). *Self-report Methods of estimating Drug Use: Meeting Current Challenges to Validity*. Maryland: National Institute on Drug Abuse.

Nutt, D., King, L., Sailsbury, W., & Blakemore, C. (2007). Development of a rational scale to assess the harm of drugs of potential misuse. *Health Policy, 369*(9566), 1047-1053.

Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention. (2016). *Juvenile Drug Treatment Court Guidelines*. Washington: U.S. Department of Justice Office of Justice Programs.

OMS. (2015). *Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11)* . Organización Mundial de la Salud.

Ostrow, D., & Stall, R. (2008). Alcohol, tobacco, and drug use among gay and bisexual men. En R. Wolitski, R. Stall, & R. Valdiserri, *Unequal Opportunity: Health Disparities Affecting Gay and Bisexual Men in the United States*. New York: Oxford University Press.

Paulhus, D. L. (1984). Two-component models of socially desirable responding. *Journal of Personality and Social Psychology*.

Paulozzi, L., Kilbourne, E., & Desai, H. (2011). Prescription drug monitoring programs and death rates from drug overdose. *Pain Med, 12*(5), 747-54.

Peck, D., & Plant, M. (1986). Unemployment and illegal drug use: concordant evidence from a prospective study and national trends. *British medical journal* , 929–932.

Pérez, J. (2003). Clínica de la adicción a pasta base de cocaína. *Revista chilena de neuro-psiquiatría, 41*(1), 55-63.

Peter D. Hart Research Associates/Coldwater Corporation. (2004). *Faces and Voices of Recovery public survey*. Washington : Faces and Voices of Recovery.

Platt, J. (1995). Vocational Rehabilitation of Drug Abusers. *Psychological Builetin*, 416-433.

PNUD. (12 de Abril de 2016). *Sistematización para transferir Conocimiento*. Obtenido de http://procurement-notices.undp.org/view_file.cfm?doc_id=55713

Poblete, F., Barticevic, N., Zuzulich, M., Portilla, R., Castillo-Carniglia, A., Sapag, J., . . . Galarce, M. (2017). A randomized controlled trial of a brief intervention for alcohol and drugs linked to the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) in primary health care in Chile. *Addiction*, 12(8):1462-1469.

Polcin, D. (2009). Communal Living Settings for Adults Recovering from Substance Abuse. *Journal of Groups Addict Recover*, 7-22.

Polcin, D., Korcha, R., Bond, J., Galloway, G., & Lapp, W. (2010). Recovery from addiction in two types of sober living houses: 12-Month outcomes. *Addiction Research & Theory, 18*(4), 442-455.

Portero, G. (2015). Trastornos por consumo de sustancias. ¿Son problemáticos los nuevos cambios en el ámbito forense? *Cuadernos de Medicina Forense*, 96-104.

Poudel, A., & Gautam, S. (2017). Age of onset of substance use and psychosocial problems among individuals with substance use disorders. *BMC psychiatry, 17*(1).

Prendergast, M., Podus, D., & Chang, E. (2000). Program Factors and Treatment Outcomes in Drug Dependence Treatment: An Examination Using Meta-Analysis. *Substance Use & Misuse, 50*(12), 1931-1965.

Prendergast, M., Podus, D., Chang, E., & Urada, D. (2002). The Effectiveness of Drug Abuse Treatment: a Meta-analysis of Comparison Group Studies. *Drug and Alcohol Dependence*, 53-72.

Prendergast, M., Podus, D., Chang, E., & Urada, D. (2002). The effectiveness of drug abuse treatment: a meta-analysis of comparison group studies. *Drug Alcohol Depend, 1*(67), 53-72.

Prochaska, J., DiClemente, C., & Norcross, J. (1994). Como cambia la gente. Aplicaciones en los comportamientos adictivos. *Revista de Toxicomanías, 1*, 3-14.

PRODEMU. (2014). *Programa Formación para Mujeres Campesinas.* Recuperado el 31 de Julio de 2014, de http://www.prodemu.cl/web/index.php/programa-formacion-para-mujeres-campesinas-convenio-indap-prodemu/

Public Health England. (2017). *Adult substance misuse statistics from the National Drug Treatment Monitoring System (NDTMS).* Londres: Department of Health.

Ramsey, M., & Spiller, J. (1997). *Drug Misuse Declared in 1996: Latest Results front he British Crime Survey.* London: Home Office.

Ray, B., Grommon, E., Buchanan, V. .., Brown, B., & Watson, D. (2017). Access to Recovery and Recidivism Among Former Prison Inmates. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 61*(8), 874–893.

Registro Social Calle. (2017). *Presentación de resultados Fase Implementación Agosto 2016.* Santiago: Ministerio de Desarrollo Social, Chile.

Robertson, M., Zlotnick, C., & Westerfelt, A. (1997). Drug use disorders and treatment contact among homeless adults in Alameda County, California. *American journal of public health, 87*, 221-8.

Rosenbaum, P. (2010). *Design of Observational Studies.* Berlin: Springer.

Rosenbaum, P. (2015). Two R Packages for Sensitivity Analysis in Observational Studies. *Observational Studies, 1*, 1-17.

Ross, R., & Fabiano, E. (1985). *Time to Think: A Cognitive Model of Delinquency Prevention and Offender Rehabilitation.* Tennessee : Institute of Social Sciences and Arts.

Ross, R., & Ross, R. (1995). The R&R programme. En R. Ross, & R. Ross, *Thinking straight: The reasoning and rehabilitation programme for delinquency prevention and offender rehabilitation* (págs. 88-120). Ottawa: AIR Training and Publications.

Ross, R., Fabiano, E., & Ewles, C. (1988). Reasoning and rehabilitation. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 1*(32), 29-35.

Rowe, C., Liddle, H., Greenbaum, P., & Henderson, C. (2004). Impact of psychiatric comorbidity on treatment of adolescent drug abusers. *Journal of Substance Abuse Treatment, 26*, 129−140.

Rudolph, A., Crawford, N., Latkin, C., Heimer, R., Benjamin, E., Jones, K., & Fuller, C. (2011). Sub-populations of illicit drug users reached by targeted street outreach and respondent driven

sampling strategies: Implications for research and public health practice. *Ann Epidemiol, 21*(4), 280-289.

Rush, B. (2003). The Evaluation of Treatment Services and Systems for Substance Use Disorder. *Revista de Psiquiatría R.S*, 393-411.

Salazar, G., Martínez, M., & Ayala, V. (2001). *Adaptación y Validación de la Escala "The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES).* México: Universidad Nacional Autónoma de México.

SAMHDA. (2009). *National Survey on Drug Use and Health (NSDUH-2009).* Obtenido de Substance Abuse & Mental Health Data Archive: https://www.datafiles.samhsa.gov/study/national-survey-drug-use-and-health-nsduh-2009-nid13531

SAMHSA. (2016). *The Impact of DSM-IV to DSM-V changes on the National Survey on Drug Use and Health.* Maryland: Substance Abuse and Mental Health Services Administration Center for Behavioral Health Statistics and Quality.

Samii, C. (2016). Causal empiricism in quantitative research. *The Journal of Politics, 78*(3), 941-955.

Sampson, R., & Laub, J. (1993). *Crime in the Making: Pathways and Turning Points Through Life.* Harvard University Press.

Sandoval, C. (2002). *Investigación Cualitativa.* Bogotá: ARFO Editores.

Saunders, R., Evans, M., & Joshi, P. (2005). Developing a Process-Evaluation Plan for Assessing Health Promotion Program Implementation: A How-To Guide. *Health Promotion Practice Vol. 6, No. 2,*, 134-147.

Saunders, W., & Kershaw, P. (1979). Spontaneous Remission from Alcoholism -A Community Study. *British Journal of Addiction to Alcohol & Other Drugs, 74*, 251-265.

Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina. (2018). *Censo Nacional de Centros de Tratamiento.* Argentina.

Sedronar. (2017). *Estudio nacional en población general de 12 a 65 años sobre consumo de sustancias psicoactivas.* Buenos Aires: Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico.

SENDA. (2016). *Decimo Primer Estudio de Consumo de Drogas en Población Escolar.* Santiago, Chile: Ministerio del Interior y Seguridad Pública.

SENDA. (2017). *Bases Licitación Tratamiento para niños, niñas y adolescentes población general.* Santiago: Ministerio del Interior y Seguridad Pública.

SENDA. (2017). *Décimo Segundo Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile.* Santiago: Observatorio Chileno de Drogas.

SENDA. (2017). *Estudio Exploratorio de Caracterización del Consumo de Alcohol y otras Drogas en Personas de la Diversidad Sexual.* Santiago, Chile: Acción Gay y SENDA.

SENDA. (2017). *Informe Anual 2016 de Evaluación Técnica del Componente Tratamiento Integral de Adolescentes y Jóvenes Ingresados por Ley N°20.084 con Consumo Problemático de Alcohol y Drogas(ex Tratamiento para Adolescentes con Consumo Problemático de Drogas).* Santiago: SENDA.

SENDA. (2017). *Informe Anual 2016 de Evaluación Técnica del Programa de Tratamiento para Personas adultas en situación de calle con consumo problemático de alcohol y otras drogas.* Santiago: SENDA.

SENDA. (2017). *Informe Anual 2016 de Evaluación Técnica del Programa de Tratamiento para Personas con Problemas Derivados del Consumo de Drogas ilicitas u otras sustancias estupefacientes o psicotrópicas.* Santiago: SENDA.

SENDA. (2017). *Informe Anual 2016 de Evaluación Técnica del Programa de Tratamiento para Personas Condenadas a Libertad Vigilada para el año 2016.* Santiago: SENDA.

SENDA. (2017). *Informe Anual Evaluación Técnica 2016 Componente Componente de Tratamiento y Rehabilitación para Población Niñas, Niños y Adolescentes.* Santiago: SENDA.

SENDA. (2018). *Balance de Gestión Integral Año 2017.* Santiago: Ministerio del Interior y Seguridad Pública.

SENDA. (2018). *Evaluación de Resultados de Tratamientos.* Santiago: Presentación enviada por Rodrigo Portillo, 1 de febrero 2018.

SENDA-MINSAL. (2017). *Convenio de Colaboración Técnica y Financiera entre el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol y el Ministerio de Salud Población Adulta.* Santiago: Ministerio de Seguridad Pública y Ministerio de Salud.

SENDA-MINSAL-GENCHI. (2017). *Convenio de Colaboración Técnica Programa Adulto Infractor Sistema Cerrado.* Santiago: Ministerio del Interior y Seguridad Pública y Ministerio de Salud.

SENDA-MINSAL-GENCHI. (2017). *Convenio de Colaboración Técnica Programa Libertad Vigilada.* Santiago: Ministerio del Interior y Seguridad Pública y Ministerio de Salud.

SENDA-SENAME. (2018). *Bases Licitación Tratamiento Adolescentes y Jóvenes ingresados al sistema penal por ley N°20.084 con consumo problemático de alcohol, drogas y otros trastornos de Salud Mental.* Santiago: Ministerio de Interior y Seguridad Pública.

Siddall, J., & Conway, G. (1988). Interactional Variables Associated with Retention and Success in Residential Drug Treatment. *International Journal of the Addictions, 23*, 1241-1254.

Simpson, D. (1979). The relation of time spent in drug abuse treatment to posttreatment outcomes. *American Journal Psychiatry, 136*, 1449-1453.

Simpson, D. (1981). Treatment for drug abuse: follow-up outcomes and length of time spent. *Arch Gen Psychiatry, 38*, 875-880.

Simpson, D., & Sells, S. (1982). Effectiveness of treatment for drug abuse: An overview of the DARP Research Program. *Advances in Alcohol and Substance Abuse, 2*, 7-29.

Simpson, D., & Sells, S. (1982). Effectiveness of treatment for drug abuse: an overview of the DARP research program. *Advances in Alcohol and Substance Abuse, 2*, 7-29.

Simpson, D., Joe, G., & Broome, K. (2002). A National 5-Year Follow-up of Treatment Outcomes for Cocaine Dependence. *ARCH GEN PSYCHIATRY, 39*, 538-544.

Simpson, D., Joe, G., & Broome, K. (2002). A National 5-Year Follow-up of Treatment Outcomes for Cocaine Dependence. *Archives of General Psychiatry, 59*(6), 538-544.

Simpson, D., Joe, G., Rowan-Szal, G., & Greener, J. (1997). Drug abuse treatment process components that improve retention. *Journal of Substance Abuse Treatment, 14*(6), 565-572.

Slade, T., Grove, R., & Teesson, M. (2009). A taxometric study of alcohol abuse and dependence in a general population sample: Evidence of dimensional latent structure and implications for DSM-V. *Addiction*, 742-751.

Stark, M., Campbell, B., & Brinkerhoff, C. (1990). "Hello, may we help you?" A study of attrition prevention at the time of the first phone contact with substance-abusing clients. *Am J Drug Alcohol Abuse, 16*(1), 67-76.

Stewart, D., Gossop, M., Marsden, J., & Rolfe, A. (2010). Drug misuse and acquisitive crime among clients recruited to the National Treatment Outcome Research Study (NTORS). *Criminal Behaviour and Mental Health, 10*, 10-20.

Stockwell, T., Donath, S., Cooper-Stanburry, M., Chikritzhs, T., Catalano, P., & Mateo, C. (2004). Under-reporting of alcohol consumption in household surveys: a comparison of quantity-frequency, graduated-frequency and recent recall. *Addiction, 99*, 1024-1033.

Tapert, S. F. (1999). The role of neurocognitive abilities in coping with adolescent relapse to alcohol and drug use. *Journal of Studies on Alcohol*, 500-508.

Tate, S., Brown, S., Glasner, S., Unrod, M., & McQuaid, J. (2006). Chronic Life Stress, Acute Stress Events, and Substance Availability in Relapse. *Addiction Research and Theory, 4*, 303-322.

Tavakol, M., & Dennick, R. (2011). Making Sense of Cronbach's Alpha. *International Journal of Medical Education, 2*, 53-55.

Thornton, L., Baker, A., Lewin, T., Kay-Lambkin, F., Kavanagh, D., Richmond, R., . . . Johnson, M. (2012). Reasons for substance use among people with mental disorders. *Addictive Behaviors, 37*(4), 427-434.

Tong, J., & Farrington, D. (2006). How effective is the "Reasoning and Rehabilitation" programme in reducing reoffending? A meta-analysis of evaluations in four countries. *Psychology, Crime & Law, 12*(1), 3-24.

Tracy, E., & Biegel, D. (2006). Personal Social Networks and Dual Disorders: A Literature Review and Implications for Practice and Future Research. *Journal of Dual Diagnosis, 2*(2), 59-88.

Tripodi, S., & Bender, K. (2011). Substance abuse treatment for juvenile offenders: A review of quasi-experimental and experimental research. *Journal of Criminal Justice, 39*, 246–252.

United Nations Office on Drugs and Crime . (2012). *TREATNET Quality Standars for Drug Dependence and Care Services.* New York: United Nations.

United Nations Office on Drugs and Crime. (2017). *International Standards for the Treatment of Drug Use Disorders.* New York: United Nations.

UNODC. (2008). *Drug Dependence Treatment: Sustained Recovery Managment.* Viena: United Nations.

UNODC. (2012). *Reporte Mundial de Drogas.* Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito.

UNODC. (2017). *Informe Mundial sobre las Drogas* . ISBN: 978-92-1-148292-8 eISBN: 978-92-1-060624-0 : Publicación de Naciones Unidas.

UNODC. (2018). *Reporte Mundial de Drogas.* Oficina de Naciones Unidas contra la Dorga y el Delito.

Uutela, T., Kautianinen, H., Jarvenpaa, S., Hakala, M., & Hakkinen, A. (2016). Self-rated health in patients with rheumatoid arthritis is associated with health-related quality of life but not with clinical variables. *45*(4), 288–93.

Valenzuela, E., & Larroulet, P. (2010). La relación droga y delito. *Estudios Públicos*, 33-62.

Vallejos, M., Orgeboso, C., & Capa, W. (2015). Escala de evalución del cambio de la Universidad de Rhose Island (Urica): Validez y confiabilidad en drogodependendientes. *Revista de Psicología.*

Van Hasselt, V., Hersen, M., & Milliones. (1978). Social Skills Training for Alcoholics and Drug Addicts: A Review. *Addictive Behaviours*, 221-233.

VanGeest, J., Johnson, T., & Alemagno, S. (2017). History of Substance Abuse Research in the United States. En J. VanGeest, T. Johnson, & S. Alemagno, *Research Methods in the Study of Substance Abuse* (págs. 3-25). Cham: Springer.

Vederhus, J.-K., & Kristensen, Ø. (2006). High effectiveness of self-help programs after drug addiction therapy. *BMC Psychiatry, 6*(35).

Vergés, Á., Portilla Huidobro, R., & Laborda, M. (2017). Modelo Texas Christian University para evaluación y tratamiento de trastornos por uso de sustancias. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 245-258.

Waldorf, D., Reinarman, C., & Murphy, S. (1991). *Cocaine Changes: The Experience of Using and Quitting.* Temple University Press.

Weisner, C., Ray, G., Mertens, J., Satre, D., & Moore, C. (2003). Short-term alcohol and drug treatment outcomes predict long-term outcome. *Drug and Alcohol Dependence*, 281–294.

White, W. (2007). Addiction recovery: Its definition and conceptual boundaries. *Journal of Substance Abuse Treatment, 33*(3), 229-241.

White, W. (2007). Language and the recovery advocate: Why we worry about words. *Rising, 1*, 3.

WHO. (2000). *Outcome Evaluation Workbook 7*. WHO.

Williams, R., & Chang, S. (2000). A Comprehensive and Comparative Review of Adolescent Substance Abuse Treatment Outcome. *AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION*, 138-166.

Williams, R., & Chang, S. (2000). A comprehensive and comparative review of adolescent substance abuse treatment outcome. *Clinical Psychology: Science and Practice* , 138-166.

Willoughby, F., & Edens, J. (1996). Construct validity and predictive utility of the stages of change scale for alcoholics. *Journal of Substance Abuse, 8*(3), 275-291.

Wish, E., Hoffman, J., & Nemes, S. (1997). The validity of self-reports of drug use at treatment admission and at follow-up: Comparisons with urinalysis and hair assays. In The Validity of Self-reports: Implications for Survey Research. *NIDA Research monograph*, 200-225.

World Health Organitization. (2000). *International Guidelines for the Evaluation of Treatment Services and Systems for Psychoactive Substance Use Disorders*. WHO.

Zemore, S. (2012). The effect of social deseability on reported motivation, substance use severity, and treatment attendance. *Journal of Substance Abuse Treatment, 42*, 400-412.

Zerger, S. (2002). Substance Abuse Treatment: What Works for Homeless People? *National Health Care for the Homeless Council*.

Zubizarreta, J., Cerda, M., & Rosenbaum, P. (2013). Effect of the 2010 Chilean Earthquake on Post-traumatic Stress Reducing Sensitivity to Unmeasured Bias Through Study Design. *Epidemiology, 24*(1), 79-87.

Zywiak, W., Longabaugh, R., & Wirtz, P. (2002). Decomposing the relationships between pretreatment social network characteristics and alcohol treatment outcome. *Journal of Studies on Alcohol, 63*(1), 114-121.

X. ANEXOS

1. Cobertura territorial por componente Programa de Tratamiento

Tabla 69: Cantidad (N°) y Porcentaje de distribución (%) de Casos atendidos por Región al Componente de Tratamiento y Rehabilitación de Adultos General, Subcomponentes 1.1 y 1.2. (Población Mixta y Mujeres). Año 2016		
Región	N (casos)	%
Tarapacá	380	2
Antofagasta	646	3
Atacama	540	3
Coquimbo	632	3
Valparaíso	1.337	7
O'Higgins	1.027	5
Maule	1.285	7
Biobío	1.371	7
Araucanía	644	3
Los Lagos	757	4
Aysén	277	1
Magallanes	267	1
Metropolitana	9.284	48
Los Ríos	319	2
Arica	543	3
Total	19.309	100
Fuente: SENDA 2017		

Tabla 70: Cantidad (N°) y Porcentaje de distribución (%) de Casos atendidos por Región al Componente de Tratamiento y Rehabilitación de Adultos General, Subcomponentes 1.3 (PSC). Año 2016.		
Región	N (casos)	%
Antofagasta	27	7
Coquimbo	23	6
Valparaíso	58	14
O'Higgins	34	8
Maule	18	4
Biobío	38	9
Los Lagos	24	6
Magallanes	25	6
Metropolitana	98	24
Los Ríos	34	8
Arica	28	7
Total	407	100
Fuente: SENDA 2017		

Tabla 71: Cantidad (N°) y Porcentaje de distribución (%) de Casos atendidos por Región al Componente de Tratamiento y Rehabilitación de Adultos Infractores, Subcomponente 2.3 (Población en LV). Año 2016		
Región	N (casos)	%
Arica Y Parinacota	10	2
Coquimbo	14	3
La Araucanía	29	7
Valparaíso	93	22
Biobío	57	13
O'Higgins	52	12
Metropolitana	175	41
Total	430	100
Fuente: SENDA 2017		

Tabla 72: Cantidad (N°) y Porcentaje de distribución (%) de Casos atendidos por Región al Componente de Tratamiento y Rehabilitación para Población Niñas, Niños y Adolescentes. Año 2016.		
Región	N (casos)	%
Arica y Parinacota	33	3
Tarapacá	50	4
Antofagasta	28	2
Atacama	43	4
Coquimbo	75	6
Valparaíso	124	10
O'Higgins	55	4
Maule	68	6
Biobío	93	8
Araucanía	46	4
Los Ríos	59	5
Los Lagos	77	6
Aysén	31	3
Magallanes	68	6
Metropolitana	363	30
Total	1,213	100
Fuente: SENDA 2017		

2. Bienes y servicios (componentes) que entrega cada programa (extendido)

Una vez comprendidas las finalidades y características de los dos programas en términos más generales, se describen a continuación los distintos bienes y servicios que entregan ambos programas a nivel de componentes. Para ello, se sistematizan los diferentes informes técnicos elaborados por SENDA, así como las fichas de descripción de programas sociales elaborados por el Ministerio de Desarrollo Social.

2.1 Programa de Tratamiento y Rehabilitación para Personas con Consumo Problemático de Alcohol y Otras Drogas

En primer lugar, el **Programa de Tratamiento y Rehabilitación para Personas con Consumo Problemático de Alcohol y Otras Drogas** tiene como **propósito** que "*Las personas que presentan consumo problemático de alcohol y drogas modifican positivamente su patrón de consumo*" y se divide en cuatro componentes que contienen internamente diversos subcomponentes.

- **Componente 1: Tratamiento y Rehabilitación para Población Adulta General con consumo problemático de Drogas y Alcohol**

Este componente es de los más antiguos del programa, comenzando el año 2001, orientado a responder a la demanda de atención de la población adulta general que presenta consumo problemático de alcohol y/o drogas y que requiere de tratamiento. Su **objetivo** está enfocado en que personas adultas con consumo problemático de sustancias adictivas modifiquen su patrón de consumo[217], es decir, que disminuya en frecuencia y prevalencia, ya sea con abstinencia o mediante reducción en su consumo o cambio a sustancias menos nocivas.[218]

El diseño fue elaborado en conjunto con el MINSAL y corresponde a tres planes de tratamiento diferenciados en duración y prestaciones de salud, según los diversos niveles de complejidad de los problemas de los consultantes. Las **instituciones ejecutoras** de este componente son las entidades públicas de salud (hospitales, corporaciones municipales de salud, centros de atención primaria), entidades privadas (fundaciones, ONGs) e instituciones privadas de formación (universidades o centros de formación). Cabe mencionar que la manera cómo funciona esta coordinación será descrita en mayor detalle más adelante (Ver Apartado III.6), evidenciando la existencia de nodos críticos de dicho trabajo intersectorial.

El componente tiene por **estrategia de intervención** tres planes de tratamiento diferenciados de acuerdo a la complejidad diagnóstica de los usuarios (MIDESO, Informe de Descripción de Programas Sociales: Tratamiento y Rehabilitación para Población Adulta con Consumo Problemático de Drogas y Alcohol, 2017):

(i) Ambulatorio Básico, tiene una duración aproximada de 6 meses;

[217] Por patrón de consumo se entiende la prevalencia y frecuencia de uso de la sustancia principal por la que los usuarios ingresan a tratamiento.

[218] Cabe destacar que el cambio esperado en el patrón de consumo varía considerablemente dependiendo de la orientación terapéutica que se tenga. En la evaluación se han pesquisados centros que trabajan con abstinencia obligatoria, mientras que otros optan por reducir el daño, pasando de sustancias más nocivas (por ejemplo, la pasta base) a sustancias menos nocivas física y psicológicamente (por ejemplo, la marihuana) o reduciendo el consumo de la sustancia principal.

(ii) Ambulatorio Intensivo, tiene una duración aproximada de 8 meses;
(iii) Residencial, con una duración aproximada de 12 meses.

Este primer componente se desagrega en tres subcomponentes que serán evaluados de acuerdo a sus distintos objetivos y población objetivo[219]:

1. **Tratamiento para población adulta mixta con consumo problemático de sustancias, alcohol y/u otras drogas**: De acuerdo a la complejidad diagnóstica del usuario, un equipo multidisciplinario capacitado y con competencias clínicas (Médicos, psicólogos/as, asistente social, psiquiatra, técnico en rehabilitación y enfermeras/os) ejecutan alguno de los tres tipos de planes de tratamiento diferenciados, a saber, Ambulatorio Básico, Ambulatorio Intensivo o Residencial. Éstos se llevan a cabo en establecimientos de salud públicos o centros privados con autorización sanitaria. Se le realizan consultas médicas, psiquiátricas, de salud mental, psicológica, psicodiagnóstico, intervenciones psicosociales, visita domiciliaria, exámenes, y entrega de fármacos a los/as que lo requieran.

2. **Tratamiento específico para mujeres adultas:** El énfasis de este subcomponente es considerar una perspectiva de género bajo un trabajo interdisciplinario para otorgar tratamiento y atender las necesidades específicas de mujeres mayores de 18 años con diagnóstico de consumo perjudicial o dependencia a sustancias psicoactivas y que presenten un compromiso biopsicosocial moderado a severo, especialmente con comorbilidad[220] psiquiátrica o somática[221] moderada, sin actividad ocupacional y con algún grado de soporte familiar**.** Dentro de los servicios que se ofrecen, se encuentra, por ejemplo, el cuidado infantil en espacios físicos dispuestos para usuarias de tratamiento ambulatorio, e ingreso a tratamiento con hijos preferentemente menores a 5 años para usuarias de tratamiento residencial. Esto es para darles la oportunidad de ir con sus hijos/as si es que no tienen dónde dejarlos/as mientras requieren el tratamiento, y así reducir sus barreras de acceso. Este subcomponente contempla dos planes para las mujeres: ambulatorio intensivo y residencial.

3. **Tratamiento de Personas en Situación de Calle (PAC)** [222]**:** Este subcomponente comenzó como un proyecto piloto en 2008 en las regiones de Valparaíso, Metropolitana y Biobío, y a contar del 2012 se empezó a ampliar hasta llegar a cubrir 11 regiones del

[219] Hay un subcomponente 1.4. Detección precoz, intervención breve y referencia a tratamiento de personas adultas a nivel comunal que ha sido excluido de esta lista de tratamientos pues se conciben como proyectos pequeños o estudios piloto más que programas de tratamiento en sí. Éste consiste en un conjunto de prestaciones de servicios articulados e integrados en la comuna, que detecta precozmente a personas con consumo de riesgo o problemático para luego determinar el nivel más adecuado de intervención. El subcomponente dejó de estar a cargo de SENDA a partir de 2017, pasando a ser ejecutado y bajo la responsabilidad del Ministerio de Salud.
[220] Como se detalló anteriormente, Comorbilidad: Alude a la presencia de uno o más trastornos (o enfermedades) además de la enfermedad o trastorno primario.
[221] Refiere a los modos que tiene el cuerpo para mostrar el estado anímico o emocional cuando el individuo no expresa sus sentimientos y sensaciones de manera racional.
[222] Cabe mencionar que desde el 2015 SENDA ha operacionalizado este subcomponente como un Programa por sí solo. Debido a su naturaleza particular de atender a un segmento de la población con características y necesidades específicas. Sin embargo, para fines de esta evaluación, dicha intervención será evaluada en base a cómo estuvo diseñado en un comienzo, es decir, como un subcomponente de Personas en Situación de Calle (PAC) del componente de Tratamiento y Rehabilitación para población Adulta General.

país (SENDA, Informe Anual 2016 de Evaluación Técnica del Programa de Tratamiento para Personas adultas en situación de calle con consumo problemático de alcohol y otras drogas, 2017). Este subcomponente funciona con un trabajo complementario e intersectorial entre el equipo gestor de calle del MIDESO que realiza el soporte psicosocial, con el equipo de tratamiento de SENDA que realiza la atención integral a las personas para apoyar la modificación de su patrón de consumo problemático de sustancias. El programa de tratamiento se realiza en la modalidad ambulatoria comunitaria con intervenciones en terreno y en un dispositivo de tratamiento, que busca entregar un apoyo terapéutico clínico en estrecha relación con la intervención que realiza un equipo psicosocial y/o especializado de programas del MIDESO.

- **Componente 2: Tratamiento para población adulta infractores con consumo problemático de drogas y/o alcohol**

Este componente comenzó el año 2000, con el **objetivo** de que las personas ***condenadas*** e imputadas con tratamiento de drogas puedan modificar positivamente su patrón de consumo. La **institución ejecutora** es Gendarmería, quien recibe fondos para la contratación de equipos de profesionales clínicos y capacitaciones de parte de SENDA, este último responsable solo del diseño, coordinación, asesoría técnica y evaluación, en colaboración con el Ministerio de Justicia y MINSAL (MIDESO, Informe de Descripción de Programas Sociales: Tratamiento a Adultos Infractores Consumidores Problemáticos de Drogas y Alcohol, 2017). La forma cómo funciona esta coordinación también será descrita más adelante (Ver III.6).

Por otro lado, este segundo componente contempla como **estrategia de intervención** la provisión de tratamientos en centros administrados por Gendarmería – como los Centros de Tratamiento de Adicciones (CTA) – que se encuentran al interior de los recintos penitenciarios del país y en Centros de Reinserción Social (CRS) pertenecientes a la red pública de atención secundaria de carácter ambulatoria, con tres niveles de plan donde cada uno tiene una duración que depende del Plan de Tratamiento Individual[223] (PTI) de cada individuo (MIDESO, Informe de Descripción de Programas Sociales: Tratamiento a Adultos Infractores Consumidores Problemáticos de Drogas y Alcohol, 2017) :

(i) Ambulatorio básico;
(ii) Plan ambulatorio intensivo;
(iii) Plan residencial.

El componente en cuestión contiene tres subcomponentes que serán evaluados según sus objetivos y población objetivo[224] (MIDESO, Informe de Descripción de Programas Sociales: Tratamiento a Adultos Infractores Consumidores Problemáticos de Drogas y Alcohol, 2017):

[223] El National Health System (2006) lo define como un plan de tratamiento estructurado, interdisciplinario, orientado según necesidades del individuo, que detalla los pasos esenciales del tratamiento y que describe el curso esperado de este. Implica la traducción de las necesidades, las fortalezas y los riesgos identificados en un documento escrito que responde a la fase de la travesía de la persona en el proceso de recuperación.

[224] Cabe destacar que existe otro subcomponente que no será incluido en la evaluación por su baja cobertura y manejo como proyecto aparte. Este subcomponente funciona como vía de acceso de las personas infractoras de ley a tratamiento. Esto es a través del Tratamiento Tribunales de Drogas (TTD) que funciona dirigido a personas adultas que han sido imputadas por la comisión de un delito y cumplen con el criterio de elegibilidad para acceder a la salida alternativa de Suspensión Condicional del Procedimiento con la condición de someterse a tratamiento por consumo de alcohol y drogas.

1. **Tratamiento para personas Condenadas en Sistema Cerrado Gendarmería de Chile:** Este subcomponente busca otorgar un modelo de intervención de tres etapas: (1) intervención motivacional o bajo umbral previo al tratamiento; (2) tratamiento, rehabilitación y reinserción social; y (3) seguimiento. Esto se lleva a cabo dentro de sus unidades penales, para aquellas personas que cumplen condena en el sistema cerrado de Gendarmería de Chile. Se dirige a las personas que presenten consumo problemático de drogas y alcohol, que hayan cumplido la mitad de su tiempo de condena y se encuentran a un año o menos de postular a beneficio intrapenitenciario (salida dominical) y que se presenten en forma voluntaria. Estos tratamientos se llevan a cabo en los Centros de Tratamiento de Adicciones[225] (CTA).

2. **Evaluación clínica diagnóstica a imputados con suspensión condicional del procedimiento:** Orientado a aquellas personas adultas que sean imputados beneficiarios de la salida alternativa de suspensión condicional del procedimiento[226] (SCP) que presenten consumo problemático de drogas y alcohol. Este subcomponente busca que una dupla psicosocial TTD[227] aplique un tamizaje y una intervención breve a estas personas que presenten voluntariedad para su aplicación, además de la derivación a tratamiento cuando los usuarios lo requieren (referencia asistida).

3. **Tratamiento para personas Condenadas a Libertad Vigilada (LV):** Orientado a personas mayores de 18 años condenadas a penas sustitutivas de Libertad Vigilada[228] y Libertad Vigilada Intensiva[229] que presentan consumo problemático de drogas y alcohol, son derivadas por Delegados de Gendarmería de Chile a los programas de tratamiento y rehabilitación de dichas sustancias.[230]

Componente 3: Tratamiento y Rehabilitación para Niños, Niñas y Adolescentes con Consumo Problemático de Alcohol y Otras Drogas

[225] No hay información disponible donde se pueda observar el porcentaje de recintos penitenciarios del país que cuentan con Centros de Tratamiento de Adicciones (CTA).
[226] Suspensión condicional: que se aplica cuando el delito es de escasa o mediana gravedad, cuando el imputado no posee antecedentes anteriores y cuando el fiscal, con el acuerdo del imputado, solicita al juez de garantía que suspenda temporalmente el proceso y éste acepta. Durante este período, que no podrá ser inferior a un año ni superior a tres, el imputado deberá cumplir con ciertas condiciones por el juez. Puede aplicarse esta salida cuando la pena no exceda de tres años y siempre que no haya sido condenado anteriormente por crimen o simple delito.
Disponible en: http://www.dpp.cl/sala_prensa/noticias_detalle/3054/salidas-alternativas
[227] Tratamiento Tribunales de Drogas. Cabe destacar que aun cuando se decide no considerar a TTD como un subcomponente de este estudio, los mismos profesionales participan en la producción de ambos subcomponentes.
[228] Libertad Vigilada: Es una forma de cumplir condena sin tener que estar recluido. El penado estará sometido a un programa de intervención bajo la vigilancia y orientación permanente de un delegado de Gendarmería de Chile. Pueden acceder aquellas personas que han sido condenadas a penas de cárcel entre 2 a 3 años" Disponible en: http://www.gendarmeria.gob.cl/medidas_alternativas.jsp
[229] Libertad Vigilada Intensiva: Es una forma de cumplir condena sin estar recluido. Se caracteriza por un régimen de mayor control, en el que el penado estará sujeto al cumplimiento de un programa de actividades bajo la aplicación de condiciones especiales y; la orientación permanente y rigurosa de un delegado de Gendarmería de Chile. Pueden acceder personas que han sido condenadas a penas de cárcel entre 3 y 5 años." Disponible en: http://www.gendarmeria.gob.cl/medidas_alternativas.jsp
[230] Este subcomponente ha sido tratado como un componente de tratamiento separado de los otros desde el 2015 en adelante (ver MINSAL, 2016). Sin embargo, para fines de esta evaluación la cual se enfoca en el impacto desde el 2012 al 2016, este tratamiento para personas en libertad vigilada se comprenderá como un subcomponente más que componente.

Este componente se desarrolla desde el 2015 con el **objetivo** general de que niños, niñas y adolescentes que presentan un consumo problemático de alcohol y otras drogas puedan modificar positivamente su patrón de consumo (MIDESO, Informe de Descripción de Programas Sociales: Tratamiento y Rehabilitación para Niños y Adolescentes con Consumo Problemático de Alcohol y Otras Drogas, 2017). Las **instituciones ejecutoras** definidas son las entidades públicas de salud (hospitales, corporaciones municipales de salud, centros de atención primaria, etc.), entidades privadas (fundaciones, ONGs, etc.) e instituciones privadas de formación (Universidades o centros de formación) (MIDESO, Informe de Descripción de Programas Sociales: Tratamiento y Rehabilitación para Niños y Adolescentes con Consumo Problemático de Alcohol y Otras Drogas, 2017). La relación y coordinación entre dichas instituciones se detallan en otro apartado (Ver II.4).

El componente funciona con **estrategias de intervención** adecuados a los perfiles de los niños, niñas y adolescentes consumidores. Dependiendo de su compromiso biopsicosocial y nivel de riesgo del consumo, junto a otros factores de género y discapacidad, la estrategia de intervención varía de caso en caso. Estas pueden ser individuales, grupales, familiares o comunitarias, con un rango de duración de tratamiento entre 6 y 24 meses (MIDESO, Informe de Descripción de Programas Sociales: Tratamiento y Rehabilitación para Niños y Adolescentes con Consumo Problemático de Alcohol y Otras Drogas, 2017) que varían en tres modalidades de plan:

(i) Ambulatorio Intensivo;
(ii) Residencial;
(iii) Otras estrategias específicas por grupos que requieren intervención diferenciada (por ejemplo, niños, niñas y adolescentes en situación de calle).

Considerando lo anterior, este componente contiene solo un subcomponente con sus respectivas actividades que formaran parte activa de la evaluación. Sin embargo, cabe destacar que se excluirán de la evaluación dos subcomponentes[231] que tienen como propósito brindar asesorías técnicas, cursos, charlas y talleres a equipos profesionales de los Centros de Tratamiento y Rehabilitación. La razón de excluir estos dos subcomponentes apunta a que la evaluación se centra en el estudio y seguimiento de la población con consumo problemático de drogas y/o alcohol:

1. **Tratamiento y rehabilitación:** Modelo de tratamiento específico que contempla diversas modalidades de atención según el nivel de complejidad del consumo y grado de compromiso biopsicosocial del usuario. El criterio de selección es que los niños, niñas y adolescentes cumplan con criterios clínicos para el ingreso del programa (consumo

[231] Estos dos subcomponentes son **3.2 Asesoría de equipos profesionales y técnicos de tratamiento:** Consiste en un proceso continuo de acompañamiento al equipo que lidia con el tratamiento, dándole apoyo técnico, sugerencias, entrega de información relevante al tratamiento, como proceso formativo y participativo que facilite la detección de problemas. Este servicio funciona a través de licitaciones y/o contrataciones directas de profesionales experto; y **3.3 Capacitación para profesionales técnicos de los centros:** Este último subcomponente guarda relación con realizar un proceso de formación continua para instalar y/o fortalecer habilidades y capacidades técnicas y metodológicas a quienes forman pare de los equipos de tratamiento y rehabilitación que trabajan con esta población objetivo. Esto es para cumplir con los objetivos de la Estrategia Nacional de Drogas para contribuir en la formación continua de Capital Humano. Este subcomponente también trabaja bajo la modalidad de licitaciones y/o contratación directa cuando corresponda. También incluye otros subcomponentes vinculados a diversos proyectos de menor cobertura, tales como el proyecto Calle y el residencial para mujeres adolescentes, enfocado en personas menores de 20 años que presenten consumo problemático de alcohol y/o drogas que por la complejidad de su perfil no son beneficiarios del GES ni del programa de tratamiento para adolescentes que han infringido la ley.

problemático, compromiso biopsicosocial moderado a severo), tomando bajo consideración que el principio de priorización (no focalización) es por orden de llegada, con listas de espera.

Componente 4: Tratamiento Integral de Adolescentes y Jóvenes Ingresados por Ley N°20.084 con Consumo Problemático de Alcohol y Drogas (ex Tratamiento para Adolescentes con Consumo Problemático de Drogas)

El presente componente del programa de SENDA se inició el año 2007 con el **objetivo** de modificar positivamente los patrones de consumo problemático de drogas y/o alcohol y contribuir a la reinserción social de adolescentes y jóvenes que han ingresado al sistema judicial por infracción a la Ley 20.084[232] o también referida como "Ley de Responsabilidad Penal Adolescente" y sean imputables (tanto bajo supervisión del SENAME como de GENCHI) (MIDESO, Informe de Descripción de Programas Sociales: Tratamiento Integral de Adolescentes y Jóvenes Ingresados por Ley N°20.084 con Consumo Problemático de Alcohol y Drogas, 2016). Cabe mencionar que el programa contempla intervenciones terapéuticas de acuerdo al perfil de adolescentes atendidos, diseñadas en base a conceptualización integral del fenómeno del consumo problemático de drogas y salud mental juvenil, perspectiva de género, etapas de desarrollo vital, integración social y conductas delictivas, entre otras (MIDESO, Informe de Descripción de Programas Sociales: Tratamiento Integral de Adolescentes y Jóvenes Ingresados por Ley N°20.084 con Consumo Problemático de Alcohol y Drogas, 2016).

Para llevar a cabo dicho componente, existen diferencias importantes dependiendo si los infractores adolescentes son condenados a un régimen privativo de libertad o no. En el primer caso, cuando los jóvenes están recluidos en Centros de Reclusión Cerrados[233] el tratamiento de drogas se imparte al interior de los recintos por parte de entidades privadas sin fines de lucro que se adjudican esta función por medio de licitación pública o trato directo. Por otro lado, cuando los adolescentes cumplen condenas en el medio libre o bien en Régimen Semi-cerrado, existen dos modalidades de tratamiento a las que los adolescentes pueden optar dependiendo del territorio en que cumplan la condena o medida: (i) por un lado, existen centros de tratamiento únicamente destinados a esta población, dependientes de instituciones privadas sin fines de lucro (a quien se les adjudica la función mediante licitación o trato directo), o bien, (ii) existen programas especialmente orientados a esta población, dentro de Centros de Salud Mental (COSAM) de la red pública de salud. Luego, para implementar este componente, resulta necesario un trabajo intersectorial especialmente estrecho entre distintas instituciones públicas-puntualmente, SENDA, Gendarmería, SENAME y MINSAL a nivel nacional y las SEREMI correspondientes a nivel regional-, funcionando periódicamente a través de mesas nacionales y regionales, para tratar temas vinculados a la gestión técnica, administrativa y financiera del programa. Como se mencionó para los componentes anteriores, más abajo se describe en mayor detalle la coordinación entre las instituciones mencionadas.

[232] La ley 20.084 estipula que la suspensión condicional del procedimiento permite a imputados con problemas de consumo de droga y/o alcohol acceder – bajo supervisión judicial – a tratamiento de Rehabilitación (MIDESO, Informe de Descripción de Programas Sociales: Tratamiento Integral de Adolescentes y Jóvenes Ingresados por Ley N°20.084 con Consumo Problemático de Alcohol y Drogas (ex Tratamiento para Adolescentes con Consumo Problemático de Drogas), 2017).
[233] Administrados y ejecutados directamente por SENAME

Por último, cabe destacar que este componente funciona bajo tres niveles de tratamientos como **estrategias de intervención,** diferenciados de acuerdo a la evaluación integral que se le realice a cada adolescente y joven privado de libertad o condenado sin régimen carcelario (MIDESO, Informe de Descripción de Programas Sociales: Tratamiento Integral de Adolescentes y Jóvenes Ingresados por Ley N°20.084 con Consumo Problemático de Alcohol y Drogas, 2016), variando entre:

(i) Ambulatorio Intensivo, tiene una duración aproximada de 12 meses;
(ii) Residencial, con una duración aproximada de 12 meses;
(iii) Hospitalización de corta estadía, de una duración aproximada de 2 meses.

Considerando lo anterior, según los informes de MIDESO este componente se divide en dos subcomponentes descritos a continuación:

1. **Tratamiento Integral de Adolescentes y Jóvenes Ingresados por Ley N°20.084 con Consumo Problemático de Alcohol, Drogas y otros trastornos de salud mental:** Busca favorecer y otorgar oportunidad de tratamiento para aquellos jóvenes que han infringido la ley y presentan dependencia a las drogas o bien un consumo perjudicial, enmarcándose en la ley 20.084.
2. **Evaluación Clínica Diagnóstica en Fiscalías para Adolescentes Infractores de Ley imputados[234]:** Este programa no entrega tratamiento propiamente tal, sino que a través de éste se realizan intervenciones, confirmaciones diagnósticas y referencias a tratamiento. Tiene por finalidad contribuir a la oportunidad de acceso a tratamiento en contexto judicial.

2.2 Programa de Integración Social Chile Integra

Por otra parte, el **Programa de Integración Social Chile Integra** tiene como **propósito** que "*Las personas que presentan consumo problemático de alcohol y drogas se integran a la sociedad a través del desarrollo de habilidades, el mejoramiento de condiciones laborales, de habitabilidad, y la vinculación a beneficios sociales*" y comenzó a operar el año 2012 y está enfocado en personas que estén en proceso de recuperación por consumo problemático de drogas y alcohol (y que hayan recibido tratamiento en centros en convenio SENDA MINSAL). Busca que estos mejoren su integración social, a través del desarrollo de habilidades personales, familiares y comunitarias. Además, el programa también busca que los jóvenes logren incorporarse a la fuerza laboral y a otras instancias de participación social. Cabe destacar que, según SENDA, este Programa en 2017 fue reformulado, actualizando su población potencial, objetivo y sumando un nuevo componente[235], el cual no será considerado en este estudio, debido a que entró en

[234] Este es considerado como un subcomponente (y no como una actividad) ya que contempla una serie de actividades diferenciadas para su ejecución, en tanto éstas entregan servicios distintos a los considerados en el subcomponente 1, pues contempla la revisión de variables clínicas y psicosociales, la elaboración de informes, entre otras. Al mismo tiempo, estas actividades actuarían complementariamente a aquellas comprendidas en el subcomponente 1, permitiendo el adecuado funcionamiento del componente en general.

[235] En componente que será excluido de la evaluación es 1.5 Certificación a profesionales de la recuperación del consumo problemático de drogas en el uso de metodologías para la inclusión social. Este componente guarda relación con la elaboración

vigencia de forma reciente, por lo cual queda fuera del horizonte de evaluación de este estudio (2013-2017). Así, para efectos de la evaluación se considerarán los siguientes componentes:

Componente 1: Viviendas de apoyo a la integración social (VAIS)

El primer componente del programa de integración social busca mejorar las condiciones de habitabilidad de los usuarios que así lo requieren, para hacer más sustentables los logros del tratamiento en el tiempo. De esta manera, el componente brinda una vivienda transitoria[236] a sus usuarios para garantizar su acceso a un lugar para vivir en un entorno saludable que permita la plena integración social. En cuanto a los criterios de elegibilidad, el componente se orienta a las personas que finalizaron exitosamente un programa de la red de recuperación (centros de tratamiento y rehabilitación de consumo problemático de drogas) y que carecen de un lugar seguro o saludable para vivir, o que su vivienda no cuenta con las condiciones necesarias para apoyar su proceso de recuperación y necesitan de la asesoría de profesionales para lograr la independencia y apoyo psicosocial. Las **instituciones ejecutoras** de este componente son instituciones públicas o privadas sin fines de lucro, como Municipios y fundaciones, que se lo adjudican mediante concursos públicos. Para llevar a cabo esto, el componente cuenta como parte de la **estrategia de intervención** con un equipo profesional que asesora a las personas en el diseño y concreción de un plan de vida a mediano y largo plazo y trabajan para lograrlo. Hay Viviendas de Apoyo a la Integración Social (VAIS) diferenciadas por sexo para responder a necesidades específicas de género, y en general los beneficiarios tienen una permanencia en VAIS entre 6 a 18 meses.

Componente 2: Habilitación en competencias para la integración social (CIAM)

Este segundo componente está orientado a brindar talleres de habilitación en competencias para la integración social a través de la herramienta metodológica "Portafolio de competencias para la integración social" a las personas que forman parte de la red de recuperación, ésta entendida como los beneficiarios de los distintos centros de tratamiento y rehabilitación de consumo problemático de drogas y/o alcohol. En este sentido, el **objetivo** de este componente es habilitar en competencias asociadas a los ámbitos de comunicación, iniciativa, autonomía y manejo de situaciones, a través de la elaboración de talleres que proporcionen estrategias que permitan generar sistemas adecuados de relaciones con sí mismos/as y con otros/as, potenciando los vínculos afectivos y familiares, y por otro lado, que se sientan parte de sus comunidades, así como informados/as y motivados a participar en espacios públicos y de ocio.

Las instituciones involucradas son tanto públicas como privadas que ejecutan los programas de tratamiento[237], y la **estrategia de intervención** es a través de talleres aplicados por profesionales de programas de recuperación que han sido formados por SENDA. La herramienta (Portafolio de competencias para la integración social) posee tres módulos temáticos, y el lineamiento

de capacitaciones a beneficiarios intermedios, en este caso profesionales de la salud externos a SENDA que trabajan en los programas de recuperación de este programa para el uso adecuado de metodologías de inclusión social tales como el "portafolio de competencias" y el diagnóstico de necesidades de integración social.

[236] Esto es, a los usuarios se le da acceso a una vivienda transitoria, únicamente destinada para el fin de este programa. Éstas corresponden a propiedades administradas por instituciones privadas sin fines de lucro (municipios, fundaciones, entre otras), donde los participantes de este programa pueden residir hasta un máximo de 18 meses.

[237] Principalmente los centros de tratamiento o comunidades terapéuticas que tengan convenio con SENDA, o Centros de Salud Mental (COSAM) municipales.

técnico desde el Servicio es que las personas participen en al menos la habilitación de una competencia, según la necesidad detectada durante su proceso de recuperación.

Componente 3: Orientación Sociolaboral (OSL)

Este componente del programa de integración es un dispositivo especializado que tiene como **objetivo** brindar asesoría así cómo trabajar para superar factores que limitan el acceso al empleo. Por ejemplo, el cuidado de personas dependientes, limpieza de antecedentes penales, así como mejorar las condiciones de empleabilidad de las personas en cuestión. Con Fundación Emplea (perteneciente al Hogar de Cristo) como principal **institución ejecutora** de este componente, la **estrategia de intervención** utilizada es que preparadores laborales trabajan con personas de manera individual, realizando diagnósticos socio laborales para luego, en base a las necesidades, habilidades e intereses de la persona, elaborar un plan de vida laboral. Este puede contener elementos de formación profesional, exploración, definición de habilidades, competencias laborales, estrategias para busca empleo y/o emprendimiento. La duración es de 3 a 4 meses con sesiones semanales y contempla el uso de test de intereses, entrevistas, orientación y apresto laboral. Por último, según MIDESO, este componente pone énfasis en mejorar el acceso a mujeres al empleo formal, aunque no hay información disponible para profundizar en la forma concreta de cómo este componente ayuda a mejorar el acceso de mujeres al empleo formal.

Componente 4: Vinculación a beneficios sociales

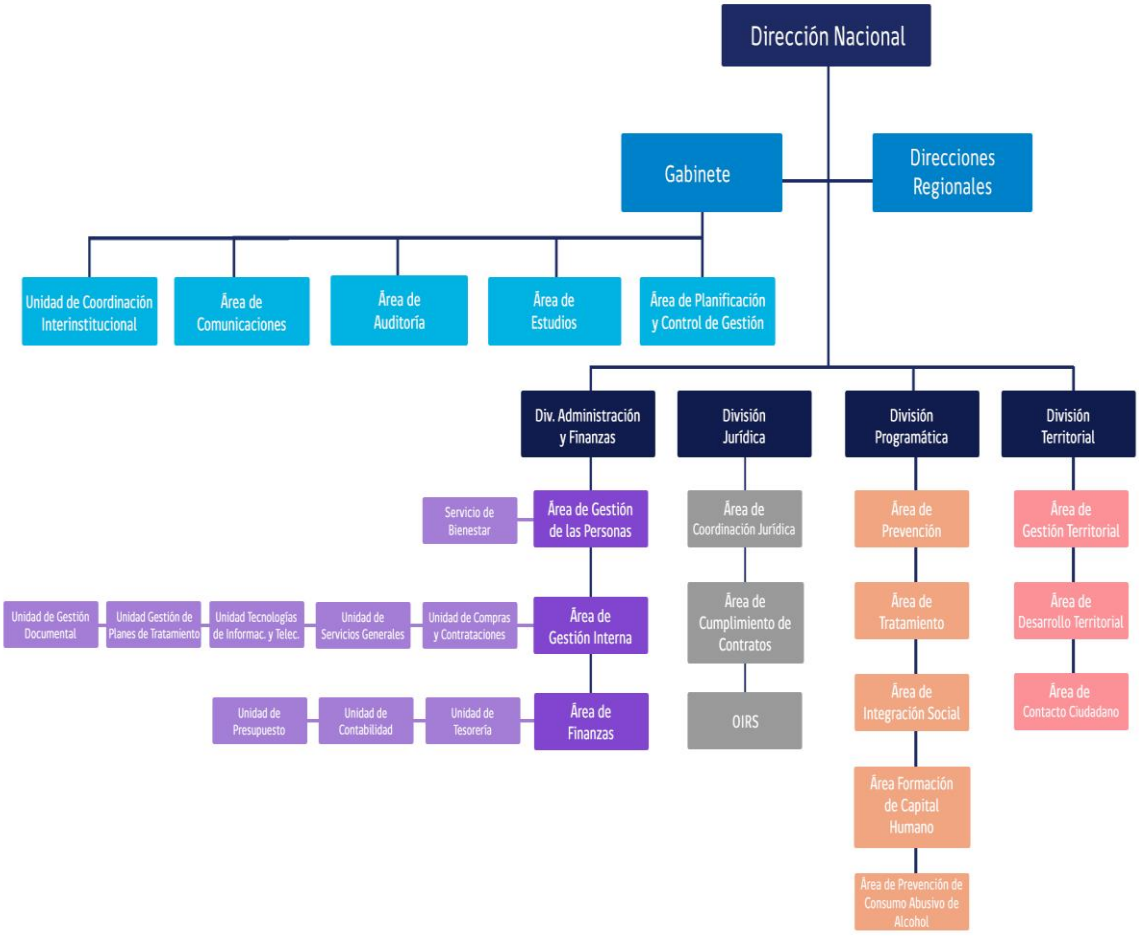
Este último componente del programa de Chile Integra tiene como **objetivo** acercar la oferta de beneficios sociales en ámbitos indispensables para el proceso de recuperación de las personas en el programa, tales como vivienda, educación, empleo, protección social, salud, justicia, participación, recreación y cultura. Esto se desarrolla a través de una articulación de diversas instituciones a nivel local, regional y nacional, desarrollando una red intersectorial que permita sensibilizar al intersector y establecer mecanismos de participación expeditos y ajustados. Por ende, la principal estrategia es la de conformar la red intersectorial que varía en forma según la región para implementar el programa, teniendo como base la información sobre cuáles son las principales necesidades de las personas en proceso de recuperación.

En concreto, el componente desarrolla una serie de actividades, que en primer lugar requieren que los usuarios de los centros de Tratamiento de Adicción del convenio SENDA-MINSAL sean evaluados en sus necesidades de integración por el encargado de integración social del centro, generando demandas específicas para cada caso. En este sentido, las personas son derivadas al apoyo que demandan y se realiza un seguimiento para monitorear que recibió el apoyo requerido (MIDESO, 2016). La población usuaria se vincula a este componente a través de tres niveles[238]:

(i) Información sobre los distintos beneficios sociales de los cuales puede formar parte.
(ii) Apoyo en tramites o diligencias
(iii) Recepción de un beneficio.

[238] No hay más información disponible de SENDA o MINSAL que permita profundizar en los 3 niveles que los usuarios se vinculan a los beneficios sociales.

3. Organigrama institucional y entidades articuladas con SENDA



Entidades articuladas con SENDA			
	Subcomponentes	Institución(es) ejecutora(s)	Coordinaciones Interinstitucionales
Programa Tratamiento			
Componente 1. Componente de Tratamiento y Rehabilitación para Población Adulta General (…)	Población adulta mixta	-Instituciones públicas y privadas[239]	MINSAL
	Específico para mujeres adultas	-Instituciones públicas y privadas[240]	MINSAL
	Personas en Situación de Calle	Instituciones públicas y privada	MIDESO
Componente 2. Tratamiento para población adulta infractores (…)	Personas Condenadas en Sistema Cerrado Gendarmería de Chile	GENCHI	
	Evaluación clínica diagnostica a imputados	SENDA	Ministerio Público Ministerio de Justicia Defensoría Penal Pública Poder Judicial Fundación Paz Ciudadana
	Personas Condenadas a Libertad Vigilada (LV)	-Instituciones y privadas[241]	-MINSAL -GENCHI SML
Componente 3. Tratamiento y Rehabilitación para Niños, Niñas y Adolescentes (…)	-	Instituciones públicas y privadas[242]	-MINSAL -MIDESO -SENAME
Componente 4. Tratamiento Integral de Adolescentes y Jóvenes Ingresados por Ley N°20.084(…)	Adolescentes y Jóvenes Ingresados por Ley N°20.084	-Instituciones públicas y privada	-MINSAL SENAME GENCHI
	Evaluación Clínica Diagnóstica en Fiscalías	Fiscalía Sur, Oriente y Occidente de la Región Metropolitana	Ministerio Público Ministerio de Justicia Defensoría Penal Pública Poder Judicial
Programa Integración Social Chile Integra			
Viviendas de apoyo a la integración social	-	SENDA, a través de instituciones públicas y privadas	
Habilitación en competencias para la integración social	-	SENDA, a través de instituciones públicas y privadas	SENDA[243] MINSAL
Orientación Sociolaboral	-	SENDA, Fundación EMPLEA	SENDA[244]
Vinculación a beneficios sociales	-	-SENDA	-SENDA [245] -MIDESO -Ministerio del trabajo -Ministerio de la Vivienda

[239] Que se adjudican la ejecución de este programa.
[240] Que se adjudican la ejecución de este programa.
[241] Que se adjudican la ejecución de este programa.
[242] Que se adjudican la ejecución de este programa.
[243] Programa de Tratamiento para Población Adulta.
[244] Programa de Tratamiento para Población Adulta.
[245] SENDA Previene

			-Servicio Nacional de la Mujer y la Equidad de Género
Fuente: Elaboración propia			

4. Resultados a nivel de productos

En el siguiente anexo se incluyen apartados de la caracterización y cuantificación de la población potencial y objetivo, discutidos en el Informe 4.

4.1 Respecto a las fuentes de información

En general, las definiciones propuestas en los convenios de colaboración resultan difíciles de medir a nivel poblacional al ser demasiado laxas o restrictivas. Por ejemplo, se estipula que el Programa de Población Adulta "tiene por objeto otorgar acceso y cobertura de calidad, libre de copago, a la atención de personas (…) que consultan por problemas derivados del consumo de drogas y alcohol" (SENDA-MINSAL, 2017, pág. 6). Esta definición no indica cuál es la edad de los beneficiarios, su pertenencia a FONASA ni cuál es la voluntariedad a tratarse, lo que sí se define en la Ficha MIDESO del Componente 1 del Programa de Tratamiento y Rehabilitación (Población Adulta). Por otra parte, para el caso del Plan de Tratamiento en su modalidad Ambulatoria Intensiva se estipula que está "destinado a personas con diagnóstico de consumo perjudicial o dependencia a sustancias psicoactivas y compromiso biopsicosocial moderado o severo, (especialmente con comorbilidad psiquiátrica o somática leve, sin actividad ocupacional y con soporte familiar)" (SENDA-MINSAL, 2017, pág. 31), comprometiendo indicadores que no son posibles de elaborar con datos nacionales en encuestas representativas (por ejemplo, compromiso biopsicosocial, soporte familiar o comorbilidad psiquiátrica).

Se percatan más inconsistencias respecto a lo declarado en la Ficha MIDESO y el Convenio de Colaboración con el Ministerio de Salud en Población Adulta. Por ejemplo, el Convenio declara ser para población adulta, no obstante, nunca se estipula la edad de los beneficiarios y el mismo convenio define la adolescencia hasta los 20 años de edad (SENDA-MINSAL, 2017, pág. 52). Sin embargo, en las fichas de MIDESO las poblaciones se definen desde los 18 años en adelante para el mismo componente. Respecto a la pertenencia a FONASA, el Convenio solo dice que el pago de un mes de plan de tratamiento se realizará si la persona es beneficiaria de FONASA, y está registrada como usuario del convenio en el Sistema de Gestión de Tratamiento (SISTRAT) con al menos una prestación durante el último mes (SENDA-MINSAL, 2017, pág. 15). Además, la pertenencia a ISAPRES se incluye como razones para considerar una hora de atención como no pertinente según exigencias administrativas (SENDA-MINSAL, 2017, pág. 279). Finalmente, la voluntariedad es definida como requisito mínimo para la firma del consentimiento informado al momento de ingresar a tratamiento (SENDA-MINSAL, 2017, pág. 49).

Respecto al Componente 2 en Población Adulta infractora se encontró que de acuerdo al convenio de colaboración SENDA – GENCHI (Subcomponente 1 del Componente 2) la población beneficiaria está definida como "personas adultas que cumplen condena en el sistema cerrado de Gendarmería de Chile, que presenten consumo problemático de alcohol y/o drogas, con un compromiso biopsicosocial moderado a severo" (SENDA-MINSAL-GENCHI, 2017, pág. 39). Dicho esto, se mantienen los problemas de dificultad de medición del indicador de compromiso biopsicosocial en esta población, así como la indiferenciación entre población potencial y objetivo. Por su parte, respecto del Subcomponente 3 para personas con Libertad Vigilada, el Convenio establece la compra de planes de tratamiento para "personas condenadas a libertad vigilada y libertad vigilada intensiva que presentan consumo problemático de alcohol y/o drogas[246]" (SENDA-MINSAL-GENCHI, 2017, pág. 7).

[246] Por consumo problemático se entiende abuso (DSM-IV), consumo perjudicial (CIE-10) y dependencia (CIE-10).

Respecto al Componente 3 de Tratamiento para niños, niñas y adolescentes en Población general, las Bases de Licitación explicitan que se contratan meses de tratamiento "para niños, niñas y/o adolescentes, menores de 20 años[247], que presentan consumo problemático de alcohol y otras drogas[248]" (SENDA, 2017, pág. 8). Esta definición coincide con la entregada en las Fichas MIDESO.

Respecto al Componente 4 de tratamiento de adolescentes y jóvenes ingresados por ley 20.084 las Bases de Licitación exponen que se compran meses de tratamiento para "adolescentes y jóvenes ingresados al sistema penal por Ley Nº 20.084 que presentan un consumo problemático de alcohol y/u otras drogas[249] y otros trastornos de salud mental, considerando las distintas características y particularidades de cada individuo" (SENDA-SENAME, 2018, pág. 8). Sorprende que la presencia de otros trastornos de salud mental sean una necesidad para acceder a tratamiento (bajo el conector "y"), al igual que la consideración de características particulares de cada individuo. Ambos elementos no están definidos en las Fichas MIDESO elaboradas por el mismo Servicio.

[247] Si el usuario pasa los 20 años se resguarda la continuidad.
[248] Por consumo problemático se entiende consumo perjudicial (CIE-10), abuso (DSM-IV) y dependencia (CIE-10 y DSM-IV).
[249] Se entiende consumo problemático como consumo perjudicial y dependencia, según el Sistema de Clasificación Internacional de Enfermedades CIE 10.

4.2 Documento para cálculo de indicadores a nivel de productos y coberturas

Programa de Tratamiento y Rehabilitación
Componente 1: Tratamiento para población adulta.

Subcomponente 1 - PAB-PAI-PR:

a. Cobertura:

Se considera a las personas con consumo problemático como aquellas que presenten dependencia a al menos una sustancia (alcohol, marihuana, cocaína o pasta base) según los criterios del manual CIE-10 para drogas ilícitas, y los 20 puntos de corte en AUDIT para alcohol, siendo además prevalentes año en dichas sustancias. Además, se tomó en consideración el rango etario de este programa para los cálculos de las poblaciones, es decir, los números comprenden personas entre 18 y 64 años. Esto permite la cuantificación de la población potencial para este primer subcomponente, observándose una tendencia al alza en el tiempo:

Tabla 73: Población adulta con consumo problemático de drogas para 2012, 2014 y 2016.

Año	Población adulta con consumo problemático
2012	181.631
2014	221.671
2016	272.337

Fuente: Elaboración propia a partir del Décimo (2012), Décimo Primer (2014) y Décimo Segundo (2016) Estudio Nacional de Drogas en Población General.

Para el cálculo del indicador de cobertura se utilizaron los siguientes numeradores (beneficiarios con RUT único) y denominadores:

Tabla 74: Cobertura beneficiarios respecto población potencial para periodo 2012-2017.

Periodo	Año	Población adulta con consumo problemático (Denominador)	Beneficiarios SENDA (Numerador)	Cobertura (%)
2012-2013	2012	181.631	9.509	5,2
	2013	181.631	12.298	6,8
2014-2015	2014	221.671	14.133	6,4
	2015	221.671	16.055	7,2
2016-2017	2016	272.337	15.964	5,9
	2017	272.337	16.619	6,1

Fuente: Elaboración propia a partir del Décimo (2012), Décimo Primer (2014), Décimo Segundo (2016) Estudio Nacional de Drogas en Población General y Bases anuales del Sistema de Información y Gestión de Tratamiento (*SISTRAT*) (2012-2017).

Por otra parte, la **población objetivo** difiere de la población potencial por su voluntariedad a tratarse y su pertenencia a FONASA. De acuerdo a las Encuestas de Caracterización Socioeconómica de Chile (CASEN) la tendencia de pertenencia a FONASA es la siguiente:

Tabla 75: Porcentaje población perteneciente a FONASA	
Año	% perteneciente a FONASA
2013	78,3
2015	77,3
2017	78
Fuente: Elaboración propia a de Encuestas de Caracterización Socioeconómica (CASEN) 2013, 2015 y 2017.	

Se decidió redondear este porcentaje a 80% para el cálculo de las poblaciones, considerando que el consumo problemático de alcohol y/o drogas presenta sesgos socioeconómicos (sobrerrepresentado en sectores medios y bajos) al igual que la participación en FONASA.

Por otra parte, los distintos Estudios de Drogas en Población General presentan una pregunta que responde a la voluntariedad o necesidad de ayuda por el consumo de alcohol y/o drogas. No obstante, en el año 2012 solo se realizó una pregunta que pide la realización de acciones concretas, mientras que en 2014 y 2016 se incluyó una pregunta que apunta más a la contemplación de la existencia de un problema, sin acciones realizadas, que a juicio del panel logra medir mejor la voluntariedad a tratarse.

Tabla 76: Porcentaje población adulta con consumo problemático que declara voluntariedad a tratarse.		
Año	Pregunta	% "Sí" con consumo problemático
2012	Durante los últimos 12 meses, ¿Ha intentado obtener algún tipo de ayuda o tratamiento para disminuir o dejar de consumir alcohol o drogas?	3,3
2014-2016	Durante los últimos 12 meses, ¿Ha sentido la necesidad de recibir algún tipo de ayuda o tratamiento para disminuir o dejar de consumir alcohol y/o drogas?	20,4
		14,1
Fuente: Elaboración propia a partir del Décimo (2012), Décimo Primer (2014) y Décimo Segundo (2016) Estudio Nacional de Drogas en Población General.		

Se observa claramente que el fraseo de la pregunta cambia radicalmente los porcentajes, siendo mayor en el caso de la medición de 2014-2016. De esta manera, se obtienen los siguientes denominadores y numeradores para el cálculo del indicador de cobertura respecto de la población objetivo son los siguientes:

Tabla 77: Cobertura beneficiarios respecto población objetivo para periodo 2012-2017.				
Periodo	Año	Población con consumo problemático, de FONASA y con voluntariedad. (Denominador)	Beneficiarios SENDA (Numerador)	Cobertura (%)
2012-2013	2012	29.642	9.509	32,1
	2013	29.642	12.298	41,5
2014-2015	2014	36.177	14.133	39,1
	2015	36.177	16.055	44,4
2016-2017	2016	30.720	15.964	52,0
	2017	30.720	16.619	54,1
Fuente: Elaboración propia a partir del Décimo (2012), Décimo Primer (2014), Décimo Segundo (2016) Estudio Nacional de Drogas en Población General y Bases anuales del Sistema de Información y Gestión de Tratamiento (*SISTRAT*) (2012-2017).				

b. Tiempo de espera promedio

Se tomó la fecha de solicitud de atención y la fecha de primera atención para calcular la diferencia entre ambos. Se identificaron casos en que la fecha de primera atención era anterior a la fecha de solicitud de atención y casos sin un plan de tratamiento definidos, los que fueron eliminados del análisis.

Tabla 78: Tiempo de espera promedio (días) para periodo 2012-2017.				
Año	Porcentaje con diferencia negativa	Sumatoria días	Casos con fecha de atención	Promedio de tiempo de espera
2012	S/I	S/I	S/I	S/I
2013	S/I	S/I	S/I	S/I
2014 *	0,01	98.103	9.793	10
2015 **	0,02	95.287	10.454	9,1
2016 ***	0,01	99.570	9.825	10,1
2017 ****	0,03	104.163	9.378	11,1
Fuente: Elaboración propia a partir de Bases demanda del Sistema de Información y Gestión de Tratamiento (*SISTRAT*) (2014-2017). * 5353 casos sin plan, no se consideran en el análisis. ** 4502 casos sin plan, no se consideran en el análisis. *** 5148 casos sin plan, no se consideran en el análisis. **** 5708 casos sin plan, no se consideran en el análisis.				

c. Completitud del tratamiento

Cabe destacar que este subcomponente comprende tres planes de tratamiento, Ambulatorio Básico (PAB), Ambulatorio Intensivo (PAI) y Residencial (PR). Además, los tiempos estipulados como recomendados en las orientaciones técnicas son los siguientes:

Tabla 79: Número de meses de tratamiento según modalidad.	
Modalidad	Número de meses
Ambulatorio Básico	12
Ambulatorio Intensivo	12
Residencial	3 a 12
Fuente: Elaboración propia a partir de Convenio de Colaboración SENDA-MINSAL, 2017.	

Dicho esto, se decidió unificar el criterio para completitud de tratamiento a 12 meses, considerando sobre todo que el perfil de los usuarios de planes residenciales es más complejo, al no presentar apoyo social o un compromiso en el consumo alto, por lo que es recomendable periodos de tratamiento más largos.

Además, las bases de datos entregadas por SENDA poseen como unidad de análisis los casos atendidos, y no personas con RUT distintos. En este caso se considera a todos los casos egresados[250] y el número de meses que se estuvo en tratamiento. De esta manera:

Completitud = número de meses en tratamiento/12*100

Esto entrega como resultado un indicador donde casos que obtengan como resultado un número igual o mayor 100 pueden considerarse como completos en tratamiento de acuerdo a lo estipulado en las orientaciones técnicas. Los resultados obtenidos se observan a continuación para cada año:

Tabla 80: Tasa de completitud de tratamiento para periodo 2012-2017.

Año	Tasa completitud (%)
2012	12,7
2013	13,3
2014	15,1
2015	16,5
2016	20,1
2017	17,5

Fuente: Elaboración propia a partir Bases anuales del Sistema de Información y Gestión de Tratamiento (*SISTRAT*) (2012-2017).

[250] Motivos de egreso: Abandono; Alta Administrativa; Alta Terapéutica; Derivaciones.

Tabla 81: Tasa de completitud de tratamiento para periodo 2012-2015.											
Población General 2012			Población General 2013			Población General 2014			Población General 2015		
Puntuación	Frecuencia	%	Puntuación	Frecuencia	%	Puntuación	Frecuencia	%	Puntuación	Frecuencia	%
100	184	2.91	100	189	2.54	100	257	3.04	100	269	2.8
108.3333	112	1.77	108.3333	147	1.97	108.3333	166	1.97	108.3333	220	2.29
116.6667	105	1.66	116.6667	113	1.52	116.6667	182	2.16	116.6667	191	1.99
125	67	1.06	125	90	1.21	125	139	1.65	125	140	1.46
133.3333	62	0.98	133.3333	73	0.98	133.3333	96	1.14	133.3333	110	1.14
141.6667	43	0.68	141.6667	56	0.75	141.6667	79	0.94	141.6667	104	1.08
150	40	0.63	150	55	0.74	150	65	0.77	150	80	0.83
158.3333	32	0.51	158.3333	33	0.44	158.3333	68	0.81	158.3333	58	0.6
166.6667	17	0.27	166.6667	29	0.39	166.6667	35	0.41	166.6667	69	0.72
175	22	0.35	175	33	0.44	175	38	0.45	175	47	0.49
183.3333	17	0.27	183.3333	29	0.39	183.3333	25	0.3	183.3333	44	0.46
191.6667	16	0.25	191.6667	20	0.27	191.6667	24	0.28	191.6667	45	0.47
200	19	0.3	200	16	0.21	200	23	0.27	200	37	0.38
208.3333	12	0.19	208.3333	13	0.17	208.3333	7	0.08	208.3333	26	0.27
216.6667	14	0.22	216.6667	12	0.16	216.6667	12	0.14	216.6667	23	0.24
225	8	0.13	225	10	0.13	225	8	0.09	225	27	0.28
233.3333	5	0.08	233.3333	6	0.08	233.3333	9	0.11	233.3333	14	0.15
241.6667	12	0.19	241.6667	15	0.2	241.6667	5	0.06	241.6667	20	0.21
250	3	0.05	250	9	0.12	250	7	0.08	250	12	0.12
258.3333	4	0.06	258.3333	7	0.09	258.3333	6	0.07	258.3333	11	0.11
266.6667	3	0.05	266.6667	3	0.04	266.6667	5	0.06	266.6667	13	0.14
275	2	0.03	275	3	0.04	275	7	0.08	275	9	0.09
283.3333	1	0.02	283.3333	2	0.03	283.3333	4	0.05	283.3333	12	0.12
291.6667	1	0.02	291.6667	3	0.04	291.6667	4	0.05	291.6667	5	0.05
300	2	0.03	300	2	0.03	300	1	0.01	300	4	0.04
308.3333	2	0.03	308.3333	7	0.09						
			316.6667	4	0.05						
			325	1	0.01						
			333.3333	2	0.03						
			350	1	0.01						

			366.6667	2	0.03						
			391.6667	1	0.01						
			408.3333	1	0.01						
			433.3333	1	0.01						
			450	1	0.01						
			483.3333	1	0.01						
			541.6667	1	0.01						
Suma %		12.7			13.3			15.1			16.5
Fuente: Elaboración propia a partir Bases anuales del Sistema de Información y Gestión de Tratamiento (*SISTRAT*) (2012-2015).											

Tabla 82: Tasa de completitud de tratamiento para periodo 2016-2017.					
Población General 2016			Población General 2017		
Puntuación	Frecuencia	%	Puntuación	Frecuencia	%
100	325	3.01	100	307	2.95
108.3333	307	2.84	108.3333	250	2.4
116.6667	255	2.36	116.6667	213	2.05
125	217	2.01	125	207	1.99
133.3333	169	1.57	133.3333	128	1.23
141.6667	144	1.33	141.6667	112	1.08
150	115	1.07	150	88	0.85
158.3333	99	0.92	158.3333	72	0.69
166.6667	84	0.78	166.6667	66	0.63
175	66	0.61	175	66	0.63
183.3333	49	0.45	183.3333	42	0.4
191.6667	46	0.43	191.6667	35	0.34
200	41	0.38	200	43	0.41
208.3333	27	0.25	208.3333	38	0.37
216.6667	23	0.21	216.6667	29	0.28
225	16	0.15	225	22	0.21
233.3333	22	0.2	233.3333	27	0.26
241.6667	16	0.15	241.6667	17	0.16
250	15	0.14	250	17	0.16
258.3333	18	0.17	258.3333	14	0.13
266.6667	8	0.07	266.6667	8	0.08
275	10	0.09	275	5	0.05
283.3333	12	0.11	283.3333	7	0.07
291.6667	14	0.13	291.6667	4	0.04
300	7	0.06	300	6	0.06
308.3333	7	0.06	308.3333	1	0.01
316.6667	5	0.05			
325	7	0.06			
333.3333	4	0.04			
341.6667	2	0.02			

350	7	0.06			
358.3333	4	0.04			
366.6667	3	0.03			
375	2	0.02			
383.3333	3	0.03			
391.6667	3	0.03			
400	3	0.03			
408.3333	1	0.01			
416.6667	1	0.01			
441.6667	1	0.01			
450	1	0.01			
466.6667	3	0.03			
475	1	0.01			
483.3333	1	0.01			
508.3333	1	0.01			
558.3333	1	0.01			
633.3333	1	0.01			
683.3333	1	0.01			
Suma %		20.1			17.5
Fuente: Elaboración propia a partir Bases anuales del Sistema de Información y Gestión de Tratamiento (*SISTRAT*) (2016-2017).					

d. Retención.

Para el cálculo de este indicador fue necesario, en un primer momento, calcular el número de días en tratamiento por usuario (con RUT distinto) y no por caso atendido, para identificar a aquellas personas que estuviesen más de 90 días en tratamiento, umbral definido como mínimo. Luego, se pasó a identificar a todos aquellos usuarios que no hayan sido derivados como motivo de egreso y que contaran con al menos 90 días de tratamiento.

Tabla 83: Retención para periodo 2012-2017.			
Año	No derivados (egresados) con 90 días (Numerador)	No derivados (egresados) (Denominador)	Retención (%)
2012	3.875	5.263	73,6
2013	4.613	6.124	75,3
2014	5.549	7.113	78
2015	6.094	7.919	77
2016	7.189	8.939	80,4
2017	6.355	8.449	75,2
Fuente: Elaboración propia a partir Bases anuales del Sistema de Información y Gestión de Tratamiento (*SISTRAT*) (2012-2017).			

e. Abandono

En este caso, en primer lugar, fue necesario identificar aquellas personas que abandonaron el tratamiento como motivo de egreso (con 90 días), junto con aquellos con al menos 90 días en tratamiento.

Tabla 84: Abandono para periodo 2012-2017.			
Año	Abandonos con tratamiento (Numerador)	Usuarios con tratamiento (Denominador)	Abandono (%)
2012	2.206	6.663	33,1
2013	2.717	9.019	30,1
2014	3.310	10.554	31,4
2015	3.497	12.230	28,6
2016	3.932	13.102	30
2017	3.239	12.485	25,9
Fuente: Elaboración propia a partir Bases anuales del Sistema de Información y Gestión de Tratamiento (*SISTRAT*) (2012-2017).			

f. Experiencia de los equipos de tratamiento

Se consideraron como profesionales de trato directo a psicólogos, asistentes sociales, médicos, psiquiatras y terapeutas ocupacionales.

Tabla 85: Profesionales con al menos dos años de experiencia en tratamiento para periodo 2012-2017.			
Año	Número de profesionales de trato directo con al menos 2 años de experiencia en tratamiento (Numerador)	Número de profesionales de trato directo (Denominador)	Porcentaje de profesionales de trato directo con 2 años de experiencia en tratamiento (%)
2012	589	844	69,8
2013	808	1.150	70,3
2014	859	1.124	70,2
2015	738	1.089	67,8
2016	939	1.331	70,6
2017	S/I	S/I	S/I
Fuente: Elaboración propia a partir Bases Recursos Humanos del Sistema de Información y Gestión de Tratamiento (*SISTRAT*) (2012-2017).			

g. Acceso a atención psiquiátrica de los usuarios

Tabla 86: Profesionales con al menos dos años de experiencia en tratamiento para periodo 2012-2017.			
Año	Usuarios con atención psiquiátrica (Numerador)	Usuarios con diagnóstico (Denominador)	Reciben prestación (%)
2012	2.990	3.257	91,8
2013	3.701	4.482	82,6
2014	3.865	4.492	86
2015	4.314	5.214	82,7
2016	4.295	4.792	89,6
2017	4.708	5.503	85,6
Fuente: Elaboración propia a partir Bases Prestaciones Médicas del Sistema de Información y Gestión de Tratamiento (*SISTRAT*) (2012-2017).			

h. Ejecución del presupuesto

No se tienen datos para calcular el indicador.

i. Prevalencia en el uso de sustancia principal

No se tienen datos para calcular el indicador.

j. Frecuencia en el uso de sustancias

No se tienen datos para calcular el indicador.

k. Ejecución del presupuesto

No se tienen datos para calcular el indicador.

l. Eficiencia en la gestión de recursos

No se tienen datos para calcular el indicador.

Subcomponente 2 - MPAI-MPR:

a. Cobertura

En este caso se tomó la misma definición utilizada en el subcomponente 1, no obstante, se consideró solo la población femenina. Así, para el cálculo del indicador de cobertura se utilizaron los siguientes numeradores (beneficiarios con RUT único) y denominadores:

Tabla 87: Cobertura beneficiarios respecto población potencial para periodo 2012-2017.

Periodo	Año	Población adulta femenina con consumo problemático (Denominador)	Beneficiarios SENDA (Numerador)	Cobertura (%)
2012-2013	2012	31.550	1.253	4,0
	2013	31.550	853	2,7
2014-2015	2014	69.857	1.637	2,3
	2015	69.857	2.043	2,9
2016-2017	2016	52.608	2.181	4,1
	2017	52.608	2.146	4,1

Fuente: Elaboración propia a partir del Décimo (2012), Décimo Primer (2014), Décimo Segundo (2016) Estudio Nacional de Drogas en Población General y Bases anuales del Sistema de Información y Gestión de Tratamiento (*SISTRAT*) (2012-2017).

Tabla 88: Porcentaje población adulta mujer con consumo problemático que declara voluntariedad a tratarse.

Año	Pregunta	% "Sí" con consumo problemático en mujeres adultas
2012	Durante los últimos 12 meses, ¿Ha intentado obtener algún tipo de ayuda o tratamiento para disminuir o dejar de consumir alcohol o drogas?	1,2
2014-2016	Durante los últimos 12 meses, ¿Ha sentido la necesidad de recibir algún tipo de ayuda o tratamiento para disminuir o dejar de consumir alcohol y/o drogas?	7,9
		10,4

Fuente: Elaboración propia a partir del Décimo (2012), Décimo Primer (2014) y Décimo Segundo (2016) Estudio Nacional de Drogas en Población General.

Por otra parte, la **población objetivo** difiere de la población potencial por su voluntariedad a tratarse y su pertenencia a FONASA. Se decidió redondear este porcentaje a 80% para el cálculo de las poblaciones, considerando que el consumo problemático de alcohol y/o drogas presenta sesgos socioeconómicos (sobrerrepresentado en sectores medios y bajos) al igual que la participación en FONASA. Se observa claramente que el fraseo de la pregunta cambia radicalmente los porcentajes, siendo mayor en el caso de la medición de 2014-2016. De esta manera, se obtienen los siguientes denominadores y numeradores para el cálculo del indicador de cobertura respecto de la población objetivo son los siguientes:

Tabla 89: Cobertura beneficiarios respecto población objetivo para periodo 2012-2017.				
Periodo	Año	Población con consumo problemático, de FONASA y con voluntariedad. (Denominador)	Beneficiarios SENDA (Numerador)	Cobertura (%)
2012-2013	2012	1.994	1.253	62,8
	2013	1.994	853	42,8
2014-2015	2014	4.415	1.637	37,1
	2015	4.415	2.043	46,3
2016-2017	2016	4.377	2.181	49,8
	2017	4.377	2.146	49,0
Fuente: Elaboración propia a partir del Décimo (2012), Décimo Primer (2014), Décimo Segundo (2016) Estudio Nacional de Drogas en Población General y Bases anuales del Sistema de Información y Gestión de Tratamiento (*SISTRAT*) (2012-2017).				

b. Tiempo de espera promedio

Se tomó la fecha de solicitud de atención y la fecha de primera atención para calcular la diferencia entre ambos. Se identificaron casos en que la fecha de primera atención era anterior a la fecha de solicitud de atención, los que fueron eliminados de las bases de datos respectivas.

Tabla 90: Tiempo de espera promedio (días) para periodo 2012-2017.				
Año	Porcentaje con diferencia negativa	Sumatoria días	Casos con fecha de atención	Promedio de tiempo de espera
2012	S/I	S/I	S/I	S/I
2013	S/I	S/I	S/I	S/I
2014 *	0	9.849	1.040	9,5
2015 **	0	9.861	1.303	7,6
2016 ***	0,01	10.761	1.306	8,2
2017 ****	0	11.934	1.194	10
Fuente: Elaboración propia a partir de Bases demanda del Sistema de Información y Gestión de Tratamiento (*SISTRAT*) (2014-2017). * 5353 casos sin plan, no se consideran en el análisis. ** 4502 casos sin plan, no se consideran en el análisis. *** 5148 casos sin plan, no se consideran en el análisis. **** 5708 casos sin plan, no se consideran en el análisis.				

c. Completitud del tratamiento

Cabe destacar que este subcomponente comprende dos planes de tratamiento, Ambulatorio Intensivo para mujeres (MPAI) y Residencial para mujeres (MPR). Además, los tiempos estipulados como recomendados en las orientaciones técnicas son los siguientes:

Tabla 91: Número de meses de tratamiento según modalidad.	
Modalidad	Número de meses
Ambulatorio Intensivo	12
Residencial	3 a 12
Fuente: Elaboración propia a partir de Convenio de Colaboración SENDA-MINSAL, 2017.	

Dicho esto, se decidió unificar el criterio para completitud de tratamiento a 12 meses, considerando sobre todo que el perfil de los usuarios de planes residenciales es más complejo, al no presentar apoyo social o un compromiso en el consumo alto, por lo que es recomendable periodos de tratamiento más largos.

Además, las bases de datos entregadas por SENDA poseen como unidad de análisis los casos atendidos, y no personas con RUT distintos. En este caso se considera a todos los casos egresados[251] y el número de meses que se estuvo en tratamiento. De esta manera:

Completitud = número de meses en tratamiento/12*100

Esto entrega como resultado un indicador donde casos que obtengan como resultado un número igual o mayor 100 pueden considerarse como completos en tratamiento de acuerdo a lo estipulado en las orientaciones técnicas. Los resultados obtenidos se observan a continuación para cada año:

Tabla 92: Tasa de completitud de tratamiento para periodo 2012-2017.

Año	Tasa completitud (%)
2012	12,3
2013	16,5
2014	17
2015	14,7
2016	18,7
2017	16,4

Fuente: Elaboración propia a partir Bases anuales del Sistema de Información y Gestión de Tratamiento (*SISTRAT*) (2012-2017).

[251] Motivos de egreso: Abandono; Alta Administrativa; Alta Terapéutica; Derivaciones.

Tabla 93: Tasa de completitud de tratamiento para periodo 2012-2015.											
Mujeres 2012			Mujeres 2013			Mujeres 2014			Mujeres 2015		
Puntuación	Frecuencia	%	Puntuación	Frecuencia	%	Puntuación	Frecuencia	%	Puntuación	Frecuencia	%
100	30	3.59	100	10	2.09	100	27	2.67	100	30	2.33
108.3333	15	1.79	108.3333	9	1.88	108.3333	29	2.87	108.3333	25	1.95
116.6667	14	1.67	116.6667	8	1.67	116.6667	28	2.77	116.6667	15	1.17
125	6	0.72	125	6	1.26	125	14	1.38	125	23	1.79
133.3333	8	0.96	133.3333	8	1.67	133.3333	14	1.38	133.3333	19	1.48
141.6667	2	0.24	141.6667	8	1.67	141.6667	9	0.89	141.6667	10	0.78
150	1	0.12	150	8	1.67	150	7	0.69	150	11	0.86
158.3333	3	0.36	158.3333	4	0.84	158.3333	8	0.79	158.3333	6	0.47
166.6667	4	0.48	166.6667	1	0.21	166.6667	6	0.59	166.6667	10	0.78
175	1	0.12	175	5	1.05	175	4	0.4	175	6	0.47
183.3333	4	0.48	183.3333	1	0.21	183.3333	7	0.69	183.3333	4	0.31
191.6667	5	0.6	191.6667	3	0.63	191.6667	3	0.3	191.6667	2	0.16
200	5	0.6	200	1	0.21	200	5	0.49	200	9	0.7
208.3333	1	0.12	208.3333	2	0.42	208.3333	2	0.2	216.6667	3	0.23
216.6667	1	0.12	216.6667	1	0.21	216.6667	1	0.1	225	1	0.08
233.3333	1	0.12	225	1	0.21	225	1	0.1	233.3333	5	0.39
291.6667	1	0.12	250	1	0.21	233.3333	1	0.1	241.6667	2	0.16
300	1	0.12	308.3333	1	0.21	250	4	0.4	250	1	0.08
			550	1	0.21	266.6667	1	0.1	258.3333	2	0.16
						300	1	0.1	266.6667	1	0.08
									275	1	0.08
									283.3333	1	0.08
									291.6667	1	0.08
Suma %		12.3			16.5			17			14.7
Fuente: Elaboración propia a partir Bases anuales del Sistema de Información y Gestión de Tratamiento (*SISTRAT*) (2012-2015).											

Tabla 94: Tasa de completitud de tratamiento para periodo 2016-2017.					
Mujeres 2016			Mujeres 2017		
Puntuación	Frecuencia	%	Puntuación	Frecuencia	%
100	55	3.21	100	48	3.53
108.3333	50	2.92	108.3333	26	1.91
116.6667	36	2.1	116.6667	21	1.55
125	35	2.04	125	23	1.69
133.3333	19	1.11	133.3333	20	1.47
141.6667	18	1.05	141.6667	8	0.59
150	17	0.99	150	8	0.59
158.3333	11	0.64	158.3333	10	0.74
166.6667	13	0.76	166.6667	10	0.74
175	12	0.7	175	5	0.37
183.3333	9	0.53	183.3333	7	0.52
191.6667	9	0.53	191.6667	7	0.52
200	6	0.35	200	7	0.52
208.3333	4	0.23	208.3333	3	0.22
216.6667	2	0.12	216.6667	6	0.44
225	2	0.12	225	1	0.07
233.3333	2	0.12	233.3333	4	0.29
241.6667	1	0.06	250	2	0.15
250	2	0.12	258.3333	3	0.22
258.3333	2	0.12	275	2	0.15
266.6667	2	0.12	283.3333	2	0.15
275	3	0.18			
300	3	0.18			
308.3333	1	0.06			
325	1	0.06			
350	1	0.06			
416.6667	1	0.06			
458.3333	1	0.06			
466.6667	1	0.06			
Suma %		18.7			16.4

Fuente: Elaboración propia a partir Bases anuales del Sistema de Información y Gestión de Tratamiento (*SISTRAT*) (2016-2017).

d. Retención (Ídem Componente 1 - Subcomponente 1)

Tabla 95: Retención para periodo 2012-2017.			
Año	No derivados (egresados) con 90 días (Numerador)	No derivados (egresados) (Denominador)	Retención (%)
2012	450	663	67,9
2013	291	357	81,5
2014	585	789	74,1
2015	683	929	73,5
2016	906	1.270	71,3
2017	673	1.015	66,3
Fuente: Elaboración propia a partir Bases anuales del Sistema de Información y Gestión de Tratamiento (*SISTRAT*) (2012-2017).			

e. Abandono (Ídem Componente 1 - Subcomponente 1).

Tabla 96: Abandono para periodo 2012-2017.			
Año	Abandonos con tratamiento (Numerador)	Usuarios con tratamiento (Denominador)	Abandono (%)
2012	227	844	26,9
2013	166	613	27,1
2014	278	1.191	31,4
2015	344	1.517	22,7
2016	421	1.641	25,7
2017	293	1.507	19,4
Fuente: Elaboración propia a partir Bases anuales del Sistema de Información y Gestión de Tratamiento (*SISTRAT*) (2012-2017).			

f. Experiencia de los equipos de tratamiento (Ídem Componente 1 - Subcomponente 1).

Tabla 97: Profesionales con al menos dos años de experiencia en tratamiento para periodo 2012-2017.			
Año	Número de profesionales de trato directo con al menos 2 años de experiencia en tratamiento (Numerador)	Número de profesionales de trato directo (Denominador)	Porcentaje de profesionales de trato directo con 2 años de experiencia en tratamiento (%)
2012	163	226	72,1
2013	201	290	69,3
2014	209	286	73,1
2015	255	329	77,5
2016	286	375	76,3
2017	S/I	S/I	S/I
Fuente: Elaboración propia a partir Bases Recursos Humanos del Sistema de Información y Gestión de Tratamiento (*SISTRAT*) (2012-2017).			

g. Acceso a atención psiquiátrica de los usuarios

Tabla 98: Profesionales con al menos dos años de experiencia en tratamiento para periodo 2012-2017.			
Año	Usuarios con atención psiquiátrica (Numerador)	Usuarios con diagnóstico (Denominador)	Reciben prestación (%)
2012	519	567	91,5
2013	805	863	93,3
2014	741	684	108,3
2015	1009	1.107	91,1
2016	934	945	98,8
2017	1049	998	105,1
Fuente: Elaboración propia a partir Bases Prestaciones Médicas del Sistema de Información y Gestión de Tratamiento (*SISTRAT*) (2012-2017).			

h. Ejecución del presupuesto

No se tienen datos para calcular el indicador.

i. Prevalencia en el uso de sustancia principal

No se tienen datos para calcular el indicador.

j. Frecuencia en el uso de sustancias

No se tienen datos para calcular el indicador.

k. Ejecución del presupuesto

No se tienen datos para calcular el indicador.

l. Eficiencia en la gestión de recursos

No se tienen datos para calcular el indicador.

Subcomponente 3 - PAC (Calle):

a. Cobertura

En primer lugar, recalcar que la población en situación de calle es especialmente difícil de medir, dadas sus características y movilidad espacial. Dicho esto, el Registro Social Calle del Ministerio de Desarrollo Social en 2017 pesquisó un total de 10610 personas en situación de calle, donde un 15% declaró haber quedado en situación de calle por el consumo de alcohol y/o drogas, por debajo de lo mostrado en 2011 con un 24,4%. Además, en 2011 el mismo registro encontró que un 47,9% tenía problemas con el alcohol y/o drogas, dentro de una muestra de 12255 personas. Se tomó la aproximación de restar ambas cantidades y lograr un cambio anual en el tamaño de la población de 274 personas anuales.

Tabla 99: Cobertura beneficiarios respecto población potencial y objetivo para periodo 2012-2017.				
Año	Número de personas en situación de calle	Personas en situación de calle con consumo problemático	Beneficiarios SENDA	Cobertura (%)
2012	11.981	5.739	S/I	S/I
2013	11.707	5.608	S/I	S/I
2014	11.433	5.476	S/I	S/I
2015	11.159	5.345	429	8
2016	10.885	5.214	393	7,5
2017	10.610	5.082	414	8,1
Fuente: Elaboración propia a partir Bases anuales del Sistema de Información y Gestión de Tratamiento (*SISTRAT*) (2015-2017) y Registro Social Calle 2011 y 2017.				

Cabe decir que probablemente estos cálculos subestiman la población potencial, dada la dificultad en su cuantificación. Así, por ejemplo, para 2011 se estimaban un total de 15000 personas en situación de calle (MIDESO, 2012). Finalmente, se decidió no distinguir entre población potencial y población objetivo, ya que consideramos esta es una población con necesidades prioritarias, por lo demás, no es posible estimar la voluntariedad al no existir dichos datos.

b. Tiempo de espera promedio

No se tienen datos para calcular el indicador.

c. Completitud del tratamiento

Cabe destacar que en las bases técnicas de este subcomponente se estipula como duración del plan entre 12 y 18 meses. Dicho esto, y para mantener la comparabilidad con otros subcomponentes, se decidió estimar el indicador considerando 12 meses como un tratamiento completo.
Por su parte, las bases de datos entregadas por SENDA poseen como unidad de análisis los casos atendidos, y no personas con RUT distintos. En este caso se considera a todos los casos egresados[252] y el número de meses que se estuvo en tratamiento. De esta manera:

$$\text{Completitud} = \text{número de meses en tratamiento}/12*100$$

Esto entrega como resultado un indicador donde casos que obtengan como resultado un número igual o mayor 100 pueden considerarse como completos en tratamiento de acuerdo a lo estipulado en las orientaciones técnicas. Los resultados obtenidos se observan a continuación para cada año:

[252] Motivos de egreso: Abandono; Alta Administrativa; Alta Terapéutica; Derivaciones.

Tabla 100: Tasa de completitud de tratamiento para periodo 2012-2017.	
Año	Tasa completitud (%)
2012	S/I
2013	S/I
2014	S/I
2015	32,5
2016	48,1
2017	47,2
Fuente: Elaboración propia a partir Bases anuales del Sistema de Información y Gestión de Tratamiento (*SISTRAT*) (2015-2017).	

Tabla 101: Tasa de completitud de tratamiento para periodo 2015-2017.								
PAC 2015			PAC 2016			PAC 2017		
Puntuación	Frecuencia	%	Puntuación	Frecuencia	%	Puntuación	Frecuencia	%
100	5	2.54	100	6	3.24	100	6	3.09
108.3333	12	6.09	108.3333	8	4.32	108.3333	5	2.58
116.6667	9	4.57	116.6667	12	6.49	116.6667	4	2.06
125	4	2.03	125	12	6.49	125	5	2.58
133.3333	3	1.52	133.3333	4	2.16	133.3333	2	1.03
141.6667	8	4.06	141.6667	5	2.7	141.6667	6	3.09
150	6	3.05	150	1	0.54	150	3	1.55
158.3333	8	4.06	158.3333	2	1.08	158.3333	7	3.61
166.6667	4	2.03	166.6667	5	2.7	166.6667	2	1.03
175	8	4.06	175	3	1.62	175	5	2.58
183.3333	2	1.02	183.3333	3	1.62	183.3333	4	2.06
191.6667	3	1.52	191.6667	2	1.08	191.6667	5	2.58
200	3	1.52	200	3	1.62	200	4	2.06
208.3333	2	1.02	208.3333	3	1.62	208.3333	1	0.52
216.6667	1	0.51	216.6667	5	2.7	258.3333	1	0.52
225	1	0.51	225	1	0.54	266.6667	1	0.52
233.3333	1	0.51	241.6667	1	0.54	283.3333	1	0.52
241.6667	2	1.02	250	1	0.54	300	1	0.52
250	3	1.52	258.3333	1	0.54			
266.6667	1	0.51	266.6667	1	0.54			
275	1	0.51	275	3	1.62			
283.3333	1	0.51	291.6667	1	0.54			
333.3333	1	0.51	308.3333	1	0.54			
341.6667	1	0.51	316.6667	1	0.54			
391.6667	1	0.51	450	1	0.54			
416.6667	1	0.51	483.3333	1	0.54			
600	1	0.51	516.6667	1	0.54			
			558.3333	1	0.54			
Suma %		47.2			48.1			32.5
Fuente: Elaboración propia a partir Bases anuales del Sistema de Información y Gestión de Tratamiento (*SISTRAT*) (2015-2017).								

d. Retención (Ídem Componente 1 - Subcomponente 1)

Tabla 102: Retención para periodo 2015-2017.			
Año	No derivados (egresados) con 90 días (Numerador)	No derivados (egresados) (Denominador)	Retención (%)
2012	S/I	S/I	S/I
2013	S/I	S/I	S/I
2014	S/I	S/I	S/I
2015	139	169	82,2
2016	137	154	89
2017	152	178	85,4
Fuente: Elaboración propia a partir Bases anuales del Sistema de Información y Gestión de Tratamiento (*SISTRAT*) (2015-2017).			

e. Abandono (Ídem Componente 1 - Subcomponente 1)

Tabla 103: Abandono para periodo 2015-2017.			
Año	Abandonos con tratamiento (Numerador)	Usuarios con tratamiento (Denominador)	Abandono (%)
2012	S/I	S/I	S/I
2013	S/I	S/I	S/I
2014	S/I	S/I	S/I
2015	79	349	22,6
2016	70	334	21
2017	77	355	19,7
Fuente: Elaboración propia a partir Bases anuales del Sistema de Información y Gestión de Tratamiento (*SISTRAT*) (2015-2017).			

f. Experiencia de los equipos de tratamiento

No se tienen datos para calcular el indicador.

g. Acceso a atención psiquiátrica de los usuarios

No se tienen datos para calcular el indicador.

h. Ejecución del presupuesto

No se tienen datos para calcular el indicador.

i. Prevalencia en el uso de sustancia principal

No se tienen datos para calcular el indicador.

j. Frecuencia en el uso de sustancias

No se tienen datos para calcular el indicador.

k. Ejecución del presupuesto

No se tienen datos para calcular el indicador.

l. Eficiencia en la gestión de recursos

No se tienen datos para calcular el indicador.

Componente 2; Tratamiento para adultos infractores de ley.

Subcomponente 1 - Personas Condenadas en Sistema Cerrado Gendarmería de Chile:

a. Cobertura

En primer lugar, se buscó poder establecer el porcentaje de personas condenadas con consumo problemático de drogas y/o alcohol. De acuerdo a información obtenido por CONACE en 2007 un 47% de los condenados presentaba abuso de marihuana y un 34% de cocaína. Por otra parte, la Universidad Católica en conjunto al Ministerio de Justicia realizaron un estudio en 2010 en cárceles de Tarapacá, Los Lagos y la Región Metropolitana, con una muestra de 1657 reclusos(as). Entre sus resultados se pesquisó que un 42% presentaba dependencia a alguna droga el mes antes de cometer el delito por el cual se estaba cumpliendo condena. Además, un 33% presentaba dependencia a cocaína y/o pasta base, un 14% a alcohol y un 24% a marihuana. También, el 14% de la población consultada declara sentir la necesidad de un tratamiento, aumentando a un 26% entre quienes presentaban dependencia el mes antes del delito. Finalmente, se utilizó el 42% de dependientes para determinar consumo problemático.

Cabe destacar que se consideró el promedio de los cierres de mes para cuantificar la población atendida al ser la principal medida comparable entre años disponible en la información entregada por Gendarmería. Por último, se consideró de igual manera a la población potencial y objetivo al ser un grupo prioritario y por las dificultades de identificar de los criterios de focalización a partir de la información entregada por Gendarmería

Tabla 104: Cobertura beneficiarios respecto población potencial y objetivo para periodo 2012-2017.

Año	Promedio Diario de Personas Condenadas en Sistema Cerrado[1]	Personas Condenadas en Sistema Cerrado con consumo problemático	Beneficiarios SENDA [2]	Cobertura (%)
2012	38.202	16.045	S/I	S/I
2013	34.647	14.552	S/I	S/I
2014	31.793	13.353	S/I	S/I
2015	29.975	12.590	381	3
2016	28.946	12.157	477	3,9
2017	26.072	10.950	447	4,1

Fuente: Elaboración propia a partir de Compendio Estadístico Penitenciario 2016 y población penal atendida en julio de 2017 y Bases anuales del Sistema de Información y Gestión de Tratamiento (*SISTRAT*) (2015-2017). [1]Promedio de los cierres de mes: se origina a partir de la existencia mensual al último día del mes, la cual corresponde a la cuenta diaria más todos los movimientos de ese día hasta las 24:00 horas, se promedia aritméticamente los valores de los doce meses, con lo cual se obtiene un valor promedio diario que permitirá resumir el año. [2]No hay registros de beneficiarios de 2012 a 2014.

b. Tiempo de espera promedio

No se tienen datos para calcular el indicador.

c. Completitud del tratamiento

Cabe destacar que en las bases técnicas de este subcomponente se estipula como duración del plan 12 meses, aun cuando cada caso debe ser tratado bajo su Plan de Tratamiento Individual (PTI). Por su parte, las bases de datos entregadas por SENDA poseen como unidad de análisis los casos atendidos, y no personas con RUT distintos. En este caso se considera a todos los casos egresados[253] y el número de meses que se estuvo en tratamiento. De esta manera:

Completitud = número de meses en tratamiento/12*100

Esto entrega como resultado un indicador donde casos que obtengan como resultado un número igual o mayor 100 pueden considerarse como completos en tratamiento de acuerdo a lo estipulado en las orientaciones técnicas. Los resultados obtenidos se observan a continuación para cada año:

Tabla 105: Tasa de completitud de tratamiento para periodo 2015-2017.

Año	Tasa completitud (%)
2012	S/I
2013	S/I
2014	S/I
2015	30,9
2016	34,5
2017	28,1

Fuente: Elaboración propia a partir Bases anuales del Sistema de Información y Gestión de Tratamiento (*SISTRAT*) (2015-2017).

[253] Motivos de egreso: Abandono; Alta Administrativa; Alta Terapéutica; Derivaciones.

Tabla 106: Tasa de completitud de tratamiento para periodo 2015-2017.								
GENCHI 2015			GENCHI 2016			GENCHI 2017		
Puntuación	Frecuencia	%	Puntuación	Frecuencia	%	Puntuación	Frecuencia	%
100	6	3.7	100	6	3.7	100	6	3.7
108.3333	15	9.26	108.3333	15	9.26	108.3333	15	9.26
116.6667	2	1.23	116.6667	2	1.23	116.6667	2	1.23
125	4	2.47	125	4	2.47	125	4	2.47
133.3333	4	2.47	133.3333	4	2.47	133.3333	4	2.47
141.6667	9	5.56	141.6667	9	5.56	141.6667	9	5.56
150	1	0.62	150	1	0.62	150	1	0.62
158.3333	2	1.23	158.3333	2	1.23	158.3333	2	1.23
166.6667	2	1.23	166.6667	2	1.23	166.6667	2	1.23
183.3333	2	1.23	183.3333	2	1.23	183.3333	2	1.23
191.6667	1	0.62	191.6667	1	0.62	191.6667	1	0.62
216.6667	1	0.62	216.6667	1	0.62	216.6667	1	0.62
275	1	0.62	275	1	0.62	275	1	0.62
Suma %		30,9			34,5			28,1
Fuente: Elaboración propia a partir Bases anuales del Sistema de Información y Gestión de Tratamiento (*SISTRAT*) (2015-2017).								

d. Retención (Ídem Componente 1 - Subcomponente 1)

Tabla 107: Retención para periodo 2012-2017.			
Año	No derivados (egresados) con 90 días (Numerador)	No derivados (egresados) (Denominador)	Retención (%)
2012	S/I	S/I	S/I
2013	S/I	S/I	S/I
2014	S/I	S/I	S/I
2015	128	160	80
2016	261	311	83,9
2017	257	214	83,3
Fuente: Elaboración propia a partir Bases anuales del Sistema de Información y Gestión de Tratamiento (*SISTRAT*) (2015-2017).			

e. Abandono (Ídem Componente 1 - Subcomponente 1)

Tabla 108: Abandono para periodo 2012-2017.			
Año	Abandonos con tratamiento (Numerador)	Usuarios con tratamiento (Denominador)	Abandono (%)
2012	S/I	S/I	S/I
2013	S/I	S/I	S/I
2014	S/I	S/I	S/I
2015	11	297	3,7
2016	19	392	4,8
2017	16	353	4,5
Fuente: Elaboración propia a partir Bases anuales del Sistema de Información y Gestión de Tratamiento (*SISTRAT*) (2015-2017).			

f. Experiencia de los equipos de tratamiento

No se tienen datos para calcular el indicador.

g. Acceso a atención psiquiátrica de los usuarios

No se tienen datos para calcular el indicador.

h. Ejecución del presupuesto

No se tienen datos para calcular el indicador.

i. Prevalencia en el uso de sustancia principal

No se tienen datos para calcular el indicador.

j. Frecuencia en el uso de sustancias

No se tienen datos para calcular el indicador.

k. Ejecución del presupuesto

No se tienen datos para calcular el indicador.

l. Eficiencia en la gestión de recursos

No se tienen datos para calcular el indicador.

Subcomponente 2 - Evaluación clínica diagnóstica a imputados con suspensión condicional del procedimiento:

a. Cobertura

b. Tiempo de espera promedio

No se tienen datos para calcular el indicador.

c. Completitud del tratamiento

No se tienen datos para calcular el indicador.

d. Retención (Ídem Subcomponente 1)

No se tienen datos para calcular el indicador.

e. Tasa de abandono para usuarios con tratamiento (Ídem Subcomponente 1).

No se tienen datos para calcular el indicador.

f. Experiencia de los equipos de tratamiento

No se tienen datos para calcular el indicador.

g. Acceso a atención psiquiátrica de los usuarios

No se tienen datos para calcular el indicador.

h. Ejecución del presupuesto

No se tienen datos para calcular el indicador.

i. Prevalencia en el uso de sustancia principal

No se tienen datos para calcular el indicador.

j. Frecuencia en el uso de sustancias

No se tienen datos para calcular el indicador.

k. Ejecución del presupuesto

No se tienen datos para calcular el indicador.

l. Eficiencia en la gestión de recursos

No se tienen datos para calcular el indicador.

Subcomponente 3 - Personas Condenadas a Libertad Vigilada:

a. Cobertura

Se utilizó el mismo criterio que para el subcomponente 1 de este componente, es decir, un 42% con dependencia.

Tabla 109: Cobertura beneficiarios respecto población potencial y objetivo para periodo 2012-2017.

Año	Promedio de personas en Libertad Vigilada[1]	Personas en Libertad Vigilada con consumo problemático	Beneficiarios SENDA	Cobertura (%)
2012	10.979	4.611	S/I	S/I
2013	10.613	4.457	S/I	S/I
2014	9.769	4.103	S/I	S/I
2015	11.386	4.782	393	8,2
2016	12.392	5.205	400	7,7
2017	14.900	6.258	440	7

Fuente: Elaboración propia a partir de Compendio Estadístico Penitenciario 2016 y población penal atendida en julio de 2017 y Bases anuales del Sistema de Información y Gestión de Tratamiento (*SISTRAT*) (2015-2017). [1]Promedio de los cierres de mes: se origina a partir de la existencia mensual al último día del mes, la cual corresponde a la cuenta diaria más todos los movimientos de ese día hasta las 24:00 horas, se promedia aritméticamente los valores de los doce meses, con lo cual se obtiene un valor promedio diario que permitirá resumir el año. [2]No hay registros de beneficiarios de 2012 a 2014.

b. Tiempo de espera promedio

Se tomó la fecha de solicitud de atención y la fecha de primera atención para calcular la diferencia entre ambos. Se identificaron casos en que la fecha de primera atención era anterior a la fecha de solicitud de atención, los que fueron eliminados de las bases de datos respectivas.

Tabla 110: Tiempo de espera promedio (días) para periodo 2012-2017.				
Año	Porcentaje con diferencia negativa	Sumatoria días	Casos con fecha de atención	Promedio de tiempo de espera
2012	S/I	S/I	S/I	S/I
2013	S/I	S/I	S/I	S/I
2014 *	0	1601	172	9,3
2015 **	0	6036	320	18,9
2016 ***	0	3553	207	17,2
2017 ****	0	5001	235	21,3
Fuente: Elaboración propia a partir de Bases demanda del Sistema de Información y Gestión de Tratamiento (*SISTRAT*) (2014-2017).				

c. Completitud del tratamiento

Este componente comprende tres modalidades de tratamiento: (1) Plan de Tratamiento Ambulatorio Intensivo Específico Libertad Vigilada (PAI LV); (2) Plan de Tratamiento Residencial Población General (PR PG); y (3) Plan de Tratamiento Residencial Específico Libertad Vigilada (PR LV). Para el caso de la segunda y tercera modalidad la orientación técnica es que el tratamiento tenga una duración de 3 a 12 meses, mientras que para la primera modalidad la orientación estipula que la duración va a dependen del Plan de Tratamiento Individual (PTI). Dicho esto, se consideró un tiempo de completitud de tratamiento de 12 meses al ser una población prioritaria. Por su parte, las bases de datos entregadas por SENDA poseen como unidad de análisis los casos atendidos, y no personas con RUT distintos. En este caso se considera a todos los casos egresados[254] y el número de meses que se estuvo en tratamiento. De esta manera:

$$\text{Completitud} = \text{número de meses en tratamiento}/12*100$$

Esto entrega como resultado un indicador donde casos que obtengan como resultado un número igual o mayor 100 pueden considerarse como completos en tratamiento de acuerdo a lo estipulado en las orientaciones técnicas. Los resultados obtenidos se observan a continuación para cada año:

[254] Motivos de egreso: Abandono; Alta Administrativa; Alta Terapéutica; Derivaciones.

Tabla 111: Tasa de completitud de tratamiento para periodo 2012-2017.	
Año	Tasa completitud (%)
2012	S/I
2013	S/I
2014	S/I
2015	12
2016	13,8
2017	10,1
Fuente: Elaboración propia a partir Bases anuales del Sistema de Información y Gestión de Tratamiento (*SISTRAT*) (2015-2017).	

Tabla 112: Tasa de completitud de tratamiento para periodo 2015-2017.								
LV 2015			LV 2016			LV 2017		
Puntuación	Frecuencia	%	Puntuación	Frecuencia	%	Puntuación	Frecuencia	%
100	1	0.4	102.7778	1	0.43	100	1	0.36
101.6667	1	0.4	105.8333	1	0.43	100.5556	1	0.36
101.9444	1	0.4	106.1111	1	0.43	101.1111	1	0.36
102.7778	2	0.8	106.3889	1	0.43	101.3889	1	0.36
106.1111	1	0.4	106.9444	2	0.86	101.6667	1	0.36
106.9444	1	0.4	107.2222	2	0.86	103.3333	1	0.36
107.2222	2	0.8	108.0555	2	0.86	103.6111	1	0.36
108.0555	1	0.4	108.3333	1	0.43	103.8889	1	0.36
108.3333	1	0.4	109.1667	1	0.43	104.1667	1	0.36
108.8889	1	0.4	109.4444	2	0.86	105	1	0.36
109.4444	1	0.4	109.7222	2	0.86	106.3889	1	0.36
111.9444	1	0.4	113.0556	1	0.43	106.6667	1	0.36
112.7778	1	0.4	114.7222	1	0.43	107.2222	2	0.71
115	1	0.4	115	1	0.43	108.6111	1	0.36
116.9445	1	0.4	117.2222	1	0.43	110.2778	1	0.36
117.2222	1	0.4	118.8889	1	0.43	111.3889	1	0.36
117.7778	1	0.4	121.1111	1	0.43	111.6667	1	0.36
120	1	0.4	121.6667	1	0.43	113.6111	1	0.36
123.3333	1	0.4	121.9444	1	0.43	114.4444	1	0.36
126.1111	1	0.4	123.6111	1	0.43	114.7222	1	0.36
129.4444	1	0.4	126.9444	1	0.43	115.5556	1	0.36
130.8333	1	0.4	129.4444	1	0.43	116.6667	1	0.36
136.1111	1	0.4	129.7222	1	0.43	117.5	1	0.36
140	1	0.4	130.2778	1	0.43	117.7778	1	0.36
140.2778	1	0.4	130.5556	1	0.43	121.1111	1	0.36
145.8333	1	0.4	132.5	1	0.43	121.9444	1	0.36
148.3333	2	0.8	133.6111	1	0.43	123.3333	1	0.36
			134.1667	1	0.43	126.3889	1	0.36
			135.2778	1	0.43	127.2222	1	0.36

			139.7222	1	0.43	127.5	1	0.36
			140.2778	1	0.43	128.0556	1	0.36
			140.5556	1	0.43	133.3333	1	0.36
			142.2222	1	0.43	134.7222	1	0.36
			142.5	1	0.43	136.9444	1	0.36
			146.1111	1	0.43	139.4444	1	0.36
			148.0556	1	0.43	145.5556	1	0.36
			148.3333	2	0.86	149.4444	1	0.36
			150.5556	1	0.43	150.5556	1	0.36
			151.1111	1	0.43	151.6667	1	0.36
			151.9444	1	0.43	152.5	1	0.36
			153.3333	1	0.43	158.6111	1	0.36
			153.8889	1	0.43	159.4444	1	0.36
			157.2222	1	0.43	163.8889	1	0.36
			159.1667	1	0.43	164.4444	2	0.71
			159.4444	1	0.43	170.2778	1	0.36
			160	1	0.43	175.5556	1	0.36
			160.5556	1	0.43	179.1667	1	0.36
			161.1111	1	0.43	181.6667	1	0.36
			166.9444	1	0.43	182.2222	1	0.36
			172.5	1	0.43	185.5556	1	0.36
			172.7778	1	0.43	192.5	1	0.36
			173.0556	1	0.43	196.3889	1	0.36
			173.3333	1	0.43	210.2778	1	0.36
			183.3333	1	0.43	218.0556	1	0.36
			188.6111	1	0.43	219.4444	1	0.36
			189.4444	1	0.43	238.6111	1	0.36
			191.9444	1	0.43			
			192.5	1	0.43			
			196.9444	1	0.43			
			230	1	0.43			
			233.3333	1	0.43			
Suma %		12			13.8			10.1
Fuente: Elaboración propia a partir Bases anuales del Sistema de Información y Gestión de Tratamiento (*SISTRAT*) (2015-2017).								

d. Retención (Ídem Componente 1 - Subcomponente 1)

Tabla 113: Retención para periodo 2015-2017.			
Año	No derivados (egresados) con 90 días (Numerador)	No derivados (egresados) (Denominador)	Retención (%)
2012	S/I	S/I	S/I
2013	S/I	S/I	S/I
2014	S/I	S/I	S/I
2015	154	177	87
2016	156	174	89,7
2017	161	193	83,4
Fuente: Elaboración propia a partir Bases anuales del Sistema de Información y Gestión de Tratamiento (*SISTRAT*) (2015-2017).			

e. Abandono (Ídem Componente 1 - Subcomponente 1)

Tabla 114: Abandono para periodo 2015-2017.			
Año	Abandonos con tratamiento (Numerador)	Usuarios con tratamiento (Denominador)	Abandono (%)
2012	S/I	S/I	S/I
2013	S/I	S/I	S/I
2014	S/I	S/I	S/I
2015	82	353	23,2
2016	64	338	18,9
2017	63	352	17,9
Fuente: Elaboración propia a partir Bases anuales del Sistema de Información y Gestión de Tratamiento (*SISTRAT*) (2015-2017).			

f. Experiencia de los equipos de tratamiento

No se tienen datos para calcular el indicador.

g. Acceso a atención psiquiátrica de los usuarios

No se tienen datos para calcular el indicador.

h. Ejecución del presupuesto

No se tienen datos para calcular el indicador.

i. Prevalencia en el uso de sustancia principal

No se tienen datos para calcular el indicador.

j. Frecuencia en el uso de sustancias

No se tienen datos para calcular el indicador.

k. Ejecución del presupuesto

No se tienen datos para calcular el indicador.

l. Eficiencia en la gestión de recursos

No se tienen datos para calcular el indicador.

Componente 3: Tratamiento para niños, niñas y adolescentes.

Subcomponente 1 – Tratamiento:

a. Cobertura

Para el cálculo de la **población potencial** se usaron los Estudios Nacionales en Población Escolar 2011-2017. Se consideró consumo problemático adolescentes que presentan alto riesgo (4 puntos o más) por consumo marihuana mediante el uso de la escala CAST (Cannabis Abuse Screening Test) (2013-2017), quienes son prevalentes mes en cocaína o pasta base[255], así como quienes declararon haberse embriagado tres veces durante el último mes[256].

Tabla 115: Cobertura beneficiarios respecto población potencial para periodo 2012-2017.

Periodo	Año	Adolescentes con consumo problemático de alcohol y/o drogas (10 a 18 años) (Denominador)	Beneficiarios SENDA (Numerador)	Cobertura (%)
2011-2012	2012	20.269	S/I	S/I
2013-2014	2013	79.846	S/I	S/I
	2014	79.846	982	1,2
2015-2016	2015	106.268	1.132	1,1
	2016	106.268	1.168	1,1
2017	2017	77.801	1.345	1,7

Fuente: Elaboración propia a partir del Noveno (2011), Décimo (2013), Décimo Primer (2015), Décimo Segundo (2017) Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar y Bases anuales del Sistema de Información y Gestión de Tratamiento (*SISTRAT*) (2014-2017).

Por otra parte, para **cuantificar la voluntariedad** se encontró la pregunta de voluntariedad a necesitar ayuda en la base de Población Escolar (2011) únicamente.

[255] Los Estudios Nacionales en Población Escolar no poseen un test de dependencia a cocaína y pasta base. A juicio del equipo consultor se puede considerar problemático que un adolescente (entre 10 y 18 años) consumo al menos una vez al mes alguna de estas sustancias, por lo que se incluye en los cálculos de población potencial.

[256] Quienes declaran consumir alcohol 5 o más tragos en una sola ocasión en el último mes para 2013-2017 y quienes declaran haberse emborrachado al menos una vez en el último mes para 2012.

Tabla 116: Porcentaje población adolescente con consumo problemático que declara voluntariedad a tratarse.		
Año	Pregunta	% "Sí" en adolescentes con consumo problemático[1]
2011	Durante los últimos 12 meses, ¿has sentido la necesidad de recibir algún tipo de ayuda o tratamiento para disminuir o dejar de consumir alcohol o drogas?	30,3
Fuente: Elaboración propia a partir del Noveno (2011) Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar		

De esta manera, se obtienen los siguientes denominadores y numeradores para el cálculo del indicador de cobertura respecto de la población objetivo son los siguientes:

Tabla 117: Cobertura beneficiarios respecto población objetivo para periodo 2012-2017.				
Periodo	Año	Población adolescente con consumo problemático y con voluntariedad. (Denominador)	Beneficiarios SENDA (Numerador)	Cobertura (%)
2011-2013	2012	6.142	S/I	S/I
	2013	24.193	S/I	S/I
2014-2015	2014	24.193	982	4,1
	2015	32.199	1132	3,5
2016-2017	2016	32.199	1168	3,6
	2017	23.574	1345	5,7
Fuente: Elaboración propia a partir del Noveno (2011), Décimo (2013), Décimo Primer (2015), Décimo Segundo (2017) Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar y Bases anuales del Sistema de Información y Gestión de Tratamiento (*SISTRAT*) (2014-2017).				

b. Tiempo de espera promedio

Se tomó la fecha de solicitud de atención y la fecha de primera atención para calcular la diferencia entre ambos. Se identificaron casos en que la fecha de primera atención era anterior a la fecha de solicitud de atención, los que fueron eliminados de las bases de datos respectivas.

Tabla 118: Tiempo de espera promedio (días) para periodo 2012-2017.				
Año	Porcentaje con diferencia negativa	Sumatoria días	Casos con fecha de atención	Promedio de tiempo de espera
2012	S/I	S/I	S/I	S/I
2013	S/I	S/I	S/I	S/I
2014 *	S/I	S/I	S/I	S/I
2015	0	7103	595	11,9
2016	0	12201	733	16,6
2017	0,2	12265	911	13,5
Fuente: Elaboración propia a partir de Bases demanda del Sistema de Información y Gestión de Tratamiento (*SISTRAT*) (2014-2017). * La base enviada en 2014 correspondía a prestaciones médicas, aun cuando se declaró no existía para este subcomponente. No se logró calcular el indicador para este año a partir de esta base.				

c. Completitud del tratamiento

De acuerdo a las orientaciones técnicas este programa contempla dos modalidades de atención: Ambulatorio Intensivo (PAI IA) y Residencial (PR IA). Solo en el primer caso es definido un tiempo de tratamiento, no obstante, el tiempo definido es variables (de 8 a 24 meses), dependiendo del perfil de complejidad.

Dicho esto, se consideró un tiempo de completitud de tratamiento de 16 meses al ser el punto medio entre ambas orientaciones. Por su parte, las bases de datos entregadas por SENDA poseen como unidad de análisis los casos atendidos, y no personas con RUT distintos. En este caso se considera a todos los casos egresados[257] y el número de meses que se estuvo en tratamiento. De esta manera:

Completitud = número de meses en tratamiento/16*100

Esto entrega como resultado un indicador donde casos que obtengan como resultado un número igual o mayor 100 pueden considerarse como completos en tratamiento de acuerdo a lo estipulado en las orientaciones técnicas. Los resultados obtenidos se observan a continuación para cada año:

Tabla 119: Tasa de completitud de tratamiento para periodo 2012-2017.

Año	Tasa completitud (%)
2012	S/I
2013	S/I
2014	25,9
2015	20,9
2016	21,9
2017	18,4

Fuente: Elaboración propia a partir Bases anuales del Sistema de Información y Gestión de Tratamiento (*SISTRAT*) (2014-2017).

[257] Motivos de egreso: Abandono; Alta Administrativa; Alta Terapéutica; Derivaciones.

Tabla 120: Tasa de completitud de tratamiento para periodo 2014-2017.											
Adolescente 2014			Adolescente 2015			Adolescente 2016			Adolescente 2017		
Puntuación	Frecuencia	%	Puntuación	Frecuencia	%	Puntuación	Frecuencia	%	Puntuación	Frecuencia	%
100	36	3.57	100	24	3.8	100	16	2.64	100	20	2.67
106.25	34	3.38	106.25	27	4.28	106.25	13	2.14	106.25	16	2.14
112.5	33	3.28	112.5	28	4.44	112.5	13	2.14	112.5	16	2.14
118.75	16	1.59	118.75	13	2.06	118.75	8	1.32	118.75	13	1.74
125	19	1.89	125	12	1.9	125	6	0.99	125	8	1.07
131.25	10	0.99	131.25	6	0.95	131.25	5	0.82	131.25	10	1.34
137.5	16	1.59	137.5	9	1.43	137.5	10	1.65	137.5	9	1.2
143.75	14	1.39	143.75	6	0.95	143.75	7	1.15	143.75	4	0.53
150	9	0.89	150	2	0.32	150	5	0.82	150	8	1.07
156.25	8	0.79	156.25	2	0.32	156.25	6	0.99	156.25	3	0.4
162.5	11	1.09	162.5	1	0.16	162.5	10	1.65	162.5	6	0.8
168.75	9	0.89	168.75	1	0.16	168.75	7	1.15	168.75	2	0.27
175	3	0.3	225	1	0.16	175	2	0.33	175	1	0.13
181.25	8	0.79				181.25	6	0.99	181.25	2	0.27
187.5	4	0.4				187.5	4	0.66	187.5	2	0.27
193.75	5	0.5				193.75	4	0.66	193.75	2	0.27
200	3	0.3				200	3	0.49	200	2	0.27
206.25	7	0.7				206.25	4	0.66	206.25	4	0.53
212.5	4	0.4				212.5	3	0.49	212.5	1	0.13
218.75	2	0.2				225	1	0.16	218.75	2	0.27
225	2	0.2							225	1	0.13
237.5	2	0.2							237.5	2	0.27
243.75	2	0.2							243.75	2	0.27
262.5	1	0.1							262.5	1	0.13
287.5	1	0.1							287.5	1	0.13
300	1	0.1									
312.5	1	0.1									
Suma %		25.9			20.9			21.9			18.4
Fuente: Elaboración propia a partir Bases anuales del Sistema de Información y Gestión de Tratamiento (*SISTRAT*) (2014-2017).											

d. Retención (Ídem Componente 1 - Subcomponente 1)

Tabla 121: Retención para periodo 2012-2017.			
Año	No derivados (egresados) con 90 días (Numerador)	No derivados (egresados) (Denominador)	Retención (%)
2012	S/I	S/I	S/I
2013	S/I	S/I	S/I
2014	743	825	90,1
2015	455	521	87,3
2016	430	487	88,3
2017	482	542	88,9
Fuente: Elaboración propia a partir Bases anuales del Sistema de Información y Gestión de Tratamiento (*SISTRAT*) (2014-2017).			

e. Abandono (Ídem Componente 1 - Subcomponente 1)

Tabla 122: Abandono para periodo 2012-2017.			
Año	Abandonos con tratamiento (Numerador)	Usuarios con tratamiento (Denominador)	Abandono (%)
2012	S/I	S/I	S/I
2013	S/I	S/I	S/I
2014	218	877	24,9
2015	146	972	15
2016	149	977	15,3
2017	174	1088	16
Fuente: Elaboración propia a partir Bases anuales del Sistema de Información y Gestión de Tratamiento (*SISTRAT*) (2014-2017).			

f. Experiencia de los equipos de tratamiento

No se tienen datos para calcular el indicador.

g. Acceso a atención psiquiátrica de los usuarios

No se tienen datos para calcular el indicador.

h. Ejecución del presupuesto

No se tienen datos para calcular el indicador.

i. Prevalencia en el uso de sustancia principal

No se tienen datos para calcular el indicador.

j. Frecuencia en el uso de sustancias

No se tienen datos para calcular el indicador.

k. Ejecución del presupuesto

No se tienen datos para calcular el indicador.

l. Eficiencia en la gestión de recursos

No se tienen datos para calcular el indicador.

Componente 4: Tratamiento para adolescentes infractores de ley.

Subcomponente 1 - Tratamiento Integral de Adolescentes y Jóvenes Ingresados por Ley N°20.084:

a. Cobertura

En este caso se tomó información de los adolescentes infractores de ley vigentes desde 2012 a 2015, y los ingresados para 2016 y 2017[258]. Por otra parte, un estudio realizado por la Universidad Católica en 2013[259] a adolescentes infractores de ley de la V, VI y Región Metropolitana muestra que un 64% presenta dependencia a al menos una sustancia[260].

Tabla 123: Cobertura beneficiarios respecto población potencial y objetivo para periodo 2012-2017.

Año	Adolescentes ingresados por Ley Nº20.084 con consumo problemático (Denominador)	Beneficiarios SENDA (Numerador)	Cobertura (%)	Año
2012	8843	4.203	47,5	2012
2013	9043	4.305	47,6	2013
2014	8943	4.425	49,5	2014
2015	8627	4.373	50,7	2015
2016	6784	4.475	66,0	2016
2017	6093	4.402	72,2	2017

Fuente: Elaboración propia a partir de Compendio Estadístico SENAME 2017 y Bases anuales del Sistema de Información y Gestión de Tratamiento (*SISTRAT*) (2012-2017).

Cabe destacar que en este subcomponente existen tratamientos obligatorios como voluntarios. No obstante, a juicio del equipo este grupo corresponde a un grupo prioritario, por lo que no se considera la voluntariedad para definir la población objetivo. Por lo demás, no se conoce de algún estudio que haya medido dicho concepto en esta población en Chile.

b. Tiempo de espera promedio

[258] Los anuarios estadísticos de SENAME no reportan los ingresados para años anteriores a 2016.
[259] Estudio de Trayectorias Delictuales de Jóvenes Infractores de Ley, Instituto de Sociología. La muestra corresponde a 975 adolescentes entre 14 y 23 años.
[260] La dependencia fue pesquisada mediante el instrumento M.I.N.I (Mini-International Neuropsychiatric Interview).

Se tomó la fecha de solicitud de atención y la fecha de primera atención para calcular la diferencia entre ambos. Se identificaron casos en que la fecha de primera atención era anterior a la fecha de solicitud de atención, los que fueron eliminados de las bases de datos respectivas.

Tabla 124: Tiempo de espera promedio (días) para periodo 2012-2017.				
Año	Porcentaje con diferencia negativa	Sumatoria días	Casos con fecha de atención	Promedio de tiempo de espera
2012	S/I	S/I	S/I	S/I
2013	3,72	14097	2017	7
2014 *	2,99	20757	2564	8,1
2015 **	3,34	17949	2487	7,2
2016 ***	2,98	23108	2766	8,4
2017 ****	0	32096	3627	8,9
Fuente: Elaboración propia a partir de Bases demanda del Sistema de Información y Gestión de Tratamiento (*SISTRAT*) (2013-2016).				

c. Completitud del tratamiento

De acuerdo a las orientaciones técnicas este subcomponente posee 4 modalidades de atención: (1) Plan Ambulatorio Intensivo en Medio Privativo de Libertad (PAI MP); (2) Plan Ambulatorio intensivo en Medio Libre (PAI ML); (3) Plan de Tratamiento Residencial (PR); (4) Plan de Tratamiento Ambulatorio Intensivo Secciones Juveniles (PAI SJ). Además de incluyen las hospitalizaciones de corta estadía (UHC). Los tiempos de duración para cada uno son los siguientes:

Tabla 125: Número de meses de tratamiento según modalidad.	
Modalidad	Número de meses
Plan Ambulatorio Intensivo en Medio Privativo de Libertad	12
Plan Ambulatorio intensivo en Medio Libre	12
Plan de Tratamiento Residencial	Según PTI[1]
Plan de Tratamiento Ambulatorio Intensivo Secciones Juveniles	12
Hospitalizaciones de corta estadía	2
Fuente: Elaboración propia a partir de Convenio de Colaboración SENDA-SENAME-GENCHI, 2017. [1]PTI: Plan de Tratamiento Individual.	

Por su parte, las bases de datos entregadas por SENDA poseen como unidad de análisis los casos atendidos, y no personas con RUT distintos. En este caso se considera a todos los casos egresados[261] y el número de meses que se estuvo en tratamiento. De esta manera:

Completitud = número de meses en tratamiento/12*100
Completitud = número de meses en tratamiento/2*100 (UHC)

Esto entrega como resultado un indicador donde casos que obtengan como resultado un número igual o mayor 100 pueden considerarse como completos en tratamiento de acuerdo a lo estipulado en las orientaciones técnicas. Los resultados obtenidos se observan a continuación para cada año:

[261] Motivos de egreso: Abandono; Alta Administrativa; Alta Terapéutica; Derivaciones.

Tabla 126: Tasa de completitud de tratamiento para periodo 2012-2017.	
Año	Tasa completitud (%)
2012	20,1
2013	19,8
2014	21,5
2015	20,5
2016	23,1
2017	17,4
Fuente: Elaboración propia a partir Bases anuales del Sistema de Información y Gestión de Tratamiento (*SISTRAT*) (2012-2017).	

Tabla 127: Tasa de completitud de tratamiento para periodo 2012-2015.											
AD Infractor 2012			AD Infractor 2013			AD Infractor 2014			AD Infractor 2015		
Puntuación	Frecuencia	%	Puntuación	Frecuencia	%	Puntuación	Frecuencia	%	Puntuación	Frecuencia	%
100	103	3.09	100	89	2.36	100	88	2.42	100	24	3.8
108.3333	60	1.8	108.3333	64	1.7	108.3333	75	2.07	106.25	27	4.28
116.6667	45	1.35	116.6667	66	1.75	116.6667	75	2.07	112.5	28	4.44
125	48	1.44	125	71	1.88	125	65	1.79	118.75	13	2.06
133.3333	50	1.5	133.3333	61	1.62	133.3333	70	1.93	125	12	1.9
141.6667	40	1.2	141.6667	36	0.96	141.6667	41	1.13	131.25	6	0.95
150	50	1.5	150	43	1.14	150	52	1.43	137.5	9	1.43
158.3333	38	1.14	158.3333	42	1.11	158.3333	39	1.07	143.75	6	0.95
166.6667	27	0.81	166.6667	35	0.93	166.6667	38	1.05	150	2	0.32
175	26	0.78	175	27	0.72	175	44	1.21	156.25	2	0.32
183.3333	25	0.75	183.3333	31	0.82	183.3333	27	0.74	162.5	1	0.16
191.6667	30	0.9	191.6667	20	0.53	191.6667	22	0.61	168.75	1	0.16
200	14	0.42	200	21	0.56	200	30	0.83	225	1	0.16
208.3333	23	0.69	208.3333	16	0.42	208.3333	20	0.55			
216.6667	12	0.36	216.6667	16	0.42	216.6667	12	0.33			
225	13	0.39	225	7	0.19	225	17	0.47			
233.3333	12	0.36	233.3333	17	0.45	233.3333	18	0.5			
241.6667	7	0.21	241.6667	10	0.27	241.6667	12	0.33			
250	6	0.18	250	11	0.29	250	10	0.28			
258.3333	6	0.18	258.3333	11	0.29	258.3333	8	0.22			
266.6667	6	0.18	266.6667	7	0.19	266.6667	3	0.08			
275	4	0.12	275	6	0.16	275	4	0.11			
283.3333	3	0.09	283.3333	2	0.05	283.3333	2	0.06			
291.6667	6	0.18	291.6667	6	0.16	291.6667	4	0.11			
300	1	0.03	300	5	0.13	300	3	0.08			
308.3333	1	0.03	308.3333	1	0.03						
333.3333	1	0.03	325	3	0.08						
550	2	0.06	333.3333	1	0.03						
600	1	0.03	341.6667	2	0.05						
700	1	0.03	350	1	0.03						

950	1	0.03	358.3333	2	0.05						
991.6667	1	0.03	375	3	0.08						
1191.667	1	0.03	383.3333	2	0.05						
1250	1	0.03	408.3333	1	0.03						
4233.333	1	0.03	416.6667	2	0.05						
25800	1	0.03	425	2	0.05						
			433.3333	1	0.03						
			450	1	0.03						
			491.6667	1	0.03						
			516.6667	1	0.03						
			600	1	0.03						
Suma %		20.1			19.8			21.5			20.9
Fuente: Elaboración propia a partir Bases anuales del Sistema de Información y Gestión de Tratamiento (*SISTRAT*) (2012-2015).											

Tabla 128: Tasa de completitud de tratamiento para periodo 2016-2017.					
Población General 2016			Población General 2017		
Puntuación	Frecuencia	%	Puntuación	Frecuencia	%
100	114	2.99	100	119	3
108.3333	65	1.71	108.3333	49	1.24
116.6667	67	1.76	116.6667	66	1.66
125	69	1.81	125	50	1.26
133.3333	65	1.71	133.3333	32	0.81
141.6667	52	1.37	141.6667	44	1.11
150	58	1.52	150	52	1.31
158.3333	35	0.92	158.3333	21	0.53
166.6667	45	1.18	166.6667	30	0.76
175	24	0.63	175	25	0.63
183.3333	34	0.89	183.3333	24	0.61
191.6667	30	0.79	191.6667	26	0.66
200	17	0.45	200	20	0.5
208.3333	23	0.6	208.3333	22	0.55
216.6667	21	0.55	216.6667	12	0.3
225	15	0.39	225	16	0.4
233.3333	21	0.55	233.3333	9	0.23
241.6667	10	0.26	241.6667	7	0.18
250	8	0.21	250	10	0.25
258.3333	8	0.21	258.3333	7	0.18
266.6667	13	0.34	266.6667	9	0.23
275	6	0.16	275	7	0.18
283.3333	10	0.26	283.3333	5	0.13
291.6667	3	0.08	291.6667	4	0.1
300	4	0.11	300	1	0.03
308.3333	4	0.11	308.3333	1	0.03
316.6667	5	0.13	316.6667	2	0.05
325	7	0.18	325	4	0.1
333.3333	5	0.13	333.3333	2	0.05
341.6667	3	0.08	358.3333	1	0.03

350	3	0.08	366.6667	1	0.03
358.3333	5	0.13	383.3333	1	0.03
366.6667	3	0.08	391.6667	1	0.03
375	3	0.08	416.6667	1	0.03
383.3333	2	0.05	433.3333	3	0.08
391.6667	4	0.11	450	2	0.05
400	2	0.05	500	2	0.05
416.6667	4	0.11			
425	3	0.08			
433.3333	2	0.05			
441.6667	1	0.03			
500	1	0.03			
508.3333	1	0.03			
525	1	0.03			
600	1	0.03			
Suma %		23.1			17.4
Fuente: Elaboración propia a partir Bases anuales del Sistema de Información y Gestión de Tratamiento (*SISTRAT*) (2016-2017).					

d. Retención (Ídem Componente 1 - Subcomponente 1)

Tabla 129: Retención para periodo 2012-2017.			
Año	No derivados (egresados) con 90 días (Numerador)	No derivados (egresados) (Denominador)	Retención (%)
2012	1434	1725	83,1
2013 *	1625	1956	83,1
2014	1626	1946	83,6
2015	1482	1778	83,4
2016	733	901	81,4
2017	1584	1875	84,5
Fuente: Elaboración propia a partir Bases anuales del Sistema de Información y Gestión de Tratamiento (*SISTRAT*) (2012-2017). * No se encontró la variable de días en tratamiento, por lo que se pasó a multiplicar los meses en tratamiento por 30.			

e. Abandono (Ídem Componente 1 - Subcomponente 1)

Tabla 130: Abandono para periodo 2012-2017.			
Año	Abandonos con tratamiento (Numerador)	Usuarios con tratamiento (Denominador)	Abandono (%)
2012	500	3306	15,1
2013	605	3807	15,9
2014	609	3529	17,3
2015	597	3521	17
2016	733	3539	20,7
2017	697	3514	19,8
Fuente: Elaboración propia a partir Bases anuales del Sistema de Información y Gestión de Tratamiento (*SISTRAT*) (2012-2017).			

f. Experiencia de los equipos de tratamiento

Tabla 131: Profesionales con al menos dos años de experiencia en tratamiento para periodo 2012-2017.			
Año	Número de profesionales de trato directo con al menos 2 años de experiencia en tratamiento (Numerador)	Número de profesionales de trato directo (Denominador)	Porcentaje de profesionales de trato directo con 2 años de experiencia en tratamiento (%)
2012	S/I	S/I	S/I
2013	418	659	63,4
2014	421	625	67,4
2015	434	582	74,6
2016	456	609	74,9
2017	S/I	S/I	S/I
Fuente: Elaboración propia a partir Bases Recursos Humanos del Sistema de Información y Gestión de Tratamiento (*SISTRAT*) (2013-2016).			

g. Acceso a atención psiquiátrica de los usuarios

Solo se tiene información para 2017. Se mandó una base de datos con las prestaciones médicas. La base presenta 2979 personas con código identificador único, aun cuando la base posee 4198 casos (distintos a los 4402 beneficiarios con código identificar único a partir de la base anual del servicio).

Tabla 132: Profesionales con al menos dos años de experiencia en tratamiento para periodo 2012-2017.			
Año	Usuarios con atención psiquiátrica (Numerador)	Usuarios con diagnóstico (Denominador)	Reciben prestación (%)
2012	S/I	S/I	S/I
2013	S/I	S/I	S/I
2014	S/I	S/I	S/I
2015	S/I	S/I	S/I
2016	S/I	S/I	S/I
2017	1861	2115	88%
Fuente: Elaboración propia a partir Bases Prestaciones Médicas del Sistema de Información y Gestión de Tratamiento (*SISTRAT*) (2017).			

h. Ejecución del presupuesto

No se tienen datos para calcular el indicador.

i. Prevalencia en el uso de sustancia principal

No se tienen datos para calcular el indicador.

j. Frecuencia en el uso de sustancias

No se tienen datos para calcular el indicador.

k. Ejecución del presupuesto

No se tienen datos para calcular el indicador.

l. Eficiencia en la gestión de recursos

No se tienen datos para calcular el indicador.

Subcomponente 2 - Evaluación Clínica Diagnóstica en Fiscalías para Adolescentes Infractores de Ley imputados:

a. Cobertura

b. Tiempo de espera promedio

No se tienen datos para calcular el indicador.

c. Completitud del tratamiento

No se tienen datos para calcular el indicador.

d. Retención (Ídem Subcomponente 1)

No se tienen datos para calcular el indicador.

e. Tasa de abandono para usuarios con tratamiento (Ídem Subcomponente 1).

No se tienen datos para calcular el indicador.

f. Experiencia de los equipos de tratamiento

No se tienen datos para calcular el indicador.

g. Acceso a atención psiquiátrica de los usuarios

No se tienen datos para calcular el indicador.

h. Ejecución del presupuesto

No se tienen datos para calcular el indicador.

i. Prevalencia en el uso de sustancia principal

No se tienen datos para calcular el indicador.

j. Frecuencia en el uso de sustancias

No se tienen datos para calcular el indicador.

k. Ejecución del presupuesto

No se tienen datos para calcular el indicador.

l. Eficiencia en la gestión de recursos

No se tienen datos para calcular el indicador.

5. Lista de entrevistas realizadas fase evaluación de diseño

Tabla 133: Lista de entrevistas realizadas Fase Evaluación de Diseño			
Institución	Departamento	Personas Entrevistadas	Fecha de Entrevista
SENDA	Área de Tratamiento	Marcela Lara	12-11-2017
SENDA	Área de Tratamiento	Elizabeth Menay	12-11-2017
SENDA	Área de Tratamiento	Magdalena Donoso	12-11-2017
SENDA	Área de Tratamiento	Claudia Quinteros	12-11-2017
SENDA	Área de Integración Social	Francisca Oblitas	23-11-2017
GENCHI	Sección Intervención. Depto. Reinserción Social en el Sistema Cerrado.	María Elena Núñez	22-11-2017
MINSAL	Unidad de Salud Mental. Departamento de GES y Redes Integradas. División de Gestión de la Red Asistencial	Ximena Santander	24-11-2017
MIDESO	Depto. Monitoreo de Programas Sociales. División de Políticas Sociales	Camila Leiva Olivares	27-11-2017
MIDESO	Depto. Monitoreo de Programas Sociales. División de Políticas Sociales	Isabel Contrucci	27-11-2017
SENAME	Depto. Justicia Juvenil	Carolina Báez Hernández	29-11-2017
MIDESO	Programa Personas en situación de Calle Departamento de Operaciones División de Promoción y Protección Social	Valentina Uribe	1-12-2017
Fuente: Elaboración propia.			

6. MML Programa de Tratamiento

NOMBRE DEL PROGRAMAS: Programas de tratamiento, rehabilitación e integración social para personas con Consumo Problemático de Alcohol y Otras Drogas AÑO DE INICIO DEL PROGRAMA: 2000 MINISTERIO RESPONSABLE: Ministerio de Interior y Seguridad Pública SERVICIO RESPONSABLE: Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol OBJETIVO ESTRATÉGICO AL QUE SE VINCULA EL PROGRAMA: Alcohol / Drogas; Protección Social				
ENUNCIADO DEL OBJETIVO	**INDICADORES**		**MEDIOS DE VERIFICACIÓN (Periodicidad de medición)**	**SUPUESTOS**
	Enunciado (Dimensión/Ámbito de Control)	**Fórmula de Cálculo**		
FIN: Contribuir a la recuperación[262] de las personas con consumo problemático de drogas y alcohol	Porcentaje de usuarios egresados del programa que se abstienen del consumo de alcohol y drogas durante el último año o que disminuyen la frecuencia de uso de sustancias	(N° de usuarios que egresan del programa que se abstienen del consumo de alcohol y drogas durante los últimos doce meses o que disminuyen la frecuencia de uso de sustancias durante los últimos 12 meses en el año t / N° de total de usuarios egresados en año t) *100		
	Grado de satisfacción con distintas áreas de la vida (situación laboral, lugar donde vive, relaciones familiares, de amistad y vida en general)	(N° de usuarios que egresan del programa mejorando su grado de satisfacción con distintas áreas de la vida en el año t / N° de total de usuarios egresados en año t) *100		
	Porcentaje de usuarios que egresan del programa mejora su estado de salud mental **(Calidad, Producto)**	(N° de usuarios que egresan del programa que mejora su salud mental en el año t / N° de total de usuarios egresados en año t) *100		
	Porcentaje de usuarios que egresan del programa que mejora su estado de salud física **(Calidad, Producto)**	(N° de usuarios que egresan del programa que mejora su salud mental en el año t / N° de total de usuarios egresados en año t) *100		
	Porcentaje de casos beneficiarios egresados sin *conflictos con la*	(Número de casos beneficiarios egresados sin conflictos con la		

[262] Proceso de cambio sostenido en el tiempo que involucra mejoras en la salud física y mental, el apego a las normas sociales, la integración socioeconómica y el fortalecimiento de las redes familiares de los individuos

	justicia[263] posteriores al tratamiento (**Eficacia, Proceso)**	justicia posteriores al tratamiento en año t / Total de casos beneficiarios egresados del programa en el año t) *100		
	Porcentaje de casos beneficiarios egresados de los programas que se encuentran trabajando y/o estudiando en sistema educativo formal, sobre el total de casos beneficiarios que recibieron los programas. **(Eficacia, Resultado)**	(Número de casos beneficiarios egresados con trabajo formal dependiente con contrato y/o estudiando en sistema educativo formal en año t /Número total de casos beneficiarios egresados del programa en el año t) *100		
	Porcentaje de casos beneficiarios que reestablecen relaciones con figuras significativas luego de su egreso del programa **(Eficacia, Resultado)**	(Número de casos beneficiarios egresados que reestablecen relaciones con figuras significativas en año t/ Número total de casos beneficiarios con relaciones problemáticas con figuras significativas al inicio del programa) *100		
	Nivel de participación en grupos prosociales	(N° de usuarios que egresan del programa mejorando su nivel de participación en grupos prosociales en el año t / N° de total de usuarios egresados en año t) *100		
PROPÓSITO: Las personas que presentan consumo problemático de alcohol y drogas modifican positivamente su patrón de consumo[264]	Porcentaje de usuarios egresados del programa que se abstienen del consumo de alcohol y drogas durante el último mes **(Eficacia, Resultado)**	(Número de usuarios egresados del programa que se abstienen del consumo de alcohol y drogas durante las últimas 4 semanas en el año t / Número total de usuarios egresados del programa) *100	SISTRAT/ (*Medir al egreso)	
	Porcentaje de usuarios egresados del programa que disminuyen la frecuencia de uso de sustancias	(Número de usuarios egresados del programa que reducen su consumo	SISTRAT	

[263] Por conflicto con la justicia se entiende haber sido detenido, formalizado o condenado en el sistema de justicia.

[264] Por patrón de consumo se entiende la prevalencia y frecuencia de uso de la sustancia principal por la que los usuarios ingresan a tratamiento.

	(Eficacia, Resultado)	de sustancia principal[265] en el año t respecto a su situación inicial / Número total de usuarios egresados del programa) *100		
	Porcentaje de ejecución presupuestaria de los programas **(Economía, Resultado)**	(Total de recursos de los programas ejecutados en el año t/ Total de recursos asignados a los programas para el año t) *100		
	Porcentaje de gastos administrativos respecto al gasto total **(Economía, Proceso)**	(Total de gasto de gasto administrativo en año t/ gasto total en año t) *100		
COMPONENTE N°1: Tratamiento y Rehabilitación para Población Adulta con Consumo Problemático de Drogas y Alcohol AÑO DE INICIO DEL PROGRAMA: 2001				
SUBCOMPONENTE 1.1: Tratamiento para población adulta mixta con consumo problemático de sustancias, 3 planes de tratamiento diferenciados (ambulatorio básico, ambulatorio intensivo, residencial). Atención de equipo interdisciplinario.	Porcentaje de cobertura **(Eficacia, Proceso)**	-(Número de casos beneficiarios efectivos año t / Población objetivo[266] año t) *100 -(Número de casos beneficiarios efectivos año t / Población potencial año t) *100		
	Promedio de tiempo de espera desde la fecha de solicitud de atención hasta la fecha de la primera citación en el centro **(Calidad, Producto)**	(Sumatoria de días de espera desde la fecha de solicitud de atención hasta la fecha de la primera citación en el año t/N° total de personas con primera citación en el año t)	SISTRAT	Supuesto de existencia de suficientes centros y profesionales en el país y en cada región para tratar y rehabilitar a personas adultas con consumo problemático.

[265] La reducción de consumo de sustancia principal se entenderá como la diferencia entre el auto-reporte de consumo de sustancia principal en *días de consumo de última semana y el autoreporte de la misma variable al momento del ingreso al programa.*

[266]**Población objetivo:** Personas que declaren haber requerido tratamiento/voluntariedad a tratamiento

	Tasa de completitud del tratamiento de los casos beneficiarios que egresan del programa **(Calidad, producto)**	[(Número de unidades de atención[267] recibidas por caso beneficiario al egreso en año t/ Número de unidades de atención planificadas para el caso beneficiario a su ingreso)-1] *100		
	Porcentaje de casos beneficiarios egresados que permanecen 90 o más días en tratamiento[268] **(Eficacia, Proceso)**	(Número de casos beneficiarios egresados que permanecen 90 o más días en tratamiento en el año t / Número de casos beneficiarios egresados de tratamiento en el año t) *100		
	Porcentaje de casos beneficiarios que abandonan el programa antes de lo planificado **(Eficacia, Proceso)**	(Número de casos beneficiarios egresados que abandona el programa antes de lo planificado en el año t / Número total de casos beneficiarios en el año t) *100		
	Porcentaje de profesionales del equipo de trato directo con al menos dos años de experiencia en tratamiento (**Calidad, Proceso)**	(Número de profesionales del equipo de trato directo con al menos dos años de experiencia en tratamiento/Número total de profesionales del equipo de trato directo) *100		Supuesto de que haya suficientes profesionales en el país y en cada región.
	Porcentaje de casos beneficiarios con comorbilidad psiquiátrica diagnosticada que acceden a atención psiquiátrica (**Calidad, Proceso)**	(Número de casos beneficiarios con comorbilidad psiquiátrica diagnosticada que acceden a atención psiquiátrica /Número total de casos beneficiarios con comorbilidad psiquiátrica) *100		Supuesto de que haya suficientes profesionales psiquiatras en el país y en cada región.
	Porcentaje de meses de tratamiento[269] efectivamente	(Número de meses de tratamiento efectivamente pagados en el año t		

[267] Las "unidades de atención", dependen de cada modalidad de plan de tratamiento. Por ejemplo, para los programas residenciales, la unidad de tratamiento pueden ser días, mientras que para los ambulatorios, sesiones. Esto se debe convenir con la contraparte del estudio y SENDA.
[268] Se excluyen del análisis los usuarios cuyo motivo de egreso es Derivación, dado que esto responde a continuidad de tratamiento en otro programa.
[269] Se entenderá por meses de tratamiento pagados aquellos efectivamente realizados, válidos para pago.

	pagados con respecto a lo convenido **(Economía, Producto)**	/Número de meses de tratamiento convenidos para el año t) *100		
SUBCOMPONENTE 1.2: Tratamiento y Rehabilitación Especifico para Mujeres: 2 planes de tratamiento diferenciados (ambulatorio intensivo, residencial). Atención de equipo interdisciplinario. Considera perspectiva de género, ofrece cuidado infantil en espacios físicos dispuestos para usuarias de tratamiento ambulatorio, e ingreso a tratamiento con hijos preferentemente menores a 5 años para usuarias de tratamiento residencial.	Porcentaje de Cobertura **(Eficacia, Proceso)**	-(Número de casos beneficiarios efectivos año t / Población objetivo[270] año t) *100 -(Número de casos beneficiarios efectivos año t / Población potencial año t) *100		Supuesto de que mujeres presentan barreras de acceso específicas. Ejemplo: el tener que cuidar a los hijos o estar embarazada limita la opción de ir al tratamiento.
	Promedio de tiempo de espera desde la fecha de solicitud de atención hasta la fecha de la primera citación en el centro[271] **(Calidad, Producto)**	(Sumatoria de días de espera desde la fecha de solicitud de atención hasta la fecha de la primera citación en el año t/N° total de personas con primera citación en el año t)		Supuesto de existencia de suficientes centros y profesionales en el país y en cada región para tratar y rehabilitar a mujeres con consumo problemático.
	Tasa de completitud del tratamiento de los casos beneficiarios que egresan del programa **(Calidad, producto)**	[(Número de unidades de atención[272] recibidas por caso beneficiario al egreso en año t/ Número de unidades de atención planificadas para el caso beneficiario a su ingreso)-1] *100		
	Porcentaje de casos beneficiarios egresados que permanecen 90 o más días en tratamiento[273] **(Eficacia, Proceso)**	(Número de casos beneficiarios egresados que permanecen 90 o más días en tratamiento en el año t / Número de casos beneficiarios		

[270] **Población objetivo:** Personas que declaren haber requerido tratamiento/voluntariedad a tratamiento

[271] Se considerará solamente la demanda de atención de las mujeres que realizan en los centros que cuentan con programas específicos de mujeres.

[272] Las "unidades de atención", dependen de cada modalidad de plan de tratamiento. Por ejemplo, para los programas residenciales, la unidad de tratamiento pueden ser días, mientras que para los ambulatorios, sesiones. Esto se debe convenir con la contraparte del estudio y SENDA.

[273] Se excluyen del análisis los usuarios cuyo motivo de egreso es Derivación, dado que esto responde a continuidad de tratamiento en otro programa.

		egresados de tratamiento en el año t) *100		
	Porcentaje de casos beneficiarios que abandona el programa antes de lo planificado **(Eficacia, Proceso)**	(Número de casos beneficiarios egresados que abandona el programa antes de lo planificado en el año t / Número total de casos beneficiarios en el año t) *100		
	Porcentaje de profesionales del equipo de trato directo con al menos dos años de experiencia en tratamiento (**Calidad, Proceso)**	(Número de profesionales del equipo de trato directo con al menos dos años de experiencia/Número total de profesionales del equipo de trato directo) *100		Supuesto de que haya suficientes profesionales en el país y en cada región.
	Porcentaje de casos beneficiarios con comorbilidad psiquiátrica diagnosticada que acceden a atención psiquiátrica (**Calidad, Proceso)**	(Número de casos beneficiarios con comorbilidad psiquiátrica diagnosticada que acceden a atención psiquiátrica /Número total de casos beneficiarios con comorbilidad psiquiátrica) *100		Supuesto de que haya suficientes profesionales psiquiatras en el país y en cada región.
	Porcentaje de meses de tratamiento efectivamente pagados con respecto a lo convenido[274] **(Economía, Producto)**	(Número meses de tratamiento efectivamente pagados en el año t /Número meses de tratamiento convenidos para el año t) *100		
SUBCOMPONENTE 1.3: Tratamiento y rehabilitación del consumo problemático de sustancias para personas en situación de calle (PSC) (Rehabilitación): Plan	Porcentaje de Cobertura **(Eficacia, Proceso)**	-(Número de casos beneficiarios efectivos año t / Población objetivo[276] año t) *100 -(Número de casos beneficiarios efectivos año t / Población potencial año t) *100	Catastros nacionales de Personas en Situación de Calle (PSC). SISTRAT (Sistema de Información y Gestión de	Supuesto de que el "Programa de Calle" del Ministerio de Desarrollo Social, derive a personas en situación de calle mayores de 18 años con consumo problemático a tratamiento SENDA.

[274] Se entenderá por meses de tratamiento pagados aquellos efectivamente realizados, válidos para pago.
[276]**Población objetivo:** Personas que declaren haber requerido tratamiento/voluntariedad a tratamiento

Ambulatorio Comunitario (PAC)[275]			los Programas de Tratamiento.)	Supuesto de buen funcionamiento de catastro MIDESO
	Promedio de tiempo de espera desde la fecha de solicitud de atención hasta la fecha de la primera citación en el centro **(Calidad, Producto)**	(Sumatoria de días de espera desde la fecha de solicitud de atención hasta la fecha de la primera citación en el año t/N° total de personas con primera citación en el año t)		Supuesto de existencia de suficientes centros y profesionales en el país y en cada región para tratar y rehabilitar a personas adultas en situación de calle con consumo problemático.
	Tasa de completitud del tratamiento de los casos beneficiarios que egresan del programa **(Calidad, producto)**	[(Número de unidades de atención[277] recibidas por caso beneficiario al egreso en año t/ Número de unidades de atención planificadas para el caso beneficiario a su ingreso)-1] *100		
	Porcentaje de casos beneficiarios egresados que permanecen 90 o más días en tratamiento[278] **(Eficacia, Proceso)**	(Número de casos beneficiarios egresados que permanecen 90 o más días en tratamiento en el año t / Número de casos beneficiarios egresados de tratamiento en el año t) *100		
	Porcentaje de casos beneficiarios que abandona el programa antes de lo planificado **(Eficacia, Proceso)**	(Número de casos beneficiarios egresados que abandona el programa antes de lo planificado en el año t / Número total de casos beneficiarios en el año t) *100		

[275] PAC: modalidad ambulatoria comunitaria con intervenciones en terreno y en un dispositivo de tratamiento. Trabajo complementario entre equipo gestor de calle (de MDS) que realiza soporte psicosocial, con equipo de tratamiento que realiza atención integral.
El PAC considera un diseño metodológico orientado a facilitar el acceso y permanencia de estas personas en un proceso de tratamiento, desarrollando estrategias de trabajo en terreno, en el lugar donde se ubican las personas en calle. 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.
[277] Las "unidades de atención", dependen de cada modalidad de plan de tratamiento. Por ejemplo, para los programas residenciales, la unidad de tratamiento pueden ser días, mientras que para los ambulatorios, sesiones. Esto se debe convenir con la contraparte del estudio y SENDA.
[278] Se excluyen del análisis los usuarios cuyo motivo de egreso es Derivación, dado que esto responde a continuidad de tratamiento en otro programa.

	Porcentaje de profesionales del equipo de trato directo con al menos dos años de experiencia en tratamiento (**Calidad, Proceso)**	(Número de profesionales del equipo de trato directo con al menos dos años de experiencia/Número total de profesionales del equipo de trato directo) *100		Supuesto de que haya suficientes profesionales en el país y en cada región.
	Porcentaje de casos beneficiarios con comorbilidad psiquiátrica diagnosticada que acceden a atención psiquiátrica (**Calidad, Proceso)**	(Número de casos beneficiarios con comorbilidad psiquiátrica diagnosticada que acceden a atención psiquiátrica /Número total de casos beneficiarios con comorbilidad psiquiátrica) *100		Supuesto de que haya suficientes profesionales psiquiatras en el país y en cada región.
	Porcentaje de meses de tratamiento efectivamente pagados con respecto a lo convenido[279] **(Economía, Producto)**	(Número meses de tratamiento efectivamente pagados en el año t /Número meses de tratamiento convenidos para el año t) *100		
COMPONENTE N°2: Tratamiento a Adultos Infractores Consumidores Problemáticos de Drogas y Alcohol AÑO DE INICIO DEL PROGRAMA: 2000				
SUBCOMPONENTE: 2.1: Tratamiento a personas condenadas privadas de libertad que presenten consumo problemático de sustancias que hayan cumplido la mitad de su tiempo de condena y se encuentran a un año de postular a beneficio intrapenitenciario (salida dominical) y que se presenten en forma voluntaria.	Porcentaje de Cobertura **(Eficacia, Proceso)**	-(Número de casos beneficiarios efectivos año t / Población objetivo año t) *100 -(Número de casos beneficiarios efectivos año t / Población potencial año t) *100		
	Promedio de tiempo de espera desde la fecha de solicitud de atención del área técnica de la unidad penal hasta la fecha de la primera atención en el CTA[280]. **(Calidad, Producto)**	(Sumatoria de días de espera desde la fecha de solicitud de atención hasta la fecha de la primera atención en el año t/N° total de personas con primera atención en el CTA en el año t		Supuesto de existencia de suficientes CTA y profesionales en las cárceles del país y en cada región para tratar y rehabilitar a adultos infractores con consumo

[279] Se entenderá por meses de tratamiento pagados aquellos efectivamente realizados, válidos para pago.
[280] Se entenderá por tratamiento en el CTA (Centro de Tratamiento de Adicciones) el ingreso a la primera etapa del tratamiento correspondiente al trabajo motivacional denominado Alto Umbral o Tratamiento por Eje.

				problemático dentro de los centros penitenciarios.
	Tasa de completitud del tratamiento de los casos beneficiarios que egresan del programa **(Calidad, producto)**	[(Número de unidades de atención[281] recibidas por caso beneficiario al egreso en año t/ Número de unidades de atención planificadas para el caso beneficiario a su ingreso)] *100	Tratamiento (anual)	
	Porcentaje de casos beneficiarios egresados que permanecen 90 o más días en tratamiento[282] **(Eficacia, Proceso)**	(Número de casos beneficiarios egresados que permanecen 90 o más días en tratamiento en el año t / Número de casos beneficiarios egresados de tratamiento en el año t) *100	Nómina de egresados de Programas de	
	Porcentaje de casos beneficiarios que abandona el programa antes de lo planificado **(Eficacia, Proceso)**	(Número de casos beneficiarios egresados que abandona el programa antes de lo planificado en el año t / Número total de casos beneficiarios en el año t) *100		
	Porcentaje de profesionales del equipo de trato directo con al menos dos años de experiencia en tratamiento (**Calidad, Proceso)**	(Número de profesionales del equipo de trato directo con al menos dos años de experiencia/Número total de profesionales del equipo de trato directo) *100		Supuesto de que haya suficientes profesionales en el país y en cada región.
	Porcentaje de casos beneficiarios con comorbilidad psiquiátrica diagnosticada que acceden a atención psiquiátrica (**Calidad, Proceso)**	(Número de casos beneficiarios con comorbilidad psiquiátrica diagnosticada que acceden a atención psiquiátrica /Número total de casos beneficiarios con comorbilidad psiquiátrica) *100		Supuesto de que haya suficientes profesionales psiquiatras en el país y en cada región.
	Porcentaje de ejecución presupuestaria del componente	(Total de recursos ejecutados del componente en el año t/ Total de	Informe Presupuestario	

[281] Las "unidades de atención", dependen de cada modalidad de plan de tratamiento. Por ejemplo, para los programas residenciales, la unidad de tratamiento pueden ser días, mientras que para los ambulatorios, sesiones. Esto se debe convenir con la contraparte del estudio y SENDA.
[282] Se excluyen del análisis los usuarios cuyo motivo de egreso es Derivación, dado que esto responde a continuidad de tratamiento en otro programa.

	(Economía, Producto)	recursos asignados al componente para el año t) *100		
SUBCOMPONENTE 2.2: Evaluación clínica diagnóstica a imputados con suspensión condicional del procedimiento. Personas que presenten consumo de drogas y alcohol, que sean candidatos para la suspensión condicional de procedimiento (SCP) y que presenten voluntariedad.	Porcentaje de Cobertura **(Eficacia, Proceso)**	-(Número de casos beneficiarios efectivos año t / Población objetivo año t) *100 -(Número de casos beneficiarios efectivos año t / Población potencial año t) *100		
	Porcentaje de casos beneficiarios con riesgo alto en ASSIST con confirmación diagnóstica positiva **(Eficacia, Proceso)**	(Número de casos beneficiarios con confirmación positiva durante el año t /Nº de casos beneficiarios que arrojan riesgo alto en ASSIST en el año t) *100	Software MINJUS	
SUBCOMPONENTE 2.3: Tratamiento para adultos infractores en Libertad Vigilada (LV) con consumo problemático de sustancias.	Porcentaje de Cobertura **(Eficacia, Proceso)**	-(Número de casos beneficiarios efectivos año t / Población objetivo año t) *100 -(Número de casos beneficiarios efectivos año t / Población potencial año t) *100		
	Promedio de tiempo de espera desde la fecha de solicitud de atención hasta la fecha de la primera atención en el centro **(Calidad, Producto)**	(Sumatoria de días de espera desde la fecha de solicitud de atención hasta la fecha de la primera atención en el año t/N° total de personas con primera atención en el año t)		Supuesto de existencia de suficientes centros y profesionales en el país y en cada región para tratar y rehabilitar a adultos infractores en LV con consumo problemático.
	Tasa de completitud del tratamiento de los casos beneficiarios que egresan del programa **(Calidad, producto)**	[(Número de unidades de atención[283] recibidas por caso beneficiario al egreso en año t/ Número de unidades de atención planificadas para el caso beneficiario a su ingreso)] *100		

[283] Las "unidades de atención", dependen de cada modalidad de plan de tratamiento. Por ejemplo, para los programas residenciales, la unidad de tratamiento pueden ser días, mientras que para los ambulatorios, sesiones. Esto se debe convenir con la contraparte del estudio y SENDA.

	Porcentaje de casos beneficiarios egresados que permanecen 90 o más días en tratamiento[284] **(Eficacia, Proceso)**	(Número de casos beneficiarios egresados que permanecen 90 o más días en tratamiento en el año t / Número de casos beneficiarios egresados de tratamiento en el año t) *100		
	Porcentaje de casos beneficiarios que abandona el programa antes de lo planificado **(Eficacia, Proceso)**	(Número de casos beneficiarios egresados que abandona el programa antes de lo planificado en el año t / Número total de casos beneficiarios en el año t) *100		
	Porcentaje de profesionales del equipo de trato directo con al menos dos años de experiencia en tratamiento (**Calidad, Proceso)**	(Número de profesionales del equipo de trato directo con al menos dos años de experiencia/Número total de profesionales del equipo de trato directo) *100		Supuesto de que haya suficientes profesionales en el país y en cada región.
	Porcentaje de casos beneficiarios con comorbilidad psiquiátrica diagnosticada que acceden a atención psiquiátrica (**Calidad, Proceso)**	(Número de casos beneficiarios con comorbilidad psiquiátrica diagnosticada que acceden a atención psiquiátrica /Número total de casos beneficiarios con comorbilidad psiquiátrica) *100		Supuesto de que haya suficientes profesionales psiquiatras en el país y en cada región.
	Porcentaje de meses de tratamiento efectivamente pagados con respecto a lo convenido[285] **(Economía, Producto)**	(Número meses de tratamiento efectivamente pagados en el año t /Número meses de tratamiento convenidos para el año t) *100		
COMPONENTE N°3: Tratamiento y Rehabilitación para Niños y Adolescentes con Consumo Problemático de Alcohol y Otras Drogas AÑO DE INICIO DEL PROGRAMA: 2015				
SUBCOMPONENTE 3.1: Tratamiento y rehabilitación a niños, niñas y adolescentes	Porcentaje de Cobertura **(Eficacia, Proceso)**	-(Número de casos beneficiarios efectivos año t / Población objetivo año t) *100		

[284] Se excluyen del análisis los usuarios cuyo motivo de egreso es Derivación, dado que esto responde a continuidad de tratamiento en otro programa.
[285] Se entenderá por meses de tratamiento pagados aquellos efectivamente realizados, válidos para pago.

tratados por consumo de alcohol y otras drogas, intervenidos a través de modalidades de intervención diferenciadas de acuerdo a nivel de necesidad (ambulatorio intensivo, residencial).		-(Número de casos beneficiarios efectivos año t / Población potencial año t) *100		
	Promedio de tiempo de espera desde la fecha de solicitud de atención hasta la fecha de la primera atención en el centro **(Calidad, Producto)**	(Sumatoria de días de espera desde la fecha de solicitud de atención hasta la fecha de la primera atención en el año t/N° total de personas con primera atención en el año t)	SISTRAT	Supuesto de existencia de suficientes centros y profesionales en el país y en cada región para tratar y rehabilitar niños, niñas y adolescentes con consumo problemático.
	Tasa de completitud del tratamiento de los casos beneficiarios que egresan del programa **(Calidad, producto)**	[(Número de unidades de atención[286] recibidas por caso beneficiario al egreso en año t/ Número de unidades de atención planificadas para el caso beneficiario a su ingreso)] *100	Nómina de egresados de Programas de Tratamiento (anual)	
	Porcentaje de casos beneficiarios egresados que permanecen 90 o más días en tratamiento[287] **(Eficacia, Proceso)**	(Número de casos beneficiarios egresados que permanecen 90 o más días en tratamiento en el año t / Número de casos beneficiarios egresados de tratamiento en el año t) *100		
	Porcentaje de casos beneficiarios que abandona el programa antes de lo planificado **(Eficacia, Proceso)**	(Número de casos beneficiarios egresados que abandona el programa antes de lo planificado en el año t / Número total de casos beneficiarios en el año t) *100	Informe Presupuestario	
	Porcentaje de profesionales del equipo de trato directo con al menos dos años de experiencia en tratamiento (**Calidad, Proceso)**	(Número de profesionales del equipo de trato directo con al menos dos años de experiencia/Número total de profesionales del equipo de trato directo) *100		Supuesto de que haya suficientes profesionales en el país y en cada región.
	Porcentaje de casos beneficiarios con comorbilidad psiquiátrica	(Número de casos beneficiarios con comorbilidad psiquiátrica diagnosticada que acceden a		Supuesto de que haya suficientes profesionales

[286] Las "unidades de atención", dependen de cada modalidad de plan de tratamiento. Por ejemplo, para los programas residenciales, la unidad de tratamiento pueden ser días, mientras que para los ambulatorios, sesiones. Esto se debe convenir con la contraparte del estudio y SENDA.
[287] Se excluyen del análisis los usuarios cuyo motivo de egreso es Derivación, dado que esto responde a continuidad de tratamiento en otro programa.

	diagnosticada que acceden a atención psiquiátrica (**Calidad, Proceso)**	atención psiquiátrica /Número total de casos beneficiarios con comorbilidad psiquiátrica) *100		psiquiatras en el país y en cada región.
	Porcentaje de meses de tratamiento efectivamente pagados con respecto a lo convenido[288] **(Economía, Producto)**	(Número meses de tratamiento efectivamente pagados en el año t /Número meses de tratamiento convenidos para el año t) *100		
COMPONENTE 4: Tratamiento Integral de Adolescentes y Jóvenes Ingresados por Ley N°20.084 con Consumo Problemático de Alcohol y Drogas (ex Tratamiento para Adolescentes con Consumo Problemático de Drogas) AÑO DE INICIO DEL PROGRAMA: 2007				
SUBCOMPONENTE 4.1: Tratamiento Integral de Adolescentes Infractores de Ley con consumo problemático de alcohol-drogas y otros Trastornos de Salud Mental [289]	Porcentaje de Cobertura **(Eficacia, Proceso)**	-(Número de casos beneficiarios efectivos año t / Población objetivo año t) *100 -(Número de casos beneficiarios efectivos año t / Población potencial año t) *100		
	Promedio de tiempo de espera desde la fecha de solicitud de atención hasta la fecha de la primera atención en el centro **(Calidad, Producto)**	(Sumatoria de días de espera desde la fecha de solicitud de atención hasta la fecha de la primera atención en el año t/N° total de personas con primera citación en el año t)	SISTRAT	Supuesto de existencia de suficientes centros y profesionales en el país y en cada región para tratar y rehabilitar jóvenes y adolescentes con consumo problemático.

[288] Se entenderá por meses de tratamiento pagados aquellos efectivamente realizados, válidos para pago.

[289] Intervención especializada realizada por equipo multidisciplinario con adolescentes con sanción accesoria de tratamiento por consumo problemático de alcohol/drogas; con sanción principal, sin accesoria o con medida cautelar (imputados).En medio privativo la intervención se desarrolla en Centro CIP-CRC (imputados y sancionados) tanto el tratamiento intensivo como hospitalización de corta estadía; o ambulatorio intensivo en sección juvenil (Genchi).En medio libre, los planes son ambulatorios intensivos, residenciales y unidades de corta estadía (imputados y sancionados).

	Tasa de completitud del tratamiento de los casos beneficiarios que egresan del programa **(Calidad, producto)**	[(Número de unidades de atención[290] recibidas por caso beneficiario al egreso en año t/ Número de unidades de atención planificadas para el caso beneficiario a su ingreso)] *100	Informe Presupuestario	
	Porcentaje de casos beneficiarios egresados que permanecen 90 o más días en tratamiento[291] **(Eficacia, Proceso)**	(Número de casos beneficiarios egresados que permanecen 90 o más días en tratamiento en el año t / Número de casos beneficiarios egresados de tratamiento en el año t) *100	Nómina de egresados de Programas de Tratamiento (anual)	
	Porcentaje de casos beneficiarios que abandona el programa antes de lo planificado **(Eficacia, Proceso)**	(Número de casos beneficiarios egresados que abandona el programa antes de lo planificado en el año t / Número total de casos beneficiarios en el año t) *100		
	Porcentaje de profesionales del equipo de trato directo con al menos dos años de experiencia en tratamiento (**Calidad, Proceso)**	(Número de profesionales del equipo de trato directo con al menos dos años de experiencia/Número total de profesionales del equipo de trato directo) *100		Supuesto de que haya suficientes profesionales en el país y en cada región.
	Porcentaje de casos beneficiarios con comorbilidad psiquiátrica diagnosticada que acceden a atención psiquiátrica (**Calidad, Proceso)**	(Número de casos beneficiarios con comorbilidad psiquiátrica diagnosticada que acceden a atención psiquiátrica /Número total de casos beneficiarios con comorbilidad psiquiátrica) *100		Supuesto de que haya suficientes profesionales psiquiatras en el país y en cada región.
	Porcentaje de meses de tratamiento efectivamente pagados con respecto a lo convenido[292] **(Economía, Producto)**	(Número meses de tratamiento efectivamente pagados en el año t /Número meses de tratamiento convenidos para el año t) *100	Informe Presupuestario	

[290] Las "unidades de atención", dependen de cada modalidad de plan de tratamiento. Por ejemplo, para los programas residenciales, la unidad de tratamiento pueden ser días, mientras que para los ambulatorios, sesiones. Esto se debe convenir con la contraparte del estudio y SENDA.
[291] Se excluyen del análisis los usuarios cuyo motivo de egreso es Derivación, dado que esto responde a continuidad de tratamiento en otro programa.
[292] Se entenderá por meses de tratamiento pagados aquellos efectivamente realizados, válidos para pago.

SUBCOMPONENTE 4.2: Evaluación Clínica Diagnóstica en Fiscalías para Adolescentes Infractores de Ley imputados[293]	Porcentaje de Cobertura **(Eficacia, Proceso)**	(Número de casos beneficiarios que ingresan a Ministerio Público con levantamiento de sospecha por consumo problemático de drogas / Número de casos beneficiarios ingresados a Ministerio Público) *100		Supuesto de que Ministerio Público aplica levantamiento de sospecha a todos los adolescentes infractores de la Ley
	Porcentaje de casos beneficiarios con sospecha de consumo problemático de drogas con evaluación clínica (**Eficacia, Proceso)**	(Número de casos beneficiarios con evaluación clínica en el año t / Número de casos beneficiarios con sospecha de consumo problemático de drogas en el año t) *100		
	Porcentaje de ejecución de presupuesto transferido **(Economía, Producto)**	(Presupuesto ejecutado durante el año t/Presupuesto transferido durante el año t) *100		
ACTIVIDADES: 1.1 Se realiza un Diagnóstico integral. 1.2 Se diseña una Plan de Tratamiento Individual. 1.3 Programa de preparación para el egreso. 1.4 Programa de seguimiento (discutir si aplica para todos los programas) La intervención se realiza desde un trabajo intersectorial				

[293] Sistema de evaluación clínica diagnóstica del consumo problemático de drogas y alcohol en Adolescentes con infracción de ley que ingresan a las Fiscalías Metropolitana Sur, Metropolitana Occidente y Metropolitana Oriente, con audiencias de control de detención o con audiencias programadas.

7. MML Programa de Integración Social Chile Integra

NOMBRE DEL PROGRAMA: Integración Social Chile Integra AÑO DE INICIO DEL PROGRAMA: 2013 MINISTERIO RESPONSABLE: Ministerio de Interior y Seguridad Pública SERVICIO RESPONSABLE: Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol OBJETIVO ESTRATÉGICO AL QUE SE VINCULA EL PROGRAMA: Alcohol / Drogas; Protección Social				
ENUNCIADO DEL OBJETIVO	**INDICADORES**		**MEDIOS DE VERIFICACIÓN (Periodicidad de medición)**	**SUPUESTOS**
	Enunciado (Dimensión/Ámbito de Control)[294]	**Fórmula de Cálculo**		
FIN: Contribuir a la recuperación de las personas con consumo problemático de drogas y alcohol	Porcentaje de usuarios que egresan del programa mejora su estado de salud mental **(Calidad, Producto)**	(N° de usuarios que egresan del programa que mejora su salud mental en el año t / N° de total de usuarios egresados en año t) *100		
	Porcentaje de usuarios que egresan del programa que mejora su estado de salud física **(Calidad, Producto)**	(N° de usuarios que egresan del programa que mejora su salud mental en el año t / N° de total de usuarios egresados en año t) *100		
	Porcentaje de casos beneficiarios egresados sin *conflictos con la justicia*[295] posteriores al tratamiento (**Eficacia, Proceso)**	(Número de casos beneficiarios egresados sin conflictos con la justicia posteriores al tratamiento en año t / Total de casos beneficiarios egresados del programa en el año t) *100		
	Porcentaje de casos beneficiarios egresados de los programas que se encuentran trabajando y/o estudiando en sistema educativo formal, sobre el total de casos beneficiarios que recibieron los programas. **(Eficacia, Resultado)**	(Número de casos beneficiarios egresados con trabajo formal dependiente con contrato y/o estudiando en sistema educativo formal en año t /Número total de casos beneficiarios egresados del programa en el año t) *100		

[294] Ver Capítulo X de documento "Evaluación de Programas. Notas Técnicas", División de Control de Gestión, DIPRES, 2009; en www.dipres.cl, Publicaciones, Sistema de Evaluación y Control de Gestión.
Se debe incluir indicadores adecuados para medir las cuatro dimensiones del desempeño del Programa a nivel de propósito y componentes, según corresponda. En particular en el caso de los componentes, teniendo presente su naturaleza, considerar la pertinencia de la aplicación de las diferentes dimensiones y ámbitos de los indicadores.
Incluir los indicadores que forman parte del sistema de monitoreo interno del programa y/o del Sistema de Información de gestión del PMG institucional.
[295] Por conflicto con la justicia se entiende haber sido detenido, formalizado o condenado en el sistema de justicia.

	Porcentaje de casos beneficiarios que reestablecen relaciones con figuras significativas luego de su egreso del programa **(Eficacia, Resultado)**	(Número de casos beneficiarios egresados que reestablecen relaciones con figuras significativas en año t/ Número total de casos beneficiarios con relaciones problemáticas con figuras significativas al inicio del programa) *100		
PROPÓSITO: Las personas que presentan consumo problemático de alcohol y drogas se integran a la sociedad a través del desarrollo de habilidades, el mejoramiento de condiciones laborales, de habitabilidad, y la vinculación a beneficios sociales	Porcentaje de usuarios que disminuyen sus necesidades de integración al egreso del programa **(Eficacia, Resultado).**	(Número de usuarios que disminuyen[296] sus necesidades de integración al egreso del programa / Total de usuarios en año t) *100	Sistemas de registros de Integración social (anual)	
	Porcentaje de ejecución presupuestaria de los programas **(Economía, Recursos)**	(Total de recursos de los programas ejecutados en el año t/ Total de recursos asignados a los programas en el año t) *100		
	Porcentaje de usuarios egresados del programa y egresados de tratamiento de drogas, que no reingresan a un programa de drogas **(Eficacia, Resultado).**	(Número de usuarios que egresados del programa y egresados de tratamiento de drogas, no reingresan a un programa de drogas/ Total de usuarios egresados del programa y del tratamiento en año t) *100		
	Porcentaje de gastos administrativos respecto al gasto total **(Economía, Proceso)**	(Gasto administrativo total en año t / Gasto total en año t) *100		
COMPONENTE N°1 Viviendas de apoyo a la integración social (VAIS)	Porcentaje de cobertura **(Eficacia, Proceso)**	(Nº de beneficiarios VAIS en año t / Población objetivo[297] año t) *100		
	Porcentaje de casos beneficiarios que egresan por cumplimiento de objetivos en VAIS **(Eficacia, Producto)**	(Nº de casos beneficiarios que egresan por cumplimiento de objetivos en VAIS en el año t / NÚMERO de beneficiarios de VAIS en el año t) *100		
	Porcentaje de meses de vivienda utilizados **(Economía, Producto)**	(Número de meses de vivienda efectivamente utilizados en el año t/ Número de meses de vivienda licitados en el año t) *100		
	Porcentaje de usuarios satisfechos con la vivienda de apoyo **(Calidad, Producto)**	(Número de usuarios satisfechos con la vivienda de apoyo en el año t / Número de beneficiarios VAIS en año t) *100		

[296] Se asume un indicador de necesidades que clasifica en necesidades alta, media y baja, se asume que cualquier disminución (alta a media, media a baja, alta a baja) será considerada dentro del numerador de este indicador.

[297] **Población objetivo:** Personas postulantes a beneficio VAIS que cumplen con el perfil de beneficiarios definido por el programa.

COMPONENTE N°2 Habilitación en competencias para la integración social (CIAM)	Porcentaje de casos beneficiarios que se habilitan en al menos una competencia en talleres CIAM en el año t **(Eficacia, Proceso)**	(Número de casos beneficiarios que se habilitan en al menos una competencia en talleres CIAM en el año t / NÚMERO de personas que participan en los talleres CIAM en el año t) *100		
	Porcentaje de casos beneficiarios satisfechos con los talleres de habilitación en competencias **(Calidad, Producto)**	(Número de casos beneficiarios satisfechos con los talleres de habilitación en competencias en el año t / Número de personas que participan en los talleres CIAM en el año t) *100		
COMPONENTE N°3 Orientación sociolaboral (OSL)	Porcentaje de casos beneficiarios que acceden a OSL **(Eficacia, Proceso)**	(Nº de casos beneficiarios que acceden a OSL en el año t / Nº total de casos beneficiarios que lo requieren en el año t) *100	.	
	Porcentaje de personas que egresan por cumplimiento de objetivos en OSL **(Eficiencia, Producto)**	(Nº de casos beneficiarios de personas que egresan por cumplimiento de objetivos en OSL en el año t / NÚMERO de personas que participan en OSL en el año t) *100		
	Porcentaje de casos beneficiarios satisfechos con OSL **(Calidad, Producto)**	(Número de casos beneficiarios satisfechos con OSL en el año t / Número de personas que participan en OSL en el año t) *100		
	Porcentaje de cupos de orientación sociolaboral[298] ejecutados **(Eficiencia, Producto)**	(Número de cupos de orientación sociolaboral efectivamente ocupados/Número de orientación sociolaboral convenidos) *100		
	Porcentaje de casos beneficiarios que acceden a OSL **(Eficacia, Proceso)**	(Nº de casos beneficiarios que acceden a OSL en el año t / Nº total de casos beneficiarios que lo requieren en el año t) *100		
COMPONENTE N°4 Vinculación a beneficios sociales	Porcentaje de personas que se vinculan con beneficios sociales	(Nº de casos beneficiarios que se vinculan con beneficios sociales en el año t / Nº de personas con necesidades de vinculación a beneficios sociales en el año t) *100		
	Porcentaje de casos beneficiarios satisfechos con vinculación a beneficios sociales **(Calidad, Producto)**	(Número de casos beneficiarios satisfechos con vinculación a beneficios sociales en el año t / Nº de personas que se vinculan con beneficios sociales en el año t) *100		
ACTIVIDADES:				

[298] Por "cupo de orientación sociolaboral efectivamente ocupado" se entiende toda persona que tiene ficha de ingreso a OSL y que al menos ha recibido 1 intervención durante el último mes.

-Asesoría especializada en el diseño y concreción de un plan de vida a mediano y largo plazo (Componente VAIS)
-Talleres de habilitación en competencias para la integración social a través de la herramienta metodológica "Portafolio CIAM" (Componente CIAM).
-Asesoría para superar factores que limitan el acceso a empleo y para mejorar condiciones de empleabilidad (Componente OSL).
-Articulación de red intersectorial (Componente 4)

8. Indicadores de desempeño Programa de Tratamiento

Subcomponente	Nivel de indicador	Nombre	Fórmula	Dimensión
Componente 1: Tratamiento y Rehabilitación para Población Adulta con Consumo Problemático de Drogas y Alcohol				
(1) Tratamiento y Rehabilitación para Población Adulta Mixta con Consumo Problemático de Drogas y Alcohol; (2) Tratamiento y Rehabilitación Específico para Mujeres; (3) Tratamiento y Rehabilitación del consumo problemático para personas en situación de calle	Nivel de Propósito	Porcentaje de egresados del programa con logro terapéutico intermedio-alto en año t	(N° de egresados del programa con logro terapéutico intermedio-alto en año t / N° total de beneficiarios que egresan del programa en año)*100	Eficacia
		Porcentaje de egresados del programa con permanencia igual o superior a 90 días en el año t	(N° de personas egresadas que permanecieron en tratamiento por 90 días o más en el año t/ N° total de personas que egresan de tratamiento en el año t)*100	Eficacia
	Nivel de Sub-Componentes	Porcentaje de unidades de Tratamiento Ejecutados	(N° de unidades de tratamiento pagadas para población adulta mixta con consumo problemático de sustancias, alcohol y/u otras drogas efectivamente ejecutados en año t/ N° total de unidades de Tratamiento convenidos año t)	Eficiencia
			(N° de unidades de tratamiento efectivamente ejecutados para mujeres embarazadas o con hijos menores de 5 años en el año t/ N° total de unidades de Tratamiento convenidos año t)	Eficiencia

			(N° de unidades de tratamiento efectivamente ejecutados para personas en situación de calle en el año t/ N° total de unidades de Tratamiento convenidos año t)	Eficiencia
	Nivel de Cobertura	Cobertura Efectiva	(Beneficiarios año t/ población objetivo año t)*100	
		Brecha de cobertura	(Beneficiarios año t/ población potencial año t)*100	
Componente 2: Tratamiento a Adultos Infractores Consumidores Problemáticos de Drogas y Alcohol				
Tratamiento a Adultos Infractores Consumidores Problemáticos de Drogas y Alcohol	Nivel de Propósito	Porcentaje de personas egresadas que permanecen 90 días o más en tratamiento en el año t	(N° de personas egresadas que se mantienen 90 días o más en tratamiento en el año t/ N° de personas condenadas que egresan de tratamiento en el año t)*100	Calidad
		Porcentaje de personas que egresan del programa de tratamiento, con alta terapéutica	(N° de personas condenadas que egresan con alta terapéutica del programa de tratamiento a adultos infractores en el año t/ N° de personas condenadas que egresan de tratamiento a adultos infractores en el año t)*100	Eficacia
	Nivel de Componentes	Porcentaje de personas ingresadas que permanecen 90 días o más en tratamiento y que cuentan con primera evaluación de estado de avance en el año t	(N° de personas ingresadas que permanecen 90 días o más y cuentan con primera evaluación de estado de avance en el año t/ N° de personas ingresadas que permanecen 90 días o más en tratamiento en el año t)*100	Eficacia

		Porcentaje de personas con SCP que cuentan con evaluación clínica diagnóstica	(N° de personas con SCP que cuentan con evaluación clínica diagnóstica en el año t/ N° de personas con SCP que cuentan con evaluación clínicas diagnóstica planificadas en el año t)	Calidad
	Nivel de Cobertura	Cobertura Efectiva	(Beneficiarios año t/ población objetivo año t)*100	
		Brecha de cobertura	(Beneficiarios año t/ población potencial año t)*100	
Tratamiento para Población Consumidora de Drogas y Alcohol en Libertad Vigilada	Nivel de Propósito	Porcentaje de logro terapéutico	(N° de personas con logro terapéutico intermedio alto en año t/ N° de personas egresadas en año t)*100	Eficacia
		Porcentaje de retención	(N° de personas egresadas en el año t que permanecen 90 o más días en tratamiento/ N° de personas egresadas en año t)*100	Calidad
	Nivel de Sub-Componentes	Porcentaje de personas tratadas	(N° de personas tratadas en el programa libertad vigilada en el año t/ N° de personas planificadas a atender en el programa de libertad vigilada en el año t)*100	Eficacia
		Porcentaje de capacitaciones realizadas	(N° de capacitaciones realizadas en el año t/N° de capacitaciones planificadas en el año t)*100	Eficacia
		Porcentaje de centros asesorados	(N° centros de LV que reciben asesorías de gestor de calidad en el transcurso del año t/N° de centros LV existentes en el año t)*100	Eficacia

	Nivel de Cobertura	Cobertura Efectiva	(Beneficiarios año t/ población objetivo año t)*100	
		Brecha de cobertura	(Beneficiarios año t/ población potencial año t)*100	
Componente 3: Tratamiento y Rehabilitación para Niños, Niñas y Adolescentes con Consumo Problemático de Alcohol y Otras Drogas				
Tratamiento y Rehabilitación para Niños y Adolescentes con Consumo Problemático de Alcohol y Otras Drogas	Nivel de Propósito	Porcentaje de niños, niñas y adolescentes que egresan del programa con logro terapéutico intermedio/alto en año t	(N° de niños, niñas y adolescentes que egresan del programa con logro terapéutico intermedio alto en año t/ N° de personas egresadas en año t)*100	Eficacia
		Porcentaje de niños, niñas y adolescentes que se mantuvieron en tratamiento 90 días o más en el programa	(N° de niños, niñas y adolescentes egresados en el año t que permanecen 90 o más días en tratamiento/ N° de personas egresadas en año t)*100	Eficacia
	Nivel de Componentes	Porcentaje de unidades de Tratamiento Ejecutados	(N° de unidades de tratamiento realizadas por los equipos del programa ejecutadas en el año t / N° total de unidades de tratamiento convenidas en el año t)*100	Eficacia
		Porcentaje de equipos profesionales y técnicos de tratamiento y rehabilitación asesorados	(N° de equipos profesionales y técnicos de tratamiento y rehabilitación del programa asesorados en el año t / N° de equipos profesionales y técnicos de tratamiento y rehabilitación del programa en el año t)*100	Eficacia

		Porcentaje de equipos de tratamiento y rehabilitación del programa con profesionales y/o técnicos capacitados	(N° de equipos del programa con profesionales y/o técnicos capacitados en el año t / N° de equipos del programa en el año t)*100	Eficacia
	Nivel de Cobertura	Cobertura Efectiva	(Beneficiarios año t/ población objetivo año t)*100	
		Brecha de cobertura	(Beneficiarios año t/ población potencial año t)*100	
Componente 4: Tratamiento Integral de Adolescentes y Jóvenes ingresados por Ley N°20.084 con Consumo Problemático de Alcohol y Drogas				
Tratamiento Integral de Adolescentes y Jóvenes ingresados por Ley N°20.084 con Consumo Problemático de Alcohol y Drogas	Nivel de Propósito	Porcentaje de personas egresadas que permanecen 90 días o más en tratamiento en el año t	(N° de personas egresadas en el año t que permanecen 90 o más días en tratamiento/ N° de personas egresadas en año t)*100	Eficiencia
		Porcentaje de egresados del programa con logro terapéutico intermedio-alto en año t	(N° de personas con logro terapéutico intermedio alto en año t/ N° de personas egresadas en año t)*100	Eficacia
	Nivel de Componentes	Porcentaje de unidades de Tratamiento Ejecutados	(N° de unidades de tratamiento de los programas de infractores de ley de los convenios Prestadores-SENDA efectivamente ejecutados en el año t / N° total de unidades de tratamiento convenidas en el año t) * 100	Eficiencia
		Porcentaje de evaluaciones clínicas realizadas en el año t	(N° de evaluaciones clínicas realizadas en el año t / N° total de evaluaciones clínicas planificadas para el año t)*100	Eficacia
	Nivel de Cobertura	Cobertura Efectiva	(Beneficiarios año t/ población objetivo año t)*100	

		Brecha de cobertura	(Beneficiarios año t/ población potencial año t)*100	
FUENTE: Elaboración propia a partir de Informes de Seguimiento de Programas Sociales 2017				

9. Indicadores de desempeño Programa de Integración

PROGRAMA DE INTEGRACIÓN SOCIAL				
	Nivel de Propósito	Porcentaje de usuarios que disminuyen sus necesidades de integración social	(N° de personas que pasan de altas a medias necesidades en el año t + N° de personas que pasan de altas a bajas necesidades en el año t + personas que pasan de medias a bajas necesidades en el año t/ N° de personas con diagnóstico inicial de altas o medias necesidades en el año t)*100	Eficacia
		Porcentaje de usuarios que mantienen bajas necesidades de integración social	(N° de personas que en el año t ingresan con bajas necesidades y las mantienen al momento del egreso / N° total de personas con diagnóstico bajas necesidades al ingreso en el año t)*100	Eficacia
	Nivel de Componentes	Porcentaje de unidades de orientación sociolaboral efectivamente ocupadas, en relación a las unidades de orientación sociolaboral convenidas en el año t	(N° de unidades de orientación sociolaboral efectivamente ocupadas en el año t/ N° total de unidades de orientación sociolaboral convenidas en el año t)*100	Eficiencia
		Porcentaje de personas habilitadas en competencias, en relación a las personas que permanecen más de tres meses en tratamiento de población general en el año t	(N° de usuarios habilitados en competencias en el año t/ N° de usuarios que permanecen más de 3 meses en tratamiento de población general en el año t)*100	Eficiencia
	Nivel de Cobertura	Cobertura Efectiva	(Beneficiarios año t/ población objetivo año t)*100	
		Brecha de cobertura	(Beneficiarios año t/ población potencial año t)*100	
Fuente: Elaboración propia a partir de Informes de Seguimiento de Programas Sociales 2017				

10. Criterios para selección de programas

Dentro del Programa de Tratamiento, se consideró importante relevar, por un lado, el Componente de Población Adulta General por tener una población potencial y objetivo mayor en comparación a los componentes dirigidos a población adulta en conflicto con la justicia o infanto-adolescente general (Ver Punto III. 4., para más información).

No obstante, dentro del mismo Programa de Tratamiento no se quiso perder de vista el estudio del Componente Tratamiento Integral de Adolescentes y Jóvenes Ingresados por Ley N°20.084 con Consumo Problemático de Alcohol y Drogas, porque se considera -en primer lugar-un criterio sustantivo, ya que dicha población es de especial vulnerabilidad social dado el periodo del ciclo vital en el que se encuentran sumado a su contacto con el sistema penal, por lo que el equipo evaluador lo considera un grupo prioritario. En efecto, sobresale que al comparar la cobertura de los distintos programas dirigidos a población infanto-adolescente, ésta tiene mayor magnitud (cinco veces superior) en los programas orientados hacia infractores que los dirigidos a adolescentes en general, tal como se evidenció anteriormente (Ver Punto III. 4.).

A su vez, dentro de cada Componente elegido del Programa de Tratamiento (Población Adulta y Población Adolescente Infractora), se hace necesario focalizar aún más el estudio, ya que cada uno cuenta con distintas modalidades de atención– plan ambulatorio básico (PAB), plan ambulatorio intensivo (PAI) y plan residencial (PR) –; además, estas últimas dos modalidades cuentan con focalización en ciertas poblaciones específicas.

Por una parte, en el caso de Población Adulta, primó el criterio de seleccionar las modalidades (i) PAI y (ii) PR, porque en éstas se destina más presupuesto en un mes de tratamiento en comparación a PAB (tal como se señala en la Tabla 134). Además, existe evidencia que indica que intervenciones breves orientadas a brindar consejería y fomentar la motivación al cambio no tienen mayores efectos sobre los usuarios (Poblete, y otros, 2017), lo que –extendiéndose a modalidades de atención– permite sostener la hipótesis que mientras mayor es la intensidad del tratamiento, habrá un mayor efecto. De manera que se clarifica el interés por estudiar las modalidades más intensivas de atención. Al mismo tiempo, se decide incorporar en ambas modalidades de tratamiento seleccionadas (PAI, PR) no sólo las dirigidas a público general sino también las que se focalizan en mujeres[299], con el objetivo de no sub-representar a este último grupo y también porque esto permite ampliar el universo posible de participantes en el estudio. En efecto, tras observar la cantidad de usuarios ingresados por cada modalidad, PAI (considerando PAI focalizado en mujeres) posee una cobertura mayor de usuarios que PAB, tal como se expone en la Tabla 135.

[299] Si bien esta focalización en mujeres es considerada por SENDA como un programa diferenciado, su principal característica es que el tratamiento incluye intervenciones que atienden a las necesidades específicas de este grupo, por lo que para efectos de la evaluación serán considerados como programas de tratamiento equivalentes.

Tabla 134: Pago de Meses de Planes de Tratamiento asignados según programa de interés, Población Adulta						
Programa	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**
PAB	$ 77.700	$ 88.790	$ 90.921	$ 93.649	$ 97.208	$ 100.124
PAI	$ 224.840	$ 256.930	$ 263.096	$ 270.989	$ 281.287	$ 289.726
PR	$ 435.020	$ 497.110	$ 509.041	$ 524.312	$ 544.236	$ 560.563
Fuente: Información provista por SENDA, valores vigentes al 2017.						

Tabla 135: Ingresos por programa durante 2016, Población Adulta en la Región Metropolitana														
	Mes													
Programa	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Media*	Total**
PAB	216	183	214	227	231	227	218	213	166	169	140	89	191	2.293
PAI	269	253	286	270	301	268	256	266	212	182	176	79	235	2.818
PR	106	66	73	73	83	80	75	71	63	59	66	35	71	850
**Promedio de ingresos mensuales, 2016.* ***Total ingresos 2016* *Fuente: Información provista por SENDA*														

Tabla 136: Cantidad de personas atendidas en 2016, Población adolescente infractora a nivel nacional			
Plan		Personas atendidas	
		N	%
Medio Libre	PAI	3.518	59,6%
	PR	293	5,0%
	UHC	243	4,1%
Medio privativo de libertad	Centros SENAME, PAI	1.772	30,0%
	Secciones Juveniles, PAI	78	1,3%
TOTAL		5.904	100,0%
Fuente: Informe de Evaluación Técnica 2016, SENDA			

Por otro lado, en el caso de Adolescentes Infractores se debe notar que existen diferencias importantes dependiendo de la condena que deben cumplir los jóvenes, ya que tanto el perfil de usuarios como la provisión del tratamiento varía al contrastar contextos privativos de libertad con sanciones en el medio libre. Lo anterior implica que los costos operativos y logísticos sean distintos para uno y otro contexto, por lo que se decidió evaluar únicamente los tratamientos dirigidos a adolescentes que cumplen su medida o sanción en el medio libre, debido a que la cobertura de usuarios es muy superior a la de los programas de tratamiento en el contexto privativo de libertad (Ver Tabla 136). Luego, habiendo seleccionado los programas orientados a adolescentes en el medio libre, se debe notar que no existe la modalidad ambulatoria básica, pero en este caso se dispone de la modalidad de hospitalización por corta estadía (UHC), por lo que se debía elegir entre UHC, PAI y PR, ya que una vez más, el perfil de usuarios y tipo

de tratamiento es disímil entre estas modalidades, lo que implica esfuerzos metodológicos y logísticos que fue preciso acotar. Con respecto a la UHC, se utilizó el mismo criterio mencionado para excluir PAB en Población Adulta, ya que se descartó por constituirse como un plan breve (una duración aproximada de 2 meses) por lo que se priorizaron modalidades más intensivas. Luego, ante la disyuntiva de elegir PAI o PR se optó por elegir el primero, debido a que su mayor cobertura. Por último, se debe destacar que debido a las dificultades constatadas una vez en terreno para acceder a esta población, se decidió -en lugar de abordarla desde un enfoque cuantitativo- realizar con ésta una aproximación cualitativa.

11. Encuesta a Usuarios

11.1 Línea de base

Cabe mencionar que se elaboraron dos versiones del mismo cuestionario, uno para menores de edad, y otro para mayores de edad, que se diferencian únicamente en el lenguaje con que se formula el fraseo de las preguntas.

- Módulo 1: Selección de la muestra

A través de 4 preguntas, se buscó establecer la viabilidad de participación en el estudio. En otras palabras, que las personas encuestadas cumplieran las características requeridas para la elegibilidad de participar. A saber, que, a partir de su fecha de ingreso al programa, se cumplieran menos de 30 días de tratamiento, y, en segundo lugar, en caso de que haya participado de algún otro programa en los últimos 12 meses, su tiempo de participación en ellos no puede exceder los 3 meses de tratamiento.

- Módulo 2: Características sociodemográficas

Incluye preguntas para identificar las características sociodemográficas de las y los encuestados. Entre los aspectos considerados, se identifica el estado civil, la comuna y barrio de residencia, así como también el tiempo que lleva viviendo ahí, la situación educacional, y, por último, la situación laboral de las personas encuestadas.

- Módulo 3: Patrón de consumo de sustancias

El tercer módulo fue orientado a identificar el patrón de consumo de sustancias. Dentro de este concepto, se incluyen tres subcategorías de análisis. En primer lugar, se identifica el tipo y la prevalencia de consumo, definiendo la sustancia principal de consumo, el consumo de otras sustancias[300] y su frecuencia de consumo. En segundo lugar, se identifica la presencia de riesgo y consumo problemático, en base a las preguntas de la Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-IV (SCID), diseñada y validada en español el año 1998, para evaluar la dependencia de sustancias (First, Spitzer, Gibbson, Williams, & Smith-Benjamin, 1998). En tercer y último lugar, se presentan cuatro submódulos, para cada una de las sustancias más prevalentes (alcohol, marihuana, pasta base y cocaína). En cada uno de estos módulos, se evalúa la edad de inicio de consumo y los días en que ha consumido en el último mes, por el otro.

- Módulo 4: Salud

En primer lugar, se pregunta sobre experiencias previas en programas de tratamientos de drogas, con el fin de elaborar un historial de atención. En segundo lugar, se incorporan preguntas que buscan identificar la autopercepción de las personas encuestadas en torno a su necesidad y disposición a recibir tratamiento, elaboradas en base a la escala de evaluación del cambio de la universidad de Rhode Island (URICA), cuyo objetivo es evaluar el nivel de disposición y actitudes en relación al cambio (McConnaugy, Prochaska, & Velicer, 1983). La escala fue validada para población drogodependiente el año 2015 (Flores, Faccio, & Luque,

[300] Sustancias consideradas: alcohol, tabaco, marihuana, pasta base, cocaína, tranquilizantes, inhalables, crack, éxtasis, heroína, alucinógenos sintéticos, alucinógenos de origen natural, metanfetaminas, anfetaminas, y, modafinilos.

2015). En tercer lugar, se evalúa el estado de salud tanto física como mental, de manera general, buscando identificar enfermedades crónicas, la percepción de estado de salud que tienen las y los encuestados sobre sí mismos. En cuarto lugar, se consulta sobre los antecedentes de salud relacionados al consumo de sustancias en los últimos seis meses. En quinto y último lugar, se incluyeron las preguntas que conforman la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional M.I.N.I., para evaluar salud mental. Este instrumento se encuentra validado por psicólogos y psiquiatras, y se compone de 16 submódulos, donde cada uno se utiliza para diagnosticar e identificar la presencia de un trastorno neuropsiquiátrico, resultando en un total de 16 trastornos[301]. Por último, se pregunta sobre la percepción de satisfacción que las personas encuestadas tienen sobre su vida en general, al momento de realizarse la encuesta.

- Módulo 5: Redes de apoyo

En primera instancia, se realiza una breve caracterización del lugar de residencia, identificando el tipo de residencia, y el nivel de satisfacción con ella. En segundo lugar, se incluyeron preguntas que buscan explorar la composición de los hogares, identificando con quiénes vive actualmente la persona entrevistada, y si alguna de las personas con la que convive, tiene problemas de consumo de alcohol. En tercer y cuarto lugar, se caracteriza las relaciones familiares, y de pares, respectivamente. En último lugar, se indaga en torno a la participación en actividades sociales y locales, con el fin de identificar posibles redes de apoyo.

- Módulo 6: Patrón de consumo de sustancias

Busca identificar los eventos disruptivos que han ocurrido en la vida de los usuarios y las situaciones de transgresión a la norma que han llevado a cabo las y los encuestados, asignando un submódulo para cada uno de estos elementos. Con respecto al primero, se pregunta sobre los eventos disruptivos vividos en los últimos 12 meses, considerando situaciones de violencia vividas (intrafamiliar, sexual, etc.), problemas de salud, muertes de cercanos, entre otros. Con respecto a la transgresión de la norma, se indaga en los hechos constitutivos de delito cometidos, tanto procesados como no procesados por el sistema de justicia.

- Módulo 7: Percepciones del encuestador/a

Orientado al encuestador, busca levantar la percepción de consistencia y calidad de la información obtenida. Incluye un cuadro de observaciones, para registrar posibles situaciones anómalas durante la aplicación de la entrevista.

[301] Los trastornos son: episodio depresivo mayor; trastorno distímico; riesgo de suicidio; episodio (hipo)maníaco; trastorno de angustia; agorafobia; fobia social (trastorno de ansiedad social); trastorno obsesivo compulsivo; estado por estrés postraumático; abuso y dependencia de alcohol; trastornos asociados al uso de sustancias psicoactivas no alcohólicas; trastornos psicóticos; anorexia nerviosa; bulimia nerviosa; trastorno de ansiedad generalizada; trastorno antisocial de la personalidad.

A continuación, se describe el contenido específico de cada módulo (**Tabla 137**).

Tabla 137: Módulos, preguntas e indicadores que conforman encuesta sobre tratamiento de drogas – Línea Base		
Módulo	Preguntas	Indicadores
Datos encuestados	-	Folio, centro, folio centro, nombres, apellido materno y paterno, fecha nacimiento, sexo, edad, dirección, código SISTRAT
Datos terreno	-	Nombre encuestador, fecha de aplicación, hora inicio y término, lugar y registro de visitas y logro de encuesta
Módulo 0: Impresión sobre el participante	P0.1 – P0.3	Calidad del dato
Módulo 1: Selección de la muestra	P1 – P4	Viabilidad de participación en el estudio
Módulo 2: Datos sociodemográficos	P5, P6	Estado civil
	P7 – P9	Lugar de residencia
	P11 – P13	Situación educacional
	P14 – P18	Situación laboral
Módulo 3: Patrones de consumo de drogas	P19, P20	Tipo y prevalencia de consumo
	P21	Riesgo y consumo problemático
	P22 – P29	Historial y antecedentes de consumo
Módulo 4: Salud	P30 – P34	Historial de tratamientos de drogas previos
	P35 – P66	Necesidad y disposición de tratamiento actual
	P67 – P70	Estado de salud física y mental general
	P71	Antecedentes de salud por consumo de sustancias
	PM1 – PM60	Instrumento M.I.N.I para evaluar salud mental.
Módulo 5: Redes sociales	P72, P73	Caracterización de lugar de residencia
	P74 – P78	Composición del hogar
	P79 – P81	Caracterización de relaciones familiares
	P82 – P84	Caracterización de relaciones con pares
	P85	Participación y asistencia a actividades sociales
Módulo 6: Eventos disruptivos y transgresión a la norma	P86	Historial de eventos disruptivos
	P87 – P92	Caracterización de transgresiones a la norma
	P93	Percepción de satisfacción con su vida
Fin de aplicación de encuesta		
Módulo 7: Para el encuestador; rellenar.	1, 2	Validez y compleción del cuestionario
Fuente: Elaboración propia.		

11.2 Egreso

Para la encuesta de egreso se utilizó el mismo instrumento, pero se le añadieron algunos módulos que se presentan a continuación:

- Módulo 3: Patrones de consumo y calendario mensual

Se añadió al módulo de patrones de consumo un calendario mensual que los encuestadores deben aplicar. En éste se busca obtener información sobre las fechas de inicio y término del tratamiento, el consumo de drogas, y la asistencia y participación en programas de tratamiento, complementarios o de postratamiento en el periodo de 1 año, es decir, entre junio del 2018 y noviembre del 2019.

- Módulo 5: Escala de estigma

Este módulo busca identificar el estigma social que perciben las personas con consumo problemático desde ellos mismos, los profesionales de la salud y desde sus propias familias y cercanos. Para esto se les pregunta cómo perciben que han sido tratados por estas personas debido a su historial de consumo de alcohol y/o drogas en el pasado, cómo creen que serán tratados a futuro debido a esto, y cómo se perciben ellos/as mismos/as.

- Módulo 7: Eventos disruptivos y victimización cuando NNA

A este módulo se le sumó la victimización cuando niños, niñas y adolescentes (hasta los 18 años), donde se quiere identificar la existencia de situaciones como: padres con problemas de alcohol y/o drogas, padres que se fueron del hogar, problemas de violencia intrafamiliar, si fueron criados por personas que no fueron sus padres, si algunos de sus padres estuvieron en la cárcel, maltratos, violencia sexual, situación de calle, si vivieron en un hogar o residencia de menores, deserción escolar y si fueron arrestados o detenidos por algún delito.

- Módulo 8: Calidad de tratamiento y satisfacción usuaria

En este módulo se busca obtener información acerca de la satisfacción usuaria y opinión sobre el tratamiento adquirido. Se realizan preguntas acerca del acceso a tratamiento, servicios entregados, participación y derechos, equipo terapéutico, confianza en el terapeuta, ambiente e instalaciones y la experiencia en general. Además, tiene preguntas específicas para las personas que estuvieron en programas residenciales y para quienes estuvieron en alta terapéutica. También se mide la asistencia a tratamiento y las prestaciones psicológicas, psiquiátricas, médicas, visitas domiciliarias y orientación sociolaboral. Por último, se pregunta sobre el conocimiento acerca del Programa de Integración Social Chile Integra y las Viviendas de apoyo a la integración social (VAIS).

A continuación, se describe el contenido específico de cada módulo (Tabla 138).

Tabla 138: Módulos, preguntas e indicadores nuevos de la encuesta sobre tratamiento de drogas – Egreso		
Módulo	Preguntas	Indicadores
Calendario mensual	Hoja aparte	Se debe marcar en un calendario que va desde junio del 2018 a noviembre del 2019: Centro de tratamiento; término del tratamiento (fecha inicio y de término en caso de que aplique); frecuencia de consumo de drogas; asistencia y participación en programas de tratamiento, complementarios y postratamiento (centros en que se realizó, intensidad del tratamiento y si asistieron a grupos de autocuidado o apoyo fuera del programa). Y
Escala de estigma	Q_159	Trato en el pasado de parte de profesionales de la salud y familia debido al historial de uso de alcohol y/o drogas.
	Q_160	Percepción de trato en el futuro de parte de profesionales de la salud y familia debido al historial de uso de alcohol y/o drogas.
	Q_161	Percepción de sí mismo debido a su historial de uso de alcohol y/o drogas.
Victimización cuando NNA	Q_178 – Q_200	Existencia de (antes de los 18 años) y periodo en que ocurrió: padres con problemas de alcohol y/o drogas, padres que se fueron del hogar, problemas de violencia intrafamiliar, si fueron criados por personas que no fueron sus padres, si algunos de sus padres estuvieron en la cárcel, maltratos, violencia sexual, situación de calle, si vivieron en un hogar o residencia de menores, deserción escolar y si fueron arrestados o detenidos por algún delito.
Calidad de tratamiento y satisfacción usuaria	Q_233	Acceso e ingreso al programa de tratamiento: tiempo de espera para ser atendidos, horarios disponibles, facilidad para llegar al centro, puntualidad, acogida e información.
	Q_234	Servicios entregados: ayuda en crisis o necesidades, información acerca de los medicamentos y derivación a otros servicios.
	Q_235	Participación y derechos: comprensión sobre el plan de tratamiento, acuerdo sobre el plan de tratamiento, participación en las decisiones sobre el tratamiento, confidencialidad y comodidad al hacer preguntas sobre el tratamiento y los medicamentos.
	Q_236	Equipo terapéutico y personal de apoyo: el equipo era competente/calificado/tenía los conocimientos, trato de respeto de parte del personal, equipo consideró necesidades culturales, confianza del equipo en su persona y el equipo respondió a preocupaciones y necesidades.
	Q_237	Confianza en el terapeuta: confía en el terapeuta, facilidad para entender al terapeuta, facilidad para hablar con el terapeuta, organización y preparación del terapeuta, recibimiento del terapeuta de los problemas y situaciones, ayuda del terapeuta en desarrollar confianza en sí mismo, trato de respeto por el terapeuta y comentarios honestos al terapeuta.
	Q_238	Ambiente e instalaciones: instalaciones acogedoras y cómodas; mantención y limpieza; condiciones físicas, higiénicas y sanitarias; espacios privados para conversar con el equipo; seguridad; y adaptación del lugar para necesidades de movilidad, vista, audición, etc.
	Q_239	Experiencia general: ayuda del programa para enfrentar los problemas, calidad del tratamiento y recomendación a un amigo del programa.
	Q_241	Módulo de programa residencial: alternativas para el tiempo libre, reglas de visitas y contacto con amigos y familia apropiadas, instalaciones adecuadas para amigos y familia, habitación y alrededores cómodos, y calidad de la comida buena.
	Q_243	Módulo de alta terapéutica: plan de rutina y apoyo luego del egreso.
	Q_244 – Q245	Asistencia y jornada de tratamiento
	Q_248 – Q_261	Si recibió, con qué frecuencia y qué nota a las siguientes prestaciones: atención psiquiátrica, psicológica, médica, visitas domiciliarias y orientación sociolaboral.
	Q_262	Conocimiento sobre el Programa de Integración Social Chile Integra
	Q_263	Conocimiento sobre las Viviendas de apoyo a la integración social (VAIS)
Fuente: Elaboración propia.		

11.3 Post-Egreso

Para la encuesta de post-egreso se utilizó el mismo instrumento que en línea de base, pero se le añadieron algunos módulos que se presentan a continuación:

- Módulo 3: Patrones de consumo y calendario mensual

Se añadió al módulo de patrones de consumo un calendario mensual que los encuestadores deben aplicar. En éste se busca obtener información sobre las fechas de inicio y término del tratamiento, el consumo de drogas, y la asistencia y participación en programas de tratamiento, complementarios o de postratamiento en el periodo de 6 año, es decir, entre noviembre del 2019 y mayo del 2020.

- Módulo 3: Patrones de consumo - dependencia

Se añadió al módulo de patrones de consumo la medición de dependencia según los criterios CIE-10. Además, se añadió una pregunta sobre deseo de dejar el consumo con intentos sin frutos para medir Trastornos por Consumo de Sustancias (DSM-V).

- Módulo 4: Salud mental – Experiencias psicóticas

Se añadió al módulo de salud mental la medición de experiencias psicóticas de acuerdo al instrumento CIDI, utilizado en la Encueta Nacional de Salud y en las mediciones de la OMS. Con este módulo se busca identificar si los y las usuarias de tratamiento han vivido experiencias psicóticas al ser sintomatología de enfermedades de salud mental graves (por ejemplo, esquizofrenia, bipolaridad, entre otros).

- Módulo 7: Seguimiento y Chile Integra

En este módulo se busca obtener información acerca seguimiento postratamiento. Se realizan preguntas acerca servicios entregados, participación y contacto con el centro de tratamiento luego del egreso. Por último, se pregunta sobre el conocimiento acerca del Programa de Integración Social Chile Integra.

Tabla 139: Módulos, preguntas e indicadores nuevos de la encuesta sobre tratamiento de drogas – Post-Egreso

Módulo	Preguntas	Indicadores
Calendario mensual	Hoja aparte	Centro de tratamiento; término del tratamiento (fecha inicio y de término en caso de que aplique); frecuencia de consumo de drogas; asistencia y participación en programas de tratamiento, complementarios y postratamiento (centros en que se realizó, intensidad del tratamiento y si asistieron a grupos de autocuidado o apoyo fuera del programa). Y
Patrones de consumo - dependencia	P23a-P23k	Abstinencia; Tolerancia; Pérdida de control; Pérdida de otras actividades; Consumo a pesar de consecuencias; *Craving*.
Experiencias psicóticas	Psic1a-Psic10	Experiencias psicóticas; Edad del primer episodio; Psicosis en el último año; Acceso a servicios; Causa de experiencias
Seguimiento y Chile Integra	P63-P66	Seguimiento: Llamados desde el centro; citaciones desde el centro; Asistencia al centro desde el egreso; Intervenciones post-egreso.
	P67-P72	Chile integra: Conocimiento de Chile Integra; Participación en Chile Integra; Conocimiento VAIS; Participación en VAIS; Satisfacción VAIS; Satisfacción Chile Integra.

Fuente: Elaboración propia.

12. Encuesta a centros de tratamiento

- Módulo 1: Caracterización general del centro

Busca obtener datos básicos y generales de los centros de tratamiento, considerando los años de funcionamiento, los programas que trabajan, y las plazas disponibles. En otras palabras, este módulo apunta a descubrir qué ofrece cada centro, en términos generales.

- Módulo 2: Capacidad de atención

Se enfoca en la capacidad de atención de cada centro, enfocándose en dos principales indicadores. En primera instancia, se indaga en los recursos generales disponibles para la atención, considerando la infraestructura, el número de usuarios atendidos y atendidas, y la capacidad de alojamiento en caso de que el centro sea residencial (dormitorios y camas disponibles). Luego, se incluyen preguntas que indagan en la existencia de ciertos servicios especializados (laboratorios para realizar exámenes, farmacias, servicios para hacerse cargo de los hijos e hijas de personas atendidas).

- Módulo 3: Modelo de Intervención

Profundiza en los mecanismos utilizados durante el proceso de intervención, haciendo especial énfasis en tres elementos. A saber, los instrumentos y requerimientos generales para la intervención, la corriente de psicoterapia que guía el trabajo, y, por último, las prestaciones y actividades específicas con las que se trabaja durante el proceso.

- Módulo 4: Recursos Humanos

Enfocado en caracterizar la dotación de profesionales (se incluyen más de 15 profesiones, desde médico general a administrativos), sus condiciones contractuales, tipo de jornada, experiencia, formación y tiempo de permanencia en el programa.

- Módulo 5: Calidad de la encuesta y pauta de observación al centro

Finalmente, el último módulo de la encuesta se dirige a los encuestadores. Primero, se indaga en la calidad de las respuestas obtenidas. Luego, se incluye una pauta de observación sobre diversas características del centro, como ubicación, higiene, condiciones materiales, entre otras.

A continuación, se describe cada uno de los módulos que conforman el cuestionario, detallando qué mide cada uno (Tabla 140).

Tabla 140: Módulos, preguntas e indicadores que conforman encuesta sobre tratamiento de drogas - Cuestionario Centros de Tratamiento (NÚMEROS MODIFICADOS).		
Módulo	Preguntas	Indicador
Datos encuestados	-	Folio, centro, nombres, apellido materno y paterno, cargo en el centro, antigüedad en el cargo, fecha nacimiento, sexo, edad, comuna, ciudad
Datos terreno	-	Nombre encuestador, fecha de aplicación, hora inicio y término, lugar de encuesta, registro de visitas y logro de encuesta
Módulo 1: Caracterización general del centro	P1	Años de funcionamiento centro
	P2 – P7	Tipo y horarios de modalidades impartidas
	P8 – P13	Años de implementación de modalidades declaradas
	P14 – P19	Plazas disponibles (totales, y en convenio con SENDA)
Módulo 2: Capacidades del centro	P20 – P30	Número de recursos disponibles para la atención
	P31 – P34	Servicios y herramientas disponibles para la atención
Módulo 3: Características de la intervención	P35 – P39	Mecanismos de intervención
	P40	Tipos de corriente de tratamiento utilizadas
	P41	Prestaciones disponibles en el centro
Módulo 4: Recursos humanos	P42	Recursos humanos con los que cuenta el centro (Número y tipo de profesionales, situación contractual, jornada, experiencia laboral, permanencia en el centro)
	P43	Recursos humanos con los que cuenta cada programa (en caso de ser múltiples por centro) (Número y tipo de profesionales, situación contractual, jornada, experiencia laboral, permanencia en el centro)
Fin de aplicación de encuesta		
Módulo 5: para el encuestador; rellenar.	1	Validez del cuestionario
	Ph1 – Ph13	Percepción de encuestador sobre recursos y condiciones del centro (fiabilidad)
Fuente: Elaboración propia.		

13. Análisis de validez de muestra

13.1 Población potencial[302] versus (i) muestra inicial y (ii) muestra final

Tabla 141: Comparación entre población potencial, muestra lograda en línea de base y muestra final.

	Población potencial		Muestra línea de base		Muestra final en línea de base	
Sexo	% o $\bar{x}$	N[1]	% o $\bar{x}$	N	% o $\bar{x}$	N
Hombre	84,1%	143163	72,5%	444	66,3%	246
Mujer	15,9%	27094	27,5%	168	33,7%	125
Edad en tramos						
18 a 29	56,8%	96967	28,4%	174	24,6%	91
30 a 39	29,5%	50259	35,9%	220	37,0%	137
40 a 49	7,5%	12747	20,9%	128	22,4%	83
50 o mas	6,2%	10554	14,7%	90	16,0%	59
Nivel educacional						
Educación básica incompleta o menos	4,6%	5809	9,0%	55	6,8%	25
Educación básica completa	6,8%	8637	10,5%	64	10,3%	38
Educación media incompleta	16,5%	20863	22,0%	134	21,6%	80
Educación media completa	32,8%	41548	31,9%	194	33%	122
Superior incompleta	27,4%	34690	15,2%	93	15,4%	57
Superior completa	11,9%	14990	11,5%	70	13%	48
Trabajó la semana pasada						
Sí	74,2%	126354	61,4%	374	63,9%	235
Edad inicio						
Alcohol	15,2	170257	15,9	589	16,3	354
Marihuana	16,2	162261	15,9	502	16,3	296
Cocaína	19,3	88081	21,3	510	22	190
Pasta Base	17,4	47860	22,7	351	22,8	304
Prevalencia alcohol						
Mes	79,2%	134865	74,3%	454	72,8%	270
Año	15,7%	26711	12,6%	77	12,7%	47
Vida	5,1%	8681	8,7%	53	8,6%	32
Nunca	0,0%	0	4,4%	27	5,9%	22
Prevalencia marihuana						
Mes	73,8%	125622	41,7%	255	38,8%	144
Año	5,8%	9882	15,5%	95	15,1%	56
Vida	15,7%	26759	23,4%	143	23,5%	87
Nunca	4,7%	7995	19,3%	118	22,4%	83
Prevalencia cocaína						
Mes	9,5%	16352	51,9%	317	52,8%	196
Año	14,3%	24312	15,9%	97	14,3%	53
Vida	27,9%	47418	16,4%	100	15,1%	56
Nunca	48,3%	82175	15,9%	97	17,5%	65
Prevalencia pasta base						
Mes	6,0%	10247	42,9%	261	37,7%	140
Año	1,4%	2470	7,2%	44	7%	26
Vida	20,9%	35526	8,9%	54	7,8%	29
Nunca	71,7%	122015	41,0%	249	46,6%	173
Total	**100%**	**170257**	**100%**	**612**	**100%**	**371**

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta de Inicio de Tratamiento de Rehabilitación por el consumo de alcohol y/o drogas UC (2018) y Estudio de Drogas en Población General SENDA (2017). [1] Número de personas adultas consumo problemático en la Región Metropolitana de Santiago. Se presentan porcentajes de columna.

[302] Se intentó realizar la comparación entre población objetivo y la muestra del estudio. No obstante, esto no fue posible ya que al restringir el análisis a quienes: (i) presentasen consumo problemático; (ii) presentasen la voluntad a tratarse; y (iii) viviesen en la Región Metropolitana el número de casos a partir del cual se estimaban los parámetros era muy reducido (n=14). Por esto, se decidió comparar la población potencial (personas adultas con consumo problemático de alcohol y/o drogas).

Tabla 142: Comparación entre población potencial, muestra lograda en línea de base y muestra final.						
	Población potencial		Muestra línea de base		Muestra final en línea de base	
Días consumidos último mes	% o $\bar{x}$	N[1]	% o $\bar{x}$	N	% o $\bar{x}$	N
Alcohol	9	134074	9,8	586	8,8	370
Marihuana	15,6	125621	8,0	498	7,1	330
Cocaína	4,7	16352	8,7	506	8,2	326
Pasta Base	18,5	10246	14,6	351	13,1	201
Policonsumo en el último mes						
Sí	67,2%	114491	66,6%	406	69,8%	259
No	32,8%	55766	33,4%	204	30,1%	112
Tratamientos previos						
Sí	20,5%	34863	42,8%	262	44%	163
No	79,5%	135394	57,2%	350	56%	207
Total	**100%**	**170257**	**100%**	**612**	**100%**	**371**
Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta de Inicio de Tratamiento de Rehabilitación por el consumo de alcohol y/o drogas UC (2018) y Estudio de Drogas en Población General SENDA (2017). [1] Número de personas adultas consumo problemático en la Región Metropolitana de Santiago. Se presentan porcentajes de columna.						

Para evaluar la representatividad de la muestra lograda en la línea de base respecto de la población potencial[303] (definida en el Apartado III)[304] se realizó un ejercicio de comparación en preguntas y parámetros presentes en el Décimo Segundo Estudio de Drogas en Población General (ENPG 2016) respecto a las mediciones en la presente investigación. Cabe destacar que para este análisis sólo se tomó en consideración a las personas adultas (18 a 64 años) y de la Región Metropolitana de Santiago.

En primer lugar, y de acuerdo con lo expuesto en la Tabla 141, se observa que la muestra lograda presenta un mayor porcentaje de mujeres, y de personas entre los 30 y 49 años de edad. Respecto a la edad, esto es esperable ya que, como se evidenció en los resultados de línea de base, la brecha entre edad de inicio y edad en tratamiento es de alrededor de 15 años. Dado esto, es esperable que la población más joven (entre 18 y 34 años) no acceda a tratamiento, toda vez es la edad donde existe una mayor prevalencia de consumo alcohol, marihuana, cocaína y pasta base (SENDA, 2017).

Respecto a la educación, se observa que en general la muestra lograda presenta niveles educacionales más bajos en comparación a la población potencial en la Región Metropolitana. En efecto, en la población potencial cuatro de cada diez accedieron a educación superior técnica o universitaria (39,3%) versus tres de cada diez en el caso de la muestra final UC (28,4%). Esto podría explicarse por la relevancia de FONASA como criterio de focalización para definir a la población objetivo, toda vez sectores más educados obtienen mejores remuneraciones y acceden a tratamientos privados. En ambos casos la participación en el mercado laboral considera más del 50%, no obstante, en la muestra de tratamientos de droga este porcentaje es más bajo (63,9% versus 74,2%).

En cuanto a los patrones de consumo, vale la pena destacar que las edades de inicio para los casos de alcohol y marihuana se asimilan entre ambas poblaciones, siendo alrededor de los 16 años. En cambio, para el caso de cocaína y pasta base la muestra de tratamiento UC presenta edades de inicio más tardías

[303] Para su estimación, se usó el módulo de muestras complejas en Stata (versión 14), con el respectivo el factor de expansión, la manzana como conglomerado y la comuna como variable de estratificación.
[304] Población potencial definida: Personas adultas con consumo problemático, entendido como dependencia en sustancias ilícitas y 20 puntos o más en AUDIT (ver apartado III).

en comparación a la población potencial. Por su parte, la prevalencia de consumo de alcohol presenta distribuciones similares, siendo en ambos casos alrededor de 3 de cada 4 quienes consumieron durante el último mes (79,2% en EDPG y 72,8% en la muestra UC). En cuanto a marihuana, destaca que la población potencial presenta un porcentaje mayor de prevalentes mes (73,8% versus 38,8%), siendo el escenario contrario cuando se toma en consideración la prevalencia en cocaína (9,5% versus 52,8%) y pasta base (6% versus 37,7%). Esto es ya que vez estas últimas dos sustancias son las más susceptibles a generar dependencia entre sus consumidores (SENDA, 2017).

En cuanto al promedio de días de consumo durante el último mes, destaca que el alcohol vuelve a aparecer como la sustancia de mayor similitud entre ambas poblaciones, no obstante, la muestra de tratamiento UC tiene un promedio de días de consumo de cocaína mayor a la población potencial. Luego, la población potencial muestra también un mayor número de días de consumo de pasta base (18,5 versus 13,1) y de marihuana (15,6 versus 7,1). En cuanto al policonsumo en el último mes, en ambos casos alrededor de 2 de cada 3 incurrió en este tipo de conducta. Por último, una de cada cinco personas de la población potencial declaró haber asistido a un tratamiento en su vida, lo que aumenta a cuatro de cada diez en el caso de la muestra UC.

Como conclusión, se advierte que la muestra de tratamiento UC coincide en solo algunos parámetros con la población potencial identificada en el Décimo Segundo Estudio de Drogas en Población General desarrollado por SENDA (2016), sobre todo en el consumo de sustancias como alcohol y el policonsumo durante el último mes. Dicho esto, se pesquisa la necesidad de atender a poblaciones que no están siendo captadas por los dispositivos de tratamientos ambulatorios intensivos y residenciales para población adulta en la Región Metropolitana, en concreto, preocupa la alta prevalencia y frecuencia de consumo de marihuana de la población potencial en comparación a la muestra de tratamiento.

13.2 Análisis deserción muestral

La muestra lograda en la segunda ola del estudio (T1) fue de 371 casos lo que corresponde a un 61,2% de la muestra de la línea de base (T0) (Ver Tabla 143) y a un 81,2% respecto a T1. Así, el porcentaje de deserción muestral es de un 24%, lo cual es un buen logro, considerando el tipo de población estudiada teniendo en cuenta la tasa de respuesta de investigaciones similares (Flynn, Craddock, Hubbard, Anderson, & Etheridge, 1997; Comiskey, Kelly, Leckey, & Mrs L. McCulloch, 2009; Jones, y otros, 2009).

Tabla 143: Deserción muestral casos utilizados en el análisis

	N	Deserción muestral respecto a T0	Deserción muestral respecto a T1
Línea de base (T0)	612 606 elegibles)	-	-
Egreso (T1)	465 (462 elegibles)	76%	-
Post-Egreso (T2)	371	38,8%	28,8%

Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta a Usuarios sobre tratamiento de drogas en Chile Línea Base y Egreso.

Se analizaron las diferencias entre los casos contactados y no contactados en T2 según ciertas variables clave, para determinar si hay diferencias sistemáticas entre ambos grupos en ciertos aspectos importantes para la investigación y que podrían introducir sesgos. En la Tabla 144 se observa que se logró contactar en mayor medida a mujeres. Respecto a la edad, educación y trabajo no se encontraron diferencias significativas entre la muestra contactada y la no contactada.

No se logró volver a contactar completamente a los casos provenientes de los Servicios de Salud Metropolitanos de la zona Occidente de la Región. Si bien la mayoría de la muestra lograda proviene de ésta (20,8%), un 39,8% de los casos no encontrados es también de esa zona. Esto se debe principalmente a que son casos que viven a las afueras de Santiago, dificultando la movilización y acceso de encuestadores a esos lugares. Por otro lado, se puede apreciar que no hay diferencias en cuanto al tipo de programa.

En relación a las variables de consumo, vemos que en general hubo dificultades en volver a contactar a las personas policonsumidoras con sustancia principal la pasta base (42,8%), y se logró contactar en menor medida personas con compromiso delictual en comparación a quienes no lo presentaban.

Tabla 144: Muestra contactada y no contactada en T2 según variables clave			
	No Contactados	Contactados	Total
Sexo*			
Hombre	82,2%	66,3%	72,5%
Mujer	17,8%	33,7%	27,5%
Edad			
18 a 29	34,4%	24,6%	28,5%
30 a 39	34,0%	37,0%	35,8%
40 a 49	18,7%	22,4%	20,9%
50 o más	12,9%	15,9%	14,7%
Educación			
Menos de media completa	46,3%	38,6%	41,6%
Media completa	30,0%	33,0%	31,8%
Más de media completa	23,8%	28,4%	26,6%
Trabajó la semana pasada			
Sí	42,3%	36,1%	38,6%
No	57,7%	63,9%	61,4%
Zona SSM*			
Sur	14,5%	18,1%	16,7%
Suroriente	15,4%	24,3%	20,8%
Oriente	12,0%	17,5%	15,4%
Norte	13,3%	11,3%	12,1%
Occidente	39,8%	20,8%	28,3%
Central	5,0%	8,1%	6,9%
Tipo de programa			
Ambulatorio	62,2%	67,1%	65,2%
Residencial	37,8%	32,9%	34,8%
Patrón de consumo en línea de base*			
Abstemios	7,9%	8,7%	8,4%
Monoconsumidor cocaína/pasta base	13,1%	15,7%	14,7%
Monoconsumidor alcohol	19,7%	18,1%	18,7%
Policonsumidor cocaína	16,6%	28,6%	23,8%
Policonsumidor pasta base	42,8%	28,9%	34,4%
Al menos un trastorno de salud mental			
No	40,2%	37,5%	38,6%
Sí	59,8%	62,5%	61,4%
Delito en los últimos 12 meses			
No	57,3%	65,9%	62,5%
Sí	42,7%	34,1%	37,5%
Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta a Usuarios sobre tratamiento de drogas en Chile. N=371. * Diferencia significativa a un 95% de confianza. La significancia fue calculada mediante un test de chi cuadrado. Se presentan porcentajes de columna.			

13.3 Análisis de encuestas telefónicas

Tabla 145: Encuestas realizadas de manera presencias y telefónica en T2 según variables clave			
	Presencial	Telefónica	Total
Sexo			
Hombre	66,0%	67,0%	66,3%
Mujer	34,0%	33,0%	33,7%
Edad			
18 a 29	21,8%	31,2%	24,6%
30 a 39	36,8%	37,6%	37,0%
40 a 49	25,7%	14,7%	22,4%
50 o más	15,7%	16,5%	15,9%
Educación			
Menos de media completa	36,0%	45,0%	38,6%
Media completa	34,9%	28,4%	33,0%
Más de media completa	29,1%	26,6%	28,4%
Trabajó la semana pasada			
Sí	35,8%	37,0%	36,1%
No	64,2%	63,0%	63,9%
Zona SSM*			
Sur	20,6%	11,9%	18,1%
Suroriente	29,0%	12,8%	24,3%
Oriente	17,2%	18,3%	17,5%
Norte	8,8%	17,4%	11,3%
Occidente	17,2%	29,4%	20,8%
Central	7,3%	10,1%	8,1%
Tipo de programa			
Ambulatorio	66,0%	69,7%	67,1%
Residencial	34,0%	30,3%	32,9%
Patrón de consumo en línea de base			
Abstemios	9,2%	7,7%	8,7%
Monoconsumidor cocaína/pasta base	17,2%	12,5%	15,7%
Monoconsumidor alcohol	19,2%	15,4%	18,1%
Policonsumidor cocaína	27,2%	31,7%	28,6%
Policonsumidor pasta base	27,2%	32,7%	28,9%
Al menos un trastorno de salud mental			
No	38,2%	35,8%	37,5%
Sí	61,8%	64,2%	62,5%
Delito en los últimos 12 meses			
No	65,8%	66,1%	65,9%
Sí	34,2%	33,9%	34,1%

Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta a Usuarios sobre tratamiento de drogas en Chile. N=371. * Diferencia significativa a un 95% de confianza. La significancia fue calculada mediante un test de chi cuadrado. Se presentan porcentajes de columna.

13.4 Análisis de validez de la respuesta

Al final de la encuesta, se incorporaron en el instrumento algunas preguntas para evaluar calidad de la respuesta de parte de los usuarios. Los encuestadores debían evaluar con distintos criterios aspectos que ayudan a tener un criterio de la validez de la respuesta. Una encuesta considerada mala es una en la cual muchos ítems fueron respondidos inexactamente, fueron rechazados y/o el perfil es contradictorio o sin sentido; una regular es donde existen numerosas inexactitudes aparentes, rechazos y/o inconsistencias, pero el perfil global parece razonable con la excepción de 1 o 2 áreas problema; y una buena tiene algunas/pocas inexactitudes aparentes, rechazos y/o inconsistencias, y el perfil general parece ser un buen reflejo del entrevistado. Así, en la Tabla 146, se observa que, tanto en el total como por tipo de programa, la gran mayoría de las encuestas fueron valoradas como buenas por parte de los encuestadores (88,9% en todos los casos), un 10% como regular y un 1% como mala.

Otra medida de calidad de la respuesta son las preguntas sobre si el encuestado se encontraba agitado, hostil, agresivo o intoxicado al momento de la encuesta; en la Tabla 147 los resultados para T0 y T1. En general, para ambas muestras más de un 94% de los encuestados no presentan estos signos al momento de la encuesta, en el caso de T1 un 94% no se encuentran agitado al momento de la entrevista, un 98% no es hostil ni agresivo y también un 98% no presenta signos de intoxicación. Para T0 esto es de un 98%, 99% y 99% respectivamente, por lo que, si bien para T1 los porcentajes son levemente más bajos, en ambos casos las encuestas presentan mucha validez en este sentido.

Finalmente, se analiza el tipo de financiamiento que tuvieron las personas en sus respectivos tratamientos de la línea de base, ya que el objetivo del estudio es evaluar los programas de tratamiento y rehabilitación que sean parte del programa SENDA del Estado. Así, en la Tabla 57 se observa que, del total, un 97% obtuvo financiamiento de parte del Estado, mientras que un 1% se lo autofinanció y un 2% recibió financiamiento externo. Además, en programas ambulatorios un 3% recibió financiamiento externo, mientras que esto es de un 0% para los que venían de residenciales. También, de las personas de residenciales un 2% se autofinanció el tratamiento mientras que quienes venían de ambulatorios solo un 0,6%; aunque estas diferencias no son estadísticamente significativas. Con esto, vemos que hay un 3% de la muestra total que no fue financiado a través de SENDA o el MINSAL. Finalmente, cabe destacar que entre la línea de base y el egreso en promedio transcurrieron 11,8 meses, cumpliéndose el objetivo de recontacto a los 12 meses (Tabla 56).

Tabla 146: Puntuación de validez de la información entregada según reporte de encuestadores en T2 por programa

Puntuación de validez	Programa		
	Residencial	Ambulatorio	Total
Mala	1,6%	0,8%	1,1%
Regular	9%	10,4%	10%
Buena	89,4%	88,8%	88,9%

Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta a Usuarios sobre tratamiento de drogas en Chile. Se presentan porcentajes de columna. N=371

Tabla 147: Validez de la encuesta en línea de base, egreso y post-egreso para muestra final			
	T0 (Línea de base)	T1 (Egreso)	T2 (Post-Egreso)
¿Se encuentra agitado al momento de la entrevista?			
No	99,2%	93,8%	94,9%
Sí	0,8%	6,2%	5,1%
¿Hay algún indicio de hostilidad o agresividad?			
No	99,7%	98,1%	98,7%
Sí	0,3%	1,9%	1,3%
¿Hay signos de intoxicación?			
No	99,4%	98,7%	98,9%
Sí	0,6%	1,4%	1,1%
N	371	371	371
Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta a Usuarios sobre tratamiento de drogas en Chile. Se presentan porcentajes de columna.			

14. Análisis resultados

Tabla 148: Abstemio mes en T0, T1 y T2 según tipo de egreso, exposición a tratamiento, programa, patrón de consumo previo a tratamiento, sexo, edad en tramos, al menos un trastorno de salud mental[1] y delito en los últimos 12 meses[2]

	Abstemio mes			Diferencias		
	T0	T1	T2	T0-T1	T0-T2	T1-T2
Tipo egreso (N=368)						
Alta terapéutica	10,0%	69,1%	59,1%	*	*	*
Derivado o sigue en tratamiento	7,1%	44,0%	52,4%	*	*	
Alta administrativa o abandono	3,4%	25,9%	23,6%	*	*	
Exposición a tratamiento (N=370)						
0 a 3	6,4%	29,8%	34,0%	*	*	
4 a 6	4,6%	30,3%	29,4%	*	*	
6.1 a 12	8,0%	48,8%	39,2%	*	*	*
Mas de 12	5,6%	56,2%	59,6%	*	*	
Exposición a tratamiento V2 (N=370)						
0 a 3	6,4%	29,8%	34,0%	*	*	
4 a 12	6,4%	40,2%	34,6%	*	*	*
Mas de 12	5,6%	56,2%	59,6%	*	*	
Programa (N=371)						
Ambulatorio	5,6%	40,6%	37,3%	*	*	
Residencial	7,4%	46,7%	46,7%	*	*	
Patrón de consumo previo a tratamiento (N=343)						
Abstemios	70,0%	53,3%	60,0%			
Monoconsumidor cocaína/pasta base	0,0%	51,9%	55,6%	*	*	
Monoconsumidor alcohol	0,0%	46,8%	51,6%	*	*	
Policonsumidor cocaína	0,0%	46,9%	31,6%	*	*	*
Policonsumidor pasta base	0,0%	28,3%	31,3%	*	*	
Sexo (N=371)						
Hombre	5,3%	40,2%	37,8%	*	*	
Mujer	8,0%	47,2%	45,6%	*	*	
Edad en tramos (N=371)						
18 a 29	5,5%	33,0%	30,8%	*	*	
30 a 39	2,9%	36,5%	38,0%	*	*	
40 a 49	8,4%	48,2%	44,6%	*	*	
50 o más	11,9%	64,4%	55,9%	*	*	
Al menos un trastorno de salud mental[1] (N=371)						
No	7,9%	44,6%	41,0%	*	*	
Sí	5,2%	41,4%	40,1%	*	*	
Cometió delito en los últimos 12 meses[2] (N=369)						
No	7,4%	46,1%	45,7%	*	*	
Sí	4,0%	35,7%	30,2%	*	*	
Total	**6,2%**	**42,5%**	**40,4%**	*	*	

Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta a Usuarios sobre tratamiento de drogas en Chile. * Diferencia significativa a un 90% o mayor nivel de confianza entre olas. La significancia fue calculada mediante un test de medias para muestras pareadas, se testeó la hipótesis de igualdad de medias. [1]Incluye: (i) Episodio depresivo mayor actual; (ii) Trastorno de angustia actual; (iii) Trastorno de personalidad antisocial; (iv) Episodio por estrés postraumático; y (v) Trastorno de ansiedad generalizada. [2]Incluye: (i) Peleas con arma blanca; (ii) Peleas con arma de fuego; (iii) Robo con intimidación; (iv) Agresión sexual; (v) Lesión grave; (vi) Homicidio; (vii) Robo a lugar no habitado; (viii) Robo en lugar habitado; y (ix) Hurto. Se presentan porcentajes de fila.

Tabla 149: Probabilidad[1] de ser abstemio mes en T2 según tipo de egreso, programa, patrón de consumo previo a tratamiento, edad en tramos y trabajo (N=338)

	Pr=Abstemio mes T2	IC 95%	
		Inferior	Superior
Tipo de egreso			
Alta terapéutica	0,6	0,5	0,7
Derivado o sigue en tratamiento	0,5	0,4	0,7
Alta administrativa o abandono	0,3	0,2	0,3
Programa			
Ambulatorio	0,4	0,3	0,4
Residencial	0,5	0,4	0,6
Patrón de consumo previo a tratamiento			
Abstemios	0,5	0,3	0,7
Monoconsumidor cocaína/pasta base	0,6	0,5	0,7
Monoconsumidor alcohol	0,5	0,3	0,6
Policonsumidor cocaína	0,4	0,3	0,4
Policonsumidor pasta base	0,3	0,2	0,4
Edad en tramos			
18 a 29	0,4	0,3	0,5
30 a 39	0,4	0,3	0,5
40 a 49	0,4	0,3	0,5
50 o más	0,5	0,4	0,7
Trabajo en línea de base			
No trabajó	0,4	0,3	0,5
Cuenta propia	0,3	0,2	0,4
Bajo supervisión	0,5	0,4	0,5

Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta a Usuarios sobre tratamiento de drogas en Chile. [1] Las probabilidades fueron estimadas a partir de un modelo de regresión logística y deben interpretarse como la probabilidad del resultado si toda la muestra cumpliera con el atributo expuesto. IC 95% = Intervalos de confianza a un 95% de nivel de confianza.

Tabla 150: Prevalencia mes alcohol en T0, T1 y T2 según tipo de egreso, exposición a tratamiento, programa, patrón de consumo previo a tratamiento, sexo, edad en tramos, al menos un trastorno de salud mental[1] y delito en los últimos 12 meses[2]

	Prevalencia mes alcohol			Diferencias		
	T0	T1	T2	T0-T1	T0-T2	T1-T2
Tipo egreso (N=368)						
Alta terapéutica	71,8%	25,5%	32,7%	*	*	*
Derivado o sigue en tratamiento	70,2%	40,5%	35,7%	*	*	
Alta administrativa o abandono	74,1%	64,4%	63,2%	*	*	
Exposición a tratamiento (N=370)						
0 a 3	72,3%	63,8%	59,6%		*	
4 a 6	71,6%	59,6%	52,3%	*	*	
6.1 a 12	73,6%	42,4%	51,2%	*	*	*
Mas de 12	73,0%	32,6%	32,6%	*	*	
Exposición a tratamiento V2 (N=370)						
0 a 3	72,3%	63,8%	59,6%		*	
4 a 12	72,6%	50,4%	51,7%	*	*	
Mas de 12	73,0%	32,6%	32,6%	*	*	
Programa (N=371)						
Ambulatorio	76,3%	51,4%	51,0%	*	*	
Residencial	65,6%	40,2%	41,8%	*	*	
Patrón de consumo previo a tratamiento (N=343)						
Abstemios	0,0%	40,0%	33,3%	*	*	
Monoconsumidor cocaína/pasta base	1,9%	22,2%	27,8%	*	*	
Monoconsumidor alcohol	100,0%	50,0%	43,5%	*	*	
Policonsumidor cocaína	100,0%	52,0%	58,2%	*	*	
Policonsumidor pasta base	92,9%	58,6%	53,5%	*	*	
Sexo (N=371)						
Hombre	74,8%	48,8%	48,8%	*	*	
Mujer	68,8%	45,6%	46,4%	*	*	
Edad en tramos (N=371)						
18 a 29	69,2%	56,0%	56,0%	*	*	
30 a 39	74,5%	50,4%	51,8%	*	*	
40 a 49	71,1%	44,6%	44,6%	*	*	
50 o más	76,3%	32,2%	32,2%	*	*	
Al menos un trastorno de salud mental[1] (N=371)						
No	74,8%	48,9%	48,2%	*	*	
Sí	71,6%	47,0%	47,8%	*	*	
Cometió delito en los últimos 12 meses[2] (N=369)						
No	74,5%	45,7%	44,9%	*	*	
Sí	69,8%	51,6%	54,0%	*	*	
Total	**72,8%**	**47,7%**	**48,0%**	*	*	

Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta a Usuarios sobre tratamiento de drogas en Chile. * Diferencia significativa a un 90% o mayor nivel de confianza entre olas. La significancia fue calculada mediante un test de medias para muestras pareadas, se testeó la hipótesis de igualdad de medias. [1]Incluye: (i) Episodio depresivo mayor actual; (ii) Trastorno de angustia actual; (iii) Trastorno de personalidad antisocial; (iv) Episodio por estrés postraumático; y (v) Trastorno de ansiedad generalizada. [2]Incluye: (i) Peleas con arma blanca; (ii) Peleas con arma de fuego; (iii) Robo con intimidación; (iv) Agresión sexual; (v) Lesión grave; (vi) Homicidio; (vii) Robo a lugar no habitado; (viii) Robo en lugar habitado; y (ix) Hurto. Se presentan porcentajes de fila.

Tabla 151: Probabilidad[1] de ser prevalente mes alcohol en T2 según tipo de egreso y edad en tramos (N=338)

	Pr= Prevalente mes alcohol en T2	IC 95%	
		Inferior	Superior
Tipo de egreso			
Alta terapéutica	0,3	0,2	0,4
Derivado o sigue en tratamiento	0,4	0,2	0,5
Alta administrativa o abandono	0,6	0,5	0,7
Edad en tramos			
18 a 29	0,5	0,4	0,6
30 a 39	0,5	0,4	0,6
40 a 49	0,5	0,4	0,6
50 o más	0,3	0,2	0,4

Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta a Usuarios sobre tratamiento de drogas en Chile. [1] Las probabilidades fueron estimadas a partir de un modelo de regresión logística y deben interpretarse como la probabilidad del resultado si toda la muestra cumpliera con el atributo expuesto. IC 95% = Intervalos de confianza a un 95% de nivel de confianza.

Tabla 152: Prevalencia mes marihuana en T0, T1 y T2 según tipo de egreso, exposición a tratamiento, programa, patrón de consumo previo a tratamiento, sexo, edad en tramos, al menos un trastorno de salud mental[1] y delito en los últimos 12 meses[2]

	Prevalencia mes marihuana			Diferencias		
	T0	T1	T2	T0-T1	T0-T2	T1-T2
Tipo egreso (N=368)						
Alta terapéutica	27,3%	6,4%	8,2%	*	*	
Derivado o sigue en tratamiento	41,7%	20,2%	20,2%	*	*	
Alta administrativa o abandono	44,8%	30,5%	30,5%	*	*	
Exposición a tratamiento (N=370)						
0 a 3	46,8%	38,3%	40,4%			
4 a 6	40,4%	23,9%	22,0%	*	*	
6.1 a 12	32,0%	14,4%	16,8%	*	*	
Mas de 12	41,6%	16,9%	16,9%	*	*	
Exposición a tratamiento V2 (N=370)						
0 a 3	46,8%	38,3%	40,4%			
4 a 12	35,9%	18,8%	19,2%	*	*	
Mas de 12	41,6%	16,9%	16,9%	*	*	
Programa (N=371)						
Ambulatorio	37,8%	23,7%	22,9%	*	*	
Residencial	41,0%	15,6%	18,9%	*	*	
Patrón de consumo previo a tratamiento (N=343)						
Abstemios	16,7%	20,0%	6,7%		*	*
Monoconsumidor cocaína/pasta base	27,8%	20,4%	11,1%		*	*
Monoconsumidor alcohol	19,4%	9,7%	9,7%	*	*	
Policonsumidor cocaína	43,9%	21,4%	24,5%	*	*	
Policonsumidor pasta base	59,6%	29,3%	36,4%	*	*	
Sexo (N=371)						
Hombre	41,5%	24,0%	26,4%	*	*	
Mujer	33,6%	15,2%	12,0%	*	*	
Edad en tramos (N=371)						
18 a 29	57,1%	36,3%	37,4%	*	*	
30 a 39	42,3%	21,2%	22,6%	*	*	
40 a 49	27,7%	15,7%	12,0%	*	*	
50 o más	16,9%	5,1%	8,5%	*	*	
Al menos un trastorno de salud mental[1] (N=371)						
No	28,8%	16,5%	18,7%	*	*	
Sí	44,8%	23,7%	23,3%	*	*	
Cometió delito en los últimos 12 meses[2] (N=369)						
No	31,7%	18,9%	16,5%	*	*	
Sí	52,4%	25,4%	31,7%	*	*	*
Total	**38,6%**	**21,1%**	**21,6%**	*****	*****	

Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta a Usuarios sobre tratamiento de drogas en Chile. * Diferencia significativa a un 90% o mayor nivel de confianza entre olas. La significancia fue calculada mediante un test de medias para muestras pareadas, se testeó la hipótesis de igualdad de medias. [1]Incluye: (i) Episodio depresivo mayor actual; (ii) Trastorno de angustia actual; (iii) Trastorno de personalidad antisocial; (iv) Episodio por estrés postraumático; y (v) Trastorno de ansiedad generalizada. [2]Incluye: (i) Peleas con arma blanca; (ii) Peleas con arma de fuego; (iii) Robo con intimidación; (iv) Agresión sexual; (v) Lesión grave; (vi) Homicidio; (vii) Robo a lugar no habitado; (viii) Robo en lugar habitado; y (ix) Hurto. Se presentan porcentajes de fila.

Tabla 153: Probabilidad[1] de ser prevalente mes marihuana en T2 según tipo de egreso, exposición a tratamiento, patrón de consumo previo a tratamiento, sexo, edad en tramos y delito en los últimos 12 meses en línea de base (N=338)

	Pr= Prevalente mes marihuana en T2	IC 95%	
		Inferior	Superior
Tipo de egreso			
Alta terapéutica	0,1	0,1	0,2
Derivado o sigue en tratamiento	0,2	0,1	0,3
Alta administrativa o abandono	0,2	0,2	0,3
Exposición a tratamiento (meses)			
0 a 3	0,4	0,2	0,5
3.1 a 6	0,2	0,1	0,2
6.1 a 12	0,2	0,1	0,3
Mas de 12	0,2	0,1	0,3
Patrón de consumo previo a tratamiento			
Abstemios	0,1	0,0	0,2
Monoconsumidor cocaína/pasta base	0,1	0,0	0,2
Monoconsumidor alcohol	0,1	0,0	0,2
Policonsumidor cocaína	0,2	0,1	0,3
Policonsumidor pasta base	0,3	0,3	0,4
Sexo			
Hombre	0,2	0,2	0,3
Mujer	0,1	0,1	0,2
Edad en tramos			
18 a 29	0,3	0,3	0,4
30 a 39	0,2	0,1	0,3
40 a 49	0,1	0,0	0,2
50 o más	0,1	0,0	0,2
Cometió delito en los últimos 12 meses[2]			
No	0,2	0,1	0,2
Sí	0,3	0,2	0,4

Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta a Usuarios sobre tratamiento de drogas en Chile. [1] Las probabilidades fueron estimadas a partir de un modelo de regresión logística y deben interpretarse como la probabilidad del resultado si toda la muestra cumpliera con el atributo expuesto. IC 95% = Intervalos de confianza a un 95% de nivel de confianza. [2]Incluye: (i) Peleas con arma blanca; (ii) Peleas con arma de fuego; (iii) Robo con intimidación; (iv) Agresión sexual; (v) Lesión grave; (vi) Homicidio; (vii) Robo a lugar no habitado; (viii) Robo en lugar habitado; y (ix) Hurto. Se presentan porcentajes de fila.

Tabla 154: Prevalencia mes cocaína en T0, T1 y T2 según tipo de egreso, exposición a tratamiento, programa, patrón de consumo previo a tratamiento, sexo, edad en tramos, al menos un trastorno de salud mental[1] y delito en los últimos 12 meses[2]

	Prevalencia mes cocaína			Diferencias		
	T0	T1	T2	T0-T1	T0-T2	T1-T2
Tipo egreso (N=368)						
Alta terapéutica	44,5%	5,5%	9,1%	*	*	
Derivado o sigue en tratamiento	53,6%	19,0%	14,3%	*	*	
Alta administrativa o abandono	56,9%	21,8%	22,4%	*	*	
Exposición a tratamiento (N=370)						
0 a 3	61,7%	25,5%	12,8%	*	*	*
4 a 6	54,1%	20,2%	20,2%	*	*	
6.1 a 12	48,8%	12,0%	19,2%	*	*	*
Mas de 12	52,8%	14,6%	10,1%	*	*	
Exposición a tratamiento V2 (N=370)						
0 a 3	61,7%	25,5%	12,8%	*	*	*
4 a 12	51,3%	15,8%	19,7%	*	*	
Mas de 12	52,8%	14,6%	10,1%	*	*	
Programa (N=371)						
Ambulatorio	52,2%	18,1%	17,7%	*	*	
Residencial	54,1%	13,9%	13,9%	*	*	
Patrón de consumo previo a tratamiento (N=343)						
Abstemios	0,0%	20,0%	16,7%	*	*	
Monoconsumidor cocaína/pasta base	51,9%	18,5%	14,8%	*	*	
Monoconsumidor alcohol	0,0%	3,2%	4,8%		*	
Policonsumidor cocaína	100,0%	22,4%	25,5%	*	*	
Policonsumidor pasta base	58,6%	16,2%	16,2%	*	*	
Sexo (N=371)						
Hombre	54,1%	16,3%	16,7%	*	*	
Mujer	50,4%	17,6%	16,0%	*	*	
Edad en tramos (N=371)						
18 a 29	63,7%	17,6%	19,8%	*	*	
30 a 39	61,3%	21,2%	19,7%	*	*	
40 a 49	47,0%	16,9%	14,5%	*	*	
50 o más	23,7%	5,1%	6,8%	*	*	
Al menos un trastorno de salud mental[1] (N=371)						
No	48,9%	20,9%	15,8%	*	*	
Sí	55,2%	14,2%	16,8%	*	*	
Cometió delito en los últimos 12 meses[2] (N=369)						
No	49,0%	15,6%	12,8%	*	*	
Sí	59,5%	19,0%	23,0%	*	*	
Total	**52,7%**	**16,8%**	**16,5%**	*	*	

Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta a Usuarios sobre tratamiento de drogas en Chile. * Diferencia significativa a un 90% o mayor nivel de confianza entre olas. La significancia fue calculada mediante un test de medias para muestras pareadas, se testeó la hipótesis de igualdad de medias. [1]Incluye: (i) Episodio depresivo mayor actual; (ii) Trastorno de angustia actual; (iii) Trastorno de personalidad antisocial; (iv) Episodio por estrés postraumático; y (v) Trastorno de ansiedad generalizada. [2]Incluye: (i) Peleas con arma blanca; (ii) Peleas con arma de fuego; (iii) Robo con intimidación; (iv) Agresión sexual; (v) Lesión grave; (vi) Homicidio; (vii) Robo a lugar no habitado; (viii) Robo en lugar habitado; y (ix) Hurto. Se presentan porcentajes de fila.

Tabla 155: Probabilidad[1] de ser prevalente mes cocaína en T2 según tipo de egreso, programa, patrón de consumo previo a tratamiento y delito en los últimos 12 meses en línea de base (N=338)

	Pr=Prevalencia mes cocaína T2	IC 95%	
		Inferior	Superior
Tipo de egreso			
Alta terapéutica	0,1	0,0	0,2
Derivado o sigue en tratamiento	0,1	0,1	0,2
Alta administrativa o abandono	0,2	0,1	0,3
Programa			
Ambulatorio	0,2	0,1	0,3
Residencial	0,1	0,1	0,2
Patrón de consumo previo a tratamiento			
Abstemios	0,2	0,0	0,3
Monoconsumidor cocaína/pasta base	0,1	0,0	0,2
Monoconsumidor alcohol	0,1	0,0	0,1
Policonsumidor cocaína	0,2	0,2	0,3
Policonsumidor pasta base	0,2	0,1	0,2
Cometió delito en los últimos 12 meses[2]			
No	0,1	0,1	0,2
Sí	0,2	0,1	0,3

Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta a Usuarios sobre tratamiento de drogas en Chile. [1] Las probabilidades fueron estimadas a partir de un modelo de regresión logística y deben interpretarse como la probabilidad del resultado si toda la muestra cumpliera con el atributo expuesto. IC 95% = Intervalos de confianza a un 95% de nivel de confianza. [2]Incluye: (i) Peleas con arma blanca; (ii) Peleas con arma de fuego; (iii) Robo con intimidación; (iv) Agresión sexual; (v) Lesión grave; (vi) Homicidio; (vii) Robo a lugar no habitado; (viii) Robo en lugar habitado; y (ix) Hurto.

Tabla 156: Prevalencia mes pasta base en T0, T1 y T2 según tipo de egreso, exposición a tratamiento, programa, patrón de consumo previo a tratamiento, sexo, edad en tramos, al menos un trastorno de salud mental[1] y delito en los últimos 12 meses[2]

	Prevalencia mes pasta base			Diferencias significativas		
	T0	T1	T2	T0-T1	T0-T2	T1-T2
Tipo egreso (N=368)						
Alta terapéutica	31,8%	6,4%	6,4%	*	*	
Derivado o sigue en tratamiento	32,1%	6,0%	10,7%	*	*	
Alta administrativa o abandono	44,3%	19,5%	17,8%	*	*	
Exposición a tratamiento (N=370)						
0 a 3	40,4%	19,1%	17,0%	*	*	
4 a 6	42,2%	19,3%	15,6%	*	*	
6.1 a 12	36,0%	10,4%	13,6%	*	*	
Mas de 12	33,7%	4,5%	5,6%	*	*	
Exposición a tratamiento V2 (N=370)						
0 a 3	40,4%	19,1%	17,0%	*	*	
4 a 12	38,9%	14,5%	14,5%	*	*	
Mas de 12	33,7%	4,5%	5,6%	*	*	
Programa (N=371)						
Ambulatorio	28,5%	8,0%	9,6%	*	*	
Residencial	56,6%	22,1%	18,9%	*	*	
Patrón de consumo previo a tratamiento (N=343)						
Abstemios	0,0%	10,0%	10,0%	*	*	
Monoconsumidor cocaína/pasta base	53,7%	16,7%	11,1%	*	*	
Monoconsumidor alcohol	0,0%	1,6%	3,2%			
Policonsumidor cocaína	4,1%	2,0%	2,0%			
Policonsumidor pasta base	100,0%	31,3%	32,3%	*	*	
Sexo (N=371)						
Hombre	41,9%	14,2%	13,8%	*	*	
Mujer	29,6%	9,6%	10,4%	*	*	
Edad en tramos (N=371)						
18 a 29	38,5%	15,4%	13,2%	*	*	
30 a 39	42,3%	16,1%	16,8%	*	*	
40 a 49	38,6%	9,6%	8,4%	*	*	
50 o más	23,7%	3,4%	8,5%	*	*	*
Al menos un trastorno de salud mental[1] (N=371)						
No	29,5%	9,4%	9,4%	*	*	
Sí	42,7%	14,7%	14,7%	*	*	
Cometió delito en los últimos 12 meses[2] (N=369)						
No	31,7%	10,3%	8,2%	*	*	
Sí	50,0%	17,5%	21,4%	*	*	
Total	**37,6%**	**12,4%**	**12,7%**	*	*	

Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta a Usuarios sobre tratamiento de drogas en Chile. * Diferencia significativa a un 90% o mayor nivel de confianza entre olas. La significancia fue calculada mediante un test de medias para muestras pareadas, se testeó la hipótesis de igualdad de medias. [1]Incluye: (i) Episodio depresivo mayor actual; (ii) Trastorno de angustia actual; (iii) Trastorno de personalidad antisocial; (iv) Episodio por estrés postraumático; y (v) Trastorno de ansiedad generalizada. [2]Incluye: (i) Peleas con arma blanca; (ii) Peleas con arma de fuego; (iii) Robo con intimidación; (iv) Agresión sexual; (v) Lesión grave; (vi) Homicidio; (vii) Robo a lugar no habitado; (viii) Robo en lugar habitado; y (ix) Hurto. Se presentan porcentajes de fila.

Tabla 157: Probabilidad[1] de ser prevalente mes pasta base en T2 según tipo de egreso, patrón de consumo previo a tratamiento, trabajo, participación en grupos prosociales y delito en los últimos 12 meses en línea de base (N=338)

	Pr=Prevalencia mes pasta base en T2	IC 95%	
		Inferior	Superior
Tipo de egreso			
Alta terapéutica	0,1	0,0	0,1
Derivado o sigue en tratamiento	0,1	0,0	0,2
Alta administrativa o abandono	0,2	0,1	0,2
Patrón de consumo previo a tratamiento			
Abstemios	0,1	0,0	0,2
Monoconsumidor cocaína/pasta base	0,1	0,0	0,2
Monoconsumidor alcohol	0,0	0,0	0,1
Policonsumidor cocaína	0,0	0,0	0,0
Policonsumidor pasta base	0,3	0,2	0,4
Trabajo en línea de base			
No trabajó	0,2	0,1	0,2
Cuenta propia	0,2	0,1	0,2
Bajo supervisión	0,1	0,0	0,1
Participa en grupos prosociales[2]			
No	0,2	0,1	0,2
Sí	0,1	0,1	0,1
Cometió delito en los últimos 12 meses[3]			
No	0,1	0,1	0,1
Sí	0,2	0,1	0,2

Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta a Usuarios sobre tratamiento de drogas en Chile. [1] Las probabilidades fueron estimadas a partir de un modelo de regresión logística y deben interpretarse como la probabilidad del resultado si toda la muestra cumpliera con el atributo expuesto. IC 95% = Intervalos de confianza a un 95% de nivel de confianza. [2]Incluye: (i) Organizaciones de vecinos, comunitarias o sociales; (ii) Sindicatos o asociación productiva; y (iii) Grupos de autoayuda u organizaciones de apoyo. IC 95% = Intervalos de confianza a un 95% de nivel de confianza. [3]Incluye: (i) Peleas con arma blanca; (ii) Peleas con arma de fuego; (iii) Robo con intimidación; (iv) Agresión sexual; (v) Lesión grave; (vi) Homicidio; (vii) Robo a lugar no habitado; (viii) Robo en lugar habitado; y (ix) Hurto.

Tabla 158: Policonsumo en el último mes en T0, T1 y T2 según tipo de egreso, exposición a tratamiento, programa, patrón de consumo previo a tratamiento, sexo, edad en tramos, al menos un trastorno de salud mental[1] y delito en los últimos 12 meses[2]

	Policonsumo en el último mes			Diferencias significativas		
	T0	T1	T2	T0-T1	T0-T2	T1-T2
Tipo egreso (N=368)						
Alta terapéutica	57,3%	11,8%	12,7%	*	*	
Derivado o sigue en tratamiento	72,6%	25,0%	25,0%	*	*	
Alta administrativa o abandono	75,9%	47,1%	46,6%	*	*	
Exposición a tratamiento (N=370)						
0 a 3	74,5%	46,8%	40,4%	*	*	
4 a 6	71,6%	44,0%	36,7%	*	*	
6.1 a 12	65,6%	24,0%	32,0%	*	*	*
Mas de 12	70,8%	21,3%	20,2%	*	*	
Exposición a tratamiento V2 (N=370)						
0 a 3	74,5%	46,8%	40,4%	*	*	
4 a 12	68,4%	33,3%	34,2%	*	*	
Mas de 12	70,8%	21,3%	20,2%	*	*	
Programa (N=371)						
Ambulatorio	67,5%	33,3%	30,9%	*	*	
Residencial	74,6%	29,5%	32,8%	*	*	
Patrón de consumo previo a tratamiento (N=343)						
Abstemios	6,7%	30,0%	20,0%	*		
Monoconsumidor cocaína/pasta base	44,4%	24,1%	20,4%	*	*	
Monoconsumidor alcohol	32,3%	11,3%	11,3%	*	*	
Policonsumidor cocaína	100,0%	37,8%	37,8%	*	*	
Policonsumidor pasta base	100,0%	43,4%	46,5%	*	*	
Sexo (N=371)						
Hombre	72,4%	32,5%	32,9%	*	*	
Mujer	64,8%	31,2%	28,8%	*	*	
Edad en tramos (N=371)						
18 a 29	82,4%	45,1%	47,3%	*	*	
30 a 39	73,7%	35,0%	35,0%	*	*	
40 a 49	65,1%	27,7%	21,7%	*	*	
50 o más	47,5%	10,2%	13,6%	*	*	
Al menos un trastorno de salud mental[1] (N=371)						
No	63,3%	30,9%	27,3%	*	*	
Sí	73,7%	32,8%	34,1%	*	*	
Cometió delito en los últimos 12 meses[2] (N=369)						
No	65,4%	28,0%	23,9%	*	*	
Sí	78,6%	40,5%	46,0%	*	*	
Total (N=371)	**69,7%**	**31,9%**	**31,6%**	*	*	

Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta a Usuarios sobre tratamiento de drogas en Chile. * Diferencia significativa a un 90% o mayor nivel de confianza entre olas. La significancia fue calculada mediante un test de medias para muestras pareadas, se testeó la hipótesis de igualdad de medias. [1]Incluye: (i) Episodio depresivo mayor actual; (ii) Trastorno de angustia actual; (iii) Trastorno de personalidad antisocial; (iv) Episodio por estrés postraumático; y (v) Trastorno de ansiedad generalizada. [2]Incluye: (i) Peleas con arma blanca; (ii) Peleas con arma de fuego; (iii) Robo con intimidación; (iv) Agresión sexual; (v) Lesión grave; (vi) Homicidio; (vii) Robo a lugar no habitado; (viii) Robo en lugar habitado; y (ix) Hurto. Se presentan porcentajes de fila.

Tabla 159: Probabilidad[1] de ser policonsumidor en T2 según tipo de egreso, patrón de consumo previo a tratamiento, edad en tramos y delito[2] en los últimos 12 meses en línea de base (N=338)

	Pr=Policonsumo mes en T2	IC 95%	
		Inferior	Superior
Tipo de egreso			
Alta terapéutica	0,1	0,1	0,2
Derivado o sigue en tratamiento	0,3	0,2	0,4
Alta administrativa o abandono	0,4	0,3	0,5
Patrón de consumo previo a tratamiento			
Abstemios	0,3	0,1	0,4
Monoconsumidor cocaína/pasta base	0,2	0,1	0,3
Monoconsumidor alcohol	0,2	0,1	0,3
Policonsumidor cocaína	0,3	0,3	0,4
Policonsumidor pasta base	0,4	0,3	0,5
Edad en tramos			
18 a 29	0,4	0,3	0,5
30 a 39	0,3	0,3	0,4
40 a 49	0,2	0,1	0,3
50 o más	0,2	0,1	0,3
Cometió delito en los últimos 12 meses[2]			
No	0,3	0,2	0,3
Sí	0,4	0,3	0,5

Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta a Usuarios sobre tratamiento de drogas en Chile. [1] Las probabilidades fueron estimadas a partir de un modelo de regresión logística y deben interpretarse como la probabilidad del resultado si toda la muestra cumpliera con el atributo expuesto. IC 95% = Intervalos de confianza a un 95% de nivel de confianza. [2]Incluye: (i) Peleas con arma blanca; (ii) Peleas con arma de fuego; (iii) Robo con intimidación; (iv) Agresión sexual; (v) Lesión grave; (vi) Homicidio; (vii) Robo a lugar no habitado; (viii) Robo en lugar habitado; y (ix) Hurto.

Tabla 160: Frecuencia consumo alcohol último mes en T0, T1 y T2 según tipo de egreso, exposición a tratamiento, programa, patrón de consumo previo a tratamiento, sexo, edad en tramos, al menos un trastorno de salud mental[1] y delito en los últimos 12 meses[2]

	Frecuencia consumo alcohol último mes						Diferencias			
	T0		T1		T2		T0-T1	T0-T2	T1-T2	N
	Media	D.E	Media	D.E	Media	D.E	Media	Media	Media	
Tipo egreso										
Alta terapéutica	8,8	11,6	1,1	3,4	2,5	6,6	7,7*	6,3*	-1,4*	110
Derivado o sigue en tratamiento	8,1	10,2	2,5	5,1	2,6	6,1	5,6*	5,5*	-0,1	84
Alta administrativa o abandono	8,9	10,3	4,7	7,0	5,0	7,8	4,3*	3,9*	-0,4	174
Exposición a tratamiento										
0 a 3	9,6	11,2	6,3	8,5	4,4	7,2	3,3*	5,1*	1,8*	47
4 a 6	8,2	10,5	3,5	5,9	5,1	9,0	4,8*	3,1*	-1,6*	109
6.1 a 12	9,5	11,2	2,7	5,2	3,5	6,5	6,7*	5,9*	-0,8	125
Mas de 12	8,4	10,2	1,7	4,5	2,0	4,8	6,7*	6,4*	-0,3	89
Exposición a tratamiento V2										
0 a 3	9,6	11,2	6,3	8,5	4,4	7,2	3,3	5,1*	1,8*	47
4 a 12	8,8	10,9	3,1	5,5	4,2	7,8	5,8*	4,6*	-1,2*	234
Mas de 12	8,4	10,2	1,7	4,5	2,0	4,8	6,7*	6,4*	-0,3	89
Programa										
Ambulatorio	8,6	10,3	3,2	5,8	3,6	6,8	5,4*	5*	-0,4	249
Residencial	9,3	11,5	3,0	6,0	4,0	7,8	6,4*	5,3*	-1	122
Patrón de consumo previo a tratamiento										
Abstemios	0,0	0,0	3,7	7,0	2,0	5,7	-3,7*	-2*	1,7	30
Monoconsumidor cocaína/pasta base	0,0	0,0	0,7	1,6	1,1	3,8	-0,8*	-1,1*	-0,4	54
Monoconsumidor alcohol	14,4	11,5	3,8	7,1	5,4	9,9	10,5*	9*	-1,6	62
Policonsumidor cocaína	11,1	10,8	3,0	5,2	3,5	5,7	8,2*	7,7*	-0,5	98
Policonsumidor pasta base	10,9	10,5	4,3	6,9	4,7	7,7	6,6*	6,2*	-0,4	99
Sexo										
Hombre	8,6	10,4	3,4	6,3	3,8	7,0	5,3*	4,8*	-0,5	246
Mujer	9,3	11,4	2,7	5,0	3,5	7,4	6,5*	5,8*	-0,8	125
Edad en tramos										
18 a 29	7,3	10,0	3,6	5,8	4,4	7,3	3,8*	2,9*	-0,9	91
30 a 39	7,8	10,0	2,8	5,4	3,7	7,2	5*	4,1*	-0,9*	137
40 a 49	11,2	12,1	3,5	7,0	3,4	7,5	7,8*	7,7*	0	83
50 o más	10,1	10,9	2,8	5,7	3,0	6,5	7,3*	7*	-0,3	59
Al menos un trastorno de salud mental[1]										
No	9,2	10,8	2,9	5,4	3,8	7,3	6,3*	5,5*	-0,8	139
Sí	8,6	10,7	3,3	6,2	3,7	7,1	5,3*	4,9*	-0,4	232
Cometió delito en los últimos 12 meses[2]										
No	8,9	10,7	2,7	5,2	3,2	6,5	6,2*	5,7*	-0,5	243
Sí	8,6	10,6	4,0	7,1	4,7	8,3	4,6*	3,9*	-0,7	126
Total	**8,8**	**10,7**	**3,1**	**5,9**	**3,7**	**7,2**	**5,7***	**5,1***	**-0,6***	**369**

Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta a Usuarios sobre tratamiento de drogas en Chile. * Diferencia significativa a un 90% o mayor nivel de confianza entre olas. La significancia fue calculada mediante un test de medias para muestras pareadas, se testeó la hipótesis de igualdad de medias. [1]Incluye: (i) Episodio depresivo mayor actual; (ii) Trastorno de angustia actual; (iii) Trastorno de personalidad antisocial; (iv) Episodio por estrés postraumático; y (v) Trastorno de ansiedad generalizada. [2]Incluye: (i) Peleas con arma blanca; (ii) Peleas con arma de fuego; (iii) Robo con intimidación; (iv) Agresión sexual; (v) Lesión grave; (vi) Homicidio; (vii) Robo a lugar no habitado; (viii) Robo en lugar habitado; y (ix) Hurto.

Tabla 161: Predicción días de consumo de alcohol en el último mes en T2 según tipo de egreso y patrón de consumo previo a tratamiento (N=338)

	Predicción días de consumo de alcohol el último mes en T2	IC 95%	
		Inferior	Superior
Tipo egreso			
Alta terapéutica	2,7	1,3	4,2
Derivado o sigue en tratamiento	3,0	1,2	4,8
Alta administrativa o abandono	4,7	3,5	5,9
Patrón de consumo previo a tratamiento			
Abstemios	2,4	-0,2	5,1
Monoconsumidor cocaína/pasta base	0,7	-1,2	2,6
Monoconsumidor alcohol	6,5	4,6	8,4
Policonsumidor cocaína	3,3	1,8	4,8
Policonsumidor pasta base	4,5	3,0	5,9

Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta a Usuarios sobre tratamiento de drogas en Chile. [1] Las predicciones fueron estimadas a partir de un modelo de regresión lineal y deben interpretarse como la estimación del resultado si toda la muestra cumpliera con el atributo expuesto. IC 95% = Intervalos de confianza a un 95% de nivel de confianza.

Tabla 162: Frecuencia consumo marihuana último mes en T0, T1 y T2 según tipo de egreso, exposición a tratamiento, programa, patrón de consumo previo a tratamiento, sexo, edad en tramos, al menos un trastorno de salud mental[1] y delito en los últimos 12 meses[2]

	Frecuencia consumo marihuana último mes						Diferencias			
	T0		T1		T2		T0-T1	T0-T2	T1-T2	N
	Media	D.E	Media	D.E	Media	D.E	Media	Media	Media	
Tipo egreso										
Alta terapéutica	4,8	10,2	1	4,5	1,1	4,7	3,8*	3,7*	-0,1	93
Derivado o sigue en tratamiento	8,4	12,5	2,6	7	3,5	8,4	5,8*	4,8*	-1	75
Alta administrativa o abandono	8	11,9	4,2	8,6	4,3	8,6	3,7*	3,7*	-0,1	159
Exposición a tratamiento										
0 a 3	7,5	11,4	5,5	9,1	5,3	9,2	2	2,2	0,3	44
4 a 6	8,5	12,6	3,5	8,4	2,9	7,3	5*	5,6*	0,6	98
6.1 a 12	4,6	9,8	2,1	6,3	2,9	7,8	2,5*	1,8*	-0,7	108
Mas de 12	8,2	12,2	1,8	5,9	2,9	7,3	6,5*	5,3*	-1,1*	79
Exposición a tratamiento V2										
0 a 3	7,5	11,4	5,5	9,1	5,3	9,2	2	2,2	0,3	44
4 a 12	6,5	11,4	2,8	7,4	2,9	7,5	3,7*	3,6*	-0,1	206
Mas de 12	8,2	12,2	1,8	5,9	2,9	7,3	6,5*	5,3*	-1,1*	79
Programa										
Ambulatorio	6,6	11,2	3,1	7,5	3,3	7,7	3,5*	3,3*	-0,2	222
Residencial	8,1	12,3	2,6	7	3	7,9	5,5*	5,1*	-0,5	108
Patrón de consumo previo a tratamiento										
Abstemios	4,4	10	0,8	1,9	0,7	2,9	3,7*	3,8*	0,1	26
Monoconsumidor cocaína/pasta base	6,5	11,8	1,3	4,9	1,7	6,3	5,1*	4,7*	-0,4	46
Monoconsumidor alcohol	4,4	10,2	1,6	5,3	1,7	5,4	2,8*	2,7*	-0,1	45
Policonsumidor cocaína	6,7	11,1	2,9	7,7	3	6,6	3,7*	3,7*	0	92
Policonsumidor pasta base	9,8	12,4	4,6	8,8	5,5	10,2	5,1*	4,3*	-0,9	98
Sexo										
Hombre	7,4	11,8	3,4	7,8	3,6	8	4*	3,8*	-0,2	229
Mujer	6,3	11,2	1,8	6,1	2,3	7	4,5*	4*	-0,5	101
Edad en tramos										
18 a 29	9,8	12,7	4,7	9,1	4,8	8,7	5,1*	5*	-0,1	90
30 a 39	7,2	11,7	3,5	8	3,9	9,1	3,7*	3,3*	-0,5	126
40 a 49	5,8	11,1	0,8	2,8	0,8	2,7	4,9*	4,9*	0	73
50 o más	3,3	8,4	1,2	5,2	1,8	5,7	2,1	1,5*	-0,7	40
Al menos un trastorno de salud mental[1]										
No	4,9	10	2	5,6	2,9	7,7	2,9*	2*	-0,9*	123
Sí	8,4	12,3	3,5	8,2	3,4	7,8	4,9*	5*	0,1	207
Cometió delito en los últimos 12 meses[2]										
No	6,3	11,3	2,5	6,9	2,4	6,7	3,7*	3,9*	0,1	208
Sí	8,6	12,1	3,7	8,1	4,7	9,1	4,9*	3,9*	-1	120
Total	**7,1**	**11,6**	**2,9**	**7,4**	**3,2**	**7,7**	**4,2***	**3,9***	**-0,3**	**330**

Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta a Usuarios sobre tratamiento de drogas en Chile. * Diferencia significativa a un 90% o mayor nivel de confianza entre olas. La significancia fue calculada mediante un test de medias para muestras pareadas, se testeó la hipótesis de igualdad de medias. [1]Incluye: (i) Episodio depresivo mayor actual; (ii) Trastorno de angustia actual; (iii) Trastorno de personalidad antisocial; (iv) Episodio por estrés postraumático; y (v) Trastorno de ansiedad generalizada. [2]Incluye: (i) Peleas con arma blanca; (ii) Peleas con arma de fuego; (iii) Robo con intimidación; (iv) Agresión sexual; (v) Lesión grave; (vi) Homicidio; (vii) Robo a lugar no habitado; (viii) Robo en lugar habitado; y (ix) Hurto.

Tabla 163: Predicción días de consumo de marihuana en el último mes en T2 según tipo de egreso patrón de consumo previo a tratamiento, edad en tramos y delito[2] en los últimos 12 meses en línea de base (N=330)

	Predicción días de consumo de marihuana el último mes T2	IC 95%	
		Inferior	Superior
Exposición a tratamiento			
0 a 3	5,8	3,3	8,2
3.1 a 6	2	0,3	3,7
6.1 a 12	2,7	1,5	4,5
Más de 12	3,6	1,6	5,6
Patrón de consumo previo a tratamiento (N=343)			
Abstemios	1,5	-1,5	4,4
Monoconsumidor cocaína/pasta base	1,7	-0,5	3,9
Monoconsumidor alcohol	2,2	-0,1	4,5
Policonsumidor cocaína	2,3	0,7	3,9
Policonsumidor pasta base	5,7	4,1	7,2
Edad en tramos			
18 a 29	4,9	3,2	6,6
30 a 39	3,6	2,3	5,0
40 a 49	1,0	-0,9	2,8
50 o más	2,5	-0,2	5,1
Cometió delito en los últimos 12 meses[2]			
No	2,1	1,0	3,3
Sí	5,0	3,5	6,6

Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta a Usuarios sobre tratamiento de drogas en Chile. [1] Las predicciones fueron estimadas a partir de un modelo de regresión lineal y deben interpretarse como la estimación del resultado si toda la muestra cumpliera con el atributo expuesto. IC 95% = Intervalos de confianza a un 95% de nivel de confianza. [2] Incluye: (i) Peleas con arma blanca; (ii) Peleas con arma de fuego; (iii) Robo con intimidación; (iv) Agresión sexual; (v) Lesión grave; (vi) Homicidio; (vii) Robo a lugar no habitado; (viii) Robo en lugar habitado; y (ix) Hurto.

Tabla 164: Frecuencia consumo cocaína último mes en T0, T1 y T2 según tipo de egreso, exposición a tratamiento, programa, patrón de consumo previo a tratamiento, sexo, edad en tramos, al menos un trastorno de salud mental[1] y delito en los últimos 12 meses[2]

	Frecuencia consumo cocaína último mes						Diferencias			
	T0		T1		T2		T0-T1	T0-T2	T1-T2	N
	Media	D.E	Media	D.E	Media	D.E	Media	Media	Media	
Tipo egreso										
Alta terapéutica	6,7	10	0,5	3,1	0,8	3,3	6,2*	5,9*	-0,3	87
Derivado o sigue en tratamiento	9,7	11,4	1,9	5,2	1,6	5,5	7,8*	8*	0,3	72
Alta administrativa o abandono	8,3	11,1	1,5	4,4	1,5	4,7	6,8*	6,8*	-0,1	164
Exposición a tratamiento										
0 a 3	7,4	11,4	1,9	4,1	0,6	2	5,5*	6,8*	1,2*	45
4 a 6	9,4	11,7	1,1	3,6	2	5,9	8,2*	7,4*	-0,8	101
6.1 a 12	7,2	10,1	1,3	5	1,4	4,2	5,9*	5,7*	-0,1	105
Mas de 12	8,8	10,9	1,3	4,3	0,9	3,9	7,5*	7,9*	0,5	74
Exposición a tratamiento V2										
0 a 3	7,4	11,4	1,9	4,1	0,6	2	5,5*	6,8*	1,2*	45
4 a 12	8,3	10,9	1,2	4,4	1,7	5,1	7*	6,6*	-0,5	206
Mas de 12	8,8	10,9	1,3	4,3	0,9	3,9	7,5*	7,9*	0,5	74
Programa										
Ambulatorio	7,3	10	1,3	4,1	1,3	4,3	6*	6,1*	0,1	215
Residencial	10	12,4	1,3	4,6	1,5	5	8,7*	8,4*	-0,2	111
Patrón de consumo previo a tratamiento										
Abstemios	0	0	2,6	5,9	1	2,6	-2,6*	-1*	0,5	23
Monoconsumidor cocaína/pasta base	8,9	11,5	2,2	6,9	2,1	6,8	6,7*	6,9*	0,1	50
Monoconsumidor alcohol	0	0	0,1	0,3	0,3	1,1	-0,1*	-0,3*	-0,2*	37
Policonsumidor cocaína	14	11,5	1,7	4,5	1,9	5,4	12,3*	12,1*	-0,2	98
Policonsumidor pasta base	6,9	9,7	0,7	2,3	1	3,6	6,2*	5,9*	-0,3	95
Sexo										
Hombre	7,6	10,4	1	3,1	0,9	2,9	6,6*	6,7*	0,1	225
Mujer	9,6	12	2	6,1	2,4	6,8	7,6*	7,2*	-0,3	101
Edad en tramos										
18 a 29	9	11,2	1,8	5,4	1,2	4,1	7,2*	7,8*	0,5	88
30 a 39	8,6	11,1	1,3	3,9	1,6	4,7	7,3*	7*	-0,3	129
40 a 49	7,7	10,8	1,2	4,2	1,4	5,3	6,5*	6,3*	-0,2	76
50 o más	6,1	10,3	0,7	2,8	0,8	3	5,3*	5,2*	-0,1	32
Al menos un trastorno de salud mental[1]										
No	6	9,1	1,7	5,1	1,4	4,6	4,3*	4,6*	0,3	119
Sí	9,5	11,7	1,1	3,8	1,3	4,5	8,4*	8,2*	-0,2	207
Cometió delito en los últimos 12 meses[2]										
No	7,8	10,6	1,2	4,1	1,1	3,9	6,6*	6,7*	0,1	203
Sí	8,9	11,4	1,5	4,7	1,8	5,5	7,4*	7,1*	-0,3	121
Total	**8,2**	**11**	**1,3**	**4,3**	**1,4**	**4,5**	**6,9***	**6,9***	**0**	**326**

Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta a Usuarios sobre tratamiento de drogas en Chile. * Diferencia significativa a un 90% o mayor nivel de confianza entre olas. La significancia fue calculada mediante un test de medias para muestras pareadas, se testeó la hipótesis de igualdad de medias. [1]Incluye: (i) Episodio depresivo mayor actual; (ii) Trastorno de angustia actual; (iii) Trastorno de personalidad antisocial; (iv) Episodio por estrés postraumático; y (v) Trastorno de ansiedad generalizada. [2]Incluye: (i) Peleas con arma blanca; (ii) Peleas con arma de fuego; (iii) Robo con intimidación; (iv) Agresión sexual; (v) Lesión grave; (vi) Homicidio; (vii) Robo a lugar no habitado; (viii) Robo en lugar habitado; y (ix) Hurto.

Tabla 165: Predicción días de consumo de cocaína en el último mes en T2 según sexo y participación en grupos prosociales[2] en línea de base (N=326)

	Predicción días de consumo de cocaína el último mes en T2	IC 95%	
		Inferior	Superior
Sexo			
Hombre	0,9	0,3	1,6
Mujer	2,5	1,5	3,5
Participa en grupos prosociales[2]			
No	1,9	1,1	2,6
Sí	0.9	0,1	1,7

Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta a Usuarios sobre tratamiento de drogas en Chile. [1] Las predicciones fueron estimadas a partir de un modelo de regresión lineal y deben interpretarse como la estimación del resultado si toda la muestra cumpliera con el atributo expuesto. IC 95% = Intervalos de confianza a un 95% de nivel de confianza. [2] Incluye: (i) Organizaciones de vecinos, comunitarias o sociales; (ii) Sindicatos o asociación productiva; y (iii) Grupos de autoayuda u organizaciones de apoyo. IC 95% = Intervalos de confianza a un 95% de nivel de confianza. Se presentan porcentajes de fila.

Tabla 166: Frecuencia consumo pasta base último mes en T0, T1 y T2 según tipo de egreso, exposición a tratamiento, programa, patrón de consumo previo a tratamiento, sexo, edad en tramos, al menos un trastorno de salud mental[1] y delito en los últimos 12 meses[2]

	Frecuencia consumo pasta base último mes						Diferencias			
	T0		T1		T2		T0-T1	T0-T2	T1-T2	N
	Media	D.E	Media	D.E	Media	D.E	Media	Media	Media	
Tipo egreso										
Alta terapéutica	14,3	13,3	1,1	4,5	1,7	5,7	13*	12,7*	-0,5	61
Derivado o sigue en tratamiento	9,2	12,3	2	5,9	3,3	8	7*	5,6*	-1,3	46
Alta administrativa o abandono	14,2	12,7	4,7	9,5	4,1	8,8	9,1*	9,8*	0,6	110
Exposición a tratamiento										
0 a 3	16,3	13,4	6,5	11,4	6,5	11,8	9*	9,5*	0,4	28
4 a 6	13,8	12,8	4,7	9,7	3,3	7,4	8,6*	10,2*	1,4	70
6.1 a 12	12,5	12,9	1,7	4,9	3,1	7,7	10,6*	9,3*	-1,3*	71
Mas de 12	11,1	12,5	0,6	2,6	1,4	5,2	10,4*	9,5*	-0,8	48
Exposición a tratamiento V2										
0 a 3	16,3	13,4	6,5	11,4	6,5	11,8	9*	9,5*	0,4	28
4 a 12	13,1	12,8	3,2	7,8	3,2	7,5	9,6*	9,7*	0	141
Mas de 12	11,1	12,5	0,6	2,6	1,4	5,2	10,4*	9,5*	-0,8	48
Programa										
Ambulatorio	11,5	13,2	2	6	2,5	7	9,2*	8,8*	-0,5	126
Residencial	15,3	12,2	4,5	9,5	4,2	8,9	10,4*	10,8*	0,4	92
Patrón de consumo previo a tratamiento										
Abstemios	0	0	1,1	3,6	1,1	2,7	-1,1	-1,1	0	17
Monoconsumidor cocaína/pasta base	21,8	11,8	4,1	9,3	3,9	9,1	17,1*	17,5*	0,3	36
Monoconsumidor alcohol	0	0	0,2	0,8	0,4	1,1	-0,3	-0,5	-0,2	14
Policonsumidor cocaína	0,2	1	0,3	1,9	0,8	4,9	-0,3	-1	-0,5	36
Policonsumidor pasta base	17,2	11,1	5	9,5	4,8	9,3	12,3*	12,4*	0,1	99
Sexo										
Hombre	12,9	12,6	3,5	8,3	3,4	8,2	9,1*	9,4*	0,2	156
Mujer	13,6	13,7	1,9	5,9	2,9	6,9	11,4*	10,4*	-0,9	62
Edad en tramos										
18 a 29	12,3	13	3,7	8,6	3,1	7,8	8,3*	9*	0,7	57
30 a 39	13,4	13,3	4,1	8,9	4	8,1	8,8*	9,2*	0,3	88
40 a 49	13,6	12,3	1,5	5,2	1,9	7,1	11,9*	11,4*	-0,4	50
50 o más	13,7	13,1	0,7	3,2	3,7	8,9	12,9*	9,3*	-3,2*	22
Al menos un trastorno de salud mental[1]										
No	12,2	12,9	1,7	5,1	2,8	7,9	10,2*	9*	-1,1	72
Sí	13,6	12,9	3,7	8,7	3,4	7,8	9,5*	10*	0,4	146
Cometió delito en los últimos 12 meses[2]										
No	13,5	12,9	2,4	6,5	2,2	6,1	10,7*	11,1*	0,3	119
Sí	12,9	12,9	3,9	9	4,5	9,5	8,6*	8*	-0,6	98
Total	**13,2**	**12,9**	**3,1**	**7,8**	**3,2**	**7,9**	**9,8***	**9,7***	**-0,1**	**217**

Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta a Usuarios sobre tratamiento de drogas en Chile. * Diferencia significativa a un 90% o mayor nivel de confianza entre olas. La significancia fue calculada mediante un test de medias para muestras pareadas, se testeó la hipótesis de igualdad de medias. [1]Incluye: (i) Episodio depresivo mayor actual; (ii) Trastorno de angustia actual; (iii) Trastorno de personalidad antisocial; (iv) Episodio por estrés postraumático; y (v) Trastorno de ansiedad generalizada. [2]Incluye: (i) Peleas con arma blanca; (ii) Peleas con arma de fuego; (iii) Robo con intimidación; (iv) Agresión sexual; (v) Lesión grave; (vi) Homicidio; (vii) Robo a lugar no habitado; (viii) Robo en lugar habitado; y (ix) Hurto.

Tabla 167: Predicción días de consumo de pasta base en el último mes en T2 según exposición a tratamiento (N=217)

	Predicción días de consumo de pasta base el último mes T2	IC 95%	
		Inferior	Superior
Exposición a tratamiento			
0 a 3	6,4	3,2	9,7
4 a 6	3,2	1,1	5,4
6.1 a 12	3,6	1,6	5,6
Mas de 12	1,3	-1,4	4

Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta a Usuarios sobre tratamiento de drogas en Chile. [1] Las predicciones fueron estimadas a partir de un modelo de regresión lineal y deben interpretarse como la estimación del resultado si toda la muestra cumpliera con el atributo expuesto. IC 95% = Intervalos de confianza a un 95% de nivel de confianza.

Tabla 168: Frecuencia consumo sustancia principal último mes en T0, T1 y T2 según tipo de egreso, exposición a tratamiento, programa, patrón de consumo previo a tratamiento, sexo, edad en tramos, al menos un trastorno de salud mental[1] y delito en los últimos 12 meses[2]

	Frecuencia consumo sustancia principal último mes						Diferencias			
	T0		T1		T2		T0-T1	T0-T2	T1-T2	N
	Media	D.E	Media	D.E	Media	D.E	Media	Media	Media	
Tipo egreso										
Alta terapéutica	16	12,3	1,4	4,5	2,5	6,8	14,6*	13,5*	-1,2*	105
Derivado o sigue en tratamiento	15,5	12,2	3,3	6,9	3,7	7,9	12,2*	11,8*	-0,4	80
Alta administrativa o abandono	16,9	11,5	5,2	9,2	4,9	8,7	11,6*	12*	0,4	171
Exposición a tratamiento										
0 a 3	18	12,8	5,5	9,7	4,5	9,6	12,4*	13,5*	1,1	46
4 a 6	17,7	11,6	4,6	8,8	4,9	9,1	13,1*	12,8*	-0,3	109
6.1 a 12	15,4	12,2	3,1	7,2	4	7,7	12,3*	11,5*	-0,9	121
Mas de 12	14,6	11,1	2,1	5	2,1	5,5	12,5*	12,5*	0	82
Exposición a tratamiento V2										
0 a 3	18	12,8	5,5	9,7	4,5	9,6	12,4*	13,5*	1,1	46
4 a 12	16,5	11,9	3,8	8	4,4	8,4	12,7*	12,1*	-0,6	230
Mas de 12	14,6	11,1	2,1	5	2,1	5,5	12,5*	12,5*	0	82
Programa										
Ambulatorio	14,4	11,8	3,3	7	3,3	7,3	11,1*	11*	-0,1	241
Residencial	20,2	11,1	4,4	9,1	5	9,2	15,8*	15,2*	-0,6	118
Patrón de consumo previo a tratamiento										
Abstemios	2,3	8,2	4,1	8	3	6,3	-1,8	-0,7	1,1	26
Monoconsumidor cocaína/pasta base	20,5	10,9	4,4	9,6	4,1	9,5	16,1*	16,4*	0,2	54
Monoconsumidor alcohol	15	11,8	3,2	6,1	4,2	8,4	11,8*	10,7*	-1,1	59
Policonsumidor cocaína	15,1	11,8	1,9	4,7	2,1	5,5	13,2*	13*	-0,2	96
Policonsumidor pasta base	19,2	10,2	5,6	9,9	5,6	9,6	13,6*	13,6*	0	99
Sexo										
Hombre	15,9	11,7	3,8	8	3,8	7,9	12*	12,1*	0,1	239
Mujer	17,1	12,3	3,3	7,2	4,2	8,3	13,8*	12,9*	-0,9	120
Edad en tramos										
18 a 29	16,1	12,4	4,3	8,5	4	8	11,8*	12,2*	0,3	89
30 a 39	16,5	11,9	4,2	8,1	4,2	8	12,3*	12,3*	0	134
40 a 49	17,5	11,1	3,3	7,7	3,3	8,2	14,2*	14,3*	0,1	79
50 o más	14,4	12	1,8	5,1	3,9	7,9	12,6*	10,5*	-2,1*	56
Al menos un trastorno de salud mental[1]										
No	15,3	11,9	3	6,4	3,8	7,6	12,3*	11,5*	-0,8	136
Sí	16,9	11,9	4,1	8,4	4	8,2	12,8*	12,9*	0,1	223
Cometió delito en los últimos 12 meses[2]										
No	15,5	11,7	3	6,7	3	6,6	12,5*	12,4*	-0,1	233
Sí	17,9	12,1	5	9,3	5,6	10	12,9*	12,3*	-0,6	124
Total	**16,3**	**11,9**	**3,6**	**7,7**	**3,9**	**8**	**12,6***	**12,4***	**-0,2**	**359**

Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta a Usuarios sobre tratamiento de drogas en Chile. * Diferencia significativa a un 90% o mayor nivel de confianza entre olas. La significancia fue calculada mediante un test de medias para muestras pareadas, se testeó la hipótesis de igualdad de medias. [1]Incluye: (i) Episodio depresivo mayor actual; (ii) Trastorno de angustia actual; (iii) Trastorno de personalidad antisocial; (iv) Episodio por estrés postraumático; y (v) Trastorno de ansiedad generalizada. [2]Incluye: (i) Peleas con arma blanca; (ii) Peleas con arma de fuego; (iii) Robo con intimidación; (iv) Agresión sexual; (v) Lesión grave; (vi) Homicidio; (vii) Robo a lugar no habitado; (viii) Robo en lugar habitado; y (ix) Hurto.

Tabla 169: Predicción días de consumo de sustancia principal en el último mes en T2 según tipo de egreso (N=329)

	Predicción días de consumo sustancia principal el último mes	IC 95%	
		Inferior	Superior
Tipo egreso			
Alta terapéutica	2,5	0,7	4,2
Derivado o sigue en tratamiento	4,4	2,2	6,5
Alta administrativa o abandono	4,7	3,3	6,1

Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta a Usuarios sobre tratamiento de drogas en Chile. [1] Las predicciones fueron estimadas a partir de un modelo de regresión lineal y deben interpretarse como la estimación del resultado si toda la muestra cumpliera con el atributo expuesto. IC 95% = Intervalos de confianza a un 95% de nivel de confianza.

Tabla 170: Mantuvo/aumentó o disminuyó consumo de sustancia principal entre T0 y T2 según tipo de egreso, exposición a tratamiento, programa, patrón de consumo previo a tratamiento, sexo, edad en tramos, al menos un trastorno de salud mental[1] y delito en los últimos 12 meses[2]

	Frecuencia consumo sustancia principal entre T0 y T2	
	Mantuvo o aumentó	Disminuyó
Tipo egreso (N=356)		
Alta terapéutica	18,1%	81,9%
Derivado o sigue en tratamiento	23,8%	76,3%
Alta administrativa o abandono	19,9%	80,1%
Exposición a tratamiento* (N=358)		
0 a 3	28,3%	71,7%
4 a 6	16,5%	83,5%
6.1 a 12	24,8%	75,2%
Mas de 12	13,4%	86,6%
Exposición a tratamiento V2 (N=358)		
0 a 3	28,3%	71,7%
4 a 12	20,9%	79,1%
Mas de 12	13,4%	86,6%
Programa (N=359)		
Ambulatorio	21,2%	78,8%
Residencial	17,8%	82,2%
Patrón de consumo previo a tratamiento* (N=334)		
Abstemios	92,3%	7,7%
Monoconsumidor cocaína/pasta base	13,0%	87,0%
Monoconsumidor alcohol	22,0%	78,0%
Policonsumidor cocaína	6,3%	93,8%
Policonsumidor pasta base	15,2%	84,8%
Sexo (N=359)		
Hombre	19,7%	80,3%
Mujer	20,8%	79,2%
Edad en tramos (N=359)		
18 a 29	22,5%	77,5%
30 a 39	18,7%	81,3%
40 a 49	17,7%	82,3%
50 o más	23,2%	76,8%
Al menos un trastorno de salud mental[1] (N=359)		
No	21,3%	78,7%
Sí	19,3%	80,7%
Cometió delito en los últimos 12 meses[2] (N=359)		
No	18,9%	81,1%
Sí	21,8%	78,2%
Total (N=359)	**20,1%**	**79,9%**

Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta a Usuarios sobre tratamiento de drogas en Chile. * Diferencia significativa a un 90% o mayor nivel de confianza entre olas. La significancia fue calculada mediante un test de chi cuadrado. [1]Incluye: (i) Episodio depresivo mayor actual; (ii) Trastorno de angustia actual; (iii) Trastorno de personalidad antisocial; (iv) Episodio por estrés postraumático; y (v) Trastorno de ansiedad generalizada. [2]Incluye: (i) Peleas con arma blanca; (ii) Peleas con arma de fuego; (iii) Robo con intimidación; (iv) Agresión sexual; (v) Lesión grave; (vi) Homicidio; (vii) Robo a lugar no habitado; (viii) Robo en lugar habitado; y (ix) Hurto. Se presentan porcentajes de fila.

Tabla 171: Probabilidad[1] de haber disminuido el consumo de sustancia principal entre T0 y T2 según exposición a tratamiento, patrón de consumo previo a tratamiento y primer tratamiento (N=329)

	Pr= Disminuyó frecuencia consumo sustancia principal entre T0 y T2	IC 95%	
		Inferior	Superior
Exposición a tratamiento (meses)			
0 a 3	0,7	0,5	0,8
3.1 a 6	0,8	0,7	0,9
6.1 a 12	0,8	0,7	0,8
Mas de 12	0,9	0,8	0,9
Patrón de consumo previo a tratamiento			
Abstemios	0,1	0,0	0,2
Monoconsumidor cocaína/pasta base	0,9	0,8	1,0
Monoconsumidor alcohol	0,7	0,6	0,9
Policonsumidor cocaína	0,9	0,9	1,0
Policonsumidor pasta base	0,9	0,8	0,9
Primer tratamiento			
No	0,8	0,7	0,8
Sí	0,9	0,8	0,9

Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta a Usuarios sobre tratamiento de drogas en Chile. [1] Las probabilidades fueron estimadas a partir de un modelo de regresión logística y deben interpretarse como la probabilidad del resultado si toda la muestra cumpliera con el atributo expuesto. IC 95% = Intervalos de confianza a un 95% de nivel de confianza.

Tabla 172: Abuso (DSM-IV) según tipo de egreso, exposición a tratamiento, programa, patrón de consumo previo a tratamiento, sexo, edad en tramos, al menos un trastorno de salud mental[1] y delito en los últimos 12 meses[2]

	Abuso			Diferencias significativas		
	T0	T1	T2	T0-T1	T0-T2	T1-T2
Tipo egreso (N=368)						
Alta terapéutica	93,6%	31,8%	19,1%	*	*	*
Derivado o sigue en tratamiento	95,2%	54,8%	31,0%	*	*	*
Alta administrativa o abandono	97,7%	66,1%	46,0%	*	*	*
Exposición a tratamiento (N=370)						
0 a 3	95,7%	57,4%	27,7%	*	*	*
4 a 6	93,6%	63,3%	45,9%	*	*	*
6.1 a 12	98,4%	53,6%	36,0%	*	*	*
Mas de 12	95,5%	39,3%	22,5%	*	*	*
Exposición a tratamiento V2 (N=370)						
0 a 3	95,7%	57,4%	27,7%	*	*	*
4 a 12	96,2%	58,1%	40,6%	*	*	*
Mas de 12	95,5%	39,3%	22,5%	*	*	*
Programa (N=371)						
Ambulatorio	94,4%	55,0%	32,5%	*	*	*
Residencial	99,2%	50,0%	38,5%	*	*	*
Patrón de consumo previo a tratamiento (N=343)						
Abstemios	96,7%	43,3%	33,3%	*	*	
Monoconsumidor cocaína/pasta base	96,3%	44,4%	33,3%	*	*	
Monoconsumidor alcohol	91,9%	50,0%	27,4%	*	*	*
Policonsumidor cocaína	96,9%	55,1%	31,6%	*	*	*
Policonsumidor pasta base	99,0%	58,6%	41,4%	*	*	*
Sexo (N=371)						
Hombre	95,9%	53,3%	34,1%	*	*	*
Mujer	96,0%	53,6%	35,2%	*	*	*
Edad en tramos (N=371)						
18 a 29	95,6%	63,7%	40,7%	*	*	*
30 a 39	94,9%	54,0%	36,5%	*	*	*
40 a 49	97,6%	42,2%	28,9%	*	*	*
50 o más	96,6%	50,8%	27,1%	*	*	*
Al menos un trastorno de salud mental[1] (N=371)						
No	92,8%	42,4%	33,8%	*	*	*
Sí	97,8%	59,9%	34,9%	*	*	*
Cometió delito en los últimos 12 meses[2] (N=369)						
No	94,2%	49,0%	29,2%	*	*	*
Sí	99,2%	61,9%	45,2%	*	*	*
Total	**95,9%**	**53,2%**	**34,3%**	*	*	*

Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta a Usuarios sobre tratamiento de drogas en Chile. * Diferencia significativa a un 90% o mayor nivel de confianza entre olas. La significancia fue calculada mediante un test de medias para muestras pareadas, se testeó la hipótesis de igualdad de medias. [1]Incluye: (i) Episodio depresivo mayor actual; (ii) Trastorno de angustia actual; (iii) Trastorno de personalidad antisocial; (iv) Episodio por estrés postraumático; y (v) Trastorno de ansiedad generalizada. [2]Incluye: (i) Peleas con arma blanca; (ii) Peleas con arma de fuego; (iii) Robo con intimidación; (iv) Agresión sexual; (v) Lesión grave; (vi) Homicidio; (vii) Robo a lugar no habitado; (viii) Robo en lugar habitado; y (ix) Hurto. Se presentan porcentajes de fila.

Tabla 173: Probabilidad[1] de abuso (DMS-IV) en T2 según tipo de egreso, exposición a tratamiento y vivió en lugares adversos[2] en los últimos 12 meses en línea de base (N=338)

	Pr= Abuso en T2	IC 95%	
		Inferior	Superior
Tipo de egreso			
Alta terapéutica	0,2	0,1	0,3
Derivado o sigue en tratamiento	0,3	0,2	0,4
Alta administrativa o abandono	0,4	0,4	0,5
Exposición a tratamiento (meses)			
0 a 3	0,3	0,1	0,4
3.1 a 6	0,4	0,3	0.5
6.1 a 12	0,4	0,3	05
Mas de 12	0,3	0,1	0,4
Vivió en lugares adversos 12 meses antes de línea de base[2]			
No	0,4	0,3	0,4
Sí	0,2	0	0,3

Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta a Usuarios sobre tratamiento de drogas en Chile. [1] Las probabilidades fueron estimadas a partir de un modelo de regresión logística y deben interpretarse como la probabilidad del resultado si toda la muestra cumpliera con el atributo expuesto. IC 95% = Intervalos de confianza a un 95% de nivel de confianza.[2] Incluye: (i) Calle; (ii) Cárcel; (iii) Lugar abandonado; y (iv) Ruca/caleta/casa de consumo.

Tabla 174: Dependencia (CIE-10) en T2 según tipo de egreso, exposición a tratamiento, programa, patrón de consumo previo a tratamiento, sexo, edad en tramos, al menos un trastorno de salud mental[1] y delito en los últimos 12 meses[2]

	Dependencia CIE-10 en T2	
	No	Sí
Tipo egreso* (N=349)		
Alta terapéutica	76,0%	24,0%
Derivado o sigue en tratamiento	57,5%	42,5%
Alta administrativa o abandono	39,6%	60,4%
Exposición a tratamiento* (N=351)		
0 a 3	56,8%	43,2%
4 a 6	44,3%	55,7%
6.1 a 12	54,1%	45,9%
Mas de 12	64,6%	35,4%
Exposición a tratamiento V2 (N=351)		
0 a 3	56,8%	43,2%
4 a 12	49,6%	50,4%
Mas de 12	64,6%	35,4%
Programa* (N=352)		
Ambulatorio	55,1%	44,9%
Residencial	51,7%	48,3%
Patrón de consumo previo a tratamiento* (N=324)		
Abstemios	66,7%	33,3%
Monoconsumidor cocaína/pasta base	58,8%	41,2%
Monoconsumidor alcohol	63,0%	37,0%
Policonsumidor cocaína	57,0%	43,0%
Policonsumidor pasta base	41,7%	58,3%
Sexo (N=352)		
Hombre	53,0%	47,0%
Mujer	55,9%	44,1%
Edad en tramos (N=352)		
18 a 29	50,0%	50,0%
30 a 39	47,7%	52,3%
40 a 49	62,2%	37,8%
50 o más	64,9%	35,1%
Al menos un trastorno de salud mental (N=352)		
No	59,7%	40,3%
Sí	50,5%	49,5%
Cometió delito en los últimos 12 meses* (N=351)		
No	61,2%	38,8%
Sí	41,1%	58,9%
Total (N=352)	**54,0%**	**46,0%**

Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta a Usuarios sobre tratamiento de drogas en Chile. * Diferencia significativa a un 90% o mayor nivel de confianza entre olas. La significancia fue calculada mediante un test de chi cuadrado. [1]Incluye: (i) Episodio depresivo mayor actual; (ii) Trastorno de angustia actual; (iii) Trastorno de personalidad antisocial; (iv) Episodio por estrés postraumático; y (v) Trastorno de ansiedad generalizada. [2]Incluye: (i) Peleas con arma blanca; (ii) Peleas con arma de fuego; (iii) Robo con intimidación; (iv) Agresión sexual; (v) Lesión grave; (vi) Homicidio; (vii) Robo a lugar no habitado; (viii) Robo en lugar habitado; y (ix) Hurto. Se presentan porcentajes de fila.

Tabla 175: Probabilidad[1] de Dependencia (CIE-10) T2 según tipo de egreso, exposición a tratamiento y delito[2] en los últimos 12 meses antes de línea de base (N=320)

	Pr= Dependencia en T2	IC 95%	
		Inferior	Superior
Tipo de egreso			
Alta terapéutica	0,2	0,1	0,3
Derivado o sigue en tratamiento	0,4	0,3	0,6
Alta administrativa o abandono	0,6	0,5	0,7
Exposición a tratamiento (meses)			
0 a 3	0,3	0,2	0,5
3.1 a 6	0,5	0,4	0,6
6.1 a 12	0,5	0,4	0,6
Mas de 12	0,4	0,3	0,5
Cometió delito en los últimos 12 meses[2]			
No	0,4	0,3	0,5
Sí	0,5	0,4	0,6

Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta a Usuarios sobre tratamiento de drogas en Chile. [1] Las probabilidades fueron estimadas a partir de un modelo de regresión logística y deben interpretarse como la probabilidad del resultado si toda la muestra cumpliera con el atributo expuesto. IC 95% = Intervalos de confianza a un 95% de nivel de confianza. [2]Incluye: (i) Peleas con arma blanca; (ii) Peleas con arma de fuego; (iii) Robo con intimidación; (iv) Agresión sexual; (v) Lesión grave; (vi) Homicidio; (vii) Robo a lugar no habitado; (viii) Robo en lugar habitado; y (ix) Hurto.

Tabla 176: Abstemio año en T0, T1 y T2 según tipo de egreso, exposición a tratamiento, programa, patrón de consumo previo a tratamiento, sexo, edad en tramos, al menos un trastorno de salud mental[1] y delito en los últimos 12 meses[2]

	Abstemio año			Diferencias		
	T0	T1	T2	T0-T1	T0-T2	T1-T2
Tipo egreso (N=368)						
Alta terapéutica	0%	9,1%	9,1%	*	*	
Derivado o sigue en tratamiento	0%	3,6%	2,4%	*		
Alta administrativa o abandono	0%	3,4%	2,9%	*	*	
Exposición a tratamiento (N=370)						
0 a 3	0%	6,4%	6,4%	*	*	
4 a 6	0%	3,7%	1,8%	*		
6.1 a 12	0%	4,0%	2,4%	*	*	
Mas de 12	0%	7,9%	10,1%	*	*	
Exposición a tratamiento V2 (N=370)						
0 a 3	0%	6,4%	6,4%	*	*	
4 a 12	0%	3,8%	2,1%	*	*	
Mas de 12	0%	7,9%	10,1%	*	*	
Programa (N=371)						
Ambulatorio	0%	4,4%	4,4%	*	*	
Residencial	0%	6,6%	4,9%	*	*	
Patrón de consumo previo a tratamiento (N=343)						
Abstemios	0%	13,3%	0,0%	*		*
Monoconsumidor cocaína/pasta base	0%	9,3%	5,6%	*	*	
Monoconsumidor alcohol	0%	4,8%	11,3%	*	*	*
Policonsumidor cocaína	0%	4,1%	4,1%	*	*	
Policonsumidor pasta base	0%	2,0%	3,0%		*	
Sexo (N=371)						
Hombre	0%	4,5%	4,1%	*	*	
Mujer	0%	6,4%	5,6%	*	*	
Edad en tramos (N=371)						
18 a 29	0%	6,6%	1,1%	*		*
30 a 39	0%	4,4%	4,4%	*	*	
40 a 49	0%	6,0%	9,6%	*	*	
50 o más	0%	3,4%	3,4%			
Al menos un trastorno de salud mental[1] (N=371)						
No	0%	5,0%	3,6%	*	*	
Sí	0%	5,2%	5,2%	*	*	
Cometió delito en los últimos 12 meses[2] (N=369)						
No	0%	5,8%	5,8%	*		
Sí	0%	4,0%	1,6%	*	*	
Total	**0%**	**5,1%**	**4,6%**	*	*	

Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta a Usuarios sobre tratamiento de drogas en Chile. * Diferencia significativa a un 90% o mayor nivel de confianza entre olas. La significancia fue calculada mediante un test de medias para muestras pareadas, se testeó la hipótesis de igualdad de medias. [1]Incluye: (i) Episodio depresivo mayor actual; (ii) Trastorno de angustia actual; (iii) Trastorno de personalidad antisocial; (iv) Episodio por estrés postraumático; y (v) Trastorno de ansiedad generalizada. [2]Incluye: (i) Peleas con arma blanca; (ii) Peleas con arma de fuego; (iii) Robo con intimidación; (iv) Agresión sexual; (v) Lesión grave; (vi) Homicidio; (vii) Robo a lugar no habitado; (viii) Robo en lugar habitado; y (ix) Hurto. Se presentan porcentajes de fila.

Tabla 177: Mejoró satisfacción con distintas áreas entre T0 y T2

Mejoró satisfacción con…	N	%
Sus amistades		
No	205	57,1%
Sí	154	42,9%
Total	359	100,0%
Su barrio		
No	236	63,8%
Sí	134	36,2%
Total	370	100,0%
Sus relaciones de familia		
No	250	67,9%
Sí	118	32,1%
Total	368	100,0%
Su trabajo		
No	214	59,0%
Sí	149	41,0%
Total	363	100,0%
Su vida en general		
No	184	49,9%
Sí	185	50,1%
Total	369	100,0%
Su vivienda		
No	239	64,6%
Sí	131	35,4%
Total	370	100,0%

Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta a Usuarios sobre tratamiento de drogas en Chile.

Tabla 178: Mejoró en al menos una dimensión y mejoró en al menos tres dimensiones de calidad de vida según tipo de egreso, exposición a tratamiento, programa, patrón de consumo previo a tratamiento, sexo, edad en tramos, al menos un trastorno de salud mental[1] y delito en los últimos 12 meses[2]

	Mejoró en al menos una dimensión	Mejoró en al menos tres dimensiones
	Sí	Sí
Tipo egreso (N=368)		
Alta terapéutica	89,1%	43,6%
Derivado o sigue en tratamiento	91,7%	48,8%
Alta administrativa o abandono	87,4%	42,5%
Exposición a tratamiento* (N=370)		
0 a 3	85,1%	42,6%
4 a 6	88,1%	37,6%
6.1 a 12	86,4%	41,6%
Mas de 12	94,4%	56,2%
Exposición a tratamiento V2* (N=370)		
0 a 3	85,1%	42,6%
4 a 12	87,2%	39,7%
Mas de 12	94,4%	56,2%
Programa (N=371)		
Ambulatorio	88,0%	44,2%
Residencial	90,2%	43,4%
Patrón de consumo previo a tratamiento (N=343)		
Abstemios	86,7%	36,7%
Monoconsumidor cocaína/pasta base	88,9%	48,1%
Monoconsumidor alcohol	90,3%	50,0%
Policonsumidor cocaína	88,8%	36,7%
Policonsumidor pasta base	89,9%	50,5%
Sexo (N=371)		
Hombre	87,8%	44,7%
Mujer	90,4%	42,4%
Edad en tramos (N=371)		
18 a 29	87,9%	37,4%
30 a 39	89,8%	46,0%
40 a 49	88,0%	47,0%
50 o más	88,1%	45,8%
Al menos un trastorno de salud mental[1]* (N=371)		
No	86,3%	38,8%
Sí	90,1%	47,0%
Cometió delito en los últimos 12 meses[2] (N=369)		
No	87,7%	44,9%
Sí	90,5%	42,1%
Total	**88,6%**	**44,1%**

Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta a Usuarios sobre tratamiento de drogas en Chile. * Diferencia significativa a un 90% o mayor nivel de confianza entre olas. La significancia fue calculada mediante un test de chi cuadrado. [1]Incluye: (i) Episodio depresivo mayor actual; (ii) Trastorno de angustia actual; (iii) Trastorno de personalidad antisocial; (iv) Episodio por estrés postraumático; y (v) Trastorno de ansiedad generalizada. [2]Incluye: (i) Peleas con arma blanca; (ii) Peleas con arma de fuego; (iii) Robo con intimidación; (iv) Agresión sexual; (v) Lesión grave; (vi) Homicidio; (vii) Robo a lugar no habitado; (viii) Robo en lugar habitado; y (ix) Hurto. Se presentan porcentajes de fila.

Tabla 179: Probabilidad[1] de haber mejorado en al menos tres dimensiones de calidad de vida entre T0 y T2 según exposición a tratamiento, vivió en lugares adversos[2] 12 meses antes de línea de base y participa en grupos prosociales[3] en línea de base (N=338)

	Pr=Mejoró en al menos tres dimensiones de calidad de vida entre T0 y T2	IC 95%	
		Inferior	Superior
Exposición a tratamiento (meses)			
0 a 3	0,4	0,2	0,5
3.1 a 6	0,4	0,3	0,5
6.1 a 12	0,4	0,3	0,5
Mas de 12	0,6	0,5	0,7
Vivió en lugares adversos 12 meses antes de línea de base[2]			
No	0,4	0,4	0,5
Sí	0,7	0,5	0,9
Participa en grupos prosociales[3]			
No	0,5	0,4	0,6
Sí	0,4	0,3	0,5

Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta a Usuarios sobre tratamiento de drogas en Chile. [1] Las probabilidades fueron estimadas a partir de un modelo de regresión logística y deben interpretarse como la probabilidad del resultado si toda la muestra cumpliera con el atributo expuesto. IC 95% = Intervalos de confianza a un 95% de nivel de confianza. [2] Incluye: (i) Calle; (ii) Cárcel; (iii) Lugar abandonado; y (iv) Ruca/caleta/casa de consumo. [3] Incluye: (i) Organizaciones de vecinos, comunitarias o sociales; (ii) Sindicatos o asociación productiva; y (iii) Grupos de autoayuda u organizaciones de apoyo.

Tabla 180: Índice de calidad de vida en T0, T1 y T2 según tipo de egreso, exposición a tratamiento, programa, patrón de consumo previo a tratamiento, sexo, edad en tramos, al menos un trastorno de salud mental[1] y delito en los últimos 12 meses[2]

	Índice calidad de vida						Diferencias			
	T0		T1		T2		T0-T1	T0-T2	T1-T2	N
	Media	D.E	Media	D.E	Media	D.E	Media	Media	Media	
Tipo egreso										
Alta terapéutica	24,1	4,5	25,9	4,9	26,5	4,5	-2*	-2,3*	-0,3	105
Derivado o sigue en tratamiento	23,1	5	24,8	4,6	25,8	4,7	-1,7*	-2,8*	-0,9*	81
Alta administrativa o abandono	23,6	4,6	24,2	5	24,8	4,7	-0,5	-1,2*	-0,6	165
Exposición a tratamiento										
0 a 3	23,8	4,6	24,4	5,2	25	5,4	-0,7	-1,1	-0,7	44
4 a 6	24	4,8	24,4	5	25,4	4,4	-0,3	-1,3*	-0,8*	103
6.1 a 12	23,3	4,6	24,7	4,8	25,3	4,9	-1,5*	-2*	-0,6	123
Mas de 12	23,6	4,6	26	4,8	26,5	4,3	-2,2*	-2,8*	-0,3	83
Exposición a tratamiento V2										
0 a 3	23,8	4,6	24,4	5,2	25	5,4	-0,7	-1,1	-0,7	44
4 a 12	23,6	4,7	24,6	4,9	25,3	4,6	-1*	-1,7*	-0,7*	226
Mas de 12	23,6	4,6	26	4,8	26,5	4,3	-2,2*	-2,8*	-0,3	83
Programa										
Ambulatorio	24	4,5	25,2	4,6	25,7	4,6	-1,2*	-1,7*	-0,5	236
Residencial	23	4,9	24,3	5,4	25,2	4,8	-1,3*	-2,2*	-0,7	118
Patrón de consumo previo a tratamiento										
Abstemios	24,3	3,9	24,9	4,8	23,9	5,5	-0,9	0,6	1,4	28
Monoconsumidor cocaína/pasta base	23,1	5,5	24,5	5,5	25,8	4,3	-1,5*	-2,7*	-1,2	53
Monoconsumidor alcohol	23,9	4,3	25,1	4,3	26,4	3,8	-1,1*	-2,4*	-1,3*	60
Policonsumidor cocaína	24,1	4,6	25,5	4,5	26	4,6	-1,3*	-1,9*	-0,5	95
Policonsumidor pasta base	23	4,7	24,6	5,3	25,1	5,1	-1,4*	-2*	-0,6	94
Sexo										
Hombre	23,9	4,7	25,4	4,9	25,8	4,5	-1,4*	-1,9*	-0,3	236
Mujer	23,1	4,5	23,9	4,9	25,2	5	-0,8*	-1,9*	-1,1*	118
Edad en tramos										
18 a 29	23,4	4,6	24,6	4,8	24,8	4,9	-1,5*	-1,5*	-0,2	89
30 a 39	23,2	4,8	24,7	5	25,2	4,5	-1,5*	-2*	-0,5	134
40 a 49	23,6	4,9	24,9	5	26,4	4,6	-1*	-2,6*	-1,1*	75
50 o más	25,2	3,9	25,9	4,7	26,5	4,7	-0,6	-1,3*	-0,6	55
Al menos un trastorno de salud mental[1]										
No	25,3	4,3	25,6	4,6	26,3	4,5	-0,1	-0,9*	-0,6	134
Sí	22,7	4,6	24,5	5,1	25,1	4,8	-1,9*	-2,5*	-0,5	220
Cometió delito en los últimos 12 meses[2]										
No	24,3	4,5	25,6	4,7	26,1	4,4	-1,2*	-1,7*	-0,4	232
Sí	22,4	4,8	23,6	4,9	24,5	5	-1,3*	-2,3*	-0,9*	120
Total	**23,7**	**4,7**	**24,9**	**4,9**	**25,6**	**4,7**	**-1,2***	**-1,9***	**-0,6***	**353**

Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta a Usuarios sobre tratamiento de drogas en Chile. * Diferencia significativa a un 90% o mayor nivel de confianza entre olas. La significancia fue calculada mediante un test de medias para muestras pareadas, se testeó la hipótesis de igualdad de medias. [1]Incluye: (i) Episodio depresivo mayor actual; (ii) Trastorno de angustia actual; (iii) Trastorno de personalidad antisocial; (iv) Episodio por estrés postraumático; y (v) Trastorno de ansiedad generalizada. [2]Incluye: (i) Peleas con arma blanca; (ii) Peleas con arma de fuego; (iii) Robo con intimidación; (iv) Agresión sexual; (v) Lesión grave; (vi) Homicidio; (vii) Robo a lugar no habitado; (viii) Robo en lugar habitado; y (ix) Hurto.

Tabla 181: Predicción índice calidad de vida en T2 según tipo de egreso, patrón de consumo previo a tratamiento, edad en tramos y trabajo (N=333)

	Predicción índice calidad de vida en T2	IC 95%	
		Inferior	Superior
Tipo egreso			
Alta terapéutica	26,3	25,4	27,3
Derivado o sigue en tratamiento	26,2	25,1	27,3
Alta administrativa o abandono	24,8	24,0	25,6
Patrón de consumo previo a tratamiento			
Abstemios	24,0	22,3	25,7
Monoconsumidor cocaína/pasta base	25,9	24,7	27,1
Monoconsumidor alcohol	25,8	24,6	27,0
Policonsumidor cocaína	25,8	24,8	26,7
Policonsumidor pasta base	25,5	24,5	26,4
Edad en tramos			
18 a 29	25,0	24,0	26,1
30 a 39	25,1	24,3	25,9
40 a 49	26,2	25,1	27,2
50 o más	26,7	25,3	28,0
Trabajo			
No	24,9	24,1	25,8
Cuenta propia	25,7	24,6	26,7
Bajo supervisión	26,1	25,3	26,9

Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta a Usuarios sobre tratamiento de drogas en Chile. [1] Las predicciones fueron estimadas a partir de un modelo de regresión lineal y deben interpretarse como la estimación del resultado si toda la muestra cumpliera con el atributo expuesto. IC 95% = Intervalos de confianza a un 95% de nivel de confianza.

Tabla 182: Autopercepción Salud Mental (Likert 0-5) en T0, T1 y T2 según tipo de egreso, exposición a tratamiento, programa, patrón de consumo previo a tratamiento, sexo, edad en tramos, al menos un trastorno de salud mental[1] y delito en los últimos 12 meses[2]

	Autopercepción salud mental						Diferencias			
	T0		T1		T2		T0-T1	T0-T2	T1-T2	N
	Media	D.E	Media	D.E	Media	D.E	Media	Media	Media	
Tipo egreso										
Alta terapéutica	2,7	1,1	3,7	0,8	3,7	0,8	-1*	-1*	0	110
Derivado o sigue en tratamiento	2,1	0,9	3,4	0,9	3,5	0,9	-1,3*	-1,4*	-0,2	84
Alta administrativa o abandono	2,4	1,1	3,3	1	3,3	0,9	-0,9*	-0,9*	0	173
Exposición a tratamiento										
0 a 3	2,4	0,8	3,6	1	3,5	0,9	-1,2*	-1,1*	0	47
4 a 6	2,6	1,1	3,3	0,9	3,4	0,9	-0,8*	-0,9*	-0,1	108
6.1 a 12	2,5	1,1	3,4	0,9	3,5	0,9	-0,9*	-1*	0	125
Mas de 12	2,3	1,1	3,6	0,9	3,6	0,8	-1,3*	-1,4*	-0,1	89
Exposición a tratamiento V2										
0 a 3	2,4	0,8	3,6	1	3,5	0,9	-1,2*	-1,1*	0	47
4 a 12	2,5	1,1	3,4	0,9	3,4	0,9	-0,9*	-0,9*	-0,1	233
Mas de 12	2,3	1,1	3,6	0,9	3,6	0,8	-1,3*	-1,4*	-0,1	89
Programa										
Ambulatorio	2,5	1,1	3,5	0,9	3,5	0,9	-1*	-1*	0	248
Residencial	2,3	1,1	3,3	0,9	3,4	0,8	-1*	-1,1*	-0,1	122
Patrón de consumo previo a tratamiento										
Abstemios	2,4	1	3,5	1	3,3	1,1	-1,1*	-0,9*	0,2	30
Monoconsumidor cocaína/pasta base	2,5	1,2	3,4	0,9	3,6	0,8	-0,9*	-1,1*	-0,2	54
Monoconsumidor alcohol	2,7	1	3,6	0,8	3,6	0,7	-0,9*	-1*	-0,1	61
Policonsumidor cocaína	2,3	1	3,5	1	3,5	0,9	-1,1*	-1,2*	-0,1	98
Policonsumidor pasta base	2,2	1	3,4	0,9	3,4	0,9	-1,2*	-1,1*	0,1	99
Sexo										
Hombre	2,5	1,1	3,6	0,9	3,6	0,8	-1*	-1,1*	0	246
Mujer	2,2	1	3,2	0,9	3,3	0,9	-1*	-1*	-0,1	124
Edad en tramos										
18 a 29	2,6	1,1	3,4	0,9	3,3	0,9	-0,8*	-0,8*	0	91
30 a 39	2,4	1,1	3,4	1	3,4	0,9	-1*	-1*	0	137
40 a 49	2,3	1,1	3,5	0,9	3,6	0,8	-1,2*	-1,3*	-0,1	82
50 o más	2,4	1	3,6	0,9	3,7	0,8	-1,2*	-1,3*	-0,1	59
Al menos un trastorno de salud mental[1]										
No	2,8	1,1	3,5	0,9	3,6	0,8	-0,7*	-0,8*	-0,1	138
Sí	2,2	1	3,4	0,9	3,4	0,9	-1,2*	-1,2*	0	232
Cometió delito en los últimos 12 meses[2]										
No	2,5	1,1	3,5	0,9	3,5	0,9	-1*	-1*	0	242
Sí	2,3	1	3,4	1	3,4	0,9	-1,1*	-1,1*	-0,1	126
Total	**2,4**	**1,1**	**3,5**	**0,9**	**3,5**	**0,9**	**-1***	**-1,1***	**0**	**370**

Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta a Usuarios sobre tratamiento de drogas en Chile. * Diferencia significativa a un 90% o mayor nivel de confianza entre olas. La significancia fue calculada mediante un test de medias para muestras pareadas, se testeó la hipótesis de igualdad de medias. [1]Incluye: (i) Episodio depresivo mayor actual; (ii) Trastorno de angustia actual; (iii) Trastorno de personalidad antisocial; (iv) Episodio por estrés postraumático; y (v) Trastorno de ansiedad generalizada. [2]Incluye: (i) Peleas con arma blanca; (ii) Peleas con arma de fuego; (iii) Robo con intimidación; (iv) Agresión sexual; (v) Lesión grave; (vi) Homicidio; (vii) Robo a lugar no habitado; (viii) Robo en lugar habitado; y (ix) Hurto.

Tabla 183: Probabilidad[1] de haber mejorado autopercepción salud mental entre T0 y T2 según edad en tramos, al menos un trastorno de salud mental[1] en línea de base, delito[2] en los últimos 12 meses en línea de base y primer tratamiento (N=337)

	Pr= Mejoró autopercepción de salud mental entre T0 y T2	IC 95%	
		Inferior	Superior
Edad en tramos			
18 a 29	0,6	0,4	0,7
30 a 39	0,6	0,5	0,7
40 a 49	0,7	0,7	0,8
50 o más	0,8	0,7	0,9
Al menos un trastorno de salud mental[1]			
No	0,6	0,5	0,7
Sí	0,7	0,7	0,8
Cometió delito en los últimos 12 meses[2]			
No	0,6	0,6	0,7
Sí	0,7	0,7	0,8
Primer tratamiento			
No	0,6	0,5	0,7
Sí	0,7	0,7	0,8

Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta a Usuarios sobre tratamiento de drogas en Chile. [1] Las probabilidades fueron estimadas a partir de un modelo de regresión logística y deben interpretarse como la probabilidad del resultado si toda la muestra cumpliera con el atributo expuesto. IC 95% = Intervalos de confianza a un 95% de nivel de confianza. [1]Incluye: (i) Episodio depresivo mayor actual; (ii) Trastorno de angustia actual; (iii) Trastorno de personalidad antisocial; (iv) Episodio por estrés postraumático; y (v) Trastorno de ansiedad generalizada. [2] Incluye: (i) Peleas con arma blanca; (ii) Peleas con arma de fuego; (iii) Robo con intimidación; (iv) Agresión sexual; (v) Lesión grave; (vi) Homicidio; (vii) Robo a lugar no habitado; (viii) Robo en lugar habitado; y (ix) Hurto.

Tabla 184: Al menos un trastorno de salud mental[1] en T0, T1 y T2 según tipo de egreso, exposición a tratamiento, programa, patrón de consumo previo a tratamiento, sexo, edad en tramos, al menos un trastorno de salud mental[1] y delito en los últimos 12 meses[2]

	Al menos un trastorno de salud mental[1]			Diferencias		
	T0	T1	T2	T0-T1	T0-T2	T1-T2
Tipo egreso (N=368)						
Alta terapéutica	54,5%	38,2%	40,9%	*	*	
Derivado o sigue en tratamiento	64,3%	53,6%	53,6%		*	
Alta administrativa o abandono	67,2%	66,7%	66,7%			
Exposición a tratamiento (N=370)						
0 a 3	76,6%	63,8%	70,2%			
4 a 6	59,6%	59,6%	56,9%			
6.1 a 12	60,8%	55,2%	54,4%			
Mas de 12	61,8%	43,8%	48,3%	*	*	
Exposición a tratamiento V2 (N=370)						
0 a 3	76,6%	63,8%	70,2%			
4 a 12	60,3%	57,3%	55,6%			
Mas de 12	61,8%	43,8%	48,3%	*	*	
Programa (N=371)						
Ambulatorio	60,6%	51,0%	50,2%	*	*	
Residencial	66,4%	62,3%	66,4%			
Patrón de consumo previo a tratamiento (N=343)						
Abstemios	56,7%	56,7%	70,0%			
Monoconsumidor cocaína/pasta base	68,5%	53,7%	53,7%	*	*	
Monoconsumidor alcohol	51,6%	40,3%	33,9%		*	
Policonsumidor cocaína	61,2%	57,1%	50,0%		*	
Policonsumidor pasta base	69,7%	62,6%	67,7%			
Sexo (N=371)						
Hombre	61,4%	52,4%	54,5%	*	*	
Mujer	64,8%	59,2%	57,6%			
Edad en tramos (N=371)						
18 a 29	74,7%	61,5%	68,1%	*		
30 a 39	67,2%	58,4%	54,7%	*	*	
40 a 49	50,6%	48,2%	50,6%			
50 o más	50,8%	45,8%	45,8%			
Al menos un trastorno de salud mental[1] (N=371)						
No	0,0%	36,0%	30,2%	*	*	
Sí	100,0%	65,9%	70,7%	*	*	
Cometió delito en los últimos 12 meses[2] (N=369)						
No	56,0%	46,1%	49,4%	*		
Sí	74,6%	70,6%	66,7%			
Total (N=371)	**62,7%**	**54,9%**	**55,7%**	*	*	

Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta a Usuarios sobre tratamiento de drogas en Chile. * Diferencia significativa a un 90% o mayor nivel de confianza entre olas. La significancia fue calculada mediante un test de medias para muestras pareadas, se testeó la hipótesis de igualdad de medias. [1]Incluye: (i) Episodio depresivo mayor actual; (ii) Trastorno de angustia actual; (iii) Trastorno de personalidad antisocial; (iv) Episodio por estrés postraumático; y (v) Trastorno de ansiedad generalizada. [2]Incluye: (i) Peleas con arma blanca; (ii) Peleas con arma de fuego; (iii) Robo con intimidación; (iv) Agresión sexual; (v) Lesión grave; (vi) Homicidio; (vii) Robo a lugar no habitado; (viii) Robo en lugar habitado; y (ix) Hurto. Se presentan porcentajes de fila.

Tabla 185: Probabilidad[1] de tener al menos un trastorno de salud mental en T2 según tipo de egreso, patrón de consumo previo a tratamiento, al menos un trastorno de salud mental en línea de base[2] y participa en grupo prosociales[2] en línea de base (N=338)

	Pr= Al menos un trastorno de salud mental en T2	IC 95%	
		Inferior	Superior
Tipo egreso			
Alta terapéutica	0,4	0,3	0,5
Derivado o sigue en tratamiento	0,5	0,4	0,7
Alta administrativa o abandono	0,6	0,6	0,7
Patrón de consumo previo a tratamiento			
Abstemios	0,7	0,6	0,9
Monoconsumidor cocaína/pasta base	0,5	0,4	0,6
Monoconsumidor alcohol	0,4	0,3	0,6
Policonsumidor cocaína	0,5	0,4	0,6
Policonsumidor pasta base	0,6	0,5	0,7
Al menos un trastorno de salud mental[2]			
No	0,3	0,2	0,4
Sí	0,7	0,6	0,7
Participa en grupo prosociales[2]			
No	0,6	0,5	0,6
Sí	0,5	0,4	0,6

Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta a Usuarios sobre tratamiento de drogas en Chile. [1] Las probabilidades fueron estimadas a partir de un modelo de regresión logística y deben interpretarse como la probabilidad del resultado si toda la muestra cumpliera con el atributo expuesto. IC 95% = Intervalos de confianza a un 95% de nivel de confianza. [1]Incluye: (i) Episodio depresivo mayor actual; (ii) Trastorno de angustia actual; (iii) Trastorno de personalidad antisocial; (iv) Episodio por estrés postraumático; y (v) Trastorno de ansiedad generalizada. [2] Incluye: (i) Organizaciones de vecinos, comunitarias o sociales; (ii) Sindicatos o asociación productiva; y (iii) Grupos de autoayuda u organizaciones de apoyo.

Tabla 186: Autopercepción salud física (Likert 0-5) en T0, T1 y T2 según tipo de egreso, exposición a tratamiento, programa, patrón de consumo previo a tratamiento, sexo, edad en tramos, al menos un trastorno de salud mental[1] y delito en los últimos 12 meses[2]

	Autopercepción salud física						Diferencias			
	T0		T1		T2		T0-T1	T0-T2	T1-T2	N
	Media	D.E	Media	D.E	Media	D.E	Media	Media	Media	
Tipo egreso										
Alta terapéutica	2,9	1,1	3,7	0,8	3,6	0,8	-0,7*	-0,7*	0,1	110
Derivado o sigue en tratamiento	2,5	1,1	3,4	0,8	3,4	0,8	-0,9*	-0,9*	0	84
Alta administrativa o abandono	2,8	1,1	3,4	0,9	3,4	0,9	-0,6*	-0,6*	0	173
Exposición a tratamiento										
0 a 3	2,8	1,2	3,4	1	3,4	0,9	-0,6*	-0,6*	0	47
4 a 6	2,9	1,1	3,5	0,9	3,6	0,8	-0,6*	-0,7*	-0,1	108
6.1 a 12	2,9	1,1	3,5	0,9	3,5	0,9	-0,6*	-0,6*	0	125
Mas de 12	2,5	1,1	3,6	0,8	3,4	0,8	-1,1*	-0,9*	0,2	89
Exposición a tratamiento V2										
0 a 3	2,8	1,2	3,4	1	3,4	0,9	-0,6*	-0,6*	0	47
4 a 12	2,9	1,1	3,5	0,9	3,5	0,9	-0,6*	-0,6*	0	233
Mas de 12	2,5	1,1	3,6	0,8	3,4	0,8	-1,1*	-0,9*	0,2	89
Programa										
Ambulatorio	2,8	1,1	3,5	0,9	3,5	0,9	-0,7*	-0,7*	0	248
Residencial	2,8	1,2	3,5	0,9	3,5	0,8	-0,7*	-0,7*	0	122
Patrón de consumo previo a tratamiento										
Abstemios	2,8	1,1	3,6	0,8	3,5	0,9	-0,8*	-0,7*	0,1	30
Monoconsumidor cocaína/pasta base	2,8	1,1	3,4	0,9	3,5	0,8	-0,5*	-0,7*	-0,2	54
Monoconsumidor alcohol	3	1,1	3,3	1	3,4	0,9	-0,3	-0,4*	-0,1	61
Policonsumidor cocaína	2,7	1	3,6	0,8	3,5	0,9	-0,9*	-0,8*	0,1	98
Policonsumidor pasta base	2,6	1,2	3,6	0,8	3,5	0,8	-0,9*	-0,9*	0	99
Sexo										
Hombre	2,9	1,1	3,6	0,8	3,6	0,8	-0,7*	-0,7*	0	246
Mujer	2,6	1,1	3,3	0,9	3,3	0,8	-0,7*	-0,7*	0	124
Edad en tramos										
18 a 29	3,1	1,1	3,5	0,9	3,5	0,8	-0,5*	-0,5*	0	91
30 a 39	2,7	1,1	3,5	0,8	3,4	0,8	-0,8*	-0,7*	0	137
40 a 49	2,7	1,2	3,6	0,9	3,5	0,8	-0,9*	-0,9*	0,1	82
50 o más	2,6	1,1	3,3	0,9	3,5	1	-0,7*	-0,9*	-0,2	59
Al menos un trastorno de salud mental[1]										
No	3	1	3,5	0,9	3,5	0,8	-0,6*	-0,5*	0	138
Sí	2,7	1,2	3,5	0,8	3,5	0,9	-0,8*	-0,8*	0	232
Cometió delito en los últimos 12 meses[2]										
No	2,8	1,1	3,5	0,9	3,5	0,9	-0,7*	-0,7*	0	242
Sí	2,8	1,2	3,5	0,8	3,5	0,8	-0,8*	-0,7*	0	126
Total	**2,8**	**1,1**	**3,5**	**0,9**	**3,5**	**0,8**	**-0,7***	**-0,7***	**0**	**370**

Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta a Usuarios sobre tratamiento de drogas en Chile. * Diferencia significativa a un 90% o mayor nivel de confianza entre olas. La significancia fue calculada mediante un test de medias para muestras pareadas, se testeó la hipótesis de igualdad de medias. [1]Incluye: (i) Episodio depresivo mayor actual; (ii) Trastorno de angustia actual; (iii) Trastorno de personalidad antisocial; (iv) Episodio por estrés postraumático; y (v) Trastorno de ansiedad generalizada. [2]Incluye: (i) Peleas con arma blanca; (ii) Peleas con arma de fuego; (iii) Robo con intimidación; (iv) Agresión sexual; (v) Lesión grave; (vi) Homicidio; (vii) Robo a lugar no habitado; (viii) Robo en lugar habitado; y (ix) Hurto.

Tabla 187: Probabilidad[1] haber mejorado la autopercepción de salud física entre T0 y T2 según edad en tramos y primer tratamiento (N=337)

	Pr= Mejoró autopercepción de salud física entre T0 y T2	IC 95%	
		Inferior	Superior
Edad en tramos			
18 a 29	0,5	0,4	0,6
30 a 39	0,5	0,4	0,6
40 a 49	0,6	0,5	0,7
50 o más	0,7	0,6	0,8
Primer tratamiento			
No	0,5	0,4	0,5
Sí	0,6	0,5	0,7

Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta a Usuarios sobre tratamiento de drogas en Chile. [1] Las probabilidades fueron estimadas a partir de un modelo de regresión logística y deben interpretarse como la probabilidad del resultado si toda la muestra cumpliera con el atributo expuesto. IC 95% = Intervalos de confianza a un 95% de nivel de confianza.

Tabla 188: Uso de urgencia, hospitalización o accidente por consumo en los últimos 6 meses en T0, T1 y T2 según tipo de egreso, exposición a tratamiento, programa, patrón de consumo previo a tratamiento, sexo, edad en tramos, al menos un trastorno de salud mental[1] y delito en los últimos 12 meses[2]

	Urgencia, hospitalización o accidente por consumo en los últimos 6 meses			Diferencias		
	T0	T1	T2	T0-T1	T0-T2	T1-T2
Tipo egreso (N=367)						
Alta terapéutica	47,7%	5,5%	10,0%	*	*	*
Derivado o sigue en tratamiento	44,6%	13,1%	9,5%	*	*	
Alta administrativa o abandono	45,7%	16,7%	14,4%	*	*	
Exposición a tratamiento (N=369)						
0 a 3	41,3%	23,4%	14,9%	*	*	
4 a 6	41,1%	9,2%	11,9%	*	*	
6.1 a 12	52,8%	14,4%	13,6%	*	*	
Mas de 12	43,8%	9,0%	7,9%	*	*	
Exposición a tratamiento V2 (N=369)						
0 a 3	41,3%	23,4%	14,9%	*	*	
4 a 12	47,4%	12,0%	12,8%	*	*	
Mas de 12	43,8%	9,0%	7,9%	*	*	
Programa (N=368)						
Ambulatorio	37,0%	13,7%	10,0%	*	*	
Residencial	63,1%	10,7%	15,6%	*	*	
Patrón de consumo previo a tratamiento (N=341)						
Abstemios	53,3%	6,7%	10,0%	*	*	
Monoconsumidor cocaína/pasta base	40,7%	11,1%	7,4%	*	*	
Monoconsumidor alcohol	41,0%	14,5%	11,3%	*	*	*
Policonsumidor cocaína	42,9%	11,2%	8,2%	*	*	
Policonsumidor pasta base	51,5%	11,1%	19,2%	*	*	*
Sexo (N=368)						
Hombre	39,8%	12,2%	11,8%	*	*	
Mujer	57,3%	13,6%	12,0%	*	*	
Edad en tramos (N=368)						
18 a 29	48,4%	11,0%	8,8%	*	*	
30 a 39	38,5%	11,7%	12,4%	*	*	
40 a 49	55,4%	15,7%	14,5%	*	*	
50 o más	44,8%	13,6%	11,9%	*	*	
Al menos un trastorno de salud mental[1] (N=368)						
No	36,8%	7,2%	10,1%	*	*	
Sí	50,9%	15,9%	12,9%	*	*	
Cometió delito en los últimos 12 meses[2] (N=367)						
No	43,8%	9,9%	10,7%	*	*	
Sí	49,2%	18,3%	14,3%	*	*	
Total (N=368)	**45,8%**	**12,7%**	**11,9%**	*****	*****	

Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta a Usuarios sobre tratamiento de drogas en Chile. * Diferencia significativa a un 90% o mayor nivel de confianza entre olas. La significancia fue calculada mediante un test de medias para muestras pareadas, se testeó la hipótesis de igualdad de medias. [1]Incluye: (i) Episodio depresivo mayor actual; (ii) Trastorno de angustia actual; (iii) Trastorno de personalidad antisocial; (iv) Episodio por estrés postraumático; y (v) Trastorno de ansiedad generalizada. [2]Incluye: (i) Peleas con arma blanca; (ii) Peleas con arma de fuego; (iii) Robo con intimidación; (iv) Agresión sexual; (v) Lesión grave; (vi) Homicidio; (vii) Robo a lugar no habitado; (viii) Robo en lugar habitado; y (ix) Hurto. Se presentan porcentajes de fila.

Tabla 189: Cometió delito[2] en los últimos 12 meses (T0 y T1) o en los últimos 6 meses (T2) según tipo de egreso, exposición a tratamiento, programa, patrón de consumo previo a tratamiento, sexo, edad en tramos, al menos un trastorno de salud mental[1] y delito en los últimos 12 meses[2]

	Cometió delitos en los últimos 12/6 Meses			Diferencias		
	T0	T1	T2	T0-T1	T0-T2	T1-T2
Tipo egreso (N=367)						
Alta terapéutica	25,5%	8,2%	6,4%	*	*	
Derivado o sigue en tratamiento	32,1%	20,2%	11,9%	*	*	
Alta administrativa o abandono	40,1%	30,1%	17,2%	*	*	*
Exposición a tratamiento (N=369)						
0 a 3	36,2%	31,9%	12,8%		*	*
4 a 6	41,3%	26,6%	14,7%	*	*	*
6.1 a 12	36,3%	17,6%	16,0%	*	*	
Mas de 12	20,5%	13,6%	5,6%		*	*
Exposición a tratamiento V2 (N=369)						
0 a 3	36,2%	31,9%	12,8%		*	*
4 a 12	38,6%	21,8%	15,4%	*	*	*
Mas de 12	20,5%	13,6%	5,6%		*	*
Programa (N=368)						
Ambulatorio	25,8%	20,2%	11,6%	*	*	*
Residencial	51,2%	23,0%	14,8%	*	*	
Patrón de consumo previo a tratamiento (N=342)						
Abstemios	33,3%	17,2%	10,0%	*	*	
Monoconsumidor cocaína/pasta base	42,6%	25,9%	11,1%	*	*	*
Monoconsumidor alcohol	14,5%	12,9%	9,7%			
Policonsumidor cocaína	39,2%	18,4%	10,2%	*	*	
Policonsumidor pasta base	41,4%	27,3%	18,2%	*	*	
Sexo (N=367)						
Hombre	34,7%	22,4%	13,0%	*	*	*
Mujer	33,1%	18,5%	12,0%	*	*	
Edad en tramos (N=367)						
18 a 29	51,6%	38,5%	17,6%	*	*	*
30 a 39	35,3%	19,7%	19,0%	*	*	
40 a 49	29,3%	15,9%	4,8%	*	*	*
50 o más	10,2%	5,1%	1,7%		*	
Al menos un trastorno de salud mental[1] (N=369)						
No	23,0%	14,5%	7,9%	*	*	*
Sí	40,9%	25,0%	15,5%	*	*	*
Cometió delito en los últimos 12 meses[2] (N=368)						
No	0,0%	11,2%	6,6%	*	*	*
Sí	100,0%	40,5%	24,6%	*	*	*
Total (N=369)	**35,4%**	**21,1%**	**12,5%**	*	*	*

Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta a Usuarios sobre tratamiento de drogas en Chile. * Diferencia significativa a un 90% o mayor nivel de confianza entre olas. La significancia fue calculada mediante un test de medias para muestras pareadas, se testeó la hipótesis de igualdad de medias. [1]Incluye: (i) Episodio depresivo mayor actual; (ii) Trastorno de angustia actual; (iii) Trastorno de personalidad antisocial; (iv) Episodio por estrés postraumático; y (v) Trastorno de ansiedad generalizada. [2]Incluye: (i) Peleas con arma blanca; (ii) Peleas con arma de fuego; (iii) Robo con intimidación; (iv) Agresión sexual; (v) Lesión grave; (vi) Homicidio; (vii) Robo a lugar no habitado; (viii) Robo en lugar habitado; y (ix) Hurto. Se presentan porcentajes de fila.

Tabla 190: Probabilidad[1] haber cometido delito[2] en T2 según tipo de egreso, patrón de consumo previo a tratamiento, edad en tramos y delito en los últimos 12 meses en línea de base (N=338)

	Pr= Cometió delitos en T2 (6 meses)	IC 95%	
		Inferior	Superior
Edad en tramos			
18 a 29	0,1	0,1	0,2
30 a 39	0,2	0,1	0,2
40 a 49	0,1	0,0	0,1
50 o más	0,0	0,0	0,1
Cometió delito en los últimos 12 meses[2]			
No	0,1	0,0	0,1
Sí	0,2	0,1	0,3

Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta a Usuarios sobre tratamiento de drogas en Chile. [1] Las probabilidades fueron estimadas a partir de un modelo de regresión logística y deben interpretarse como la probabilidad del resultado si toda la muestra cumpliera con el atributo expuesto. IC 95% = Intervalos de confianza a un 95% de nivel de confianza. [2]Incluye: (i) Peleas con arma blanca; (ii) Peleas con arma de fuego; (iii) Robo con intimidación; (iv) Agresión sexual; (v) Lesión grave; (vi) Homicidio; (vii) Robo a lugar no habitado; (viii) Robo en lugar habitado; y (ix) Hurto.

Tabla 191: Fue detenido en los últimos 12 meses (T0 y T1) o últimos 6 meses (T2) según tipo de egreso, exposición a tratamiento, programa, patrón de consumo previo a tratamiento, sexo, edad en tramos, al menos un trastorno de salud mental[1] y delito en los últimos 12 meses[2]

	Detenido en los últimos 12/6 Meses			Diferencias		
	T0	T1	T2	T0-T1	T0-T2	T1-T2
Tipo egreso (N=368)						
Alta terapéutica	26,4%	5,5%	1,8%	*	*	
Derivado o sigue en tratamiento	19,5%	7,1%	2,4%	*	*	
Alta administrativa o abandono	23,8%	15,8%	7,5%	*	*	*
Exposición a tratamiento (N=370)						
0 a 3	33,3%	23,4%	4,3%		*	*
4 a 6	22,2%	10,2%	6,4%	*	*	
6.1 a 12	23,0%	9,8%	4,0%	*	*	*
Mas de 12	19,5%	5,7%	3,4%	*	*	
Exposición a tratamiento V2 (N=370)						
0 a 3	33,3%	23,4%	4,3%		*	*
4 a 12	22,6%	10,0%	5,1%	*	*	*
Mas de 12	19,5%	5,7%	3,4%	*	*	
Programa (N=371)						
Ambulatorio	19,5%	10,5%	4,4%	*	*	*
Residencial	31,6%	10,8%	4,9%	*	*	
Patrón de consumo previo a tratamiento (N=343)						
Abstemios	34,5%	16,7%	3,3%		*	
Monoconsumidor cocaína/pasta base	11,8%	11,3%	5,6%			
Monoconsumidor alcohol	21,0%	9,7%	0,0%	*	*	*
Policonsumidor cocaína	15,5%	7,2%	3,1%	*	*	
Policonsumidor pasta base	36,7%	12,4%	8,1%	*	*	
Sexo (N=371)						
Hombre	25,9%	11,1%	6,1%	*	*	*
Mujer	18,3%	9,8%	1,6%	*	*	*
Edad en tramos (N=371)						
18 a 29	37,4%	15,6%	8,8%	*	*	
30 a 39	17,9%	11,9%	5,8%		*	
40 a 49	23,8%	6,1%	1,2%	*	*	
50 o más	14,0%	6,8%	0,0%		*	*
Al menos un trastorno de salud mental[1] (N=371)						
No	15,8%	5,8%	3,6%	*	*	
Sí	28,1%	13,5%	5,2%	*	*	*
Cometió delito en los últimos 12 meses[2] (N=369)						
No	13,4%	5,8%	3,7%	*	*	
Sí	42,4%	20,0%	6,3%	*	*	*
Total (N=371)	23,5%	10,7%	4,6%	*	*	*

Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta a Usuarios sobre tratamiento de drogas en Chile. * Diferencia significativa a un 90% o mayor nivel de confianza entre olas. La significancia fue calculada mediante un test de medias para muestras pareadas, se testeó la hipótesis de igualdad de medias. [1]Incluye: (i) Episodio depresivo mayor actual; (ii) Trastorno de angustia actual; (iii) Trastorno de personalidad antisocial; (iv) Episodio por estrés postraumático; y (v) Trastorno de ansiedad generalizada. [2]Incluye: (i) Peleas con arma blanca; (ii) Peleas con arma de fuego; (iii) Robo con intimidación; (iv) Agresión sexual; (v) Lesión grave; (vi) Homicidio; (vii) Robo a lugar no habitado; (viii) Robo en lugar habitado; y (ix) Hurto. Se presentan porcentajes de fila.

Tabla 192: Trabaja bajo supervisión de alguien o estudia según tipo de egreso, exposición a tratamiento, programa, patrón de consumo previo a tratamiento, sexo, edad en tramos, al menos un trastorno de salud mental[1] y delito en los últimos 12 meses[2]

	Trabaja bajo supervisión o estudia			Diferencias		
	T0	T1	T2	T0-T1	T0-T2	T1-T2
Tipo egreso (N=368)						
Alta terapéutica	43,6%	43,6%	38,2%			
Derivado o sigue en tratamiento	46,4%	34,5%	36,9%	*		
Alta administrativa o abandono	40,8%	34,5%	35,1%			
Exposición a tratamiento (N=370)						
0 a 3	34,0%	40,4%	34,0%			
4 a 6	40,4%	37,6%	40,4%			
6.1 a 12	46,4%	39,2%	37,6%			
Mas de 12	48,3%	34,8%	32,6%	*	*	
Exposición a tratamiento V2 (N=370)						
0 a 3	34,0%	40,4%	34,0%			
4 a 12	43,6%	38,5%	38,9%			
Mas de 12	48,3%	34,8%	32,6%	*	*	
Programa (N=371)						
Ambulatorio	48,6%	41,0%	40,6%	*	*	
Residencial	32,8%	31,1%	29,5%			
Patrón de consumo previo a tratamiento (N=343)						
Abstemios	23,3%	33,3%	30,0%			
Monoconsumidor cocaína/pasta base	44,4%	37,0%	27,8%		*	
Monoconsumidor alcohol	51,6%	38,7%	35,5%	*	*	
Policonsumidor cocaína	46,9%	41,8%	51,0%			
Policonsumidor pasta base	43,4%	34,3%	33,3%			
Sexo (N=371)						
Hombre	45,1%	43,1%	41,1%			
Mujer	40,0%	27,2%	28,8%	*		
Edad en tramos (N=371)						
18 a 29	49,5%	35,2%	37,4%	*		
30 a 39	43,1%	38,7%	40,9%			
40 a 49	38,6%	37,3%	34,9%			
50 o más	40,7%	39,0%	28,8%		*	
Al menos un trastorno de salud mental[1] (N=371)						
No	38,8%	43,2%	36,7%			
Sí	46,1%	34,5%	37,1%	*	*	
Cometió delito en los últimos 12 meses[2] (N=369)						
No	46,9%	40,7%	35,8%		*	
Sí	35,7%	32,5%	38,9%			
Total (N=371)	**43,4%**	**37,7%**	**36,9%**	*****	*****	

Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta a Usuarios sobre tratamiento de drogas en Chile. * Diferencia significativa a un 90% o mayor nivel de confianza entre olas. La significancia fue calculada mediante un test de medias para muestras pareadas, se testeó la hipótesis de igualdad de medias. [1]Incluye: (i) Episodio depresivo mayor actual; (ii) Trastorno de angustia actual; (iii) Trastorno de personalidad antisocial; (iv) Episodio por estrés postraumático; y (v) Trastorno de ansiedad generalizada. [2]Incluye: (i) Peleas con arma blanca; (ii) Peleas con arma de fuego; (iii) Robo con intimidación; (iv) Agresión sexual; (v) Lesión grave; (vi) Homicidio; (vii) Robo a lugar no habitado; (viii) Robo en lugar habitado; y (ix) Hurto. Se presentan porcentajes de fila.

Tabla 193: Probabilidad[1] de trabajar bajo supervisión de alguien o estudiar en T2 según sexo (N=338)

	Pr= Trabaja bajo supervisión o estudia	IC 95%	
		Inferior	Superior
Sexo			
Hombre	0,4	0,3	0,5
Mujer	0,3	0,2	0,4

Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta a Usuarios sobre tratamiento de drogas en Chile. [1] Las probabilidades fueron estimadas a partir de un modelo de regresión logística y deben interpretarse como la probabilidad del resultado si toda la muestra cumpliera con el atributo expuesto. IC 95% = Intervalos de confianza a un 95% de nivel de confianza.

Tabla 194: Trabaja según tipo de egreso, exposición a tratamiento, programa, patrón de consumo previo a tratamiento, sexo, edad en tramos, al menos un trastorno de salud mental[1] y delito en los últimos 12 meses[2]

	Trabaja			Diferencias		
	T0	T1	T2	T0-T1	T0-T2	T1-T2
Tipo egreso (N=368)						
Alta terapéutica	64,8%	65,5%	61,8%			
Derivado o sigue en tratamiento	65,5%	52,4%	58,3%	*		
Alta administrativa o abandono	61,8%	61,5%	59,2%			
Exposición a tratamiento (N=370)						
0 a 3	55,3%	59,6%	57,4%			
4 a 6	57,8%	57,8%	59,6%			
6.1 a 12	66,4%	67,2%	61,6%			
Mas de 12	71,9%	56,2%	59,6%	*	*	
Exposición a tratamiento V2 (N=370)						
0 a 3	55,3%	59,6%	57,4%			
4 a 12	62,3%	62,8%	60,7%			
Mas de 12	71,9%	56,2%	59,6%	*	*	
Programa (N=371)						
Ambulatorio	69,5%	63,5%	64,3%	*	*	
Residencial	52,5%	55,7%	51,6%			
Patrón de consumo previo a tratamiento (N=343)						
Abstemios	34,5%	60,0%	46,7%	*		
Monoconsumidor cocaína/pasta base	63,0%	57,4%	46,3%		*	
Monoconsumidor alcohol	67,7%	53,2%	64,5%	*		
Policonsumidor cocaína	66,3%	65,3%	70,4%			
Policonsumidor pasta base	67,0%	62,6%	61,6%			
Sexo (N=371)						
Hombre	68,0%	69,5%	66,3%			
Mujer	55,6%	44,0%	48,0%	*		
Edad en tramos (N=371)						
18 a 29	57,8%	51,6%	52,7%			
30 a 39	66,2%	63,5%	65,0%			
40 a 49	59,8%	62,7%	66,3%			
50 o más	72,9%	66,1%	50,8%	*	*	
Al menos un trastorno de salud mental[1] (N=371)						
No	64,5%	63,3%	61,9%			
Sí	63,5%	59,5%	59,1%			
Cometió delito en los últimos 12 meses[2] (N=369)						
No	70,4%	64,2%	60,1%	*	*	
Sí	50,8%	54,0%	59,5%			
Total (N=371)	**63,8%**	**60,8%**	**60,0%**			

Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta a Usuarios sobre tratamiento de drogas en Chile. * Diferencia significativa a un 90% o mayor nivel de confianza entre olas. La significancia fue calculada mediante un test de medias para muestras pareadas, se testeó la hipótesis de igualdad de medias. [1]Incluye: (i) Episodio depresivo mayor actual; (ii) Trastorno de angustia actual; (iii) Trastorno de personalidad antisocial; (iv) Episodio por estrés postraumático; y (v) Trastorno de ansiedad generalizada. [2]Incluye: (i) Peleas con arma blanca; (ii) Peleas con arma de fuego; (iii) Robo con intimidación; (iv) Agresión sexual; (v) Lesión grave; (vi) Homicidio; (vii) Robo a lugar no habitado; (viii) Robo en lugar habitado; y (ix) Hurto. Se presentan porcentajes de fila.

Tabla 195: Probabilidad[1] de trabajar en T2 según sexo, edad en tramos y trabajo en línea de base (N=338)

	Pr= Trabaja en T2	IC 95%	
		Inferior	Superior
Sexo			
Hombre	0,7	0,6	0,7
Mujer	0,5	0,4	0,6
Edad en tramos			
18 a 29	0,5	0,4	0,6
30 a 39	0,6	0,6	0,7
40 a 49	0,7	0,6	0,8
50 o más	0,5	0,4	0,6
Trabajo			
No	0,5	0,4	0,6
Cuenta propia	0,7	0,6	0,8
Bajo supervisión	0,6	0,6	0,7

Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta a Usuarios sobre tratamiento de drogas en Chile. [1] Las probabilidades fueron estimadas a partir de un modelo de regresión logística y deben interpretarse como la probabilidad del resultado si toda la muestra cumpliera con el atributo expuesto. IC 95% = Intervalos de confianza a un 95% de nivel de confianza.

Tabla 196: Buscó trabajo en T0, T1 y T2 (entre quienes no tenían en cada ola)

Buscó trabajo	N	%
T0		
No	69	54,8
Sí	57	45,2
T1		
No	73	50,7
Sí	71	49,3
T2		
No	92	62,6
Sí	55	37,4

Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta a Usuarios sobre tratamiento de drogas en Chile.

Tabla 197: Participa en eventos prosociales[3] según tipo de egreso, exposición a tratamiento, programa, patrón de consumo previo a tratamiento, sexo, edad en tramos, al menos un trastorno de salud mental[1] y delito en los últimos 12 meses[2]

	Participa en eventos prosociales			Diferencias		
	T0	T1	T2	T0-T1	T0-T2	T1-T2
Tipo egreso (N=368)						
Alta terapéutica	76,4%	77,3%	72,7%			
Derivado o sigue en tratamiento	73,8%	85,7%	78,6%	*		
Alta administrativa o abandono	71,3%	73,0%	60,3%		*	*
Exposición a tratamiento (N=370)						
0 a 3	76,6%	80,9%	70,2%			
4 a 6	67,9%	70,6%	65,1%			
6.1 a 12	72,8%	76,0%	60,8%		*	*
Mas de 12	78,7%	85,4%	82,0%			
Exposición a tratamiento V2 (N=370)						
0 a 3	76,6%	80,9%	70,2%			
4 a 12	70,5%	73,5%	62,8%		*	*
Mas de 12	78,7%	85,4%	82,0%			
Programa (N=371)						
Ambulatorio	75,5%	80,3%	71,5%			*
Residencial	68,9%	71,3%	62,3%			
Patrón de consumo previo a tratamiento (N=343)						
Abstemios	80,0%	80,0%	70,0%			
Monoconsumidor cocaína/pasta base	74,1%	74,1%	63,0%			
Monoconsumidor alcohol	69,4%	72,6%	66,1%			
Policonsumidor cocaína	78,6%	83,7%	76,5%			
Policonsumidor pasta base	69,7%	74,7%	62,6%			*
Sexo (N=371)						
Hombre	78,0%	81,3%	69,9%			
Mujer	64,0%	69,6%	65,6%			
Edad en tramos (N=371)						
18 a 29	74,7%	84,6%	65,9%	*		*
30 a 39	78,8%	78,8%	71,5%			
40 a 49	73,5%	75,9%	73,5%			
50 o más	57,6%	64,4%	57,6%			
Al menos un trastorno de salud mental[1] (N=371)						
No	73,4%	76,3%	70,5%			
Sí	73,3%	78,0%	67,2%			*
Cometió delito en los últimos 12 meses[2] (N=369)						
No	72,8%	77,0%	71,2%			
Sí	73,8%	77,8%	62,7%		*	*
Total	73,2%	77,3%	68,4%			*****

Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta a Usuarios sobre tratamiento de drogas en Chile. * Diferencia significativa a un 90% o mayor nivel de confianza entre olas. La significancia fue calculada mediante un test de medias para muestras pareadas, se testeó la hipótesis de igualdad de medias. [1]Incluye: (i) Episodio depresivo mayor actual; (ii) Trastorno de angustia actual; (iii) Trastorno de personalidad antisocial; (iv) Episodio por estrés postraumático; y (v) Trastorno de ansiedad generalizada. [2]Incluye: (i) Peleas con arma blanca; (ii) Peleas con arma de fuego; (iii) Robo con intimidación; (iv) Agresión sexual; (v) Lesión grave; (vi) Homicidio; (vii) Robo a lugar no habitado; (viii) Robo en lugar habitado; y (ix) Hurto. [3] Incluye: (i) Cine, teatro, recitales o museos; (ii) Eventos o grupos deportivos, festividades o eventos locales; (iii) Talleres o programas recreativos; y (iv) Festividades o actividades religiosas. (i) Cine, teatro, recitales o museos; (ii) Eventos o grupos deportivos, festividades o eventos locales; (iii) Talleres o programas recreativos; y (iv) Festividades o actividades religiosas. Se presentan porcentajes de fila.

Tabla 198: Probabilidad[1] de participar en eventos[2] prosociales en T2 según tipo de egreso y participa en grupos prosociales[3] en línea de base (N=338)

	Pr= Participa en eventos prosociales en T2	IC 95%	
		Inferior	Superior
Tipo egreso			
Alta terapéutica	0,8	0,7	0,8
Derivado o sigue en tratamiento	0,8	0,7	0,9
Alta administrativa o abandono	0,6	0,5	0,7
Participa en grupos prosociales[2]			
No	0,6	0,6	0,7
Sí	0,7	0,7	0,8

Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta a Usuarios sobre tratamiento de drogas en Chile. [1] Las probabilidades fueron estimadas a partir de un modelo de regresión logística y deben interpretarse como la probabilidad del resultado si toda la muestra cumpliera con el atributo expuesto. [2] Incluye: (i) Cine, teatro, recitales o museos; (ii) Eventos o grupos deportivos, festividades o eventos locales; (iii) Talleres o programas recreativos; y (iv) Festividades o actividades religiosas. [3] Incluye: (i) Organizaciones de vecinos, comunitarias o sociales; (ii) Sindicatos o asociación productiva; y (iii) Grupos de autoayuda u organizaciones de apoyo. IC 95% = Intervalos de confianza a un 95% de nivel de confianza.

Tabla 199: Participa en grupos prosociales[3] según tipo de egreso, exposición a tratamiento, programa, patrón de consumo previo a tratamiento, sexo, edad en tramos, al menos un trastorno de salud mental[1] y delito en los últimos 12 meses[2]

	Participa en grupos prosociales			Diferencias		
	T0	T1	T2	T0-T1	T0-T2	T1-T2
Tipo egreso (N=368)						
Alta terapéutica	48,2%	42,7%	40,0%			
Derivado o sigue en tratamiento	48,8%	36,9%	52,4%			*
Alta administrativa o abandono	46,6%	24,1%	22,4%	*	*	
Exposición a tratamiento (N=370)						
0 a 3	42,6%	21,3%	29,8%	*		
4 a 6	43,1%	28,4%	33,0%	*		
6.1 a 12	44,0%	34,4%	30,4%		*	
Mas de 12	60,7%	42,7%	43,8%	*	*	
Exposición a tratamiento V2 (N=370)						
0 a 3	42,6%	21,3%	29,8%	*		
4 a 12	43,6%	31,6%	31,6%	*	*	
Mas de 12	60,7%	42,7%	43,8%	*	*	
Programa (N=371)						
Ambulatorio	50,6%	33,7%	33,7%	*	*	
Residencial	41,8%	32,0%	36,1%			
Patrón de consumo previo a tratamiento (N=343)						
Abstemios	40,0%	33,3%	36,7%			
Monoconsumidor cocaína/pasta base	44,4%	25,9%	35,2%	*		
Monoconsumidor alcohol	48,4%	37,1%	35,5%			
Policonsumidor cocaína	45,9%	32,7%	31,6%	*	*	
Policonsumidor pasta base	47,5%	33,3%	31,3%	*	*	
Sexo (N=371)						
Hombre	48,4%	34,6%	35,8%	*	*	
Mujer	46,4%	30,4%	32,0%	*	*	
Edad en tramos (N=371)						
18 a 29	44,0%	28,6%	27,5%	*	*	
30 a 39	48,9%	31,4%	38,7%	*	*	
40 a 49	53,0%	38,6%	33,7%	*	*	
50 o más	42,4%	35,6%	35,6%			
Al menos un trastorno de salud mental[1] (N=371)						
No	49,6%	30,9%	33,1%	*	*	
Sí	46,6%	34,5%	35,3%	*	*	
Cometió delito en los últimos 12 meses[2] (N=369)						
No	52,3%	34,6%	34,6%	*	*	
Sí	38,9%	31,0%	34,9%			
Total	**47,6%**	**33,0%**	**34,3%**	*	*	

Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta a Usuarios sobre tratamiento de drogas en Chile. * Diferencia significativa a un 90% o mayor nivel de confianza entre olas. La significancia fue calculada mediante un test de medias para muestras pareadas, se testeó la hipótesis de igualdad de medias. [1]Incluye: (i) Episodio depresivo mayor actual; (ii) Trastorno de angustia actual; (iii) Trastorno de personalidad antisocial; (iv) Episodio por estrés postraumático; y (v) Trastorno de ansiedad generalizada. [2]Incluye: (i) Peleas con arma blanca; (ii) Peleas con arma de fuego; (iii) Robo con intimidación; (iv) Agresión sexual; (v) Lesión grave; (vi) Homicidio; (vii) Robo a lugar no habitado; (viii) Robo en lugar habitado; y (ix) Hurto. [3] Incluye: (i) Organizaciones de vecinos, comunitarias o sociales; (ii) Sindicatos o asociación productiva; y (iii) Grupos de autoayuda u organizaciones de apoyo. IC 95% = Intervalos de confianza a un 95% de nivel de confianza. Se presentan porcentajes de fila.

Tabla 200: Probabilidad[1] de participar en grupos[2] prosociales en T2 según tipo de egreso, edad en tramos y participa en grupos prosociales[2] en línea de base (N=338)

	Pr= Participa en grupos prosociales en T2	IC 95%	
		Inferior	Superior
Tipo egreso			
Alta terapéutica	0,4	0,3	0,5
Derivado o sigue en tratamiento	0,5	0,4	0,7
Alta administrativa o abandono	0,2	0,1	0,3
Edad en tramos			
18 a 29	0,2	0,2	0,3
30 a 39	0,4	0,3	0,5
40 a 49	0,3	0,2	0,4
50 o más	0,3	0,2	0,4
Participa en grupos prosociales[2]			
No	0,3	0,2	0,3
Sí	0,4	0,3	0,5

Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta a Usuarios sobre tratamiento de drogas en Chile. [1] Las probabilidades fueron estimadas a partir de un modelo de regresión logística y deben interpretarse como la probabilidad del resultado si toda la muestra cumpliera con el atributo expuesto. [2] Incluye: (i) Organizaciones de vecinos, comunitarias o sociales; (ii) Sindicatos o asociación productiva; y (iii) Grupos de autoayuda u organizaciones de apoyo. IC 95% = Intervalos de confianza a un 95% de nivel de confianza.

Tabla 201: Índice de calidad de redes[3] en T0, T1 y T2 según tipo de egreso, exposición a tratamiento, programa, patrón de consumo previo a tratamiento, sexo, edad en tramos, al menos un trastorno de salud mental[1] y delito en los últimos 12 meses[2]

	Índice de calidad de redes						Diferencias			
	T0		T1		T2		T0-T1	T0-T2	T1-T2	N
	Media	D.E	Media	D.E	Media	D.E	Media	Media	Media	
Tipo egreso										
Alta terapéutica	12,8	4,9	14,1	4,9	13,6	5,1	-1,3*	-0,7*	0,6*	110
Derivado o sigue en tratamiento	12,7	4,9	13,8	4,6	14,2	4,8	-1,1*	-1,5*	-0,5*	84
Alta administrativa o abandono	14	4,9	14,4	4,9	14,3	4,8	-0,4	-0,3	0,1	174
Exposición a tratamiento										
0 a 3	14,1	5,4	14,4	5,4	14,3	5,4	-0,2	-0,1	0,1	47
4 a 6	13,8	4,7	14,2	4,6	14,1	4,6	-0,4	-0,3	0	109
6.1 a 12	12,9	4,8	14,1	4,5	13,6	5	-1,2*	-0,7*	0,5*	125
Mas de 12	13,1	5,2	14,3	5,2	14,5	5	-1,1*	-1,3*	-0,2	89
Exposición a tratamiento V2										
0 a 3	14,1	5,4	14,4	5,4	14,3	5,4	-0,2	-0,1	0,1	47
4 a 12	13,3	4,8	14,1	4,6	13,8	4,8	-0,8*	-0,5*	0,3	234
Mas de 12	13,1	5,2	14,3	5,2	14,5	5	-1,1*	-1,3*	-0,2	89
Programa										
Ambulatorio	13,4	4,9	14,5	4,6	14,3	4,8	-1,1*	-0,9*	0,2	249
Residencial	13,3	5,2	13,5	5,1	13,6	5,2	-0,3	-0,3	-0,1	122
Patrón de consumo previo a tratamiento										
Abstemios	14,2	4,2	12,7	4,6	13,5	4,5	1,5*	0,7	-0,8	30
Monoconsumidor cocaína/pasta base	13,5	4,7	14,6	4	14,1	4,5	-1,2*	-0,6	0,5	54
Monoconsumidor alcohol	12,1	4,8	12,9	4,8	13,1	5,2	-0,8	-1*	-0,2	62
Policonsumidor cocaína	14,3	4,8	15,4	4,5	15,4	4,6	-1,1*	-1,2*	0	98
Policonsumidor pasta base	13	5	14,1	5	13,7	5	-1,1*	-0,7	0,4	99
Sexo										
Hombre	13,5	5	14,5	5	14,2	5,1	-1*	-0,7*	0,3*	246
Mujer	13	4,9	13,5	4,4	13,8	4,6	-0,5	-0,8*	-0,2	125
Edad en tramos										
18 a 29	14,1	4,5	14,6	4,8	14,6	4,6	-0,5	-0,5	0	91
30 a 39	14	4,7	15,1	4,1	14,9	4,5	-1,1*	-0,9*	0,2	137
40 a 49	12,8	5,2	13,7	5,2	13,7	5,2	-0,8	-0,8*	0	83
50 o más	11,2	5,1	11,8	5	11,5	5,1	-0,6	-0,3	0,4	59
Al menos un trastorno de salud mental[1]										
No	13,7	5,2	14,1	4,8	14,2	4,9	-0,4	-0,5	-0,1	139
Sí	13,2	4,8	14,2	4,8	14	4,9	-1,1*	-0,8*	0,3	232
Cometió delito en los últimos 12 meses[2]										
No	13,2	5,1	14	5,1	14	5,1	-0,9*	-0,8*	0,1	243
Sí	13,7	4,6	14,3	4,2	14,1	4,5	-0,6*	-0,4	0,2	126
Total	**13,3**	**4,9**	**14,2**	**4,8**	**14**	**4,9**	**-0,8***	**-0,7***	**0,1**	**371**

Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta a Usuarios sobre tratamiento de drogas en Chile. * Diferencia significativa a un 90% o mayor nivel de confianza entre olas. La significancia fue calculada mediante un test de medias para muestras pareadas, se testeó la hipótesis de igualdad de medias. [1]Incluye: (i) Episodio depresivo mayor actual; (ii) Trastorno de angustia actual; (iii) Trastorno de personalidad antisocial; (iv) Episodio por estrés postraumático; y (v) Trastorno de ansiedad generalizada. [2]Incluye: (i) Peleas con arma blanca; (ii) Peleas con arma de fuego; (iii) Robo con intimidación; (iv) Agresión sexual; (v) Lesión grave; (vi) Homicidio; (vii) Robo a lugar no habitado; (viii) Robo en lugar habitado; y (ix) Hurto. [3] Sumatoria de calificación de relación con familiares (Likert 1-5), incluye: (i) Cónyuge; (ii) Hermanos; (iii) Hijos; (iv) Madre; y (v) Padre.

Tabla 202: Predicción índice calidad de redes[2] en T2 según patrón de consumo previo a tratamiento y edad en tramos (N=338)

	Predicción índice calidad de redes en T2	IC 95%	
		Inferior	Superior
Patrón de consumo previo a tratamiento			
Abstemios	13,1	11,7	14,6
Monoconsumidor cocaína/pasta base	14,1	13,0	15,1
Monoconsumidor alcohol	13,8	12,8	14,8
Policonsumidor cocaína	14,7	13,9	15,5
Policonsumidor pasta base	14,0	13,2	14,8
Edad en tramos			
18 a 29	14,5	13,6	15,4
30 a 39	14,4	13,7	15,1
40 a 49	14,0	13,1	14,8
50 o más	13,0	11,8	14,1

Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta a Usuarios sobre tratamiento de drogas en Chile. [1] Las predicciones fueron estimadas a partir de un modelo de regresión lineal y deben interpretarse como la estimación del resultado si toda la muestra cumpliera con el atributo expuesto. [2] Sumatoria de calificación de relación con familiares (Likert 1-5), incluye: (i) Cónyuge; (ii) Hermanos; (iii) Hijos; (iv) Madre; y (v) Padre. IC 95% = Intervalos de confianza a un 95% de nivel de confianza.

Tabla 203: Probabilidad[1] de haber mejorado la relación con al menos un familiar entre T0 y T2 según edad en tramos (N=338)

	Pr= Mejoró relación con al menos un familiar entre T0 y T2	IC 95%	
		Inferior	Superior
Edad en tramos			
18 a 29	0,5	0,4	0,6
30 a 39	0,5	0,4	0,6
40 a 49	0,5	0,4	0,6
50 o más	0,3	0,2	0,5

Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta a Usuarios sobre tratamiento de drogas en Chile. [1] Las probabilidades fueron estimadas a partir de un modelo de regresión logística y deben interpretarse como la probabilidad del resultado si toda la muestra cumpliera con el atributo expuesto. IC 95% = Intervalos de confianza a un 95% de nivel de confianza.

Tabla 204: Vive con familiares[3] según tipo de egreso, exposición a tratamiento, programa, patrón de consumo previo a tratamiento, sexo, edad en tramos, al menos un trastorno de salud mental[1] y delito en los últimos 12 meses[2]

	Vive con familiares			Diferencias		
	T0	T1	T2	T0-T1	T0-T2	T1-T2
Tipo egreso (N=368)						
Alta terapéutica	74,5%	85,5%	88,2%	*	*	
Derivado o sigue en tratamiento	72,6%	95,2%	91,7%	*	*	
Alta administrativa o abandono	77,6%	87,4%	89,1%			
Exposición a tratamiento (N=370)						
0 a 3	78,7%	80,9%	91,5%		*	
4 a 6	78,9%	90,8%	89,0%	*	*	
6.1 a 12	72,8%	88,8%	85,6%	*	*	
Mas de 12	75,3%	89,9%	94,4%	*	*	
Exposición a tratamiento V2 (N=370)						
0 a 3	78,7%	80,9%	91,5%		*	
4 a 12	75,6%	89,7%	87,2%	*	*	
Mas de 12	75,3%	89,9%	94,4%	*	*	
Programa (N=371)						
Ambulatorio	79,1%	90,0%	90,0%	*	*	
Residencial	68,9%	86,1%	88,5%	*	*	
Patrón de consumo previo a tratamiento (N=343)						
Abstemios	73,3%	86,7%	86,7%			
Monoconsumidor cocaína/pasta base	74,1%	90,7%	90,7%	*	*	
Monoconsumidor alcohol	69,4%	91,9%	83,9%	*	*	*
Policonsumidor cocaína	77,6%	85,7%	91,8%		*	
Policonsumidor pasta base	77,8%	88,9%	90,9%	*	*	
Sexo (N=371)						
Hombre	77,2%	87,0%	87,4%	*	*	
Mujer	72,8%	92,0%	93,6%	*	*	
Edad en tramos (N=371)						
18 a 29	87,9%	92,3%	97,8%		*	
30 a 39	71,5%	89,8%	91,2%	*	*	
40 a 49	72,3%	89,2%	89,2%	*	*	
50 o más	71,2%	79,7%	72,9%			
Al menos un trastorno de salud mental[1] (N=371)						
No	76,3%	87,8%	88,5%	*	*	
Sí	75,4%	89,2%	90,1%	*	*	
Cometió delito en los últimos 12 meses[2] (N=369)						
No	76,5%	86,8%	88,5%	*	*	
Sí	73,8%	92,1%	91,3%	*	*	
Total	75,7%	88,7%	89,5%	*****	*****	

Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta a Usuarios sobre tratamiento de drogas en Chile. * Diferencia significativa a un 90% o mayor nivel de confianza entre olas. La significancia fue calculada mediante un test de medias para muestras pareadas, se testeó la hipótesis de igualdad de medias. [1]Incluye: (i) Episodio depresivo mayor actual; (ii) Trastorno de angustia actual; (iii) Trastorno de personalidad antisocial; (iv) Episodio por estrés postraumático; y (v) Trastorno de ansiedad generalizada. [2]Incluye: (i) Peleas con arma blanca; (ii) Peleas con arma de fuego; (iii) Robo con intimidación; (iv) Agresión sexual; (v) Lesión grave; (vi) Homicidio; (vii) Robo a lugar no habitado; (viii) Robo en lugar habitado; y (ix) Hurto. [3] Incluye: (i) Cónyuge; (ii) Hermanos; (iii) Hijos; (iv) Madre; (v) Nietos; (vi) Otro pariente; (vii) Padre; y (viii) Suegros. Se presentan porcentajes de fila.

Tabla 205: Probabilidad[1] de vivir con familiares[2] en T2 según sexo y edad en tramos (N=338)

	Pr = Vive con familiares en T2	IC 95%	
		Inferior	Superior
Sexo			
Hombre	0,9	0,8	0,9
Mujer	0,9	0,9	1,0
Edad en tramos			
18 a 29	1,0	1,0	1,0
30 a 39	0,9	0,9	1,0
40 a 49	0,9	0,8	1,0
50 o más	0,7	0,5	0,8

Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta a Usuarios sobre tratamiento de drogas en Chile. [1] Las probabilidades fueron estimadas a partir de un modelo de regresión logística y deben interpretarse como la probabilidad del resultado si toda la muestra cumpliera con el atributo expuesto. IC 95% = Intervalos de confianza a un 95% de nivel de confianza. [2] Incluye: (i) Cónyuge; (ii) Hermanos; (iii) Hijos; (iv) Madre; (v) Nietos; (vi) Otro pariente; (vii) Padre; y (viii) Suegros.

Tabla 206: Vive con personas con consumo problemático según tipo de egreso, exposición a tratamiento, programa, patrón de consumo previo a tratamiento, sexo, edad en tramos, al menos un trastorno de salud mental[1] y delito en los últimos 12 meses[2]

	Vive con personas con consumo problemático			Diferencias		
	T0	T1	T2	T0-T1	T0-T2	T1-T2
Tipo egreso (N=368)						
Alta terapéutica	22,9%	18,3%	16,0%			
Derivado o sigue en tratamiento	25,3%	21,4%	19,8%			
Alta administrativa o abandono	23,0%	24,6%	23,6%			
Exposición a tratamiento (N=370)						
0 a 3	27,7%	28,3%	26,1%			
4 a 6	21,5%	20,6%	20,8%			
6.1 a 12	25,6%	23,4%	22,1%			
Mas de 12	20,2%	18,0%	14,3%			
Exposición a tratamiento V2 (N=370)						
0 a 3	27,7%	28,3%	26,1%			
4 a 12	23,7%	22,1%	21,5%			
Mas de 12	20,2%	18,0%	14,3%			
Programa (N=371)						
Ambulatorio	21,1%	20,7%	20,7%			
Residencial	28,7%	24,0%	19,5%		*	
Patrón de consumo previo a tratamiento (N=343)						
Abstemios	36,7%	27,6%	18,5%		*	
Monoconsumidor cocaína/pasta base	24,1%	26,4%	30,0%			
Monoconsumidor alcohol	25,8%	20,0%	15,1%			
Policonsumidor cocaína	19,4%	21,4%	17,9%			
Policonsumidor pasta base	23,5%	19,2%	22,3%			
Sexo (N=371)						
Hombre	22,1%	19,8%	18,8%			
Mujer	26,4%	25,6%	23,0%			
Edad en tramos (N=371)						
18 a 29	26,4%	19,8%	22,0%			
30 a 39	19,7%	24,4%	21,4%			
40 a 49	24,4%	15,7%	19,7%	*		
50 o más	27,6%	28,1%	15,2%		*	*
Al menos un trastorno de salud mental[1] (N=371)						
No	24,1%	20,9%	20,5%			
Sí	23,3%	22,4%	20,2%			
Cometió delito en los últimos 12 meses[2] (N=369)						
No	20,2%	20,8%	18,8%			
Sí	30,4%	23,2%	23,5%			
Total	**23,6%**	**21,8%**	**20,3%**			

Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta a Usuarios sobre tratamiento de drogas en Chile. * Diferencia significativa a un 90% o mayor nivel de confianza entre olas. La significancia fue calculada mediante un test de medias para muestras pareadas, se testeó la hipótesis de igualdad de medias. [1]Incluye: (i) Episodio depresivo mayor actual; (ii) Trastorno de angustia actual; (iii) Trastorno de personalidad antisocial; (iv) Episodio por estrés postraumático; y (v) Trastorno de ansiedad generalizada. [2]Incluye: (i) Peleas con arma blanca; (ii) Peleas con arma de fuego; (iii) Robo con intimidación; (iv) Agresión sexual; (v) Lesión grave; (vi) Homicidio; (vii) Robo a lugar no habitado; (viii) Robo en lugar habitado; y (ix) Hurto. Se presentan porcentajes de fila.

Tabla 207: Declara no tener amigos según tipo de egreso, exposición a tratamiento, programa, patrón de consumo previo a tratamiento, sexo, edad en tramos, al menos un trastorno de salud mental[1] y delito en los últimos 12 meses[2]

	Declara no tener amigos			Diferencias		
	T0	T1	T2	T0-T1	T0-T2	T1-T2
Tipo egreso (N=368)						
Alta terapéutica	31,8%	51,8%	51,8%	*	*	
Derivado o sigue en tratamiento	35,7%	44,0%	45,2%			
Alta administrativa o abandono	33,9%	45,4%	54,0%	*	*	*
Exposición a tratamiento (N=370)						
0 a 3	38,3%	42,6%	48,9%			
4 a 6	41,3%	46,8%	53,2%		*	
6.1 a 12	27,2%	48,8%	56,0%	*	*	
Mas de 12	31,5%	47,2%	43,8%	*	*	
Exposición a tratamiento V2 (N=370)						
0 a 3	38,3%	42,6%	48,9%			
4 a 12	33,8%	47,9%	54,7%	*	*	*
Mas de 12	31,5%	47,2%	43,8%	*	*	
Programa (N=371)						
Ambulatorio	24,9%	44,2%	47,8%	*	*	
Residencial	51,6%	52,5%	58,2%			
Patrón de consumo previo a tratamiento (N=343)						
Abstemios	40,0%	40,0%	66,7%		*	*
Monoconsumidor cocaína/pasta base	48,1%	64,8%	61,1%	*		
Monoconsumidor alcohol	29,0%	35,5%	43,5%			
Policonsumidor cocaína	18,4%	43,9%	36,7%	*	*	
Policonsumidor pasta base	42,4%	50,5%	59,6%		*	
Sexo (N=371)						
Hombre	31,3%	45,1%	48,8%	*	*	
Mujer	38,4%	50,4%	56,0%	*	*	
Edad en tramos (N=371)						
18 a 29	23,1%	40,7%	48,4%	*	*	
30 a 39	32,1%	53,3%	51,8%	*	*	
40 a 49	36,1%	43,4%	51,8%		*	
50 o más	49,2%	45,8%	52,5%			
Al menos un trastorno de salud mental[1] (N=371)						
No	32,4%	43,2%	41,0%	*		
Sí	34,5%	49,1%	57,3%	*	*	*
Cometió delito en los últimos 12 meses[2] (N=369)						
No	33,3%	45,7%	49,8%	*	*	
Sí	34,1%	49,2%	54,8%	*	*	
Total	**33,7%**	**46,9%**	**51,2%**	*	*	

Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta a Usuarios sobre tratamiento de drogas en Chile. * Diferencia significativa a un 90% o mayor nivel de confianza entre olas. La significancia fue calculada mediante un test de medias para muestras pareadas, se testeó la hipótesis de igualdad de medias. [1]Incluye: (i) Episodio depresivo mayor actual; (ii) Trastorno de angustia actual; (iii) Trastorno de personalidad antisocial; (iv) Episodio por estrés postraumático; y (v) Trastorno de ansiedad generalizada. [2]Incluye: (i) Peleas con arma blanca; (ii) Peleas con arma de fuego; (iii) Robo con intimidación; (iv) Agresión sexual; (v) Lesión grave; (vi) Homicidio; (vii) Robo a lugar no habitado; (viii) Robo en lugar habitado; y (ix) Hurto. Se presentan porcentajes de fila.

Tabla 208: Probabilidad[1] de declarar no tener amigos en T2 según patrón de consumo previo a tratamiento y al menos un trastorno de salud mental en línea de base[2] (N=338)

	Pr= Declara no tener amigos en T2	IC 95%	
		Inferior	Superior
Patrón de consumo previo a tratamiento			
Abstemios	0,7	0,5	0,8
Monoconsumidor cocaína/pasta base	0,6	0,5	0,7
Monoconsumidor alcohol	0,5	0,3	0,6
Policonsumidor cocaína	0,4	0,3	0,5
Policonsumidor pasta base	0,6	0,5	0,7
Al menos un trastorno de salud mental[2]			
No	0,4	0,3	0,5
Sí	0,6	0,5	0,6

Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta a Usuarios sobre tratamiento de drogas en Chile. [1] Las probabilidades fueron estimadas a partir de un modelo de regresión logística y deben interpretarse como la probabilidad del resultado si toda la muestra cumpliera con el atributo expuesto. IC 95% = Intervalos de confianza a un 95% de nivel de confianza. [1]Incluye: (i) Episodio depresivo mayor actual; (ii) Trastorno de angustia actual; (iii) Trastorno de personalidad antisocial; (iv) Episodio por estrés postraumático; y (v) Trastorno de ansiedad generalizada.

Tabla 209: Declara que el 50% o más de sus amigos tiene consumo problemático según tipo de egreso, exposición a tratamiento, programa, patrón de consumo previo a tratamiento, sexo, edad en tramos, al menos un trastorno de salud mental[1] y delito en los últimos 12 meses[2]

	Declara que el 50% o más de sus amigos tiene consumo problemático			Diferencias		
	T0	T1	T2	T0-T1	T0-T2	T1-T2
Tipo egreso (N=368)						
Alta terapéutica	43,4%	12,7%	6,4%	*	*	
Derivado o sigue en tratamiento	48,1%	22,6%	15,5%	*	*	
Alta administrativa o abandono	44,0%	20,1%	18,4%	*	*	
Exposición a tratamiento (N=370)						
0 a 3	46,5%	23,4%	19,1%	*	*	
4 a 6	38,5%	17,4%	12,8%	*	*	
6.1 a 12	47,1%	18,4%	13,6%	*	*	
Mas de 12	47,1%	18,0%	14,6%	*	*	
Exposición a tratamiento V2 (N=370)						
0 a 3	46,5%	23,4%	19,1%	*	*	
4 a 12	43,1%	17,9%	13,2%	*	*	
Mas de 12	47,1%	18,0%	14,6%	*	*	
Programa (N=371)						
Ambulatorio	51,2%	18,1%	16,1%	*	*	
Residencial	30,7%	19,7%	10,7%	*	*	*
Patrón de consumo previo a tratamiento (N=343)						
Abstemios	32,1%	13,3%	10,0%		*	
Monoconsumidor cocaína/pasta base	28,3%	9,3%	9,3%	*	*	
Monoconsumidor alcohol	45,0%	19,4%	12,9%	*	*	
Policonsumidor cocaína	53,9%	21,4%	18,4%	*	*	
Policonsumidor pasta base	47,4%	21,2%	16,2%	*	*	
Sexo (N=371)						
Hombre	51,5%	23,6%	17,5%	*	*	
Mujer	30,8%	8,8%	8,0%	*	*	
Edad en tramos (N=371)						
18 a 29	55,2%	22,0%	18,7%	*	*	
30 a 39	49,6%	19,7%	15,3%	*	*	
40 a 49	39,5%	15,7%	10,8%	*	*	
50 o más	24,6%	15,3%	10,2%		*	
Al menos un trastorno de salud mental[1] (N=371)						
No	38,1%	17,3%	12,9%	*	*	
Sí	48,2%	19,4%	15,1%	*	*	
Cometió delito en los últimos 12 meses[2] (N=369)						
No	41,2%	16,0%	11,1%	*	*	
Sí	51,3%	23,8%	19,8%	*	*	
Total (N=371)	**44,6%**	**18,6%**	**14,3%**	*	*	

Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta a Usuarios sobre tratamiento de drogas en Chile. * Diferencia significativa a un 90% o mayor nivel de confianza entre olas. La significancia fue calculada mediante un test de medias para muestras pareadas, se testeó la hipótesis de igualdad de medias. [1]Incluye: (i) Episodio depresivo mayor actual; (ii) Trastorno de angustia actual; (iii) Trastorno de personalidad antisocial; (iv) Episodio por estrés postraumático; y (v) Trastorno de ansiedad generalizada. [2]Incluye: (i) Peleas con arma blanca; (ii) Peleas con arma de fuego; (iii) Robo con intimidación; (iv) Agresión sexual; (v) Lesión grave; (vi) Homicidio; (vii) Robo a lugar no habitado; (viii) Robo en lugar habitado; y (ix) Hurto. Se presentan porcentajes de fila.

Tabla 210: Probabilidad[1] de declarar que el 50% o más de sus amigos tiene consumo problemático en T2 según tipo de egreso, sexo, edad en tramos y delito 12 meses antes de línea de base[2] trabajo en línea de base (N=338)

	Pr= El 50% o más de sus amigos tiene consumo problemático en T2	IC 95%	
		Inferior	Superior
Tipo egreso			
Alta terapéutica	0,1	0,0	0,1
Derivado o sigue en tratamiento	0,1	0,1	0,2
Alta administrativa o abandono	0,2	0,1	0,3
Sexo			
Hombre	0,2	0,1	0,2
Mujer	0,1	0,0	0,1
Edad en tramos			
No trabajó	0,2	0,1	0,2
Cuenta propia	0,2	0,1	0,3
Bajo supervisión	0,1	0,0	0,1
Cometió delito en los últimos 12 meses			
No	0,1	0,1	0,2
Sí	0,2	0,1	0,3

Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta a Usuarios sobre tratamiento de drogas en Chile. [1] Las probabilidades fueron estimadas a partir de un modelo de regresión logística y deben interpretarse como la probabilidad del resultado si toda la muestra cumpliera con el atributo expuesto. [2] Incluye: (i) Peleas con arma blanca; (ii) Peleas con arma de fuego; (iii) Robo con intimidación; (iv) Agresión sexual; (v) Lesión grave; y (vi) Homicidio. [2]Incluye: (i) Robo a lugar no habitado; (ii) Robo en lugar habitado; y (iii) Hurto. IC 95% = Intervalos de confianza a un 95% de nivel de confianza.

15. Análisis multivariado

Tabla 211: Modelos para Abstemio mes T2, prevalencia mes alcohol T2, prevalencia mes marihuana T2, prevalencia mes cocaína T2 y prevalencia mes pasta base T2 (Odds ratio)

	Modelo 1 Abstemio mes T2	Modelo 2 Prevalencia mes alcohol T2	Modelo 3 Prevalencia mes marihuana T2	Modelo 4 Prevalencia mes cocaína T2	Modelo 5 Prevalencia mes pasta base T2
Tipo de egreso (*Ref. Alta terapéutica)*					
Derivado o sigue en tratamiento	0.848	1.117	2.117	1.550	1.900
	(0.316)	(0.419)	(1.172)	(0.814)	(1.379)
Abandono	0.224***	3.894***	2.595*	2.626**	2.611*
	(0.0755)	(1.287)	(1.274)	(1.214)	(1.515)
Exposición a tratamiento(*Ref. 3 meses o menos)*					
3.1 a 6 meses	0.680	0.806	0.218***	1.921	1.306
	(0.317)	(0.348)	(0.108)	(1.056)	(0.787)
6.1 a 12 meses	0.749	1.289	0.273**	2.455	1.470
	(0.356)	(0.578)	(0.142)	(1.393)	(0.930)
Más de 12 meses	1.492	0.704	0.350*	1.444	0.273
	(0.783)	(0.354)	(0.211)	(0.961)	(0.241)
Programa *(Ref. Ambulatorio)*	1.914*	0.626	0.853	0.440*	0.598
	(0.668)	(0.208)	(0.383)	(0.192)	(0.293)
Patrón de consumo previo a tratamiento *(Ref. Abstemio)*					
Monoconsumidor cocaína / pasta base	1.559	0.493	1.377	0.638	0.854
	(0.841)	(0.272)	(1.360)	(0.439)	(0.756)
Monoconsumidor alcohol	0.750	1.778	1.340	0.238*	0.305
	(0.395)	(0.931)	(1.321)	(0.193)	(0.317)
Policonsumidor cocaína	0.440*	2.161	3.262	1.442	0.124**
	(0.216)	(1.049)	(2.902)	(0.853)	(0.127)
Policonsumidor pasta base	0.394*	1.865	8.514**	0.801	4.942**
	(0.199)	(0.926)	(7.683)	(0.503)	(3.888)
Sexo *(Ref. Hombre)*					
Mujer	1.053	1.188	0.379**	0.993	0.886
	(0.298)	(0.325)	(0.155)	(0.359)	(0.406)

(Continuación) **Tabla 211:** Modelos para Abstemio mes T2, prevalencia mes alcohol T2, prevalencia mes marihuana T2, prevalencia mes cocaína T2 y prevalencia mes pasta base T2 (Odds ratio)

	Modelo 1 Abstemio mes T2	Modelo 2 Prevalencia mes alcohol T2	Modelo 3 Prevalencia mes marihuana T2	Modelo 4 Prevalencia mes cocaína T2	Modelo 5 Prevalencia mes pasta base T2
Edad en tramos *(Ref. 18 a 29 años)*					
30 a 39 años	1.177	0.963	0.376***	1.113	2.185
	(0.411)	(0.312)	(0.142)	(0.427)	(1.098)
40 a 49 años	1.121	0.904	0.155***	0.871	0.772
	(0.441)	(0.336)	(0.0807)	(0.415)	(0.503)
50 o más	2.548**	0.379**	0.208**	0.525	1.358
	(1.192)	(0.173)	(0.136)	(0.347)	(1.038)
Trabajo en línea de base *(Ref. No trabaja)*					
Cuenta propia	0.500*	1.215	1.844	0.830	0.986
	(0.190)	(0.431)	(0.831)	(0.399)	(0.516)
Bajo supervisión	1.289	0.694	0.845	1.350	0.319**
	(0.402)	(0.207)	(0.339)	(0.503)	(0.167)
Al menos un trastorno de salud mental en línea de base *(Ref. No)*					
Sí	1.081	0.933	0.822	0.745	0.927
	(0.318)	(0.260)	(0.308)	(0.272)	(0.433)
Vive en lugares adversos en línea de base *(Ref. No)*					
Sí	0.948	1.660	0.353	0.399	0.713
	(0.539)	(0.892)	(0.271)	(0.437)	(0.568)
Índice de calidad de redes en línea de base	1.063**	0.980	0.933*	0.975	0.933
	(0.0311)	(0.0267)	(0.0338)	(0.0342)	(0.0410)
Participa en grupos prosociales en línea de base (*Ref. No)*					
Sí	1.428	0.799	1.066	0.870	0.445*
	(0.386)	(0.204)	(0.362)	(0.289)	(0.201)
Número de experiencias adversas en la niñez	1.010	0.939	1.020	1.107	1.096
	(0.0588)	(0.0526)	(0.0705)	(0.0780)	(0.0922)
Número de eventos disruptivos	1.105	0.953	0.885	0.977	0.922
	(0.0958)	(0.0799)	(0.0968)	(0.104)	(0.129)

(Continuación) **Tabla 211:** Modelos para Abstemio mes T2, prevalencia mes alcohol T2, prevalencia mes marihuana T2, prevalencia mes cocaína T2 y prevalencia mes pasta base T2 (Odds ratio)

	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3	Modelo 4	Modelo 5
	Abstemio mes T2	Prevalencia mes alcohol T2	Prevalencia mes marihuana T2	Prevalencia mes cocaína T2	Prevalencia mes pasta base T2
Delito en línea de base *(Ref. No)*					
Sí	0.591	1.427	2.583**	1.827*	2.980**
	(0.189)	(0.428)	(0.964)	(0.660)	(1.414)
Primer tratamiento *(Ref. No)*					
Sí	1.002	0.992	1.672	0.678	0.738
	(0.309)	(0.290)	(0.642)	(0.251)	(0.358)
Constante	0.525	0.894	0.716	0.106*	0.150
	(0.495)	(0.804)	(0.923)	(0.125)	(0.213)
Observaciones	338	338	338	338	338
Pseudo R2	0.265	0.265	0.265	0.265	0.265
Log pseudolikelihood	-171.8	-171.8	-171.8	-171.8	-171.8

Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta a Usuarios sobre tratamiento de drogas en Chile. Errores estándares entre paréntesis. *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1. Se presentan Odds ratio.

Tabla 212: Modelos para Disminuyó frecuencia sustancia principal, mejoró autopercepción salud mental, trastornos de salud mental en T2, mejoró autopercepción salud física y delito en T1 (Odds ratio)

	Modelo 6 Disminuyó frecuencia sustancia principal T0 a T2	Modelo 7 Mejoró autopercepción salud mental T0 a T2	Modelo 8 Trastorno de salud mental en T2	Modelo 9 Mejoró autopercepción salud física T0 a T2	Modelo 10 Delito año T1
Tipo de egreso (*Ref. Alta terapéutica)*					
Derivado o sigue en tratamiento	0.561	1.776	2.063*	1.460	2.234
	(0.339)	(0.697)	(0.833)	(0.521)	(1.189)
Abandono	0.605	0.794	3.366***	0.671	3.039**
	(0.305)	(0.258)	(1.203)	(0.210)	(1.456)
Exposición a tratamiento (*Ref. 3 meses o menos)*					
3.1 a 6 meses	3.133**	0.580	0.945	1.541	0.949
	(1.736)	(0.252)	(0.435)	(0.615)	(0.443)
6.1 a 12 meses	2.188	0.501	1.027	1.064	0.695
	(1.209)	(0.224)	(0.486)	(0.439)	(0.355)
Más de 12 meses	9.459***	0.653	0.814	1.493	0.625
	(7.408)	(0.337)	(0.440)	(0.704)	(0.380)
Programa *(Ref. Ambulatorio)*	1.629	1.537	1.258	1.051	0.632
	(0.771)	(0.511)	(0.448)	(0.329)	(0.260)
Patrón de consumo previo a tratamiento *(Ref. Abstemio)*					
Monoconsumidor cocaína / pasta base	203.3***	0.786	0.271**	1.110	1.150
	(195.5)	(0.417)	(0.156)	(0.561)	(0.786)
Monoconsumidor alcohol	74.45***	0.695	0.206***	0.517	1.118
	(66.82)	(0.361)	(0.115)	(0.259)	(0.794)
Policonsumidor cocaína	466.3***	1.241	0.321**	1.384	0.787
	(448.8)	(0.613)	(0.169)	(0.646)	(0.503)
Policonsumidor pasta base	159.2***	1.040	0.489	1.166	1.228
	(143.7)	(0.518)	(0.263)	(0.549)	(0.788)
Sexo *(Ref. Hombre)*					
Mujer	1.026	0.868	0.969	0.868	0.995
	(0.427)	(0.239)	(0.283)	(0.226)	(0.345)

(Continuación) **Tabla 212:** Modelos para Disminuyó frecuencia sustancia principal, mejoró autopercepción salud mental, trastornos de salud mental en T2, mejoró autopercepción salud física y delito en T1 (Odds ratio)

	Modelo 6 Disminuyó frecuencia sustancia principal T0 a T2	Modelo 7 Mejoró autopercepción salud mental T0 a T2	Modelo 8 Trastorno de salud mental en T2	Modelo 9 Mejoró autopercepción salud física T0 a T2	Modelo 10 Delito año T1
Edad en tramos *(Ref. 18 a 29 años)*					
30 a 39 años	1.189	1.379	0.927	1.077	0.455**
	(0.566)	(0.440)	(0.330)	(0.333)	(0.164)
40 a 49 años	1.508	2.635**	0.991	1.526	0.541
	(0.837)	(1.013)	(0.392)	(0.551)	(0.236)
50 o más	2.574	4.696***	0.844	2.867**	0.218**
	(1.745)	(2.277)	(0.403)	(1.271)	(0.154)
Trabajo en línea de base *(Ref. No trabaja)*					
Cuenta propia	0.530	1.249	1.314	0.617	0.899
	(0.256)	(0.444)	(0.488)	(0.209)	(0.407)
Bajo supervisión	1.053	1.619	1.077	0.870	1.188
	(0.467)	(0.485)	(0.343)	(0.246)	(0.434)
Al menos un trastorno de salud mental en línea de base *(Ref. No)*					
Sí	1.333	1.798**	5.413***	1.641*	1.220
	(0.536)	(0.499)	(1.586)	(0.438)	(0.443)
Vive en lugares adversos en línea de base *(Ref. No)*					
Sí	2.651	1.699	1.274	1.949	3.091*
	(2.299)	(0.981)	(0.786)	(1.038)	(1.910)
Índice de calidad de redes en línea de base	1.087*	1.007	0.980	1.065**	0.977
	(0.0461)	(0.0283)	(0.0287)	(0.0283)	(0.0332)
Participa en grupos prosociales en línea de base (*Ref. No)*					
Sí	0.909	0.831	0.632*	0.911	0.911
	(0.351)	(0.216)	(0.173)	(0.223)	(0.293)
Número de experiencias adversas en la niñez	0.988	1.011	1.110*	1.105*	1.074
	(0.0808)	(0.0557)	(0.0657)	(0.0577)	(0.0715)
Número de eventos disruptivos	1.228*	0.928	1.044	0.953	1.011
	(0.152)	(0.0775)	(0.0919)	(0.0754)	(0.102)

(Continuación) **Tabla 212:** Modelos para Disminuyó frecuencia sustancia principal, mejoró autopercepción salud mental, trastornos de salud mental en T2, mejoró autopercepción salud física y delito en T1 (Odds ratio)

	Modelo 6 Disminuyó frecuencia sustancia principal T0 a T2	Modelo 7 Mejoró autopercepción salud mental T0 a T2	Modelo 8 Trastorno de salud mental en T2	Modelo 9 Mejoró autopercepción salud física T0 a T2	Modelo 10 Delito año T1
Delito en línea de base *(Ref. No)*					
Sí	0.726	1.674*	1.186	0.997	4.283***
	(0.314)	(0.519)	(0.369)	(0.285)	(1.536)
Primer tratamiento *(Ref. No)*					
Sí	2.707**	1.828**	0.753	1.909**	0.968
	(1.218)	(0.540)	(0.233)	(0.536)	(0.359)
Constante	0.00204***	0.737	0.559	0.166**	0.127*
	(0.00308)	(0.662)	(0.530)	(0.143)	(0.140)
Observaciones	329	337	338	337	337
Pseudo R2	0.265	0.265	0.265	0.265	0.265
Log pseudolikelihood	-171.8	-171.8	-171.8	-171.8	-171.8

Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta a Usuarios sobre tratamiento de drogas en Chile. Errores estándares entre paréntesis. *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1. Se presentan Odds ratio.

Tabla 213: Modelos para trabaja bajo supervisión o estudia en T2, trabaja en T2, vive con personas con consumo en T2, Mejoró índice calidad de amigos y declara 0 amigos en T2 (Odds ratio)

	Modelo 11 Trabaja bajo supervisión o estudia en T2	Modelo 12 Trabaja en T2	Modelo 13 Vive con personas con consumo en T2	Modelo 14 Mejoró índice de calidad de redes de T0 a T2	Modelo 15 Declara tener 0 amigos en T2
Tipo de egreso (*Ref. Alta terapéutica)*					
Derivado o sigue en tratamiento	0.977	0.713	1.331	1.349	0.868
	(0.355)	(0.265)	(0.605)	(0.497)	(0.309)
Abandono	0.688	0.649	1.254	0.821	1.210
	(0.221)	(0.211)	(0.501)	(0.259)	(0.380)
Exposición a tratamiento (*Ref. 3 meses o menos)*					
3.1 a 6 meses	1.300	1.071	0.779	1.175	1.653
	(0.534)	(0.447)	(0.358)	(0.489)	(0.663)
6.1 a 12 meses	1.037	1.003	0.965	1.056	1.758
	(0.438)	(0.429)	(0.461)	(0.448)	(0.726)
Más de 12 meses	0.672	0.735	0.547	1.095	1.015
	(0.325)	(0.360)	(0.320)	(0.534)	(0.478)
Programa *(Ref. Ambulatorio)*	0.695	0.764	0.673	1.051	1.025
	(0.228)	(0.246)	(0.267)	(0.342)	(0.325)
Patrón de consumo previo a tratamiento *(Ref. Abstemio)*					
Monoconsumidor cocaína / pasta base	0.695	0.699	2.064	0.642	0.716
	(0.375)	(0.355)	(1.291)	(0.335)	(0.367)
Monoconsumidor alcohol	1.000	1.894	0.922	0.761	0.396*
	(0.516)	(0.948)	(0.615)	(0.384)	(0.198)
Policonsumidor cocaína	1.836	2.147	0.976	1.210	0.281***
	(0.878)	(1.010)	(0.583)	(0.576)	(0.133)
Policonsumidor pasta base	0.893	1.434	1.464	0.879	0.731
	(0.440)	(0.679)	(0.887)	(0.423)	(0.349)
Sexo *(Ref. Hombre)*					
Mujer	0.634*	0.444***	1.409	1.189	1.481
	(0.173)	(0.117)	(0.445)	(0.318)	(0.387)

(Continuación) **Tabla 213:** Modelos para trabaja bajo supervisión o estudia en T2, trabaja en T2, vive con personas con consumo en T2, Mejoró índice calidad de amigos y declara 0 amigos en T2 (Odds ratio)

	Modelo 11 Trabaja bajo supervisión o estudia en T2	Modelo 12 Trabaja en T2	Modelo 13 Vive con personas con consumo en T2	Modelo 14 Mejoró índice de calidad de redes de T0 a T2	Modelo 15 Declara tener 0 amigos en T2
Edad en tramos *(Ref. 18 a 29 años)*					
30 a 39 años	1.308	1.699*	0.772	1.006	1.503
	(0.414)	(0.543)	(0.283)	(0.322)	(0.472)
40 a 49 años	1.109	2.470**	0.875	1.102	1.699
	(0.407)	(0.929)	(0.370)	(0.407)	(0.612)
50 o más	0.724	0.941	0.832	0.430*	1.746
	(0.325)	(0.410)	(0.458)	(0.190)	(0.750)
Trabajo en línea de base *(Ref. No trabaja)*					
Cuenta propia	1.159	2.197**	1.050	1.187	0.759
	(0.413)	(0.768)	(0.421)	(0.409)	(0.255)
Bajo supervisión	2.212***	1.896**	0.836	1.240	0.832
	(0.650)	(0.549)	(0.290)	(0.363)	(0.236)
Al menos un trastorno de salud mental en línea de base *(Ref. No)*					
Sí	0.941	0.922	0.838	1.431	2.157***
	(0.255)	(0.255)	(0.279)	(0.389)	(0.572)
Vive en lugares adversos en línea de base *(Ref. No)*					
Sí	0.986	0.690	1.465	1.028	0.929
	(0.538)	(0.363)	(0.897)	(0.561)	(0.478)
Índice de calidad de redes en línea de base	0.992	1.007	0.982	0.828***	1.025
	(0.0263)	(0.0272)	(0.0312)	(0.0253)	(0.0267)
Participa en grupos prosociales en línea de base (*Ref. No)*					
Sí	0.922	1.062	0.973	0.909	1.194
	(0.231)	(0.270)	(0.296)	(0.229)	(0.292)
Número de experiencias adversas en la niñez	0.976	1.148**	1.100	0.923	1.049
	(0.0525)	(0.0636)	(0.0702)	(0.0496)	(0.0551)
Número de eventos disruptivos	1.073	0.971	1.020	0.963	0.952
	(0.0868)	(0.0790)	(0.1000)	(0.0782)	(0.0747)

(Continuación) **Tabla 213:** Modelos para trabaja bajo supervisión o estudia en T2, trabaja en T2, vive con personas con consumo en T2, Mejoró índice calidad de amigos y declara 0 amigos en T2 (Odds ratio)

	Modelo 11 Trabaja bajo supervisión o estudia en T2	Modelo 12 Trabaja en T2	Modelo 13 Vive con personas con consumo en T2	Modelo 14 Mejoró índice de calidad de redes de T0 a T2	Modelo 15 Declara tener 0 amigos en T2
Delito en línea de base *(Ref. No)*					
Sí	1.102	1.181	1.380	0.845	0.966
	(0.322)	(0.350)	(0.471)	(0.246)	(0.275)
Primer tratamiento *(Ref. No)*					
Sí	0.886	1.064	1.395	1.017	1.019
	(0.251)	(0.309)	(0.492)	(0.294)	(0.283)
Constante	0.589	0.537	0.191	15.37***	0.374
	(0.515)	(0.464)	(0.200)	(13.81)	(0.322)
Observaciones	338	338	314	338	338
Pseudo R2	0.265	0.265	0.265	0.265	0.265
Log pseudolikelihood	-171.8	-171.8	-171.8	-171.8	-171.8

Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta a Usuarios sobre tratamiento de drogas en Chile. Errores estándares entre paréntesis. *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1. Se presentan Odds ratio.

Tabla 214: Modelos para el 50% o más de sus amigos tiene consumo problemático en T2, participa en grupos prosociales en T2, participa en eventos prosociales en T2, Mejoró en índice de calidad de vida de T0 a T2 y Alta terapéutica (Odds ratio)

	Modelo 16 El 50% o más de sus amigo tiene consumo problemático en T2	Modelo 17 Participa en grupos prosociales en T2	Modelo 18 Participa en grupos eventos prosociales en T2	Modelo 19 Mejoró índice de calidad de vida de T0 a T2	Modelo 20 Alta terapéutica
Tipo de egreso (*Ref. Alta terapéutica)*					
Derivado o sigue en tratamiento	1.838	2.062**	1.077	0.854	
	(1.024)	(0.739)	(0.456)	(0.310)	
Abandono	2.696*	0.415**	0.412***	1.266	
	(1.374)	(0.143)	(0.138)	(0.402)	
Exposición a tratamiento (*Ref. 3 meses o menos)*					
3.1 a 6 meses	0.594	1.134	0.923	1.074	1.024
	(0.309)	(0.493)	(0.385)	(0.443)	(0.586)
6.1 a 12 meses	0.890	0.642	0.555	1.332	6.974***
	(0.482)	(0.293)	(0.239)	(0.562)	(3.704)
Más de 12 meses	1.242	0.652	1.411	3.265**	2.650*
	(0.792)	(0.330)	(0.748)	(1.597)	(1.485)
Programa *(Ref. Ambulatorio)*	0.779	1.188	0.996	0.747	2.556**
	(0.361)	(0.395)	(0.330)	(0.239)	(0.941)
Patrón de consumo previo a tratamiento *(Ref. Abstemio)*					
Monoconsumidor cocaína / pasta base	0.816	0.859	0.677	1.810	0.728
	(0.677)	(0.463)	(0.376)	(0.930)	(0.404)
Monoconsumidor alcohol	1.554	0.858	0.752	1.560	0.776
	(1.192)	(0.457)	(0.409)	(0.785)	(0.420)
Policonsumidor cocaína	1.698	0.863	1.325	1.204	0.664
	(1.214)	(0.430)	(0.686)	(0.574)	(0.341)
Policonsumidor pasta base	1.415	0.646	0.635	1.730	0.422*
	(1.034)	(0.328)	(0.330)	(0.830)	(0.218)
Sexo *(Ref. Hombre)*					
Mujer	0.397**	0.731	0.856	0.897	1.107
	(0.168)	(0.206)	(0.243)	(0.237)	(0.328)

(Continuación) **Tabla 214:** Modelos para el 50% o más de sus amigos tiene consumo problemático en T2, participa en grupos prosociales en T2, participa en eventos prosociales en T2, Mejoró en índice de calidad de vida de T0 a T2 y Alta terapéutica (Odds ratio)

	Modelo 16 El 50% o más de sus amigo tiene consumo problemático en T2	Modelo 17 Participa en grupos prosociales en T2	Modelo 18 Participa en grupos eventos prosociales en T2	Modelo 19 Mejoró índice de calidad de vida de T0 a T2	Modelo 20 Alta terapéutica
Edad en tramos *(Ref. 18 a 29 años)*					
30 a 39 años	0.888	2.178**	1.237	1.349	1.426
	(0.364)	(0.757)	(0.413)	(0.431)	(0.556)
40 a 49 años	0.605	1.505	1.208	1.423	1.619
	(0.314)	(0.596)	(0.468)	(0.519)	(0.695)
50 o más	0.765	1.398	0.577	1.219	1.813
	(0.472)	(0.659)	(0.255)	(0.532)	(0.868)
Trabajo en línea de base *(Ref. No trabaja)*					
Cuenta propia	1.101	1.062	1.644	0.624	0.963
	(0.478)	(0.387)	(0.602)	(0.214)	(0.369)
Bajo supervisión	0.480*	1.413	1.249	0.724	1.082
	(0.201)	(0.428)	(0.377)	(0.207)	(0.355)
Al menos un trastorno de salud mental en línea de base *(Ref. No)*					
Sí	1.017	1.322	1.055	1.370	0.820
	(0.387)	(0.380)	(0.304)	(0.369)	(0.241)
Vive en lugares adversos en línea de base *(Ref. No)*					
Sí	0.872	1.379	1.814	3.316**	3.653**
	(0.648)	(0.735)	(1.092)	(1.928)	(2.041)
Índice de calidad de redes en línea de base	0.991	0.992	1.003	0.913***	0.991
	(0.0370)	(0.0280)	(0.0283)	(0.0248)	(0.0300)
Participa en grupos prosociales en línea de base *(Ref. No)*					
Sí	0.957	1.801**	1.700**	0.578**	0.968
	(0.331)	(0.472)	(0.455)	(0.146)	(0.273)
Número de experiencias adversas en la niñez	1.051	1.063	1.021	1.004	0.930
	(0.0772)	(0.0597)	(0.0579)	(0.0537)	(0.0574)
Número de eventos disruptivos	0.974	0.989	1.078	1.106	1.018
	(0.108)	(0.0826)	(0.0916)	(0.0883)	(0.0938)

(Continuación) **Tabla 214:** Modelos para el 50% o más de sus amigos tiene consumo problemático en T2, participa en grupos prosociales en T2, participa en eventos prosociales en T2, Mejoró en índice de calidad de vida de T0 a T2 y Alta terapéutica (Odds ratio)

	Modelo 16 El 50% o más de sus amigo tiene consumo problemático en T2	Modelo 17 Participa en grupos prosociales en T2	Modelo 18 Participa en grupos eventos prosociales en T2	Modelo 19 Mejoró índice de calidad de vida de T0 a T2	Modelo 20 Alta terapéutica
Delito en línea de base *(Ref. No)*					
Sí	1.930*	1.066	0.757	0.895	0.534*
	(0.736)	(0.321)	(0.229)	(0.257)	(0.182)
Primer tratamiento *(Ref. No)*					
Sí	1.116	0.740	1.276	1.016	1.142
	(0.423)	(0.222)	(0.388)	(0.285)	(0.366)
Constante	0.111*	0.332	2.145	1.035	0.186*
	(0.136)	(0.304)	(1.978)	(0.891)	(0.181)
Observaciones	338	338	338	338	338
Pseudo R2	0.265	0.265	0.265	0.265	0.265
Log pseudolikelihood	-171.8	-171.8	-171.8	-171.8	-171.8

Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta a Usuarios sobre tratamiento de drogas en Chile. Errores estándares entre paréntesis. *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1. Se presentan Odds ratio.

Tabla 215: Modelos para Derivado o sigue en tratamiento y abandono (Odds ratio)

	Modelo 21 Derivado o sigue en tratamiento	Modelo 22 Abandono
Tipo de egreso (*Ref. Alta terapéutica)*		
Derivado o sigue en tratamiento		
Abandono		
Exposición a tratamiento (*Ref. 3 meses o menos)*		
3.1 a 6 meses	3.004	0.593
	(2.421)	(0.293)
6.1 a 12 meses	3.084	0.124***
	(2.450)	(0.0603)
Más de 12 meses	36.92***	0.0246***
	(29.18)	(0.0141)
Programa *(Ref. Ambulatorio)*	0.414**	0.718
	(0.180)	(0.256)
Patrón de consumo previo a tratamiento *(Ref. Abstemio)*		
Monoconsumidor cocaína / pasta base	0.518	2.369
	(0.331)	(1.402)
Monoconsumidor alcohol	0.621	1.894
	(0.375)	(1.119)
Policonsumidor cocaína	0.719	2.035
	(0.409)	(1.112)
Policonsumidor pasta base	0.532	4.081**
	(0.310)	(2.257)
Sexo *(Ref. Hombre)*		
Mujer	1.006	0.887
	(0.339)	(0.271)

(Continuación) **Tabla 215:** Modelos para Derivado o sigue en tratamiento y abandono (Odds ratio)

	Modelo 21 Derivado o sigue en tratamiento	Modelo 22 Abandono
Edad en tramos *(Ref. 18 a 29 años)*		
30 a 39 años	1.145	0.678
	(0.480)	(0.240)
40 a 49 años	0.931	0.644
	(0.448)	(0.266)
50 o más	0.843	0.670
	(0.475)	(0.322)
Trabajo en línea de base *(Ref. No trabaja)*		
Cuenta propia	0.787	1.201
	(0.360)	(0.470)
Bajo supervisión	1.151	0.814
	(0.432)	(0.268)
Al menos un trastorno de salud mental en línea de base *(Ref. No)*		
Sí	0.940	1.286
	(0.333)	(0.389)
Vive en lugares adversos en línea de base *(Ref. No)*		
Sí	0.713	0.351*
	(0.545)	(0.214)
Índice de calidad de redes en línea de base	0.943*	1.061*
	(0.0323)	(0.0329)
Participa en grupos prosociales en línea de base (*Ref. No)*		
Sí	0.745	1.203
	(0.246)	(0.338)
Número de experiencias adversas en la niñez	1.051	1.030
	(0.0745)	(0.0620)
Número de eventos disruptivos	1.028	0.955
	(0.109)	(0.0876)

(Continuación) **Tabla 215:** Modelos para Derivado o sigue en tratamiento y abandono (Odds ratio)

	Modelo 21 Derivado o sigue en tratamiento	Modelo 22 Abandono
Delito en línea de base *(Ref. No)*		
Sí	1.805	1.216
	(0.679)	(0.391)
Primer tratamiento *(Ref. No)*		
Sí	0.606	1.294
	(0.218)	(0.418)
Constante	0.184	1.097
	(0.224)	(1.050)
Observaciones	338	338
Pseudo R2	0.265	0.265
Log pseudolikelihood	-171.8	-171.8

Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta a Usuarios sobre tratamiento de drogas en Chile. Errores estándares entre paréntesis. *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1. Se presentan Odds ratio.

Tabla 216: Modelos frecuencia de consumo alcohol en T2, frecuencia consumo marihuana T2, frecuencia consumo cocaína T2, frecuencia de consumo pasta base T2 y frecuencia de consumo de sustancia principal en T2 (OSL)

	Modelo 23 Frecuencia mes alcohol en T2	Modelo 24 Frecuencia mes marihuana en T2	Modelo 25 Frecuencia mes cocaína en T2	Modelo 26 Frecuencia mes pasta base en T2	Modelo 27 Frecuencia mes sustancia principal en T2
Tipo de egreso (*Ref. Alta terapéutica)*					
Derivado o sigue en tratamiento	0.252	2.029	0.835	2.292	1.910
	(1.173)	(1.317)	(0.848)	(1.775)	(1.376)
Abandono	1.922*	1.570	0.651	1.236	2.194*
	(1.026)	(1.163)	(0.734)	(1.548)	(1.195)
Exposición a tratamiento (*Ref. 3 meses o menos)*					
3.1 a 6 meses	0.486	-3.762***	1.418	-3.224*	0.103
	(1.318)	(1.436)	(0.906)	(1.891)	(1.513)
6.1 a 12 meses	-0.820	-2.787*	0.669	-2.889	-0.784
	(1.356)	(1.484)	(0.935)	(1.994)	(1.564)
Más de 12 meses	-1.573	-2.117	0.240	-5.146**	-2.465
	(1.551)	(1.686)	(1.079)	(2.248)	(1.802)
Programa *(Ref. Ambulatorio)*	0.443	-0.160	-0.328	-0.454	-0.0601
	(1.039)	(1.158)	(0.733)	(1.397)	(1.205)
Patrón de consumo previo a tratamiento *(Ref. Abstemio)*					
Monoconsumidor cocaína / pasta base	-1.757	0.226	0.659	2.819	0.448
	(1.665)	(1.882)	(1.232)	(2.461)	(1.992)
Monoconsumidor alcohol	4.021**	0.767	-0.945	-0.525	1.334
	(1.626)	(1.896)	(1.313)	(2.988)	(1.965)
Policonsumidor cocaína	0.838	0.845	0.873	0.0810	-1.062
	(1.525)	(1.709)	(1.135)	(2.508)	(1.839)
Policonsumidor pasta base	2.029	4.202**	-0.265	3.694	1.844
	(1.547)	(1.721)	(1.149)	(2.235)	(1.865)
Sexo *(Ref. Hombre)*					
Mujer	-0.236	-0.884	1.556**	-1.137	0.608
	(0.856)	(0.969)	(0.619)	(1.340)	(1.001)

(Continuación) **Tabla 216:** Modelos frecuencia de consumo alcohol en T2, frecuencia consumo marihuana T2, frecuencia consumo cocaína T2, frecuencia de consumo pasta base T2 y frecuencia de consumo de sustancia principal en T2 (OSL)

	Modelo 23 Frecuencia mes alcohol en T2	Modelo 24 Frecuencia mes marihuana en T2	Modelo 25 Frecuencia mes cocaína en T2	Modelo 26 Frecuencia mes pasta base en T2	Modelo 27 Frecuencia mes sustancia principal en T2
Edad en tramos *(Ref. 18 a 29 años)*					
30 a 39 años	0.364	-1.245	0.786	1.396	1.072
	(1.027)	(1.100)	(0.705)	(1.464)	(1.193)
40 a 49 años	0.0149	-3.929***	0.633	-0.412	-0.0974
	(1.178)	(1.292)	(0.809)	(1.678)	(1.370)
50 o más	-1.198	-2.393	-0.351	1.304	0.0459
	(1.401)	(1.646)	(1.117)	(2.276)	(1.637)
Trabajo en línea de base *(Ref. No trabaja)*					
Cuenta propia	-0.863	2.003	0.914	0.966	0.871
	(1.102)	(1.237)	(0.790)	(1.557)	(1.274)
Bajo supervisión	-0.258	-0.338	0.660	-1.553	-0.670
	(0.933)	(1.052)	(0.666)	(1.437)	(1.081)
Al menos un trastorno de salud mental en línea de base *(Ref. No)*					
Sí	-0.400	-0.253	-0.353	-0.843	-0.865
	(0.870)	(0.982)	(0.619)	(1.328)	(1.013)
Vive en lugares adversos en línea de base *(Ref. No)*					
Sí	-2.055	-2.700	-0.721	-1.203	-1.804
	(1.721)	(1.874)	(1.217)	(2.173)	(1.981)
Índice de calidad de redes en línea de base	-0.0923	-0.185*	-0.101*	-0.190	-0.295***
	(0.0854)	(0.0951)	(0.0604)	(0.124)	(0.0991)
Participa en grupos prosociales en línea de base (*Ref. No)*					
Sí	-0.838	0.609	-1.028*	-1.262	-1.077
	(0.805)	(0.898)	(0.577)	(1.197)	(0.939)
Número de experiencias adversas en la niñez	0.0474	-0.238	0.0345	-0.0353	-0.0903
	(0.172)	(0.192)	(0.121)	(0.244)	(0.200)
Número de eventos disruptivos	-0.0298	-0.694**	0.110	0.0314	0.0715
	(0.259)	(0.291)	(0.186)	(0.377)	(0.302)

(Continuación) **Tabla 216:** Modelos frecuencia de consumo alcohol en T2, frecuencia consumo marihuana T2, frecuencia consumo cocaína T2, frecuencia de consumo pasta base T2 y frecuencia de consumo de sustancia principal en T2 (OSL)

	Modelo 23 Frecuencia mes alcohol en T2	Modelo 24 Frecuencia mes marihuana en T2	Modelo 25 Frecuencia mes cocaína en T2	Modelo 26 Frecuencia mes pasta base en T2	Modelo 27 Frecuencia mes sustancia principal en T2
Delito en línea de base *(Ref. No)*					
Sí	1.363	2.905***	0.273	1.880	1.694
	(0.935)	(1.036)	(0.654)	(1.304)	(1.091)
Primer tratamiento *(Ref. No)*					
Sí	0.554	0.744	-0.742	-1.769	-1.355
	(0.915)	(1.023)	(0.657)	(1.384)	(1.065)
Constante	3.443	8.337***	0.636	6.943*	7.465**
	(2.792)	(3.131)	(1.995)	(4.064)	(3.284)
Observaciones	338	302	298	201	329
R2	0.120	0.185	0.097	0.176	0.123

Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta a Usuarios sobre tratamiento de drogas en Chile. Errores estándares entre paréntesis. *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1.

Tabla 217: Modelos autopercepción salud mental en T2, Índice de calidad de redes en T2 y Índice de calidad de vida en T2 (OSL)

	Modelo 28 Autopercepción salud mental en T2	Modelo 29 Índice de calidad de redes en T2	Modelo 30 Índice de calidad de vida en T2
Tipo de egreso (*Ref. Alta terapéutica)*			
Derivado o sigue en tratamiento	-0.200	0.361	-0.124
	(0.139)	(0.631)	(0.750)
Abandono	-0.450***	-0.302	-1.520**
	(0.122)	(0.552)	(0.657)
Exposición a tratamiento (*Ref. 3 meses o menos)*			
3.1 a 6 meses	-0.188	-0.0190	0.0415
	(0.157)	(0.709)	(0.850)
6.1 a 12 meses	-0.252	0.122	-0.287
	(0.161)	(0.730)	(0.871)
Más de 12 meses	-0.102	0.501	0.0889
	(0.184)	(0.835)	(0.997)
Programa *(Ref. Ambulatorio)*	0.120	-0.141	0.463
	(0.123)	(0.559)	(0.670)
Patrón de consumo previo a tratamiento *(Ref. Abstemio)*			
Monoconsumidor cocaína / pasta base	0.334*	0.913	1.850*
	(0.198)	(0.896)	(1.077)
Monoconsumidor alcohol	0.210	0.675	1.765*
	(0.194)	(0.875)	(1.056)
Policonsumidor cocaína	0.211	1.584*	1.757*
	(0.181)	(0.821)	(0.988)
Policonsumidor pasta base	0.0370	0.862	1.446
	(0.184)	(0.832)	(1.003)
Sexo *(Ref. Hombre)*			
Mujer	-0.236	-0.359***	0.139
	(0.856)	(0.102)	(0.461)

(Continuación) **Tabla 217:** Modelos autopercepción salud mental en T2, Índice de calidad de redes en T2 y Índice de calidad de vida en T2 (OSL)

	Modelo 28 Autopercepción salud mental en T2	Modelo 29 Índice de calidad de redes en T2	Modelo 30 Índice de calidad de vida en T2
Edad en tramos *(Ref. 18 a 29 años)*			
30 a 39 años	-0.00919	-0.0931	0.0852
	(0.122)	(0.553)	(0.657)
40 a 49 años	0.191	-0.537	1.142
	(0.140)	(0.634)	(0.762)
50 o más	0.369**	-1.526**	1.653*
	(0.166)	(0.754)	(0.897)
Trabajo en línea de base *(Ref. No trabaja)*			
Cuenta propia	0.145	-0.148	0.759
	(0.131)	(0.593)	(0.705)
Bajo supervisión	0.253**	0.357	1.184**
	(0.111)	(0.502)	(0.600)
Al menos un trastorno de salud mental en línea de base *(Ref. No)*			
Sí	-0.0906	0.302	-0.241
	(0.103)	(0.468)	(0.558)
Vive en lugares adversos en línea de base *(Ref. No)*			
Sí	0.288	-0.472	1.673
	(0.204)	(0.926)	(1.099)
Índice de calidad de redes en línea de base	0.00151	0.605***	0.102*
	(0.0102)	(0.0460)	(0.0549)
Participa en grupos prosociales en línea de base (*Ref. No)*			
Sí	0.0500	0.280	0.766
	(0.0957)	(0.433)	(0.518)
Número de experiencias adversas en la niñez	-0.0143	-0.160*	-0.120
	(0.0204)	(0.0925)	(0.111)
Número de eventos disruptivos	0.00320	0.0120	-0.372**
	(0.0308)	(0.140)	(0.166)

(Continuación) **Tabla 217:** Modelos autopercepción salud mental en T2, Índice de calidad de redes en T2 y Índice de calidad de vida en T2 (OSL)

	Modelo 28 Autopercepción salud mental en T2	Modelo 29 Índice de calidad de redes en T2	Modelo 30 Índice de calidad de vida en T2
Delito en línea de base *(Ref. No)*			
Sí	0.123	-0.243	-0.311
	(0.111)	(0.503)	(0.600)
Primer tratamiento *(Ref. No)*			
Sí	0.165	-0.0769	0.888
	(0.109)	(0.492)	(0.588)
Constante	3.534***	5.632***	23.08***
	(0.332)	(1.503)	(1.797)
Observaciones	337	338	333
R2	0.170	0.442	0.157

Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta a Usuarios sobre tratamiento de drogas en Chile. Errores estándares entre paréntesis. *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1.

Tabla 218: Modelos retención, duración semana completa, duración jornada completa, tres prestaciones y seguimiento post-tratamiento (Logit)

	Modelo 31 Retención	Modelo 32 Asistencia semanal completa	Modelo 33 Jornadas de tratamiento completas	Modelo 34 Tres prestaciones	Modelo 35 Seguimiento
Servicio metropolitano de Salud *(Ref. Sur)*					
Sur Oriente	0.318*	1.994	2.226*	1.528	1.232
	(0.211)	(0.837)	(0.977)	(0.580)	(0.529)
Oriente	1.190	0.985	0.388**	0.650	1.005
	(1.076)	(0.452)	(0.180)	(0.268)	(0.530)
Norte	0.307	0.316**	0.388**	0.815	0.372*
	(0.250)	(0.162)	(0.184)	(0.346)	(0.222)
Occidente	0.406	0.481*	0.330***	0.908	0.473
	(0.286)	(0.198)	(0.132)	(0.328)	(0.231)
Central	0.238*	0.321*	0.297**	0.421*	0.714
	(0.192)	(0.194)	(0.178)	(0.206)	(0.452)
Programa *(Ref. Ambulatorio)*					
Residencial	0.855	2.808***	2.465***	1.182	0.794
	(0.433)	(0.958)	(0.842)	(0.361)	(0.300)
Asistencia semanal completa *(Ref. No)*					
Sí	1.444		9.562***	1.298	0.753
	(0.706)		(2.737)	(0.377)	(0.279)
Jornadas de tratamiento completas *(Ref. No)*					
Sí	0.643	9.581***		0.906	1.463
	(0.317)	(2.743)		(0.263)	(0.551)
Al menos tres prestaciones *(Ref. No)*					
Sí	3.367***	1.322	0.919		1.622
	(1.316)	(0.391)	(0.270)		(0.527)
Patrón de consumo previo a tratamiento *(Ref. Abstemio)*					
Monoconsumidor cocaína / pasta base	0.799	1.003	1.845	1.781	0.643
	(0.625)	(0.549)	(1.005)	(0.858)	(0.378)
Monoconsumidor alcohol	1.172	1.172	0.809	1.361	0.333*
	(0.995)	(0.636)	(0.444)	(0.620)	(0.197)
Policonsumidor cocaína	0.757	1.223	1.083	1.030	0.581
	(0.550)	(0.628)	(0.563)	(0.448)	(0.316)
Policonsumidor pasta base	0.970	0.716	1.266	1.258	0.246**
	(0.693)	(0.356)	(0.631)	(0.534)	(0.138)

(Continuación) **Tabla 218:** Modelos retención, duración semana completa, duración jornada completa, tres prestaciones y seguimiento post-tratamiento (Logit)

	Modelo 31 Retención	Modelo 32 Asistencia semanal completa	Modelo 33 Jornadas de tratamiento completas	Modelo 34 Tres prestaciones	Modelo 35 Seguimiento
Sexo *(Ref. Hombre)*					
Mujer	1.074	0.924	0.859	2.031***	0.776
	(0.455)	(0.278)	(0.260)	(0.542)	(0.251)
Edad en tramos *(Ref. 18 a 29 años)*					
30 a 39 años	0.691	2.211**	1.162	0.964	1.115
	(0.327)	(0.758)	(0.399)	(0.279)	(0.426)
40 a 49 años	0.780	1.703	1.200	1.129	1.651
	(0.442)	(0.653)	(0.458)	(0.366)	(0.719)
50 o más	2.358	0.981	1.113	1.388	1.097
	(2.090)	(0.473)	(0.538)	(0.543)	(0.568)
Trabajo en línea de base *(Ref. No trabaja)*					
Cuenta propia	1.483	1.335	0.694	1.512	1.586
	(0.785)	(0.485)	(0.256)	(0.477)	(0.649)
Bajo supervisión	1.412	1.265	0.566*	1.022	0.900
	(0.628)	(0.407)	(0.182)	(0.279)	(0.316)
Al menos un trastorno de salud mental en línea de base *(Ref. No)*					
Sí	0.412*	1.231	0.916	1.462	0.952
	(0.190)	(0.362)	(0.270)	(0.356)	(0.304)
Vive en lugares adversos en línea de base *(Ref. No)*					
Sí	0.215**	0.715	1.419	1.547	0.695
	(0.143)	(0.398)	(0.776)	(0.748)	(0.488)
Índice de calidad de redes en línea de base	0.926*	0.998	0.966	1.021	0.963
	(0.039)	(0.028)	(0.027)	(0.024)	(0.031)
Participa en grupos prosociales en línea de base (*Ref. No)*					
Sí	1.177	1.102	1.270	1.302	1.472
	(0.460)	(0.318)	(0.365)	(0.315)	(0.454)
Número de experiencias adversas en la niñez	0.845**	1.184***	0.890*	1.038	1.039
	(0.067)	(0.071)	(0.055)	(0.052)	(0.066)
Número de eventos disruptivos	0.929	0.992	0.931	1.145*	0.923
	(0.117)	(0.092)	(0.088)	(0.092)	(0.087)

(Continuación) **Tabla 218:** Modelos retención, duración semana completa, duración jornada completa, tres prestaciones y seguimiento post-tratamiento (Logit)

	Modelo 31 Retención	Modelo 32 Asistencia semanal completa	Modelo 33 Jornadas de tratamiento completas	Modelo 34 Tres prestaciones	Modelo 35 Seguimiento
Delito en línea de base *(Ref. No)*					
Sí	1.338	1.508	0.737	1.194	1.650
	(0.594)	(0.463)	(0.235)	(0.320)	(0.558)
Primer tratamiento *(Ref. No)*					
Sí	0.870	1.253	0.944	0.651*	0.848
	(0.386)	(0.389)	(0.294)	(0.164)	(0.298)
Tipo de egreso (*Ref. Alta terapéutica)*					
Derivado o sigue en tratamiento					0.513
					(0.272)
Abandono					0.261***
					(0.085)
Constante	114.619***	0.047***	1.187	0.381	3.021
	(157.595)	(0.039)	(0.910)	(0.259)	(2.961)
Observaciones	338	427	427	427	282
Pseudo R2	0.120	0.120	0.120	0.120	0.120
Log pseudolikelihood	-313.1	-313.1	-313.1	-313.1	-313.1

Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta a Usuarios sobre tratamiento de drogas en Chile. Errores estándares entre paréntesis. *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1. Se presentan Odds ratio.

Tabla 219: Modelos para exposición a tratamiento y tipo de egreso en T2 (Multinomial)

	Modelo 36 0 a 3 meses versus Más de 12 meses	Modelo 36 4 a 12 meses versus Más de 12 meses	Modelo 37 Alta terapéutica versus Abandono	Modelo 37 Derivado o sigue en tratamiento versus Abandono
Servicio metropolitano de Salud *(Ref. Sur)*				
Sur Oriente	4.608**	1.701	0.517	1.018
	(3.563)	(0.817)	(0.242)	(0.479)
Oriente	0.719	0.835	1.657	1.081
	(0.709)	(0.421)	(0.911)	(0.609)
Norte	5.805*	2.075	1.044	0.576
	(5.512)	(1.237)	(0.593)	(0.355)
Occidente	2.228	0.914	2.008	0.934
	(1.771)	(0.436)	(0.952)	(0.490)
Central	5.654*	1.505	0.547	0.318
	(5.476)	(1.008)	(0.365)	(0.225)
Programa *(Ref. Ambulatorio)*				
Residencial	2.494	2.535**	1.517	0.356**
	(1.510)	(1.044)	(0.591)	(0.154)
Asistencia semanal completa *(Ref. No)*				
Sí	0.683	0.944	1.088	0.719
	(0.387)	(0.342)	(0.399)	(0.281)
Jornadas de tratamiento completas *(Ref. No)*				
Sí	1.822	1.280	1.973*	1.510
	(1.048)	(0.478)	(0.739)	(0.599)
Al menos tres prestaciones *(Ref. No)*				
Sí	0.131***	0.361***	2.744***	2.332**
	(0.064)	(0.129)	(0.901)	(0.801)
Patrón de consumo previo a tratamiento *(Ref. Abstemio)*				
Monoconsumidor cocaína / pasta base	2.381	2.190	0.295**	0.272**
	(2.200)	(1.369)	(0.180)	(0.179)
Monoconsumidor alcohol	1.013	1.209	0.650	0.606
	(0.959)	(0.693)	(0.391)	(0.385)
Policonsumidor cocaína	2.170	1.822	0.451	0.497
	(1.833)	(1.027)	(0.256)	(0.294)
Policonsumidor pasta base	1.099	1.089	0.257**	0.326*
	(0.913)	(0.608)	(0.146)	(0.196)

(Continuación) **Tabla 219:** Modelos para exposición a tratamiento y tipo de egreso en T2 (Multinomial)

	Modelo 36 0 a 3 meses versus Más de 12 meses	Modelo 36 4 a 12 meses versus Más de 12 meses	Modelo 37 Alta terapéutica versus Abandono	Modelo 37 Derivado o sigue en tratamiento versus Abandono
Sexo *(Ref. Hombre)*				
Mujer	0.785	0.767	1.297	1.275
	(0.389)	(0.248)	(0.415)	(0.432)
Edad en tramos *(Ref. 18 a 29 años)*				
30 a 39 años	0.918	0.595	1.646	1.489
	(0.543)	(0.253)	(0.648)	(0.603)
40 a 49 años	0.529	0.341**	2.322*	1.855
	(0.358)	(0.157)	(1.016)	(0.848)
50 o más	0.342	0.845	2.293	1.287
	(0.337)	(0.444)	(1.171)	(0.711)
Trabajo en línea de base *(Ref. No trabaja)*				
Cuenta propia	0.600	0.837	1.328	0.934
	(0.372)	(0.349)	(0.541)	(0.409)
Bajo supervisión	0.680	0.943	1.528	1.317
	(0.361)	(0.346)	(0.547)	(0.489)
Al menos un trastorno de salud mental en línea de base *(Ref. No)*				
Sí	2.399*	1.007	0.593*	0.670
	(1.264)	(0.325)	(0.188)	(0.232)
Vive en lugares adversos en línea de base *(Ref. No)*				
Sí	3.755	0.785	1.878	0.846
	(3.282)	(0.561)	(1.091)	(0.648)
Índice de calidad de redes en línea de base	1.078	1.002	0.943*	0.928**
	(0.052)	(0.032)	(0.030)	(0.031)
Participa en grupos prosociales en línea de base (*Ref. No)*				
Sí	0.566	0.596	0.864	1.105
	(0.265)	(0.190)	(0.269)	(0.360)
Número de experiencias adversas en la niñez	1.142	0.955	0.939	1.030
	(0.109)	(0.064)	(0.061)	(0.070)
Número de eventos disruptivos	1.192	1.127	1.005	0.995
	(0.179)	(0.115)	(0.099)	(0.104)

(Continuación) **Tabla 219:** Modelos para exposición a tratamiento y tipo de egreso en T2 (Multinomial)

	Modelo 36 0 a 3 meses versus Más de 12 meses	Modelo 36 4 a 12 meses versus Más de 12 meses	Modelo 37 Alta terapéutica versus Abandono	Modelo 37 Derivado o sigue en tratamiento versus Abandono
Delito en línea de base *(Ref. No)*				
Sí	1.353	2.054**	0.661	0.989
	(0.722)	(0.751)	(0.227)	(0.353)
Primer tratamiento *(Ref. No)*				
Sí	1.178	1.026	0.973	0.650
	(0.601)	(0.339)	(0.338)	(0.228)
Constante	0.052*	4.269	0.906	2.140
	(0.082)	(4.230)	(0.903)	(2.172)
Observaciones	338	338	337	337
Log likelihood	-313.1	-313.1	-313.1	-313.1
gl	54	54	54	54
Pseudo R2	0.120	0.120	0.120	0.120
N	337	337	337	337

Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta a Usuarios sobre tratamiento de drogas en Chile. Errores estándares entre paréntesis. *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1. Se presentan Relative Risk Ratio.

Tabla 220: Modelos para abstemio mes, prevalencia mes alcohol, prevalencia mes marihuana, prevalencia mes cocaína y prevalencia mes pasta base en T2 (incluye variables de experiencia de tratamiento)

	Modelo 38 Abstemio mes T2	Modelo 39 Prevalencia mes alcohol T2	Modelo 40 Prevalencia mes marihuana T2	Modelo 41 Prevalencia mes cocaína T2	Modelo 42 Prevalencia mes pasta base T2
Tipo de egreso (*Ref. Alta terapéutica)*					
Derivado o sigue en tratamiento	1.13	1.01	1.06	1.62	0.44
	(0.64)	(0.56)	(0.98)	(1.19)	(0.45)
Abandono	0.20***	4.01***	3.01**	2.75**	1.49
	(0.08)	(1.44)	(1.69)	(1.39)	(0.97)
Exposición a tratamiento (*Ref. 3 meses o menos)*					
3.1 a 6 meses	0.63	0.86	0.18***	2.02	2.37
	(0.31)	(0.39)	(0.10)	(1.20)	(1.75)
6.1 a 12 meses	0.78	1.07	0.20***	2.02	1.68
	(0.40)	(0.52)	(0.12)	(1.30)	(1.32)
Más de 12 meses	1.45	0.77	0.30	2.04	0.15
	(0.97)	(0.49)	(0.27)	(1.75)	(0.21)
Servicio metropolitano de Salud *(Ref. Sur)*					
Sur Oriente	0.31**	1.24	3.26*	1.31	1.13
	(0.15)	(0.55)	(2.10)	(0.79)	(0.79)
Oriente	0.44	1.18	1.08	1.76	0.26
	(0.25)	(0.62)	(0.89)	(1.27)	(0.37)
Norte	0.27**	1.11	2.77	2.93	3.15
	(0.16)	(0.62)	(2.28)	(2.01)	(3.07)
Occidente	0.86	0.86	1.41	1.25	0.32
	(0.43)	(0.41)	(1.03)	(0.83)	(0.28)
Central	0.29*	1.60	1.07	1.36	2.08
	(0.20)	(0.99)	(0.92)	(1.05)	(2.12)
Programa *(Ref. Ambulatorio)*					
Residencial	2.12*	0.53*	0.64	0.44*	0.75
	(0.84)	(0.20)	(0.35)	(0.21)	(0.46)
Asistencia semanal completa *(Ref. No)*					
Sí	1.20	1.28	0.78	0.74	2.00
	(0.47)	(0.47)	(0.44)	(0.36)	(1.22)

(Continuación) **Tabla 220:** Modelos para abstemio mes, prevalencia mes alcohol, prevalencia mes marihuana, prevalencia mes cocaína y prevalencia mes pasta base en T2 (incluye variables de experiencia de tratamiento)

	Modelo 38 Abstemio mes T2	Modelo 39 Prevalencia mes alcohol T2	Modelo 40 Prevalencia mes marihuana T2	Modelo 41 Prevalencia mes cocaína T2	Modelo 42 Prevalencia mes pasta base T2
Jornadas de tratamiento completas *(Ref. No)*					
Sí	0.82	1.01	2.43	1.35	0.49
	(0.32)	(0.37)	(1.40)	(0.64)	(0.32)
Al menos tres prestaciones *(Ref. No)*					
Sí	1.11	0.81	1.39	1.23	0.30**
	(0.38)	(0.26)	(0.64)	(0.50)	(0.17)
Seguimiento post-tratamiento *(Ref. No)*					
Sí	0.50**	1.54	1.07	1.29	1.19
	(0.18)	(0.50)	(0.49)	(0.54)	(0.71)
Satisfacción con terapeuta	0.97	1.02	1.01	0.98	1.05
	(0.03)	(0.03)	(0.04)	(0.04)	(0.06)
Patrón de consumo previo a tratamiento *(Ref. Abstemio)*					
Monoconsumidor cocaína / pasta base	1.36	0.60	0.94	0.86	0.56
	(0.84)	(0.37)	(1.03)	(0.66)	(0.57)
Monoconsumidor alcohol	0.50	2.43	1.21	0.28	0.18
	(0.31)	(1.44)	(1.35)	(0.27)	(0.24)
Policonsumidor cocaína	0.51	1.93	2.05	1.67	0.02***
	(0.29)	(1.06)	(2.03)	(1.15)	(0.03)
Policonsumidor pasta base	0.39	2.15	4.84	1.14	5.46**
	(0.23)	(1.19)	(4.74)	(0.81)	(4.68)
Sexo *(Ref. Hombre)*					
Mujer	1.13	1.37	0.28**	0.95	0.82
	(0.39)	(0.44)	(0.14)	(0.40)	(0.46)
Edad en tramos *(Ref. 18 a 29 años)*					
30 a 39 años	1.04	0.89	0.25***	1.52	2.49
	(0.42)	(0.33)	(0.12)	(0.70)	(1.63)
40 a 49 años	1.16	0.86	0.10***	1.31	0.77
	(0.53)	(0.36)	(0.06)	(0.71)	(0.59)
50 o más	2.39	0.35**	0.14**	1.11	1.48
	(1.29)	(0.18)	(0.11)	(0.80)	(1.40)

(Continuación) **Tabla 220:** Modelos para abstemio mes, prevalencia mes alcohol, prevalencia mes marihuana, prevalencia mes cocaína y prevalencia mes pasta base en T2 (incluye variables de experiencia de tratamiento)

	Modelo 38 Abstemio mes T2	Modelo 39 Prevalencia mes alcohol T2	Modelo 40 Prevalencia mes marihuana T2	Modelo 41 Prevalencia mes cocaína T2	Modelo 42 Prevalencia mes pasta base T2
Trabajo en línea de base *(Ref. No trabaja)*					
Cuenta propia	0.56	1.13	2.19	0.75	0.69
	(0.26)	(0.46)	(1.24)	(0.41)	(0.47)
Bajo supervisión	1.47	0.69	0.80	1.14	0.25**
	(0.54)	(0.24)	(0.40)	(0.48)	(0.16)
Al menos un trastorno de salud mental en línea de base (Ref. No)	1.14	0.81	0.87	0.76	1.09
Sí	(0.38)	(0.25)	(0.39)	(0.32)	(0.62)
Vive en lugares adversos en línea de base *(Ref. No)*	0.89	2.01	0.17*	0.56	1.29
Sí	(0.62)	(1.34)	(0.17)	(0.64)	(1.16)
Índice de calidad de redes en línea de base	1.05	0.99	0.91**	0.98	1.00
	(0.04)	(0.03)	(0.04)	(0.04)	(0.06)
Participa en grupos prosociales en línea de base (*Ref. No)*					
Sí	1.37	0.77	1.66	1.07	0.25**
	(0.46)	(0.24)	(0.71)	(0.43)	(0.14)
Número de experiencias adversas en la niñez	1.00	0.95	1.05	1.14*	1.09
	(0.07)	(0.06)	(0.09)	(0.09)	(0.11)
Número de eventos disruptivos	1.07	1.06	0.90	1.01	1.09
	(0.11)	(0.10)	(0.12)	(0.12)	(0.18)
Delito en línea de base *(Ref. No)*					
Sí	0.48*	1.30	2.34*	2.31**	4.09**
	(0.18)	(0.44)	(1.10)	(0.97)	(2.68)
Primer tratamiento *(Ref. No)*					
Sí	1.03	1.11	1.40	0.67	1.25
	(0.38)	(0.38)	(0.69)	(0.30)	(0.78)

(Continuación) **Tabla 220:** Modelos para abstemio mes, prevalencia mes alcohol, prevalencia mes marihuana, prevalencia mes cocaína y prevalencia mes pasta base en T2 (incluye variables de experiencia de tratamiento)

	Modelo 38 Abstemio mes T2	Modelo 39 Prevalencia mes alcohol T2	Modelo 40 Prevalencia mes marihuana T2	Modelo 41 Prevalencia mes cocaína T2	Modelo 42 Prevalencia mes pasta base T2
Constante	3.83	0.24	0.48	0.04**	0.02*
	(5.18)	(0.30)	(0.86)	(0.06)	(0.05)
Observaciones	280	280	280	280	280
Pseudo R2	0.155	0.155	0.155	0.155	0.155
Log pseudolikelihood	-162.3	-162.3	-162.3	-162.3	-162.3
Wald chi2	59.52	59.52	59.52	59.52	59.52
Prob > chi2	0.00436	0.00436	0.00436	0.00436	0.00436

Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta a Usuarios sobre tratamiento de drogas en Chile. Errores estándares entre paréntesis. *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1. Se presentan Odds ratio.

Tabla 221: Modelos par trastorno de salud mental en T2, delito en T1, trabaja bajo supervisión o estudia y trabaja en T2 (incluye variables de experiencia de tratamiento)

	Modelo 43 Trastorno de salud mental en T2	Modelo 44 Delito año T1	Modelo 45 Trabaja bajo supervisión o estudia en T2	Modelo 46 Trabaja en T2
Tipo de egreso (*Ref. Alta terapéutica)*				
Derivado o sigue en tratamiento	2.29	4.95**	1.25	0.79
	(1.40)	(3.56)	(0.68)	(0.45)
Abandono	3.90***	4.12**	0.79	0.58
	(1.57)	(2.28)	(0.27)	(0.21)
Exposición a tratamiento (*Ref. 3 meses o menos)*				
3.1 a 6 meses	1.11	0.81	1.25	1.19
	(0.54)	(0.43)	(0.54)	(0.52)
6.1 a 12 meses	0.87	0.42	1.15	1.22
	(0.45)	(0.27)	(0.52)	(0.57)
Más de 12 meses	1.11	0.68	0.66	0.90
	(0.78)	(0.59)	(0.41)	(0.56)
Servicio metropolitano de Salud *(Ref. Sur)*				
Sur Oriente	2.37*	0.14***	1.35	1.06
	(1.16)	(0.09)	(0.60)	(0.47)
Oriente	1.88	1.48	1.12	1.57
	(1.12)	(0.95)	(0.58)	(0.87)
Norte	1.54	0.90	1.07	0.47
	(0.93)	(0.63)	(0.59)	(0.26)
Occidente	2.25	0.72	1.35	0.75
	(1.17)	(0.43)	(0.64)	(0.36)
Central	3.73*	0.94	1.18	1.33
	(2.54)	(0.71)	(0.71)	(0.83)
Programa *(Ref. Ambulatorio)*				
Residencial	1.44	1.15	0.58	0.69
	(0.59)	(0.55)	(0.21)	(0.26)
Asistencia semanal completa *(Ref. No)*				
Sí	1.84	1.13	1.11	0.75
	(0.74)	(0.55)	(0.40)	(0.28)

(Continuación) **Tabla 221:** Modelos par trastorno de salud mental en T2, delito en T1, trabaja bajo supervisión o estudia y trabaja en T2 (incluye variables de experiencia de tratamiento)

	Modelo 43 Trastorno de salud mental en T2	Modelo 44 Delito año T1	Modelo 45 Trabaja bajo supervisión o estudia en T2	Modelo 46 Trabaja en T2
Jornadas de tratamiento completas *(Ref. No)*				
Sí	0.94	2.22	1.12	1.03
	(0.37)	(1.08)	(0.40)	(0.38)
Al menos tres prestaciones *(Ref. No)*				
Sí	0.75	1.26	0.88	0.81
	(0.27)	(0.52)	(0.27)	(0.26)
Seguimiento post-tratamiento *(Ref. No)*				
Sí	1.66	1.30	1.19	0.85
	(0.59)	(0.57)	(0.37)	(0.27)
Satisfacción con terapeuta	1.00	0.94*	1.02	0.99
	(0.03)	(0.03)	(0.03)	(0.03)
Patrón de consumo previo a tratamiento *(Ref. Abstemio)*				
Monoconsumidor cocaína / pasta base	0.24**	0.99	1.49	1.20
	(0.16)	(0.79)	(0.93)	(0.70)
Monoconsumidor alcohol	0.23**	0.98	1.74	2.39
	(0.15)	(0.85)	(1.07)	(1.39)
Policonsumidor cocaína	0.25**	0.70	3.04*	3.12**
	(0.15)	(0.52)	(1.75)	(1.69)
Policonsumidor pasta base	0.57	1.48	1.87	2.31
	(0.35)	(1.10)	(1.09)	(1.25)
Sexo *(Ref. Hombre)*				
Mujer	1.10	1.00	0.78	0.49**
	(0.39)	(0.42)	(0.25)	(0.16)
Edad en tramos *(Ref. 18 a 29 años)*				
30 a 39 años	1.04	0.34**	1.13	1.75
	(0.43)	(0.15)	(0.40)	(0.64)
40 a 49 años	1.11	0.36*	1.00	2.70**
	(0.51)	(0.19)	(0.41)	(1.19)
50 o más	1.13	0.35	0.67	0.93
	(0.63)	(0.28)	(0.33)	(0.46)

(Continuación) **Tabla 221:** Modelos par trastorno de salud mental en T2, delito en T1, trabaja bajo supervisión o estudia y trabaja en T2 (incluye variables de experiencia de tratamiento)

	Modelo 43 Trastorno de salud mental en T2	Modelo 44 Delito año T1	Modelo 45 Trabaja bajo supervisión o estudia en T2	Modelo 46 Trabaja en T2
Trabajo en línea de base *(Ref. No trabaja)*				
Cuenta propia	1.07	1.58	1.15	2.32**
	(0.47)	(0.88)	(0.46)	(0.96)
Bajo supervisión	1.18	1.28	2.58***	2.40**
	(0.44)	(0.58)	(0.86)	(0.82)
Al menos un trastorno de salud mental en línea de base (Ref. No)	6.35***	1.26	0.75	0.80
Sí	(2.18)	(0.54)	(0.22)	(0.25)
Vive en lugares adversos en línea de base *(Ref. No)*	1.06	2.71	1.39	1.75
Sí	(0.77)	(2.08)	(0.87)	(1.14)
Índice de calidad de redes en línea de base	1.00	0.96	1.00	1.01
	(0.04)	(0.04)	(0.03)	(0.03)
Participa en grupos prosociales en línea de base (*Ref. No)*				
Sí	0.70	0.79	0.86	0.91
	(0.24)	(0.33)	(0.26)	(0.28)
Número de experiencias adversas en la niñez	1.08	1.08	0.98	1.13*
	(0.08)	(0.09)	(0.06)	(0.07)
Número de eventos disruptivos	1.10	1.06	1.08	0.96
	(0.11)	(0.13)	(0.10)	(0.09)
Delito en línea de base *(Ref. No)*				
Sí	1.35	5.05***	1.11	1.29
	(0.50)	(2.22)	(0.36)	(0.44)
Primer tratamiento *(Ref. No)*				
Sí	0.94	1.67	0.76	0.98
	(0.36)	(0.77)	(0.26)	(0.34)

(Continuación) **Tabla 221:** Modelos par trastorno de salud mental en T2, delito en T1, trabaja bajo supervisión o estudia y trabaja en T2 (incluye variables de experiencia de tratamiento)

	Modelo 43 Trastorno de salud mental en T2	Modelo 44 Delito año T1	Modelo 45 Trabaja bajo supervisión o estudia en T2	Modelo 46 Trabaja en T2
Constante	0.10*	0.32	0.13	0.64
	(0.14)	(0.49)	(0.17)	(0.80)
Observaciones	280	279	280	280
Pseudo R2	0.155	0.155	0.155	0.155
Log pseudolikelihood	-162.3	-162.3	-162.3	-162.3
Wald chi2	59.52	59.52	59.52	59.52
Prob > chi2	0.00436	0.00436	0.00436	0.00436

Tabla 222: Modelos para mejoró en índice de calidad de redes entre T0 y T2, participa en grupos prosociales en T2 y mejoró índice de calidad de vida entre T0 y T2 (incluye variables de experiencia de tratamiento)

	Modelo 47 Mejoró índice de calidad de redes de T0 a T2	Modelo 48 Participa en grupos prosociales en T2	Modelo 49 Mejoró índice de calidad de vida de T0 a T2
Tipo de egreso (*Ref. Alta terapéutica)*			
Derivado o sigue en tratamiento	2.89	2.96*	0.65
	(3.69)	(1.70)	(0.38)
Abandono	0.94	0.41**	1.21
	(0.57)	(0.16)	(0.43)
Exposición a tratamiento (*Ref. 3 meses o menos)*			
3.1 a 6 meses	0.20	1.28	0.82
	(0.25)	(0.60)	(0.37)
6.1 a 12 meses	0.15	0.65	1.42
	(0.18)	(0.33)	(0.68)
Más de 12 meses	1.93	0.79	2.63
	(3.38)	(0.52)	(1.65)
Servicio metropolitano de Salud *(Ref. Sur)*			
Sur Oriente	2.31	0.55	1.52
	(2.22)	(0.25)	(0.68)
Oriente	1.69	0.11***	2.03
	(1.71)	(0.07)	(1.10)
Norte	1.68	0.62	1.13
	(1.81)	(0.35)	(0.64)
Occidente	1.77	1.01	1.05
	(1.59)	(0.49)	(0.51)
Central	1.33	0.95	2.76*
	(1.46)	(0.60)	(1.70)
Programa *(Ref. Ambulatorio)*			
Residencial	0.76	1.44	0.60
	(0.55)	(0.56)	(0.22)
Asistencia semanal completa *(Ref. No)*			
Sí	2.07	1.31	0.90
	(1.41)	(0.50)	(0.33)

(Continuación) **Tabla 222:** Modelos para mejoró en índice de calidad de redes entre T0 y T2, participa en grupos prosociales en T2 y mejoró índice de calidad de vida entre T0 y T2 (incluye variables de experiencia de tratamiento)

	Modelo 47 Mejoró índice de calidad de redes de T0 a T2	Modelo 48 Participa en grupos prosociales en T2	Modelo 49 Mejoró índice de calidad de vida de T0 a T2
Jornadas de tratamiento completas *(Ref. No)*			
Sí	3.23*	0.75	1.52
	(2.22)	(0.29)	(0.56)
Al menos tres prestaciones *(Ref. No)*			
Sí	0.51	1.18	1.23
	(0.32)	(0.40)	(0.39)
Seguimiento post-tratamiento *(Ref. No)*			
Sí	0.33*	1.49	0.44**
	(0.20)	(0.50)	(0.14)
Satisfacción con terapeuta	1.06	0.96	1.07**
	(0.06)	(0.03)	(0.03)
Patrón de consumo previo a tratamiento *(Ref. Abstemio)*			
Monoconsumidor cocaína / pasta base	0.47	1.50	2.05
	(0.57)	(0.95)	(1.23)
Monoconsumidor alcohol	0.10**	1.33	1.25
	(0.11)	(0.86)	(0.73)
Policonsumidor cocaína	0.79	2.04	0.99
	(0.89)	(1.23)	(0.55)
Policonsumidor pasta base	0.35	1.35	0.98
	(0.38)	(0.81)	(0.54)
Sexo *(Ref. Hombre)*			
Mujer	0.32*	1.01	0.59*
	(0.19)	(0.35)	(0.19)
Edad en tramos *(Ref. 18 a 29 años)*			
30 a 39 años	1.02	1.82	1.44
	(0.71)	(0.74)	(0.54)
40 a 49 años	5.85*	1.53	1.46
	(5.59)	(0.71)	(0.63)
50 o más	2.77	1.00	1.43
	(2.52)	(0.58)	(0.72)

(Continuación) **Tabla 222:** Modelos para mejoró en índice de calidad de redes entre T0 y T2, participa en grupos prosociales en T2 y mejoró índice de calidad de vida entre T0 y T2 (incluye variables de experiencia de tratamiento)

	Modelo 47 Mejoró índice de calidad de redes de T0 a T2	Modelo 48 Participa en grupos prosociales en T2	Modelo 49 Mejoró índice de calidad de vida de T0 a T2
Trabajo en línea de base *(Ref. No trabaja)*			
Cuenta propia	2.34	0.72	0.50*
	(2.11)	(0.33)	(0.21)
Bajo supervisión	0.76	1.43	0.63
	(0.50)	(0.52)	(0.21)
Al menos un trastorno de salud mental en línea de base (Ref. No)	1.85	1.38	1.48
Sí	(1.04)	(0.47)	(0.47)
Vive en lugares adversos en línea de base *(Ref. No)*	0.40	1.02	1.85
Sí	(0.45)	(0.68)	(1.24)
Índice de calidad de redes en línea de base	0.98	1.01	0.90***
	(0.06)	(0.03)	(0.03)
Participa en grupos prosociales en línea de base (*Ref. No)*			
Sí	0.72	2.21**	0.52**
	(0.45)	(0.71)	(0.16)
Número de experiencias adversas en la niñez	0.99	1.02	1.01
	(0.13)	(0.07)	(0.06)
Número de eventos disruptivos	0.80	1.06	1.01
	(0.16)	(0.11)	(0.09)
Delito en línea de base *(Ref. No)*			
Sí	4.13*	0.74	1.29
	(3.19)	(0.27)	(0.43)
Primer tratamiento *(Ref. No)*			
Sí	1.28	0.82	0.71
	(0.85)	(0.31)	(0.25)

(Continuación) **Tabla 222:** Modelos para mejoró en índice de calidad de redes entre T0 y T2, participa en grupos prosociales en T2 y mejoró índice de calidad de vida entre T0 y T2 (incluye variables de experiencia de tratamiento)

	Modelo 47 Mejoró índice de calidad de redes de T0 a T2	Modelo 48 Participa en grupos prosociales en T2	Modelo 49 Mejoró índice de calidad de vida de T0 a T2
Constante	28.42	0.52	0.30
	(71.18)	(0.70)	(0.38)
Observaciones	280	280	280
Pseudo R2	0.155	0.155	0.155
Log pseudolikelihood	-162.3	-162.3	-162.3
Wald chi2	59.52	59.52	59.52
Prob > chi2	0.00436	0.00436	0.00436

16. Estudio cualitativo: Población Adulta

A continuación, se presentan los principales resultados de las preguntas cualitativas realizadas en la tercera y última ola en el marco de la evaluación de resultados de los Programas de Tratamiento y Rehabilitación del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y alcohol SENDA a pedido de la Dirección de Presupuesto (DIPRES) del Ministerio de Hacienda.

Con la realización de las preguntas cualitativas se buscó conocer la percepción de los usuarios de los programas de tratamiento y rehabilitación del consumo de drogas y/o alcohol sobre el significado de la recuperación del problema del consumo, así como de los motivos de abandono de aquellos que decidieron no continuar con su tratamiento. Para indagar en el significado que le atribuían los participantes a su recuperación se les preguntó: *¿Qué entiende usted por recuperación del problema del consumo?* mientras que aquellos usuarios que desertaron del programa de tratamiento debieron responder: *¿Por qué usted abandonó el programa de tratamiento?* para conocer los motivos de su decisión.

Ambas preguntas fueron realizadas tanto a hombres como mujeres que participaron del estudio, dependiendo de su adherencia a los programas de tratamiento. De las grabaciones de voz recogidas en la encuesta, se transcribieron un total de 400, las cuales fueron posteriormente codificadas para su análisis. De ellas, 254 corresponden a recuperación y 146 a abandono. En la siguiente tabla se resume la cantidad total de preguntas analizadas, tanto de recuperación como de abandono, distribuidas según el sexo de los participantes.

Tabla 223: Numero de audios procesados según sexo y subestudio

	Mujeres	Hombres	Total
Recuperación	75	179	254
Abandono	42	104	146
Total	117	283	400

El material recopilado fue codificado con ayuda del software y herramienta de sistematización de información Dedoose, donde el análisis de las preguntas de recuperación y de abandono se desarrollaron en proyectos independientes. Se trabajó en una primera instancia a partir de los discursos de los participantes que conformaron la totalidad del material recopilado, descomponiendo y reorganizando los datos según indicadores representativos de los principales temas abordados en las preguntas cualitativas de la encuesta. Mediante un proceso de codificación abierta, del mismo texto fueron emergiendo los códigos que daban cuenta de los principales resultados y sobre los cuales se efectuó el análisis.

16.1 Recuperación del consumo

Redes de apoyo

Desde la perspectiva de la mayoría de los usuarios, estar recuperado significa tener el apoyo de sus redes más cercanas, así como también poder recuperar aquellos vínculos que habían perdido con el tiempo. Si bien se hace alusión a la importancia de tener mejores relaciones con sus redes en términos generales, la familia ocupa un lugar central en el discurso de los usuarios y es a la cual hacen referencia con mayor

frecuencia. La recuperación para ellos consiste tanto en tener el apoyo de la familia para salir de situaciones de consumo problemático, como también mejorar relaciones con sus miembros –padres, hijos, pareja, etc.– que por el mismo consumo se habían deteriorado e incluso perdido.

Por un lado, hay quienes consideran que los problemas de consumo que experimentan, tanto de alcohol como de drogas, no es posible superarlos sin el apoyo de sus redes más cercanas, particularmente de la familia. Asimismo, quienes consideran que ya se encuentran recuperados del problema de consumo que los aquejaba, señalan que no podrían haberlo logrado si no fuera por el apoyo que recibieron de sus más cercanos, tal como lo ilustran las siguientes citas:

> *Entrevistadora: Te pido que me cuentes entonces ¿qué significa para ti la recuperación? ¿Qué cosas tendrían que pasar para que tú te sientas recuperada?*
>
> *Entrevistada: Bueno, para recuperarse de la droga y el alcoholismo es un proceso súper difícil en donde la familia, en mi caso, tiene que ser un apoyo fundamental. Que la gente se interiorice, la familia tiene que aprender mucho sobre la enfermedad y así es la única forma que te ayuden porque el apoyo de la gente que te quiere, sin el apoyo de tus papás, de la pareja en sí es imposible. Es imposible salir adelante solo, sin ayuda de nadie no se puede, no se puede. No conozco a nadie que lo haya logrado (…).*
>
> *Entrevistado: Me siento recuperado… Lo que yo necesité para sentirme ya logrado en superarme fue ya encontrarme un trabajo, encontré una pareja, estar bien en mi círculo de familia. Gracias al círculo de mi familia pude superarme, porque sin mi círculo de familia me hubiera hundido de nuevo por todas las malas juntas que yo tenía.*

Por otro lado, hay quienes señalan que por el mismo consumo de drogas y/o alcohol han perdido relación con sus redes y por sobre todo con sus familias. Para ellos, la recuperación significa volver a construir los lazos que perdieron con sus más cercanos, particularmente la relación con hijos. Sin redes de apoyo, se torna más compleja la superación del problema de consumo, donde incluso la misma soledad los lleva generalmente a consumir. En este sentido, sentirían que ya se encuentran recuperados en el momento en que puedan retomar y fortalecer relaciones que han perdido en el pasado a raíz del consumo.

> *Entrevistadora: Entonces, ¿qué se tendría que cumplir para que usted sienta que se recuperó del consumo?*
> *Entrevistado: ¿Qué se tendría que cumplir? Mis niños no más los quiero tener al lado mío, eso es lo único, lo único que quiero en mi vida, nadie más y ahí lo dejaría todo, lo único que pienso es en ellos no más po', lo más que deseo en la vida.*
> *Entrevistadora: ¿Y cómo se podría cumplir eso?*
> *Entrevistado: Dejando de consumir, dejando todo lo malo. Yo sé que lo voy a cumplir, ese es mi sueño más grande: dejar todos los vicios y que ellos algún día estén compartiendo conmigo acá todo lo que me quede de vida, es lo único que quiero y ahí trabajar con harta fuerza, ser feliz como todo el mundo, pero así no soy feliz po', así la vida es triste, lo que echo de menos nada más, eso es todo, eso no más quiero decir señorita.*

Por último, y desde la perspectiva de los usuarios, el consumo de alcohol y/o drogas puede causar problemas en el mismo hogar, donde el ambiente familiar se caracteriza por la escasa interacción familiar, la falta de comunicación y la violencia que el mismo consumo conlleva. En este sentido, se reconoce que el consumo problemático puede afectar negativamente el entorno familiar de quienes consumen. La recuperación en este caso consistiría en recomponer el tejido familiar y fortalecer los lazos que se había previamente debilitado entre sus miembros.

Abandono de redes y lugares de consumo

En relación a lo anterior, donde los usuarios reconocen la importancia para ellos del apoyo o la recuperación de redes de apoyo, hay quienes también se refieren al abandono de redes y lugares con los que asocian el consumo como un factor relevante para alcanzar su recuperación. En general, los usuarios tienden a considerar a la familia y al hogar como un espacio tranquilo y seguro que los protege en contraposición a aquellas amistades y lugares que frecuentaban y solían consumir. Por lo tanto, la recuperación para ellos significaría alejarse de aquello que les recuerde el consumo y enfocarse particularmente en la familia.

> *Entrevistado: Bueno, la recuperación yo la quiero encontrar y le estoy encontrando con muchas cosas, por ejemplo, que he tenido redes de apoyo con mi familia, he tenido más contacto con mis hijos ahora que estoy… estoy más adulto y lo otro es que he dejado las amistades, no visito los lugares. Todas las personas que me hacían mal las dejé y eso mi significa a mí una recuperación (...).*

Para otros, no implica necesariamente abandonar por completo las relaciones y lugares donde exista consumo, sino que se vincula con el control que cada uno pueda tener para evitarlo. No obstante, hay quienes señalan lo complejo que es evitar frecuentar amistades y lugares donde solían consumir, considerando que en los contextos en los que viven es una situación muy común. Por lo tanto, la recuperación se relaciona con poder estar ante situaciones donde exista consumo, siendo frecuentes en su cotidianidad, y abstenerse de él.

Reducción o abandono del consumo

Uno de los aspectos más relevantes en el discurso de los usuarios es que la recuperación del consumo problemático de drogas y/o alcohol implica dejar el consumo mismo. Desde la perspectiva de la mayor parte de los usuarios, para sentirse recuperados necesitan abandonar por completo el abuso de sustancias. Es decir, ellos se sentirían completamente recuperados al dejar el consumo de por vida. No obstante, para otros usuarios la recuperación no necesariamente significa dejar el consumo definitivamente, sino que reducir sus cantidades y, por sobre todo, poder tener el control de las cantidades y la frecuencia con la que lo hacen.

> *Entrevistadora: Ya, pero qué considera entonces usted que tendría que pasar para que usted deje totalmente el alcohol, ya no tomar más*
>
> *Entrevistado: No, es que yo sé que nunca va pasar eso*
>
> *Entrevistadora: ¿Por qué? ¿No cree en la recuperación total?*
>
> *Entrevistado: A mí igual me gusta servirme un traguito, después el fin de semana y así… y cuando estoy con gente que no toma encuentro que es fome ¿me entiende o no? Pero para mí igual me ha servido porque como le digo yo antes tomaba como carretonero*
>
> *Entrevistadora: Y ahora lo puede controlar*
>
> *Entrevistado: Ahora lo puedo controlar, yo me puedo controlarme (…)*

Otro de los puntos relevantes que surgen del análisis es que los usuarios señalan que el consumo es un mecanismo que tienen para "escapar" de situaciones problemáticas en sus vidas. La mayor parte de ellos dice encontrarse en situaciones de alta inestabilidad emocional, por lo que buscan una salida en la droga y en el alcohol, los cuales actuarían como una suerte de "inhibidor de problemas" que los aquejan. En este sentido, consideran que existe un vínculo entre el abuso de sustancias y la depresión por la cual están atravesando o eventos traumáticos que han vivenciado y no han sido superados. Por lo mismo, reconocen que la recuperación implica dejar el consumo, al mismo tiempo en que exista un trabajo terapéutico que lo acompañe.

> *Entrevistada: Lo principal que hay que tener en cuenta es que nadie consume drogas o, mejor dicho, nadie consume drogas obligado por la adicción por gusto. Todos consumen porque están tratando de escapar de algo, por eso se tiene que atacar el problema de raíz; si hay un abuso sexual que no pudo ser superado, abuso de padres, eventos traumáticos deben ser superados primero y no puede, la adicción no puede ser superada sin ayuda psicológica, sin terapia, es imposible diría yo, porque al fin y al cabo puedes finalmente dejar esa sustancia, pero vas a tomar otras cosas para poder reemplazar esas sustancias (...).*

Trabajo y estabilidad laboral

Uno de los aspectos más destacados por los usuarios al referirse al significado que tiene para ellos la recuperación es el trabajo. Muchos de ellos señalan haber perdido su fuente laboral al estar en consumo, por lo que para recuperarse consideran fundamental volver a tener la estabilidad que les proporcionaba. Además, es una forma en que los usuarios sienten que pueden de establecer metas u objetivos en sus vidas. El trabajo sería una fuerza motivadora para los usuarios, quienes buscan conseguir determinados objetivos poniendo su esfuerzo en el ámbito laboral, haciéndolos hace sentir útiles para la sociedad.

El trabajo es reconocido además como una manera en que los usuarios pueden obtener ingresos económicos para cubrir sus necesidades y poder sustentar a sus familias. Es visto como un mecanismo en que pueden adquirir independencia económica, ya que muchos al estar en consumo no tienen una fuente laboral estable y dependen en gran medida del ingreso que les proporcionan otros miembros familiares, especialmente padres. La recuperación para ellos implica adquirir cierta independencia que les permita mantenerse económicamente de manera autónoma.

> *Entrevistadora: ¿Y tiene idea de cómo tomaría forma esa recuperación? Por ejemplo, cuando pase esto yo ya me voy a sentir que ya estoy recuperado. ¿Hay algo o todavía no lo puedes visualizar?*
> *Entrevistado: Sí, cuando yo ya logre mantener un trabajo firme, o sea estable, aunque me pasen cosas, aunque tenga recaídas, aunque tenga lo que sea, mantener el trabajo para mi generaría como una independencia de todo tipo o sea y eso para mí marcaría como el hito de aquí en adelante: ah ya puedo decir que soy una persona independiente y que me puedo valer por mí mismo sin infligir nada o sea ganarme mi vida.*

Estabilidad emocional y/o física

Junto a la estabilidad laboral, la estabilidad emocional y física son otros de los aspectos más significativos que los usuarios reconocen al referirse a su recuperación. Especialmente la estabilidad emocional es fundamental desde la perspectiva de los usuarios para sentirse recuperados, lo que implica encontrar un equilibrio mental y poder sanar conflictos internos que experimenten, de los cuales muchos de ellos los llevaron a consumir en una primera instancia. De la mano de este proceso de sanación emocional o

mental, existiría una mejora notoria en el aspecto físico de los usuarios, quienes señalan haber perdido el consumo. La siguiente cita logra describir esta situación:

> *Entrevistador: Entonces la pregunta es ¿qué es para ti la recuperación?*
>
> *Entrevistado: Para mí la recuperación es sanar primero la cabeza, encontrar las respuestas de por qué llegaste a la situación de consumo porque es una causa del problema, sanar la mente, sanar el corazón y sanando eso después se sana el cuerpo, aceptándose con todas las cosas que te ha traído el consumo; pérdida de dentadura, pérdida de peso, son muchas cosas que me aquejan. Encuentro que es sanar la mente y el corazón, para mí eso sería un cambio grande.*

Asistencia a tratamiento

La asistencia a un tratamiento de rehabilitación es fundamental para los usuarios cuando se les pregunta por el significado de la recuperación del problema de consumo problemático. Por un lado, hay usuarios que sienten que ya lograron su recuperación y consideran que se logró gracias al tratamiento al que asisten. Se destaca el rol que tiene la terapia con especialistas del área de la salud, particularmente con psicólogos y psiquiatras, para trabajar no sólo la adicción de drogas y/o alcohol, sino que también para comprender cuáles fueron los problemas emocionales asociados al consumo.

> *Entrevistadora: ¿Y cómo logró sentirse recuperada totalmente?*
>
> *Entrevistada: Es un sentimiento interno que se logra, en este tratamiento en el que yo estuve que es totalmente completo, tiene que ver con ayuda psicológica, psiquiátrica y también la medicina alternativa, meditación. Entonces es un complemento, entonces atacan todos los puntos donde uno tiene carencias y eso hace que uno se sienta liberada de la necesidad de tener una adicción, de tener un tema con las drogas, porque lo que uno hacía era acudir a ellas por vacíos internos que tiene, que siente. Entonces al momento de sanar ese tema, de incursionar en ellos en el tratamiento, ese vacío se va llenando (...)*

Por otro lado, hay usuarios que aún no se sienten recuperados de la situación de consumo que experimentan y ven en el tratamiento una salida. Consideran que para poder dar por superado el consumo problemático, tanto de drogas como de alcohol, necesitan asistir a un tratamiento de rehabilitación, donde con la ayuda de terapeutas puedan abordar el problema de manera efectiva. A pesar de las intenciones y motivaciones que puedan tener los usuarios para superar el problema del consumo, muchos de ellos señalan no tener la voluntad, los conocimientos e incluso las herramientas suficientes para saber cómo hacerlo por ellos mismos y, por lo tanto, requieren de ayuda profesional para alcanzar el objetivo.

Autoestima y valoración personal

Otro aspecto que es mencionado por los usuarios con frecuencia es el rol de la autoestima y la valoración personal en su proceso de recuperación. Es común la referencia que hacen al "amor propio" para referirse a la importancia de la aceptación y de la autovaloración que muchos de ellos dicen perder u olvidar cuando se encuentran en consumo. El significado que tiene para los usuarios la recuperación se relaciona con aprender a quererse, pero también a reconocerse a sí mismos, saber identificar sus emociones y poder trabajar en ellas.

> *Entrevistadora: Ahora me gustaría preguntar ¿qué significa para usted la recuperación? (...)*

Entrevistada: Para mí el amor propio. Eso es lo primero que uno tiene que tener. Bueno, aprender y tomar conciencia de la enfermedad para poder mejorar. Eso… el amor propio, el amor propio por una misma y para poder salir adelante encuentro yo.

Entrevistada: Como les expliqué en algún momento he aprendido a sentirme, a sentirme, a acariciarme, a amarme, a quererme. Aprendí a reconocerme cuando estoy mal, a aceptarme cuando estoy mal. Si puedo cambiar la situación de cuando estoy mal, poder cambiarlo, hacerlo. Si no puedo cambiarlo, aceptarlo y pasar por ese momento porque es un momento muy amargo en la vida (...).

Entrevistada: De poder fijarme en mí, de poder tener amor propio, dignidad, orgullo, de poder caminar con la frente en alto sin que nadie me apunte.

De los relatos se desprende además que existe un importante deterioro físico cuando existe consumo, por lo que la autoestima también es algo que se pierde. No obstante, es algo que también se va recuperando al dejar el consumo, ya que se ven mejoras considerables en el aspecto físico, y no sólo son los mismos usuarios quienes perciben esta diferencia, sino que también su entorno. Esto les permite, tal como se señala en la cita anterior, poder "caminar con la frente en alto" sin que el resto los apunte. Es decir, ya no avergonzarse por su aspecto físico he ir recobrando la autoestima que habían perdido a raíz del consumo.

Metas y logros

La recuperación significa para otros el poder tener metas u objetivos, particularmente en lo que respecta al ámbito familiar y laboral. Es para ellos tener un propósito, lo que muchos señalan no haber tenido cuando se encontraban en consumo, donde muchas veces alcanzarlo se veía obstaculizado por esta situación. Los usuarios hacen referencia a las metas que se proponen para el futuro en torno a estudios, proyectos, expectativas laborales y económicas, relaciones de familia, obtención de una casa propia, independencia, entre otros. Para ellos, la recuperación significa ser capaces de proponerse metas, tener expectativas de concretarlas y ver la consecución de sus logros. Así lo muestran las siguientes citas:

Entrevistadora: Ya, entonces cuéntame qué significa para ti la recuperación. Pensando en tu caso particular, ¿qué eventos tendrían que suceder?

Entrevistada: (...) Tengo nuevamente control sobre mi vida, hago lo que quiero, en el sentido de profesionalmente hablando, estoy con un emprendimiento, estoy haciendo clases, tengo hartos proyectos que han surgido y que han crecido; mis proyectos laborales, la casa, mis proyectos familiares y todo ha andado perfecto y eso es porque noto que yo estoy pensando bien las cosas y me gusta estar así.

Entrevistado: Si, me estoy recuperando. Estoy bastante cerca de estar rehabilitado porque creo que aparte de estar sin consumir, estoy ordenando mis objetivos, estoy logrando mis objetivos, estoy mucho más claro, estoy mucho más lúcido, tengo esperanza en un futuro mucho mejor y me siento mucho más en paz conmigo mismo. Estoy mejorando mis relaciones con las personas, me queda mucho camino por recorrer, pero tengo mucha fe de que voy a lograr las cosas que me proponga con objetivos claros, con expectativas no demasiado altas, con objetivos alcanzables, no demasiado ambiciosos, pero tampoco demasiado conformista, y me siento contento y con harta fe para mi futuro.

1.9. Felicidad y tranquilidad

Desde la perspectiva de los usuarios, el consumo problemático de drogas y/o alcohol trae una serie de consecuencias negativas tanto para ellos como para su entorno más cercano, en especial sus familias, y sienten que carecen mayormente de momentos de felicidad o tranquilidad. Por lo mismo, la recuperación para ellos significa vivir un proceso de sanación en el que sientan que estos dos aspectos vuelven a estar presentes en sus vidas, al mismo tiempo en que dejan atrás el consumo.

> *Entrevistador: Entonces, ¿qué significa para ti la recuperación este tema del consumo de alcohol o drogas?*
>
> *Entrevistada: Para mí es un tema muy importante porque es sanarme, sanarme todas las heridas que tengo y ser feliz, porque uno consumiendo no es feliz.*
>
> *Entrevistado: Para mí significa tranquilidad, significa felicidad de poder vivir porque antes era como un… era dependiente de la droga y no tenía vida. Al final se me estaba yendo el tiempo, no disfrutaba con mi familia, con nadie. Antes estaba solo, entonces para mí ahora, estos días… Ahora estoy vivo.*

"Renacer"

Otros se refieren a la recuperación como un "renacer" o un "despertar" de una especie de letargo en el que se encontraban en consumo. Es para los usuarios una nueva oportunidad en la vida, una manera de reconstruirse nuevamente tanto a ellos como a sus familiares y de proponerse nuevas metas a futuro. El renacer implica para ellos no sólo una nueva oportunidad, sino también cambios tanto de hábitos como de perspectiva. En este sentido, la recuperación para algunos significa un nuevo comienzo, un despertar, luego de un pasado conflictivo en el que atravesaron problemas de consumo y adicciones.

> *Entrevistado: Bueno, la recuperación para mí significó un renacer, un despertar no sólo mío, sino también de mi familia, de mis seres más queridos, mis hijos, mi esposa. El descubrir el por qué tenía este problema de la adicción y desde dónde venía y cómo lo potencié a lo largo de mi vida me despertó y me hace amar nuevamente con mucha más claridad, con mucha más sanidad a mí mismo y a las personas que más quiero que son mi esposa y mis hijos. Esto me ha entregado herramientas para enfrentar mi vida que nunca tuve antes y las valoro muchísimo. El estar viviendo de esta nueva manera me hace amar la vida nuevamente, amar el despertar cada día y pretendo seguir creciendo (...).*
>
> *Entrevistado: Bueno, por recuperación yo entiendo que es el cambio de hábito, el mirar las cosas de otra manera, pensar y tener en conocimiento el futuro de uno mismo, el no dejar de lado las obligaciones, estar con la familia, tener buenos lazos con la familia y en general es mirar la vida de otra manera, es como nacer de nuevo.*

Independencia

La independencia es un aspecto que algunos usuarios reconocen como necesario al momento de considerarse recuperados. Particularmente, se refieren a la independencia económica que puedan tener al no depender de nadie más para poder sustentarse a ellos mismos y a sus familias. En este sentido, es relevante el rol que cumple el trabajo como principal fuente económica que les permite mantener económicamente a sus familias, poder obtener su casa propia, entre otros. La independencia implica que los usuarios dejen de depender del resto, especialmente de familiares, y tengan la capacidad de poder conseguir autónomamente un sustento estable.

> *Entrevistada: (...) Tengo un buen trabajo, mejoré las relaciones con mi familia que es lo más importante, con mis hijos, pero sí me está faltando el tema de la independencia económica que pretendo este año poder postular al*

subsidio habitacional para poder tener mi casa propia y ya con eso tener una vida tranquila y con mis hijos, vivir tranquila y también poder optar a un trabajo mejor.

Fe / Dios

Además, en los discursos de ciertos usuarios encuestados es posible encontrar referencia a la importancia que atribuyen a la fe y especialmente a la figura de dios en el proceso de recuperación. Cuando se les consulta por qué entienden ellas por recuperación, se menciona la influencia que tiene la creencia en dios como medio para alcanzar la recuperación. Si bien la fe y la creencia en dios no es mencionada como un signo de recuperación, los encuestados lo mencionan como un medio para lograr el éxito en el tratamiento.

Entrevistada: Bueno, en mi experiencia personal fue confiar en dios y él fue el que me ayudó, el que me guío, el que me no sé… es que realmente no sé cómo explicar lo que viví porque fue como… mucha gente me ha dicho que ha sido como increíble, como que no se cree de estar años metida en la droga y metida o sea y de un día para otro pude vivir lo que era la abstinencia que me decían que era lo peor y la viví y después de eso y con todo lo que pasé en mi abstinencia, gracias a dios y con la ayuda de mis hijos y de mi familia, sobre todo de mis hijos, pude salir adelante y de a poquito empecé a levantarme, empecé a confiar en dios, a pedirle su ayuda y eso, por eso yo digo que solo fue dios es el que me sacó y el que me levantó y soy la persona que soy ahora (...).

Tener una vida normal

Por otro lado, al consultar a los encuestados por lo que entienden por recuperación, algunos señalan que tienen expectativas de recuperar o poder tener una "vida normal". Muchas veces esto se relaciona con restablecer lazos familiares, tener una pareja, un lugar adecuado donde vivir o tener un trabajo. Se le da importancia a la "normalidad" como algo común, que todo el resto de las personas tiene, y que podrían alcanzar con la recuperación.

Entrevistador: Entonces, la pregunta es ¿qué entiendes tú o cuál es tu idea de lo que es la recuperación de una persona, o en tu caso incluso, que ha consumido drogas? ¿Cómo se puede entender que una persona se ha recuperado de su problema?

Entrevistada: Se puede ver cuando recuperas tu vida normal, del día a día, y lo más importante yo creo es controlar las emociones. Yo controlando mis emociones me dejo de drogar.

Entrevistado: Esas cosas simples que son, ayudan mucho.

Entrevistado: Para mí la recuperación primeramente yo creo que significa estar bien yo, yo como persona, psicológicamente y físicamente para ahí después poder entregar todo a las personas que están al lado mío, poder volver a recuperar la responsabilidad, tener un trabajo estable, un hogar sano y vivir la vida normal po', como cualquier mortal.

Madurez

La madurez aparece en ciertos discursos como un aspecto necesario para que los usuarios sientan que se han recuperado del problema del consumo problemático, pero que todavía no han logrado alcanzar.

Consideran que es precisamente la inmadurez, el sentimiento de ser aún infantil, lo que no les ha permitido aún enfrentar y superar el consumo. En este sentido, el significado que tiene para ellos la recuperación se vincula con haber alcanzado un estado de madurez suficiente como para abandonar sus adicciones.

Entrevistadora: Ya… ¿Y qué más crees tú que te hace falta para poder lograr el superar el consumo?

Entrevistado: Eh… ¿qué me hace falta? Me hace falta madurez yo creo, yo soy muy inmaduro, muy infantil

Entrevistado: Tragarme las corridas yo mismo y madurar más no más po', madurar y tratar de poner de mi parte y que mis hijos me den motivación no más porque igual lo he intentado varias veces, pero me cuesta.

No hay recuperación

Por último, hay algunos usuarios que en menor medida afirman que la recuperación no es posible. Desde su perspectiva, la adicción al consumo de drogas y/o alcohol es una enfermedad o problema al que van a tener que enfrentarse de por vida. Si bien algunos reconocen que pueden experimentar avances en su adicción y reducir el consumo, consideran que es un problema que no es posible superarlo por completo. En este sentido, para estos usuarios no habría recuperación del consumo.

Entrevistadora: ¿Pero hoy día no te sientes recuperado?

Entrevistado: No, porque esta es una enfermedad que siempre la voy a llevar para toda la vida, nunca voy a estar sano

Entrevistadora: Para entenderte bien, sientes que nunca vas a alcanzar como el estado de recuperación en el futuro

Entrevistado: Sí

Entrevistadora: ¿Crees que no hay recuperación para la adicción?

Entrevistado: No hay recuperación, sino que teni que tomar conciencia de la enfermedad

Entrevistadora: Conciencia de la enfermedad

16.2 Abandono de tratamiento

Trabajo

Respecto a los motivos por los cuales los usuarios decidieron abandonar el tratamiento del consumo al que asistían en sus respectivos centros de rehabilitación, el que con más frecuencia es mencionado es el trabajo. Tanto por tener que trabajar dadas las dificultades económicas que experimentan, como por la incompatibilidad de tiempos y distancias entre el trabajo y el centro de tratamiento, muchos usuarios han tenido que retirarse de los programas a los cuales asistían.

Dificultades económicas

Por un lado, las dificultades económicas que tienen los usuarios para poder sustentarse a ellos y a sus familias ha sido una de las principales razones por las cuales han tenido que abandonar sus tratamientos. Ante esta situación de carencia económica, se han visto en la obligación de priorizar el trabajo, el cual muchas veces no es compatible con el tratamiento. Desde la perspectiva de algunos usuarios esto ha sido

perjudicial para su proceso de recuperación, ya que al tener que atender a sus responsabilidades laborales, no han podido recibir la ayuda profesional necesaria para tratar el problema del consumo que los aqueja.

Entrevistador: Lo que me interesa saber es por qué dejaste el tratamiento

Entrevistado: Primero que todo, porque necesitaba generar dinero porque no alcanzaba la plata en la casa, había que cubrir gastos. Si me arrepiento de haberlo dejado porque fueron mis mejores meses de abstención en cuanto a drogas y alcohol. Me mantuve casi ocho meses sin consumir nada, pero ahora ha sido más difícil, he tenido bastantes recaídas y espero volver al buen camino (...).

Entrevistador: ¿Alguna otra razón por la que dejaste el programa?

Entrevistado: Más que nada es por el tema de lucas

Incompatibilidad de tiempos y distancia

Por otro lado, la gran mayoría de los usuarios ha tenido que abandonar el programa de tratamiento debido a que su trabajo no era compatible con él tanto en tiempos como en distancia. En términos de tiempo, los usuarios señalan que los horarios de trabajo coinciden con los de su tratamiento por lo que, dadas sus necesidades económicas, han debido priorizar el trabajo antes que continuar asistiendo a los centros. Muchos de ellos querían continuar en tratamiento con el objetivo de superar su problema de consumo. No obstante, no han podido por la incompatibilidad de tiempos entre su trabajo y el tratamiento.

Entrevistadora: ¿Por qué dejaste el tratamiento?

Entrevistado: Ah por qué deje el tratamiento… Por temas de trabajo porque mi trabajo no era compatible con el tratamiento. Me desocupaba tipin nueve de la noche, diez de la noche, hasta las doce de la noche de repente trabajaba, entonces no me alcanzaba el tiempo para llegar al centro.

La distancia también es una importante limitación para que los usuarios puedan adherir al programa de tratamiento. Para algunos, los centros a los cuales asistían se encontraban a largas distancias de sus trabajos y hogares, por lo que en ocasiones no podían coordinar los tiempos de llegada de un lugar a otro. En consecuencia, en ciertos casos disminuía la asistencia a tratamiento por darle prioridad al trabajo, mientras que para quienes cumplían con su asistencia, se volvía muy agotador destinar su día completo en cumplir con el trabajo, el tratamiento y sus familias. En el caso de otros usuarios, por trabajo tuvieron trasladados a otras comunas e incluso ciudades, con lo cual se vieron imposibilitados de poder continuar con el tratamiento en los centros a los cuales asistían.

Entrevistadora: ¿Por qué razón o razones dejó el segundo tratamiento?

Entrevistado: Bueno, el segundo tratamiento lo dejé por trabajo. Lo que pasa es que me salió un trabajo en Antofagasta en el cual trabajaba catorce días y descansaba siete y eso fue lo que me complicó un poco para seguir el tratamiento y terminarlo finalmente.

Disconformidad con el tratamiento

Otro de los principales motivos por los cuales los usuarios decidieron tomaron la decisión de abandonar fue por la disconformidad respecto a su tratamiento, y esto se debe a múltiples factores. Por sólo nombrar un ejemplo, hay usuarios que sienten que el tratamiento no cumplió sus expectativas, es decir, no era lo

que ellos esperaban. Por su parte, hay quienes consideran que el tratamiento no se adecuaba a sus necesidades particulares y, por tanto, requerían de otro tipo de intervención, mientras otros no se sintieron conformes con los métodos de trabajo o con los profesionales de los centros a los cuales asistían.

> *Entrevistado: Bueno, porque sentí que era… después de ciertos meses sentí que era un poco tedioso seguir con el tratamiento. Cada caso es absolutamente distinto al otro po' entonces yo tomé la determinación de que no estaba resultando las terapias y más… opté por una terapia personal y familiar más que nada, entonces eso sería.*

> *Entrevistada: Lo abandoné el tratamiento porque no era lo que yo necesitaba en ese momento y porque en realidad nunca me sentí acogida. Nunca me sentí bien integrada por el grupo que había ahí, aparte que no era un… Yo necesitaba un tratamiento que interviniera algo fuerte en mi pero no ir a escuchar charlas y evidencia de las otras personas porque yo en ese momento necesitaba un tratamiento de otro tipo y por eso lo abandoné. No era lo que yo necesitaba, no era lo que yo esperaba del COSAM tampoco (…).*

Sentimiento de recuperación o no necesitar tratamiento

Hay otros usuarios encuestados que decidieron abandonar voluntariamente el tratamiento por no sentir necesidad de seguir asistiendo. Desde una perspectiva, algunos consideran que no requerían tratamiento porque su problema de consumo no era tan grave como para asistir o era menor en comparación a otros usuarios. Desde otras perspectivas, hay quienes creen tener las herramientas suficientes para poder seguir un tratamiento por su propia cuenta o sentirse ya recuperados del problema del consumo. Es decir, decidieron abandonar cuando comenzaron a ver mejoras considerables en su problema de adicción y sentir que no necesitaban asistir más a tratamiento.

> *Entrevistadora: Ahora sí*
>
> *Entrevistado: Bueno, yo lo abandoné por solo por motivo de porque necesitaba, o sea yo pensaba que hay gente que necesita tratamiento mucho más que yo porque no sé po' yo no lo necesito, o sea no me encuentro o no me encontraba en un estado como tan mal como para estar asistiendo al COSAM viendo así, comparando con los compañeros que tenía ahí.*
>
> *Entrevistado: Por la forma que yo dejé el tratamiento es porque me di cuenta de que yo no necesitaba esa ayuda. Sí la necesitaba, pero me dieron tantos consejos buenos que yo tomé esos consejos, que gracias a ellos comencé a alejarme del cuento del círculo donde yo estaba metido en Mapocho, que ahí tenía todas mis facilidades para comprar la cocaína, la falopa creo que le dicen, y gracias a esos consejos ya comencé a alejarme.*
>
> *Entrevistadora: Como que sentiste que ya tenías las herramientas suficientes para salir*
>
> *Entrevistado: Salir, exactamente*

Derivación o cierre de centro

Otro de los principales motivos de abandono de los usuarios de sus tratamientos se debe a que fueron derivados a otros centros, o bien, a que el centro al que asistían cerró permanentemente. En el caso de la derivación, los usuarios eran trasladados generalmente cuando en el centro al cual asistían, evaluaban que necesitaban otro tipo tratamiento. En este caso, los usuarios eran derivados a otros centros o tratamientos. Tal como lo muestra la siguiente cita, la derivación se hizo por considerar que al usuario, por las recaídas en el consumo que experimentaba, no le servía la modalidad ambulatoria:

Entrevistadora: ¿Por qué razón o razones dejó el tratamiento?

Entrevistada: La verdad es que yo no lo dejé. A mí me derivaron por dos caídas consecutivas y me recomendaron que me fuera a un tratamiento, pero modalidad residencial porque ya no me estaba sirviendo en el fondo para mi problemática ambulatorio, así es que hicieron todo el trámite y me trasladaron ahora, o sea en ese año 2019 a Centra.

Algunos usuarios señalan además que luego de haber asistido a un programa ambulatorio, fueron internados con posterioridad. En este sentido, más que un abandono del tratamiento de parte de los usuarios, ellos fueron derivados a otro tratamiento que se adecuaba mayormente a sus necesidades:

Entrevistado: Me dieron la derivación porque no me sirvió el ambulatorio porque había (…). Duré seis meses en el COSAM no más, no me sirvió lo que yo quería. Quería estar en una parte más internado, lejos de las drogas y le agarré el sentido a una comodidad como esta.

Está el caso también de quienes no decidieron de manera voluntaria abandonar el tratamiento, sino que los centros donde se atendían cerraron sus puertas. En general, el motivo que los usuarios señalan por el cual los centros cierran es porque han perdido licitaciones que les proporcionaban el financiamiento necesario para continuar operando. Por otra parte, si bien hay quienes fueron derivados a otros centros por el cierre del centro al que asistían, también está el caso de otros usuarios que se quedaron sin tratamiento alguno por este motivo. No obstante, es importante señalar que a pesar de que los usuarios fueran derivados a otros centros, hay quienes tuvieron dificultades de acceso a estos lugares por la distancia respecto a sus hogares o lugares de trabajo.

Consumo

El consumo problemático de drogas y/o alcohol es también una de las principales razones por las que los usuarios deciden abandonar sus tratamientos, particularmente en las "recaídas" que experimentan durante el proceso. Este problema tiene como consecuencia que los usuarios decidan no asistir más a tratamiento por diversos motivos. Entre ellos, porque sienten que no está funcionando para ellos, por querer seguir consumiendo y no rehabilitarse, o bien porque los mismos centros toman la decisión de no admitir a quienes no se abstengan del consumo.

Entrevistadora: Ya, y de ahí no volviste más

Entrevistado: Después volví y después nada que hacer porque me quedaba como… salía en abril yo y no, me dijeron que no volviera no más po'. Después empecé a volver a los controles po'. Ahí tuve ese consumo después de dos meses, me retaron, que no lo hiciera. Después al otro mes consumí dos veces y al tercer mes ya me dijeron que no fuera más porque estaba volviendo a consumir.

Relación con terapeutas y profesionales

Otro motivo por el cual los usuarios encuestados decidieron no continuar con sus tratamientos es la disconformidad con los profesionales del centro al que asistían. En general, los usuarios optaron por desistir del tratamiento debido a la existencia de ciertas tensiones o conflictos entre ellos y sus terapeutas, particularmente por las diferencias de opinión sobre los métodos con los que se llevaban a cabo sus

tratamientos. En otros casos, los usuarios no se sentían conformes con la terapia que seguían con los profesionales en su proceso de rehabilitación. Destacan la importancia de sentir un importante grado confianza con sus terapeutas para que su tratamiento sea efectivo.

> Entrevistada: *Porque no me gustaba cómo era la terapeuta con todas, con todas las niñas no me gustaba, no. El trato que tenía hacia nosotros no era de una terapeuta y por eso dejé de asistir.*
>
> *Entrevistada: La terapeuta. La terapeuta estaba ahí, las niñas les hablaban, no las pescaban, se pintaba las uñas dentro de la sala, se pintaba las uñas, empezaba a hacer otras cosas, se ponía a tejer, se miraba las manchas que tenía en la ropa, no pescaba, no pescaba y después decía ¿ah qué fue lo que dijiste? No, chao, me desmotivó totalmente (…).*

Expulsión del tratamiento

Parte de los usuarios encuestados no abandonaron su tratamiento de manera voluntaria, sino que fueron expulsados de él. Los principales motivos para la expulsión se relacionan con infringir normas de los centros y, en otros casos, por problemas de conducta de los usuarios en tratamiento, especialmente en lo que refiere a conflictos con otros usuarios/as. En casos particulares, se mencionan motivos de expulsión como el uso de celulares y el consumo de porciones de alimentos más allá de las permitidas. Por un lado, hay quienes sienten que su expulsión fue injusta y arbitraria, mientras que hay otros que consideran que fue legítima por el hecho de haber incumplido normas de las que ya estaban en conocimiento previamente.

> *Entrevistado: Por incumplir una norma. Fue porque no podía hablar por celular y cuando llegué, un compañero de habitación tenía un celular guardo, escondido y me lo prestó para hacer una llamada y me pillaron y nos echaron a ambos.*
>
> *Entrevistada: Ya, no, lo que pasa que la señorita de allá… Hubo una pelea y ella me dijo que me fuera y me echó justo para el año nuevo y el año nuevo era como harto riesgo y yo caí, no pude… no aguanté para el año nuevo y no me admitieron. Tenía que estar limpia y no pude (…).*

Relación con usuarios/as

A su vez, se señala como un factor determinante para haber abandonado el tratamiento los conflictos entre los usuarios que asistían a tratamiento. La mayoría señala haber sido expulsados debido a conflictos en los que se vieron involucrados con otros usuarios. Otros pocos encuestados señalan que, si bien no fueron expulsados por alguna situación particular de conflicto, abandonaron por no estar conformes con el ambiente y con los usuarios que asistían. Esto ya sea por diferencias de expectativas respecto a lo que querían lograr en tratamiento, como por temas de afinidad.

> *Entrevistadora: Ya, ¿y por qué se salió de ahí?*
>
> *Entrevistada: Me salí porque tenía muchas mujeres que… A ver, dos mujeres que me hostigaron caleta, entonces fue un hostigamiento así pero como dicen los lolos heavy. No podi estar tranquila en tu pieza porque van a cada rato, son tremendas, son tremendas.*
>
> *Entrevistadora: Tuvo problemas ahí de convivencia*

Entrevistadora: Entonces, le pido que me cuente el motivo del alta administrativa suya

Entrevistada: Bueno, fue porque tuve un problema con una compañera y resulta que nos agarramos, terminamos agarradas del moño, así que… Como yo fui, o sea no fui la que comenzó, fuimos las dos, fue ella en realidad… Pero como fui yo la que me lancé primero, me expulsaron a mí y ella quedó (…).

Falta de interés o desmotivación

Además, los encuestados señalan como otro motivo para abandonar el tratamiento la falta de interés o motivación por asistir. Entre las causas de esta desmotivación se mencionan las largas terapias que se desarrollaban con los profesionales de los centros, la repetitividad entre los distintos "componentes" o atenciones entre los psicólogos y los asistentes sociales, la falta de utilidad del tratamiento, entre otras. A ello se agrega además que algunos usuarios consideran que el tratamiento no les ayudaba a tratar el problema particular que ellos experimentaban y, por lo mismo, que requerían de otro tipo de intervención.

Entrevistado: Yo creo que habían… Había dos asistentes sociales que yo creo que están, no sé si demás o deberían hablar otra cosa o no sé si formará parte del tratamiento, porque yo con ellos conversaba con el psicólogo y hablaba lo mismo que con las asistentes sociales, entonces era como repetitivo. Entonces era como lo único que yo creo que cambiaría.

Entrevistadora: Ya, ¿y la terapia no te convencía mucho?

Entrevistado: No es que no me convenciera, si no que las pasaba por alto porque era repetitivo no más (...)

Entrevistadora: Ya, entonces por eso abandonaste, te aburriste

Entrevistado: Sí

Entrevistadora: (…) Ya, ¿pero el tratamiento para usted no le encontró sentido por eso lo dejó?

Entrevistada: O sea, no es que no le encontré, sólo que no quise ir más, me dio como flojera, algo así, me dio flojera.

Entrevistadora: Pero ¿cómo encontraba usted el tratamiento? ¿Encontraba que era un tratamiento bueno, que le iba a servir?

Entrevistada: Sí, al principio sí, pero después como que ya no… porque igual tenía recaídas, igual como que no me funcionó mucho el tratamiento a mí, ese es el tema, eso.

Cuidado de hijos/as

Además, cuando se les preguntó a los usuarios por los motivos de su abandono del tratamiento, varios de ellos, especialmente mujeres, se vieron imposibilitadas para continuar en el programa por tener que hacerse cargo del cuidado de sus hijos e hijas. En general, señalan que no tienen a alguien más que acudir para que puedan apoyar la tarea de cuidado, por lo que han tenido que hacerse cargo por sí solas. Para ellas, el tiempo que implica el tratamiento se interpone con algunas tareas familiares y de cuidado. Otras señalan que a lo anterior se suma el tener cumplir con responsabilidades laborales. La incompatibilidad de responsabilidades hace que finalmente opten por retirarse del programa.

Entrevistador: ¿Cuáles fueron los motivos por los que tú dejaste de asistir al COSAM?

Entrevistado: Primeramente, para hacerme cargo de más vidas, de mi hija, que era necesario en ese momento y después ya lo compatibilicé con el trabajo que estaba teniendo así que después ya no tuve la opción de poder volver.

Entrevistador: ¿No era posible que siguieras ahí de todas maneras y compatibilizarlo con esto?

Entrevistado: No, porque en ese momento que estaba yo yendo ya era como medio complicado porque trabaja de noche, entonces tenía que estar todo el día allá e irme a trabajar de noche. La mayoría de los días o faltaba o me quedaba dormido y llegaba súper tarde entonces era bien irregular y después se sumó el tema de mi hija así que…

Entrevistador: Por qué razón o razones tu dejaste ese tratamiento esa es la pregunta, que nos puedas explicar.

Entrevistada: Yo pedí que me cambiaran de ahí porque a mí no me servía porque aparte que yo soy mamá y no puedo estar todo el día en un centro encerrada porque yo tengo se sostener mi hogar (...).

Problemas familiares

La presencia de problemas al interior de sus familias es otro de los motivos por lo que los usuarios reconocen haber tenido que abandonar el tratamiento. Si bien estos problemas son de diverso tipo, se destaca como ejemplo la enfermedad de familiares a los cuales los usuarios deben asistir. Esta situación imposibilita a los usuarios cumplir tratamiento por la dificultad de compatibilizar los tiempos de asistencia y de cuidado. Tal como muestra el siguiente testimonio, el abandonar el programa por diversos problemas familiares que puedan tener los usuarios tiene consecuencias perjudiciales para ellos al verse imposibilitados de tratar el problema del consumo.

Entrevistada: Ya, en el año dos mil dieciocho yo hice abandono [del centro] porque… por motivo de problemas familiares, pero estuve a punto de terminar mi proceso. Me faltaban dos meses en el cual eh… adquirí bastantes herramientas, salí muy bien de ahí, muy bien. La situación es diferente cuando uno sale porque sale de la protección que tiene ahí que es por bastante tiempo y busqué nuevamente ayuda porque fue un principio de recaída (…).

Retomar vida cotidiana

Otro de los motivos señalados por los encuestados para abandonar el proceso de tratamiento se relaciona con la necesidad o el deseo de retomar sus vidas cotidianas. Esto se expresa sobre todo en usuarios que permanecían internados en su tratamiento, donde el confinamiento en tratamiento generó en algunos encuestados la necesidad de volver a su "normalidad"; poder retornar a sus hogares, estar en compañía de sus familiares, tener sus cosas nuevamente, etc. Cabe destacar que los usuarios abandonaron principalmente por los motivos anteriormente descritos y no por el funcionamiento del tratamiento en sí. En general, existe una percepción positiva de parte de los entrevistados sobre su desarrollo, especialmente de la relación que mantenían con los terapeutas y profesionales.

Entrevistado: Como le digo… No estar internado, porque no es como estar preso, pero necesito tener una pieza, estar solo, tener… Bueno, el cigarro que no me transforma como digo yo, tener mis cigarros, mis sándwiches, estar en paz.

Entrevistador: Entonces la pregunta es ¿por qué te retiraste del programa que estabas?
Entrevistada: Yo tenía en el momento dos problemas serios. Uno, que yo no dormía nada y el otro era que no soportaba el encierro. La atención era estupenda, la gente era muy amable, mis compañeras excelentes todas,

buenas compañeras, pero yo empecé a colapsar por eso; sin dormir y sin aguantar el encierro. Un día decidí tomar mis cosas e irme por mi voluntad, no hay otro motivo más que eso. Ni siquiera por querer consumir, por volver a recaer, nada. Simplemente fue una necesidad de respirar, de volver a mi casa, de estar en mi lugar que yo conocía. No aguanté más, eso (…).

Alta terapéutica

Algunos de los usuarios encuestados en menor medida señalan no haber abandonado el tratamiento, sino que haber sido dados de alta terapéutica. En ciertos casos se debe a que se cumplió exitosamente el período que consideraba la intervención, mientras que en otros el alta lo solicitaban los mismos usuarios por motivos personales. Ante este caso en particular, el centro accedía en la medida en que consideraba que los usuarios se encontraban preparados para finalizar su tratamiento o podían continuar su proceso de recuperación por cuenta propia.

Entrevistadora: ¿Por qué razón o razones dejó el tratamiento?

Entrevistada: Me dieron el alta porque me vieron que ya estaba capacitada para salir a la calle. Durante el tratamiento estuve sin consumo, nunca tuve una recaída y eso po', aparte que yo lo pedí por la enfermedad de mi mamá.

Entrevistadora: ¿Qué enfermedad tiene tu mamá?

Entrevistada: A mi mamá le encontraron cáncer, la operaron, le sacaron una mama entonces por eso tuve que retirarme antes.

Falta de apoyo de redes

Finalmente, una minoría de los usuarios encuestados señalaron que no pudieron continuar con el tratamiento porque no sentían apoyo por parte de sus redes más cercanas. La falta de apoyo percibida de parte de parejas, familiares o amistades hizo que algunos usuarios dejaran de asistir al tratamiento por considerar que es un aspecto fundamental para poder continuar en él. En este sentido, destacan la importancia que tiene el soporte que les puedan proporcionar sus redes para mantenerse en tratamiento y poder rehabilitarse del problema del consumo de drogas y/o alcohol.

Entrevistadora: ¿Por qué abandonó el tratamiento?

Entrevistado: Bueno, yo abandoné el tratamiento porque la pareja que tenía en ese momento, la madre de mi hija, no me acompañó en el tratamiento. Yo sentí…

Entrevistadora: No tuvo el apoyo de ella

Entrevistado: No tuve el apoyo de ella. Sentí un abandono de persona total, por hacer, querer hacer las cosas bien. Lamentablemente le eché la culpa al mismo tratamiento equivocándome ¿verdad? porque lamentablemente uno se equivoca. En la soledad, en saber que no tienes a nadie que te apoye en esos momentos.

Conclusiones

A modo de conclusión y, en términos generales, los resultados de las preguntas cualitativas de la encuesta realizada muestran que la percepción de los participantes de los programas de tratamiento y rehabilitación respecto a la adhesión o abandono del tratamiento difiere entre unos y otros. Tanto en el significado que tiene la recuperación del consumo de drogas y/o alcohol para aquellos usuarios que continuaban en tratamiento, como para los que desertaron del programa de tratamiento y se les preguntó por los motivos de su abandono, existe una percepción heterogénea que queda en evidencia en los resultados.

Respecto a la recuperación, encontramos distintos significados que los encuestados le asignan en el proceso de tratamiento. En primer lugar, se pueden señalar aquellas percepciones que ligan la recuperación al abandono del consumo y los espacios físicos y sociales donde frecuentaban consumir. En segundo lugar, existen relatos que entienden la recuperación como el logro de aspectos vitales más "objetivos" o que tienen que ver con el entorno de las personas como puede ser tener un trabajo estable o recuperar las redes de apoyo. Por último, se encuentran discursos que ligan la recuperación al desarrollo de características personales que reflejan una recuperación "subjetiva", como puede ser lograr estabilidad emocional, aumentar la autoestima o alcanzar la felicidad.

Por su parte, se destacan las redes de apoyo, el abandono o reducción del consumo y el trabajo como los tres aspectos que con mayor frecuencia los usuarios se refieren a su proceso de recuperación. Estar recuperado significa para gran parte de los usuarios tener el apoyo de sus redes más cercanas, así como también poder recuperar aquellos vínculos que habían perdido con el tiempo, donde la familia ocupa un lugar central. Por otro lado, la recuperación implica además poder reducir y en algunos casos abandonar por completo el consumo de drogas y/o alcohol. Por último, la existencia de un trabajo estable que les permita a los usuarios obtener ingresos económicos para cubrir sus necesidades y la de sus familias.

Con referencia al abandono, los participantes también refieren a distintos motivos para dejar de asistir a tratamiento. Por un lado, se encuentran los relatos que destacan aspectos en su entorno que hacían incompatibles el tratamiento con el funcionamiento de su vida cotidiana; necesidad de mantener un trabajo, el cuidado de hijos o el tiempo/distancia del centro respecto de sus otras obligaciones. Por otro lado, se encuentran los participantes que señalaron como motivo de su abandono la decisión de no continuar el programa por falta de interés, por sentirse recuperados o por la búsqueda de la consecución de sus proyectos personales. Además, se presentan discursos que levantan dificultades en la implementación del tratamiento en los centros como puede ser la relación conflictiva con los profesionales, la expulsión o un sentimiento de disconformidad con el tratamiento.

El trabajo, la disconformidad con el funcionamiento del tratamiento y el sentimiento de recuperación se constituyen como los tres motivos más recurrentes por los que los usuarios deciden abandonar los programas de tratamiento. En cuanto al trabajo, usuarios han tenido que retirarse de los tratamientos dadas las dificultades económicas que experimentaron, así como por la incompatibilidad de tiempos y distancias entre el trabajo y el centro de tratamiento. Otro de los principales motivos se relaciona con la disconformidad de los usuarios respecto al tratamiento, mientras que hay quienes decidieron abandonar voluntariamente el tratamiento al sentir que no requieren asistir por ver mejoras considerables en su problema de adicción.

En el marco de esta encuesta realizada para evaluar los resultados de los Programas de Tratamiento y Rehabilitación del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y

alcohol SENDA, la realización de preguntas cualitativas permiten rescatar los testimonios de los usuarios para comprender los motivos de su adherencia, así como también del abandono de sus tratamientos. Identificar estos motivos permite precaver la valoración del éxito de este tipo de programas y, su vez, poder mejorar el diseño estructural de los tratamientos a futuro.

17. Anexo estudio cualitativo: Población Adolescente infractora de ley

17.1 Línea de base

Dadas las dificultades para acceder a la población de infractores adolescentes a través de la aplicación de encuestas[305] se decidió realizar un sub-estudio cualitativo. Este se logró a partir de la realización de 20 entrevistas a adolescentes infractores de ley en Programas Ambulatorios Intensivo[306] y 7 terapeutas de centros con convenio SENDA[307]. La metodología utilizada fue análisis cualitativo del discurso de los participantes a través de entrevistas semiestructuradas. La información fue recolectada por una grabación de sonido y luego transcrita y codificada para su análisis.

El objetivo de este sub-estudio reconoce la dimensión temporal de la evaluación, por lo que en el presente informe se exponen los resultados propios de la línea base. Este corresponde al primer punto para una posterior comparación, que se enfoque en mostrar la progresión de los jóvenes participantes y así evidenciar distintos elementos que pudiesen influir en la adherencia al programa de tratamiento.

En este sentido, se buscó dar cuenta de las trayectorias, contexto, motivaciones y percepciones sobre los terapeutas y el programa. Para el caso de los terapeutas, se buscó enfocar la entrevista realizada en aquellos factores que considerasen influyentes en la adherencia de los participantes y a la hora de establecer el vínculo terapéutico.

De esta manera, los resultados se estructuraron en tres apartados. El primero, se enfoca en las características generales de los terapeutas, de sus trayectorias y reflexiones generales sobre su formación académica y experiencia laboral. El segundo, caracteriza a los usuarios participantes de este estudio, abordando aspectos como sus redes sociales y su consumo de drogas. Finalmente, un tercer apartado aborda aspectos ligados a la adherencia al tratamiento y al vínculo entre terapeuta y participante.

Características de los terapeutas

Los terapeutas entrevistados se encargaban de la terapia psicológica de los usuarios participantes del estudio, siendo psicólogos de profesión. Al mismo tiempo, todos realizaban una reflexión en torno a su experiencia profesional y académica al momento de posicionarse con una opinión sobre las distintas necesidades y actitudes para afrontar la instancia de terapia individual. En general, tenían una opinión crítica sobre su formación académica, aludiendo a la discordancia entre lo enseñado y la realidad del trabajo con adolescentes infractores, principalmente referido al motivo de consulta para dar inicio y encausar el tratamiento, situación que no ocurriría en el trabajo con población adulta.

> *"Mira, en realidad los adolescentes que vienen a un programa ambulatorio, la mayoría no tiene un motivo de consulta, y a ti en la universidad te enseñan casi que tú tenís que trabajar el motivo de consulta del paciente, y acá casi que tenís que inventarlo, construirlo con él, porque ellos vienen obligados la mayoría" (María, terapeuta. Extracto de entrevista.).*

[305] Los comités de ética que aprobaron el estudio pidieron un asentimiento activo por parte de los padres de los adolescentes infractores. Esto impidió acceder a esta población ya que muchos poseen padres y madres que, por ejemplo, no saben que están actualmente en tratamiento o no les importa el proceso terapéutico de sus hijos. Se logró encuestar a 17 adolescentes en 3 de los 4 meses de terreno, por lo que se optó por un estudio cualitativo en lugar de uno cuantitativo para esta población.

[306] Los criterios de admisibilidad fueron los siguientes: (i) máximo tres meses desde el momento de ingreso al programa, y (ii) sustancia principal cocaína, pasta base o benzodiacepinas.

[307] Se realizó un muestro intencionado de intensidad, estableciendo un máximo de 5 usuarios y 2 terapeutas por centro.

En este sentido, si bien en muchos casos se valora lo aprendido en la formación universitaria, se resalta la poca utilidad de lo enseñado al momento del trabajo con adolescentes infractores, por lo que existiría un vacío de enseñanza para el trabajo con este tipo de población.

Sumado a lo anterior, los terapeutas entrevistados se caracterizan por enmarcar su trayectoria desde distintas experiencias. Solo uno de estos poseía una sólida experiencia en el trato con adolescentes en distintos contextos, mientras que las experiencias que más se resaltaron en todos los casos fueron aquellas basadas en un enfoque comunitario.

> *"Mira, ehm, siento que la experiencia de trabajar como más en desarrollo comunitario fue mucho más enriquecedora, estar en contacto con la gente, estar en un territorio que era complejo, que al principio, a uno igual le da un poco susto, como que era conocer un poco este tema de estar inmerso en estas situaciones de riesgo, donde había mucho tráfico donde uno va caminando por las calles y habían fumaderos, entonces lo que hicimos nosotros como programas fue trabajar cómo resignificar esos espacios comunitarios, y eso resultó súper bonito" (Susana, terapeuta. Extracto de entrevista).*

Un factor común a todas las experiencias laborales mencionadas por los terapeutas entrevistados fue el contacto con personas provenientes de contextos caracterizados como complejos y vulnerables, aludiendo a su directa relación y contacto con el mundo de las drogas y el delito.

Finalmente, las distintas experiencias laborales se asociaban a la producción de distintos sentimientos por parte de los terapeutas, dónde se resaltaban algunos como la frustración o la vocación para afrontar el sufrimiento de la gente. En definitiva, se reconoce la complejidad humana del contexto en donde actualmente trabajan y en dónde han desarrollado su trayectoria laboral.

> *"Sí, me gusta el área de tratamiento, porque involucra… hay que tener vocación, ganas de ayudar, y acá desarrollas habilidades que no te enseñan en la universidad, tienes que tener capacidad de trabajar en equipo, de poder manejar… Al ser clínico, pasan muchas cosas siempre, aprender a trabajar con el sufrimiento de la gente, lo que es sumamente complejo, se convierte en un desafío, cómo uno se posiciona para poder trabajar con historias dolorosas, de sufrimiento, crónicas, muchas veces transgeneracionales" (Renato, terapeuta. Extracto de entrevista).*

Ahora bien, la percepción de los usuarios sobre los terapeutas no posee mucha elaboración o profundidad. Esto es esperable, ya que los usuarios entrevistados están recientemente ingresados al programa, por lo que conocen a sus respectivos terapeutas hace muy poco tiempo. Específicamente, se habla de la relación con la terapeuta con frases cortas y concisas, como "todo bien" o "super bien, entre otras.

> *"E: Y ¿Qué impresión te dio la psicóloga? R: No, muy buena onda*
> *E: ¿Buena onda? R: Sí*
> *E: ¿Fue cariñosa contigo? R: Sí, todo bien" (Juan, usuario. Extracto de entrevista).*

Características de los usuarios

En términos generales, los terapeutas califican a los usuarios como personas que han sido constantemente vulnerados, y estigmatizados desde sus familias y contextos inmediatos. Al mismo tiempo, se reconoce la complejidad en la cual se desenvuelven desde pequeños, estando en contacto con el ambiente del crimen y las drogas desde temprana edad. Lo que se sumaría al hecho de que no estarían siendo adherentes en ningún espacio. En este sentido, desde los terapeutas se resalta la historia y contexto del cual provienen y donde se encuentran en la actualidad los adolescentes, aproximándose a entenderlos como cualquier otro adolescente, a excepción del hecho de haber crecido en un contexto como el que describe la siguiente cita:

> *"estos adolescente que cometen delitos, no hacen diferente a cualquier adolescente, son iguales, el rollo es que estos cabros tienen historias de vulneración de derechos crónica, hay disfuncionalidad severa en las familias, hay historias de transgeneracionalidad, historias de daño y valoración positiva de la conducta delictual, quizás hoy en día, los papás no están dedicados al delito, pero sí estuvieron en la cárcel, cometieron un delito, tenemos hartos usuarios que sus familias han sido que tienen familias generaciones para atrás, con convicción de delito, con consumo de alcohol y drogas, con presencia de violencia intrafamiliar" (Renato, terapeuta. Extracto de entrevista).*
>
> *También poder entender y estar súper claro el perfil de usuario que tenemos, son chicos que no son muy adherentes a ningún espacio (Susana, terapeuta. Extracto de entrevista).*

Redes de apoyo

Ahora bien, desde la perspectiva de los mismos usuarios, en general se observan diferentes apreciaciones sobre las relaciones familiares. En algunos casos, los entrevistados reconocían una mala relación con sus familiares, dando cuenta de que no les importaba su vida. Esto en algunos casos se materializaba en abandonos efectivos, sin embargo, la opinión más común en estos casos fue como lo descrito en la siguiente cita:

> *E: ¿Ellos saben que estás viniendo para acá? A: Les da lo mismo, no están ni ahí, venga o no venga me retan igual. (Pedro, usuario. Extracto de entrevista).*

En los casos donde se hablaba de una relación familiar saludable, se expresaba un apoyo a la asistencia al tratamiento. Sin embargo, no se ahondaba más allá en dicho apoyo, caracterizándose solo como un recordatorio de asistencia al tratamiento.

> *"E: ¿No? ah ya. Oye ¿y tus familiares saben que estai en tratamiento? B: Sí.*
> *E: ¿Tu mamá, tus tías y abuelo? B: Sí.*
> *E: Buena, ¿y qué opinan que estis acá? B: Me dicen que venga cuando ven que no vengo, porque no me gusta a mí" (Bernardo, usuario. Extracto de entrevista).*

Por otro lado, se pudo observar la ausencia de amistades en la mayoría de los casos. En general se manifestaba la soledad o la poca presencia de amistades, las cuales en general se formaban en el barrio o en la calle. En cuanto al apoyo de los amigos, todos los que pudieron elaborar un poco más profundamente sobre su relación constataron diferentes nociones de apoyo desde sus amigos, desde el fomento a asistir al programa, al ver cómo éste le ayudaba al usuario en cuestión, hasta el molestarlo por asistir al programa en modo de broma.

"E: Claro, sí, cierto. Buena, buena, y oye, ¿me puedes hablar un poco de tu grupo de amigos, por ejemplo? R: Es que no tengo amigos así con los que esté todos los días porque son siempre distintos, pero los que más me junto es un amigo, Luis, el Maxi, como amiga podría ser mi polola.
E: Claro, ¿y qué onda ellos, de dónde los conociste? R: De ahí del sector po" (Braulio, usuario. Extracto de entrevista).

"E: ¿Te apoyan? M: Sí, pero lo toman a chiste, se ríen. Pero yo me río de ellos que todavía están ahí, atrapados los hueones." (Jorge, usuario. Extracto de entrevista).

Consumo de drogas

El inicio del consumo de drogas, por lo general de describió en el contexto de compartir con amigos o con grupos de personas mayores que conocían en la calle, siempre relacionadas al ambiente del delito o del narcotráfico.

"E: ¿Y siempre le haciai al nevado? G: Al nevado.
E: Ya, ya, bueno. ¿Y con quién empezaste a consumir? Me dijiste que eran… G: Unos mayores, sí po.
E: ¿Y qué conociste como por ahí no más? G: No po, que eran, como por decirlo así, amigos de la familia.
E: Ah, ya.
G: Que andaban en el, en el ambiente, como se dice, andaban robando, andaban metidos en las drogas, todas esas cuestiones, y bueno, yo era cabro chico, me subían al auto, y yo donde era más avispao me hacían irme en volá." (Gerardo, usuario. Extracto de entrevista)

Sumado a esto, se resalta la facilidad del acceso a la droga. Cómo lo señala Tabita en la siguiente cita, la oportunidad de drogarse se encontraba a la vuelta de la esquina y en cualquier situación. La cita deja entrever aquello resaltado por los terapeutas cuando mencionan el constante contacto con ambientes de consumo. Estos adolescentes viven en un contexto que les facilita e incluso promueve el consumo de drogas, tal como se menciona en la cita, el acceso es muchas veces gratuito, dónde no solo los vendedores, sino que también los amigos o conocidos financiarían el consumo de otras personas.

"O tus amigos de repente, mis amigos no fuman pasta, pero andan en la volá de los saques y salir a la calle 'oh, estamos jalando, vamos', altiro, muy fácil. Vai a buscar a un amigo, no sé po, para fumarte un pito piola, y están jalando, entonces es súper fácil encontrar la droga en todos lados allá, te la fían, te la regalan, la gente te invita, entonces es muy fácil regalar allá, es cosa de salir a la calle y encontrarlo no más, a cualquier hora." (Tabita, usuario. Extracto de entrevista).

Una parte importante del acceso al consumo de drogas está dada por la presencia de consumo en las personas con las que el usuario convive. Esto no porque sus familiares le faciliten la droga, sino por el hecho de la normalización del consumo que implica que la figura de autoridad del hogar u otra dentro del mismo consuma drogas. Esto se resalta bastante desde los terapeutas, apareciendo también en entrevistas con los usuarios.

"E: A ver, deja revisar esto. Ah, y cuándo vivías con tu mamá, ¿cómo era el día a día? ¿consumías con ella? R: No, ella consumía por ejemplo en el segundo piso, y yo abajo, pero escondido.

E: ¿Y ella no sabía? R: Primero no sabía, después empezó a sospechar porque me vio más flaco.
E: ¿Y cómo fue cuándo se enteró? R: Ella no podía hacer nada porque ella igual consumía.
E: ¿no te retó, nada? R: Si igual me retó sus primeras veces, pero después como que se resignó." (Juan, usuario. Extracto de entrevista).

Sumado a esto, las motivaciones para seguir consumiendo en general mencionaban como principal razón el gusto por la sensación de drogarse, sumado a la necesidad de hacerlo debido a la adicción que conlleva el consumo. Sin embargo, a continuación se presenta el caso de Paloma, quien profundiza un poco más en el por qué le gustaba tomar pastillas.

> "M: ¿Esa vez fue con amigas? J: Sí. Después me empezó a gustar las pastillas, tomaba y me iba pal colegio, me tomaba como 4 y me borraba, el día pasaba rápido, eso es lo que a mí me gustaba, porque a mí no me gusta ir al colegio." *(Paloma, usuario. Extracto de entrevista).*

Tal como menciona la entrevistada, el hecho de tomar pastillas implicaba un alejamiento de realidad que no le gustaba. En un intento por evadir sensaciones no gratas, la droga emerge como una solución que, para el caso de Paloma, le serviría para abandonar una realidad dónde no se siente a gusto.

Si bien algunos entrevistados no percibían su consumo como algo peligroso o con un posible daño para su salud, muchos de estos sí podían identificar algunos problemas derivados del uso de drogas. Las peleas familiares o callejeras producto del ánimo alterado, mientras que otros entrevistados mencionaban cambios en la contextura física o haber abandonado actividades recreativas.

> *"E: ¿cómo qué tipo de problemas familiares, así como específicamente, o en la calle? R: Por ejemplo, por el último que llegué, o sea, por lo que llegué aquí fue porque a mi papá le levanté la mano cuando él me pegó, y me mandaron al calabozo, y lo otro, problemas en la calle, nada po, peleas por ejemplo, de repente, que se asoman, po. Por ejemplo, si yo no estoy así alterado por las pastillas hay cabros que sí, que andan alterados." (Braulio, usuario. Extracto de entrevista).*

En este sentido, nunca aparecieron los conflictos con la ley como uno de los problemas causados por el consumo, ni se comentaron de manera conjunta.

> *"E: Oye y ¿otros problemas consideras tú que te causó el consumo? R: No, ni uno porque yo siempre he estado metido en el ambiente del delito. Y yo creo que ni uno po, que ni un consumo me hizo meterme más en la de andar robando, de portarme mal, no, siempre fui así.*
> *E: Ah, ya. ¿O sea tú creis que son cosas por separado? R: Sí." (Gerardo, usuario. Extracto de entrevista)*

Para el caso de Gerardo es posible apreciar esta separación de manera literal. Sin embargo, para el resto de los usuarios entrevistados la separación entre delito y consumo era posible de inferir en el transcurso de la conversación, dónde se mencionaban como eventos aislados en sus vidas, nunca relacionándolos. La excepción a esta afirmación se da para el caso de algunos usuarios que el delito de tráfico los llevó a que los derivaran a tratamiento de drogas.

Sobre la adherencia y el vínculo terapéutico

Para abordar la temática de la adherencia y el vínculo se considerarán perspectivas generales, así como otras que refieren a factores específicos, dentro de lo mencionado por ambos tipos de usuarios. Estas perspectivas refieren a aproximaciones para afrontar la terapia de manera general, como a la mención de diferentes motivaciones, dificultades y facilitadores dentro de la formación del vínculo entre usuario y terapeuta y en relación con la adherencia al tratamiento.

-Aproximaciones generales para realizar terapia

Entre las aproximaciones generales para afrontar la situación de terapia los terapeutas relatan que lo principal es aproximarse a las necesidades del usuario de manera que se flexibilicen las actividades hacia sus necesidades. Esto se resalta como central principalmente porque este tipo de personas no responderían bien a ambientes rígidos, dónde generarían rechazo, sino que se facilita el tratamiento y el inicio de las diferentes actividades de fidelización acomodando la terapia a los gustos del participante.

> *"está primero lo que él quiere, nosotros no vamos a imponerle las cosas, las devoluciones van para las personas respecto a lo que pidió, se hacen planes de trabajo en relación a eso, evaluaciones de plan de acción en relación a eso, todo va enfocado a las metas del usuario" (Yolanda, terapeuta. Extracto de entrevista).*

Este enfoque incluye la reducción de daños, dónde muchos adolescentes habrían respondido de manera negativa a la exigencia de lograr la abstinencia, mientras que, a juicio de los terapeutas, responden mejor a la reducción de daño del consumo, concientizando sobre los distintos efectos de las drogas e intentando bajar el nivel de consumo que llevan. Además, se mencionan aspectos como el enfrentar aspectos que al participante le interesen y flexibilizar el espacio de la terapia, abriéndose a intervenciones en terreno.

> *"La marihuana los chiquillos les llaman la fina, que es la natural, no siento que tenga tanto impacto, dependiendo de la edad que tenga, porque si un chico comienza a consumir a los 10 años, los efectos los vas a ver a los 14 o más temprano, depende de su etapa de desarrollo. Hay otras drogas más complejas, como pasta base, cocaína y ahí es distinto, ojalá entregarte todas las consecuencias y que es preferible no hacer, puedes encontrar otras cosas para darte lo que te está dando esto. Uno se enfoca en esas cosas, no es como decir ah ya ok, tú quieres seguir consumiendo coca, entonces cada vez que jales lávate la nariz, uno busca otras cosas" (Yolanda, terapeuta. Extracto de entrevista).*

Finalmente, otro aspecto general desde la perspectiva de los terapeutas, para enfrentarse a realizar la terapia con los adolescentes es afrontar la relación entendiendo que se trata de un ser humano, con su propia historia, con sus propios problemas, virtudes y defectos.

> *"yo creo que nunca perdiendo, nunca olvidándose de que uno está al frente de una persona, un ser humano, que tiene opinión, que tiene historia, yo creo que nunca perder, ese digamos, no hay que perder como ese norte, no, de que, quien está al frente mío es un ser humano, que tiene su historia, pese que a lo mejor es más joven, pero no olvidarnos de eso" (Susana, terapeuta. Extracto de entrevista).*

Esta aproximación se materializa en el trato con cariño, generando un ambiente donde los participantes puedan sentirse acogidos.

"Totalmente, es un trato amable. Como son adolescentes, también es un trato muy amoroso, hay harto tacto, los adolescentes son más de piel, quieren un abrazo, y eso uno se los puede dar acá." (Patricia, terapeuta. Extracto de entrevista).

-Sobre la adherencia

En cuanto a la adherencia y el abandono del tratamiento, los terapeutas ubican como un factor central a la familia del participante. Mencionan que debe existir un apoyo real de las familias e incluso sugieren en algunos casos que formen parte del tratamiento. Este apoyo real es entendido como un apoyo positivo, ya que en muchos casos el apoyo se materializa en que acusan al adolescente con el centro cuando escoge no ir o lo incriminan directamente.

"No hay contacto con las familias, no hay adultos responsables. Cuando podemos trabajar con las familias, nos da la esperanza de poder en contar al chico, pero si no hay contacto, la mamá no nos quiere recibir, la chica no aparece, es más complejo" (Patricia, terapeuta. Extracto de entrevista).

En este sentido, una de las críticas al sistema de tratamiento en general es el hecho de que falta trabajo con las familias para complementar el tratamiento del adolescente, resaltando la utilidad del trabajo en red para tratar esta arista del problema, pese a que también se resalta que debiese ser mayor, para poder abordar otro tipo de situaciones.

"*Cuando hay este tipo de situaciones nosotros tenemos la posibilidad de poder derivarlo a, en este caso al COSAM, como familia, para que hagan terapia como familia, entonces yo creo que eso nos facilita también, el poder tener esta red donde tenemos la posibilidad de poder derivar a estas familias que obviamente ellos acepten, de poder hacer una terapia familiar, y paralelamente nosotros trabajamos con el joven acá." (Susana, terapeuta. Extracto de entrevista).*

"La otra pata comunitaria es el trabajo de red, yo entiendo que es necesario el apoyo de otro espacio o instituciones, porque si no, esto queda como… sea hace necesario reforzar el cambio por todos lados, si está metido en el colegio, hay que trabajar con el colegio también, si está metido en alguna actividad deportiva, la idea es poder vincularse con el grupo deportivo, involucrar a todos los actores." (Renato, terapeuta. Extracto de entrevista).

Sumado a esto, otro aspecto que surgió como central desde los terapeutas para la adherencia o abandono de los participantes fue el nivel de compromiso delictual que tuvieran. Esto reflejado en cuan normalizado tenían las acciones delictuales o cuan enfocados estuvieran en la carrera delictual. Esto se vuelve relevante en el momento que señalan etapas dentro de los procesos de judicialización que estarían contribuyendo al incremento de este compromiso.

"T: También cuando caen detenidos nos embarra mucho, incluso cuando hay un trabajo, los chicos vuelven más destructivos y nos cuesta mucho volver a retomarlo, vuelven con más ganas de infringir la norma, se hacen amigos, compañeros.
E: ¿Cuándo se los llevan detenidos o entran en cana?
T: Cuando están una noche, cuando están en CIP en un sistema cerrado, o incluso cuando están un mes en investigación o en Incumplimiento, un mes adentro de castigo y vuelven a salir, también. Hay chicos que ya no vuelven" (Patricia, terapeuta. Extracto de entrevista).

Esta situación también se potencia cuando las familias y su contexto inmediato se encuentran involucradas en el delito o en el consumo de drogas, contribuyendo a la normalización de ambas por el adolescente y dificultando los avances que pudiera estar teniendo. Julia, una terapeuta inventa un ejemplo que puede parecer inocente, pero que refleja la simplicidad en la que el contexto puede estar influyendo en el proceso de tratamiento del individuo:

> *"entonces, difícil, aporte, donde viven, donde consumen en cada esquina, imposible, o sea, tú entrevistaste a Raúl, Raúl siempre me dice 'tía, yo no puedo salir de aquí, consumen en todos lados, venden en todos lados, ¿cómo voy a salir adelante?' puede ser una excusa, pero en cierto modo igual tiene razón." (Julia, terapeuta. Extracto de entrevista).*

El último factor mencionado por los terapeutas como influyente en la adherencia o abandono del participante al tratamiento es el hecho de que no le ven sentido al participar de dicha instancia, que no es su momento para hacerlo o no se han dado cuenta de poseer un problema. Esto tiene que ver con los distintos niveles de permeabilidad al discurso del tratamiento de drogas, que dependerían de que tan problematizado tenga el consumo el adolescente. En general, los terapeutas mencionan que aquellos que aún no le ven el problema al consumo son aquellos que menos estarían adhiriendo a este espacio.

> *"Ehm, yo creo que… los factores más comunas de por qué abandonan el programa… mm… porque no logran, primero, problematizar el consumo de drogas, ya, porque… a ver… porque en el fondo, cuando un chiquillo adhiere a un programa es porque ya casi que está tocando fondo con el consumo de drogas, ya, es un chiquillo que está consumiendo pastillas, que a veces consume pastillas, que comete un delito con pastillas, pero que no la consume todos los días, no cierto, él todavía no es consciente del daño, entonces" (María, terapeuta. Extracto de entrevista).*

Esto tiene que ver directamente con las motivaciones que tengan los usuarios para participar del programa. Existiría una menor posibilidad de adherencia cuando el motivo de asistencia al tratamiento es la sanción judicial, sobre lo cual la misma María nos comenta:

> *"Mira, es que no es su momento… cada uno tiene su momento acá, puede estar tres veces acá y no va a ser su tiempo, va a llegar seguramente en un par de años más y ahí va a ser su momento, ahora él no quiere, él viene obligado para acá, y cuando uno viene obligado es desgastante para el equipo y para él, y yo le digo "yo sé que tú venís obligado, es fome venir obligado a algún lado. Es fome estar con la mamá esperándote ahí que te atiendan" (María, terapeuta. Extracto de entrevista).*

Incluso, desde la perspectiva de los mismos usuarios es posible entrever que, de no existir un mínimo de motivación personal por asistir al programa, simplemente no sucedería.

> *"Nah, si yo no quiero no vengo, no vengo no más po. Yo hoy día quería venir por las mías po, si yo llamé a mi mamá diciéndole que tenía que venir hoy día. Si ayer salí, ayer fui pa un río con unas amigas y unos amigos, y quedé todo quemado y no quería hacer nada hoy día, y de repente despierto, desperté tarde, como a la una, 'uh', dije, 'verdad que tenía que ir al [nombre centro], me bañé al tiro, llamé a mi mamá, tengo que ir pa allá, y ahí vine pa acá, vine por las mías no más." (Aurelio, usuario. Extracto de entrevista).*

Siguiendo con la perspectiva de los participantes, estos identifican variados elementos como dificultades para mantenerse en terapia. Entre estos se encuentra la compatibilidad con el trabajo o el colegio, lo cual les pone restricciones horarias e implica un cansancio mayor. Un segundo elemento mencionado sería la dificultad para abrirse en las conversaciones, diciendo que no les gusta que les pregunten tantas cosas o tantas veces lo mismo. Un tercer elemento, que es que más mencionado, es la dificultad para dejar la droga, mencionando los elementos contextuales revisados anteriormente. Respecto de estos factores los participantes:

> *E: Sí po. Y, ¿cuáles creís que son las cosas que más te va a costar para seguir viniendo y para lograr lo que querís lograr? R: De costarme de venir para acá, nada, solamente el trabajo no más, que tengo que cumplir los reglamentos del jefe, y pedir permiso, y si algún día tengo que venir para acá avisar con anticipación. (Roberto, usuario. Extracto de entrevista).*

> *E: Como de repente, si te preguntan algo, o te cuesta abrirte… R: Sí, de repente me cuesta abrirme en algunos temas como de problemas, así, cuando empiezan a hablar. No soy tan así de… E: ¿Cómo problemas familiares o algo así? R: Eh, cosas así, igual, soy como más cerrada. (Damaris, usuario. Extracto de entrevista).*

> *R: ¿los mayores desafíos para mantenerme aquí? E: Claro, como, qué es lo que crees que es lo que más me te va a costar. R: Yo estoy aquí por la droga, por eso no más, es lo que estoy viendo con mis desafíos, hoy en día es dejar la droga. (Fernando, usuario. Extracto de entrevista).*

Finalmente, en cuanto a la relación entre la derivación legal y la adherencia al tratamiento, cuando se les pregunta a los adolescentes ¿Si es que no te hubieran derivado, hubieras ingresado a tratamiento? La mayoría de las personas respondió que no. Sin embargo, no mencionan que el hecho de sentirse obligados a asistir al programa les afecte la motivación, sino que, una vez dentro desarrollan el gusto por el tratamiento.

> *E: Y, oye, ¿tu creís que hubierai ingresado a este tratamiento si no te hubiese derivado el tribunal? R: No.*
> *E: ¿Y te influye como en tus ganas de venir para acá que te hayan derivado desde el tribunal? R: O sea, no, no me influye, igual me gusta venir, igual me gusta venir acá, sí po. (Alexis, usuario. Extracto de entrevista).*

Pese a esto, los usuarios entrevistados no se refieren a las motivaciones que tienen para mantenerse en tratamiento cuando se les pregunta directamente, sino que estas aparecen cuando la conversación gira en torno a los cambios que ellos mismos observan en su vida y las expectativas que tienen sobre continuar en el programa; temática que se abordará a continuación.

-Cambios y expectativas sobre el programa de tratamiento

Cuando se habla sobre los cambios producto del tratamiento que pueden ver los mismos usuarios, estos lo entienden como un cambio de mentalidad, donde se dieron cuenta y ellos mismos tomaron la decisión

de cambiar aquello que plantean como un problema al inicio del tratamiento, mientras que al programa se le percibe como una ayuda esencial para lograr este cambio.

> *"No sé po, que igual que las personas con las que me atiendo, como que una persona por ahí me dicen una cosa, y como que las otras personas me dicen otras cosas, y como que ahí, como que trato de comprender lo que me dicen, pero en el sentido mío así, por decirlo así, como que me están ayudando, como que quieren algo bueno pa mí po." (Gerardo, usuario. Extracto de entrevista)*

En general, los cambios percibidos por los participantes son múltiples, sin embargo, todos los que reconocen algún cambio producto del tratamiento mencionan el que les ha ayudado a dejar las drogas de alguna manera, no siempre en su totalidad.

> *"R: yo vengo porque me gusta, y porque encuentro que de verdad me ayudan. Y hasta el momento, los meses que llevo, ahora, veo un avance, en mí.*
> *E: ¿Y en qué has sentido tú ese avance? R: Que me he salido de las drogas po, las conversaciones con los psicólogos me han servido" (Tabita, usuario. Extracto de entrevista).*

Sumado a esto, en cuanto a lo que se espera del futuro, todos los usuarios entrevistados tenían algún tipo de expectativa de lo que sucedería durante el tratamiento. Todas estas se desarrollan con los distintos cambios que esperan lograr y cómo esperan que el tratamiento ayude en dichas metas. Muchas de estas esperanzas tratan sobre dejar el consumo, evitar recaer, sentirse bien, pero también sobre cambios un poco más simples, como buscar trabajo, terminar el colegio e incluso mejorar las secuelas que deja la droga.

> *"Yo creo que es pa que yo cambie y deje las drogas, una, y dos, no sé, pa sentirme bien conmigo mismo, no pensar en matarme o cosas así, porque en esta edad uno igual piensa así po, cuando uno se frustra uno igual piensa así, mal" (Manuel, usuario. Extracto de entrevista).*

Finalmente, la mayor noción de efectividad del tratamiento es cuando se les posiciona en un escenario hipotético en el que nunca hubiesen entrado al programa. La respuesta al ¿Dónde estarían? O ¿Qué estarían haciendo? En general fue una progresión de su situación anterior, por lo que los participantes creían que seguirían consumiendo, estarían presos, embarazadas o seguirían robando.

> *"E: No, esa de que si no hubieras ingresado a tratamiento, en qué estaríai.*
> *R: Pucha, es que hubiera estado en tantos lados, sabe uno. Quizá estaría bien, quizá estaría no sé… quizá estaría hasta embarazada (…) Y uno drogado igual la vende de repente, entonces quizá podría estar embarazada, quizá podría estar en la calle, cochina, o quizá estaría con mi familia en la casa y no me hubiese dado cuenta de nada." (Tabita, usuario. Extracto de entrevista).*

-Diferentes estrategias para generar el vínculo

Desde la perspectiva de los terapeutas las diferentes estrategias para generar el vínculo con los usuarios se basan en el principio general de moldear la terapia según las necesidades y deseos de mejorar del usuario, tal como lo vimos al inicio. Dentro de esta idea de flexibilidad se encuentra el identificar y desarrollar las variadas potencialidades de los usuarios, entregando pequeñas sensaciones de logro para que se ponga manifiesto el avanza paulatino que tiene el usuario.

> *"él llegó, no quería nada, él venía de semi-cerrado, entonces no quería nada y cuál fue mi estrategia fue poder apoyarlo en otras áreas, por ejemplo, en su tema… porque él es muy pobre, venía de una familia que no tiene recursos, entonces, fuimos viendo, por el tema de los horarios y todo, entonces yo le decía, este cabro no come nada, o sea, mientras estamos hablando, está muerte de hambre, pese que viene del semi-cerrado y que lo único que come es el desayuno en la mañana y de ahí no come durante todo el día, entonces lo empecé a citar como a los horarios de almuerzo y mientras almorzábamos, conversábamos, de repente si poníamos la tele, porque ahí hay una tele, qué opinaba en relación a tal noticia y así empezamos, como desde lo más variado, hasta que empezamos a llegar a estos puntos más críticos que tiene que ver como con su historia, que era como además bien celoso de profundizar en su historia, y ahí, y además descubrimos de que él tenía harta sensibilidad con el tema de arte, como de las manualidades, entonces ahí le hablé de la Flavia que es una terapeuta, o sea, una tallerista que tenemos, ella es una japonesa y que justamente hace manualidades po, y a él le encantó, o sea, no se perdía taller, entonces, mientras además trabaja con la Flavia, él también va hablando algunas cosas, así que yo creo que eso también ha servido harto" (Susana, terapeuta. Extracto de entrevista).*

En la cita expuesta se logra ver la estrategia de Susana, la cual aborda el trato con un participante desde el fomento a realizar aquellas actividades que le gustan, intentando resolver los problemas inmediatos que presenta para combatir la situación de que en un principio se encontraba bastante reacio al tratamiento, logrando ir poco a poco abriendo la discusión a temáticas más complejas. Este trabajo implica el ir respetando los tiempos y límites que ponen sobre la mesa los mismos usuarios, tomándose con sensibilidad y delicadeza el trato y, a medida que se avanza en la confianza y vínculo con el participante, comenzar a exigirle un poco más. En términos generales, las estrategias de los terapeutas para generar el vínculo con los participantes implican la versatilidad en el trabajo y la innovación en las aproximaciones emocionales hacia los participantes, siempre desde la lógica del respeto, de la empatía, del interés y de la validación de la opinión del usuario como algo central para poder establecer un vínculo que fomente la adherencia al tratamiento.

Desde la perspectiva de los usuarios, en general, no se profundiza demasiado sobre las relaciones con los terapeutas, se califican como buenas o como que todo va bien. Pese a esto, quienes si profundizaron sobre la relación con su terapeuta resaltan la dificultad para relacionarse abiertamente con estos en un principio, específicamente, para conversar abiertamente de sus problemas con esta persona, desconocida en un inicio. Sin embargo, a medida que se construye la confianza mencionan que se vuelve más fácil hablar y valoran el esfuerzo, la dedicación, el trabajo y la postura que no juzga sus acciones.

> *"E: ¿Oye y cómo fue el momento en que conociste a Gabriela? R: No, igual difícil porque es una persona a la que nunca había visto y te preguntan hartas cosas, y uno como que igual le gusta así soltar, pero igual después con el tiempo se hizo una confianza, yo vi que me querían ayudar, entonces, me dejé no más po." (Tabita, usuario. Extracto de entrevista).*

Además de esto, existe una valoración positiva de las dinámicas de terapia, en cuanto a que se basen en actividades adaptadas a las necesidades de los participantes. Esto se refleja en la siguiente cita, dónde se demuestra agrado por el cambio de la realización de la terapia individual desde el box hacia colchonetas en el exterior:

E: Marcela, ¿y con ella te has llevado bien? R: Sí, en de nantes incluso estábamos hablando así, tiró unas colchonetas ella.
E: Buena, ¿y se echaron un rato? R: Sí po, y ahí estábamos conversando.
E: Buena, bacán, ¿y te gusta que sea así? ¿o cambiarías alguna cosita? R: No, me gusta que sea así…
E: Como relajado… R: Relajado, claro. Que no… así no, no presionar tanto a los que están, a los que vienen po. (Damaris, usuario. Extracto de entrevista).

Conclusiones enfoque cualitativo

A modo de conclusión, es preciso resaltar el rol del contexto, aspecto que mencionan tanto terapeutas como participantes, como obstaculizador tanto del desarrollo del vínculo como de la adherencia al programa. En este sentido, el hecho de que estos adolescentes se relacionen constantemente con un contexto relacionado a la droga y el delito, que tengan relaciones familiares producto de vulneración de derechos y violencia por generaciones, vendría a determinar la vida de estos adolescentes. Esto vuelve relevante la consideración de una visión comunitaria en las intervenciones, principalmente desde que se identifica la falta de trabajo en red para entregarle una visión amplia que considere el contexto donde se ubica el usuario, sumando la posibilidad de llevar la terapia al terreno.

Por otro lado, se le entrega un papel central a la flexibilidad de los terapeutas (al aplicar las actividades del tratamiento en el establecimiento del vínculo terapéutico y en el fomento de la adherencia al programa). Esto lleva a reflexionar sobre la forma en que se piensan institucionalmente los programas y la formación universitaria de los profesionales que luego serán terapeutas. Se debería tener en cuenta la necesidad de moldear el tratamiento hacia las necesidades y potencialidades de los usuarios, tanto desde la formación de los profesionales como en la focalización de los recursos de infraestructura para los programas de tratamiento, pudiendo beneficiar la manera en que los nuevos terapeutas afrontan un contexto complejo y las posibilidades de desarrollar de manera adecuada el inicio de la terapia.

Al mismo tiempo, sobre la obligatoriedad del tratamiento y para propiciar la motivación personal en el participante (identificado como esencial a la hora de la asistencia al tratamiento) parece necesario introducir cambios en la forma en que se les informa del programa de tratamiento a los usuarios, de manera de resaltar las distintas experiencias de cambios positivos, no necesariamente relacionadas con el consumo, dado que se resaltaron estos cambios como los principales motivadores de la adherencia al tratamiento. Resaltar las potencialidades de desarrollo, entregarles mensajes orientados a ubicar a los usuarios como los actores principales de su propio cambio y proponerles una alternativa donde se sentirán acogidos, escuchados y validados puede hacer la diferencia en que el tratamiento se integre como una decisión personal más allá de una obligación legal.

Finalmente, estas conclusiones deben entenderse como preliminares, ya que están sujetas a profundización y modificación con el desarrollo del estudio en el tiempo, lo que entregará elementos esenciales para comprender la experiencia de las personas estudiadas en el tratamiento.

17.2 18 meses

En el siguiente apartado se describen los principales resultados de las entrevistas realizadas en el marco del estudio cualitativo de evaluación de resultados de los Programas de Tratamiento y Rehabilitación del

Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y alcohol a pedido de la Dirección de Presupuesto (DIPRES) del Ministerio de Hacienda, para usuarios del Programa PAI-Adolescentes Infractores.

El objetivo del estudio fue realizar un seguimiento del proceso experimentado los participantes en el Programa Ambulatorio Intensivo para Adolescentes ingresados por la Ley 20.084, quienes fueron previamente entrevistados en el año 2018 en su fase inicial de tratamiento. Particularmente, se buscó dar cuenta de la trayectoria de los participantes y la evolución de sus motivaciones que los llevaron a mantenerse o abandonar el tratamiento, así como también sobre los factores de continuidad y cambio en el tiempo.

Metodología

Acorde con los objetivos de esta investigación, la literatura revisada y la operacionalización de las variables, se elaboró una pauta que permitiera aproximarse a las perspectivas, valoraciones y significados de los participantes en la realización de entrevistas semi-estructuradas. La pauta se desarrolló de manera que abordara temáticas fundamentales para el estudio, donde sus dimensiones apuntaran a indagar en el estado de vida actual de los participantes, el contexto social donde se desenvuelven y en la evolución de su percepción sobre el mismo, las motivaciones para la adherencia de los participantes al programa de tratamiento, su trayectoria en el marco de su plan de desarrollo integral, entre otros.

Considerando el contexto de crisis sanitaria actual por COVID-19, el acercamiento con los participantes y la recolección de la información fue realizada por contacto telefónico. Si bien el objetivo inicial era retomar el contacto con el total de los 20 adolescentes del programa que habían sido entrevistados en la fase inicial del tratamiento, sólo fue posible entrevistar a 3 de ellos por las dificultades de contacto con los mismos. Entre ellas, por la imposibilidad de comunicación con algunos centros de tratamiento, el abandono de participantes de sus programas, la falta de respuesta directa (tanto de participantes como de contactos alternativos), y por la inexistencia de sus números telefónicos. A continuación, se resumen los motivos por los cuales no fue posible el contacto con 17 de los participantes que no pudieron ser entrevistados:

Motivos de no contacto	Participantes
Sin contacto/ Abandono del tratamiento	8
Sin contacto con centros de tratamiento	6
Son funcionarios/as	2
Problemas personales	1
	17

Finalmente se decidió contactar a nuevos participantes ante la complejidad de recontactar a los anteriores. Como criterio de eligibilidad, los participantes debían haber sido ingresados a tratamiento por la Ley 20.084 y haber cumplido diez meses o más de tratamiento. El cambio de muestra consideró el contacto con los centros de tratamiento de la Región Metropolitana para acceder a información de estos nuevos participantes. Sin embargo, considerando el contexto el contexto actual y las dificultades de

comunicación, la respuesta de los centros se retrasó considerablemente. Por ende, sólo se pudo llevar a cabo una entrevista a los participantes de la nueva muestra. En la siguiente tabla se sintetiza la información de la muestra del estudio, donde los tres primeros son participantes a los cuales se realizó seguimiento y el último corresponde a la nueva muestra.

Entrevistas	**Sexo**	**Edad**	**Fecha**
1	Mujer	18	27/04/20
2	Mujer	19	29/04/20
3	Hombre	19	04/05/20
4	Hombre	19	22/05/20

Por último, cabe destacar que todo el material recopilado fue codificado y analizado con ayuda del software y herramienta de sistematización de información Dedoose. Se trabajó en una primera instancia a partir de los discursos de los participantes que conformaron la totalidad del material recopilado, descomponiendo y reorganizando los datos según indicadores representativos de los principales temas abordados en las entrevistas y según el planteamiento teórico y metodológico del estudio. Los códigos fueron creados previamente a partir de la operacionalización del estudio, y a partir de ellos se identificó contenido significativo sobre los cuales se efectuó el análisis.

Resultados

Las entrevistas realizadas a los usuarios adolescentes tuvieron por objetivo indagar en sus experiencias y trayectorias en sus planes de tratamiento y rehabilitación. Particularmente, se buscó evidenciar su evolución desde el año 2018 cuando fueron entrevistados por última vez y hacer un seguimiento de sus casos hasta hoy. Todos los usuarios que han sido entrevistados hasta ahora continúan en tratamiento, por lo que se quiso conocer los diferentes aspectos que han influido en la adherencia de los usuarios a sus programas de tratamiento. Los principales resultados se resumen a continuación.

Sobre el estado de vida actual de los usuarios

En términos generales, los usuarios perciben que sus vidas han cambiado considerablemente desde hace un año y medio atrás cuando estaban iniciando sus tratamientos. Las principales diferencias se han dado por la disminución o abandono del consumo que hoy han alcanzado en comparación a cuando ingresaron a tratamiento, donde el consumo era mayor. Todos declaran estar estudiando y/o trabajando actualmente, lo cual alcanzaron gracias a su proceso de recuperación. Algunos de ellos están por finalizar cuarto medio o dar exámenes libres, mientras que otros ya se encuentran trabajando de manera estable.

> *Entrevistadora: Si nos podrías contar qué ha pasado en tu vida en el último año… Qué ha pasado desde esa última vez que te entrevistamos más o menos.*
> *Entrevistada: Puta ha pasado todo po'. Ahí yo era una persona que había llegado recién, tenía varios consumos, la mayoría diría yo y hoy en día, bueno a través del tiempo sí ha costado igual, pero hoy en día yo trabajo, no tengo ningún vicio que no sea el cigarro y o sea si tomo alcohol de repente, pero de manera muy lejana; cumpleaños, cosas que se festejen, ¿me entiende?*

Por último, reconocen que gracias a su proceso de recuperación en tratamiento han recuperado relaciones familiares que habían perdido en el pasado, mientras que otros señalan que han experimentado importantes mejoras. La pérdida o debilitamiento de vínculos familiares tiene su origen en el consumo desde la perspectiva de los entrevistados, lo que provoca mayores conflictos y roces en las relaciones. En este sentido, asocian la recuperación que han tenido del consumo problemático de drogas y alcohol, en el período en el que se han mantenido en tratamiento, con la mejora en sus relaciones familiares.

Percepción y participación en los centros de tratamiento

Respecto al tratamiento de manera más concreta, todos los usuarios entrevistados tienen una percepción positiva de los centros en los cuales han desarrollado su tratamiento. Sienten que los centros han sido un apoyo y una ayuda fundamental para poder superar el problema de consumo que los aqueja, particularmente por la preocupación que perciben de sus profesionales. Incluso, una de las entrevistadas señala que estar en el centro es como "estar en casa", refiriéndose a la comodidad y la confianza que le generaba poder comunicar sus problemas y recibir ayuda:

> *Entrevistadora: Ya, bueno y respecto al centro al que asistías al tratamiento ¿qué opinas sobre cómo funcionaba?*
> *Entrevistada: No, esa fue una segunda casa cuando necesita ayuda po'. O sea, demasiado bien y uno tiene apoyo de muchas partes po'. Cosa que te falte tú vas a tener apoyo: psicológicamente, físicamente, como sea.*
> *Entrevistadora: ¿Qué eran los aspectos que más te gustaban del centro? ¿Qué era lo que dirías que más te gustaba?*
> *Entrevistada: Eso que era como estar en casa, una comodidad de llegar ahí y saber que podía hablar, contar tus cosas y que te van a ayudar más que nada. Sabis que le van a encontrar una solución a tu problema.*

Cuando se les pregunta a los usuarios por aspectos negativos del centro o que consideren que se podrían mejorar, todos ellos señalan que no hay ninguno. La percepción general es que los centros han sido un gran soporte para ellos, recalcando la positiva relación que mantienen con sus funcionarios y la motivación que ellos les dan para superar el problema de consumo que los aqueja. En este sentido, evalúan que no existen aspectos negativos que los caracterizan, así como tampoco hay aspectos que se podrían mejorar desde su perspectiva.

> *Entrevistadora: ¿Hay algún aspecto que no te gustaba del centro? ¿Algo que crees que se podría mejorar?*
> *Entrevistada: No, nada, nada. Si como le digo la gente estaba súper dispuesta, así como a ayudar y es cosa de uno… yo digo uno tiene que ser muy duro, y eso que yo igual tuve mis complicaciones en un momento porque tampoco estaba muy dispuesta a cambiar, pero ellos te motivan po' y están... Si tu queri salir, ellos van ahí siempre pa' ayudarte.*

Para conocer además la participación que tenían los usuarios en los centros de tratamiento, se les preguntó por su asistencia a actividades que se desarrollaran en ellos y en conjunto a otros usuarios. La mayoría señala participar o haber participado de actividades a lo largo de su tratamiento tales como paseos, juegos, sesiones de cine, talleres de cocina, manualidades, entre otros. Son momentos que aprecian por darles un espacio de entretención y de distracción que creen no tener fuera de los centros. Algunos incluso valoran la instancia de poder compartir y conocer a otros usuarios de los mismos tratamientos que están atravesando por el mismo proceso que ellos.

Relación con terapeutas y profesionales

Tal como ya se ha señalado, la relación que los usuarios mantienen con los terapeutas y profesionales de los centros a los que asisten a tratamiento es uno de los aspectos más relevantes desde la perspectiva de los participantes. A lo largo del tratamiento, todos ellos no han estado con sólo un terapeuta, sino que con varios de ellos. En general, esto lo valoran como un aspecto positivo ya que les proporciona diferentes perspectivas para abordar sus problemas en tratamiento, aunque algunos señalan tener mayor afinidad con determinados profesionales.

> *Entrevistada: Eso que era como estar en casa, una comodidad de llegar ahí y saber que podía hablar, contar tus cosas y que te van a ayudar más que nada. Sabis que le van a encontrar una solución a tu problema.*
> *Entrevistadora: Ya, ¿y eso lo sentías por parte de los terapeutas o…?*
> *Entrevistada: Si po, yo iba allá y con la persona que me tocara yo… igual fue una base. Cada conversación con cada uno de ellos me hizo cambiar algo en mí.*

La percepción general de los participantes es que los terapeutas y profesionales han sido fundamentales en su proceso de recuperación al proporcionarles un espacio acogedor y de confianza durante el tratamiento, especialmente al compartirles detalles de sus vidas personales. Consideran que para ellos uno de los aspectos más relevantes es el vínculo que han podido establecer particularmente con sus terapeutas, señalando que, de no haber sido por ellos, es probable que no hubiesen continuado en tratamiento. En este sentido, el vínculo con los terapeutas es esencial para su adherencia al tratamiento.

> *Entrevistadora: ¿Y tú crees que la relación con los terapeutas ha influido en tu decisión de continuar con el tratamiento? ¿De no haber abandonado?*
> *Entrevistada: Obvio, obvio, cien por ciento*
> *Entrevistadora: ¿Sí? ¿Por qué?*
> *Entrevistada: Porque si no fuera por la paciencia de ellos y la vocación que tienen yo creo que no…*
> *Entrevistadora: Ya, o sea fue importante…*
> *Entrevistada: Obvio, tienen paciencia ellos. Por eso le digo, si esto va en cada persona que va al lugar y no funciona es porque no quieren no más.*

Al igual que en el caso del centro de tratamiento, cuando se les pregunta a los usuarios por los aspectos que menos les gustan sobre su vínculo con los terapeutas o qué aspectos mejorarían de él, señalan que no hay nada que cambiarían. Si bien algunos hablan sobre la dificultad que tuvieron en un principio del tratamiento para entrar en confianza con los terapeutas, o lo complejo que en ocasiones puede ser hablar de problemas personales, valoran positivamente el vínculo que mantienen con ellos. Incluso, se atribuyen a ellos mismos la responsabilidad de poder superar estas complejidades.

Cabe señalar además que los usuarios no están asistiendo actualmente a sus terapias debido a la emergencia sanitaria por COVID-19. En este contexto, algunos reconocen el esfuerzo que realizan sus terapeutas para comunicarse con ellos a pesar de no asistir presencialmente a los centros de tratamiento. Perciben esto como un gesto de preocupación hacia ellos, quienes les preguntan con frecuencia por su estado de salud, tanto física como mental, por el cumplimiento de los medicamentos que deben consumir, entre otros aspectos. Es decir, hacen un seguimiento de sus casos para no perder la continuidad del tratamiento que siguen, lo cual es valorado positivamente por los usuarios.

Relación con otros usuarios

Otro aspecto que se buscó indagar es la relación que los participantes mantienen con otros usuarios que asisten a los mismos centros de tratamiento. En general, consideran que la relación y la convivencia con otros usuarios es positiva. Algunos hablan de la importancia del apoyo mutuo que se pueden entregar entre usuarios que están atravesando por procesos similares respecto a la recuperación del problema del consumo, o de los aprendizajes que se pueden obtener de aquellos que llevan más tiempo en tratamiento que ellos.

> *Entrevistadora: ¿Conociste a otros usuarios mientras estabas en tratamiento?*
> *Entrevistadora: Sí, hartos era un apoyo mutuo de las personas que quieren cambiar, entonces bacán.*
> *Entrevistadora: (...) ¿Y cómo crees que fue el apoyo de estos usuarios también cuando estabas en tratamiento? ¿Para ti?*
> *Entrevistadora: Es que como le digo todos llegamos, así como unos jóvenes drogadictos sin rumbo en la vida, entonces nos fuimos construyendo de a poco po'. Yo… El que le digo yo, llevaba más tiempo ahí entonces igual ahí él nos aconsejaba y guiaba que era bacán salir, cuando uno estaba fuera se sentía distinto, entonces ahí nos fuimos dando como todos aportando un poco de lo que sabíamos.*

Desde otras perspectivas, la relación con otros usuarios no es un aspecto especialmente relevante. A pesar de que mantengan buenas relaciones con sus pares, no le dan mayor importancia al apoyo que pueden proporcionar. Cabe destacar el discurso de uno de los entrevistados, quien considera que vincularse con los usuarios implica estar también más próximos a las drogas. Desde su perspectiva, la mayoría cae en consumo de nuevo y, por lo mismo, decide mantener distancia de aquellas relaciones. Siente que ya no se encuentran "en el mismo escalón en el sentido de la vida" y, en ese sentido, percibe que estas relaciones podrían ser una influencia negativa para él.

Por otra parte, es posible señalar que hay quienes mantienen relaciones con otros usuarios tanto fuera como dentro de los centros, donde con algunos mantienen relaciones de amistad, mientras que otros sólo interactúan en el contexto de los centros. Pero un punto en común a todos los participantes es que todos ellos declaran haber consumido alguna vez con otros usuarios mientras se encontraban en tratamiento. Al respecto, señalan que el consumo fue realizado en otros espacios y contextos, ya que los centros tienen reglas estrictas que prohíben el consumo dentro de sus recintos.

Efectividad del tratamiento, motivaciones y expectativas

Respecto a la noción de efectividad del tratamiento, la percepción de los participantes es que para ellos ha funcionado y les ha ayudado a superar el problema del consumo. En comparación a cuando iniciaron el tratamiento, consideran que su motivación para asistir ha ido aumentando con el tiempo. Si bien algunos refieren a lo complejo que fue para ellos la asistencia a comienzos del tratamiento, principalmente por consumo, con el tiempo comenzaron a percibir mejoras. En este sentido, este sentimiento de recuperación estuvo acompañado de un mayor interés por asistir a tratamiento.

> *Entrevistadora: Claro… Oye ¿y cómo crees que el tratamiento en general te ha ayudado?*
> *Entrevistada: A mí en la vida al cien por ciento po'. Yo… como le digo a mí primero que nada me ayudaron a conseguir un trabajo y eso llevó a que yo me consiguiera un lugar donde vivir y de qué comer y todo po'. Es una puerta que abre miles más…*
> *Entrevistadora: ¿Qué dirías que es lo que más te ha gustado del tratamiento?*

Entrevistada: Que funcionó, que fue efectivo. Eso fue lo que más me gustó.

Sus principales motivaciones para asistir a tratamiento no sólo se relacionan con dejar o reducir el consumo de drogas y/o alcohol, sino que también involucra otros aspectos de su vida como es el recuperar relaciones con familiares, terminar estudios, encontrar un trabajo, cumplir metas, entre otros. En general perciben que el tratamiento les ha permitido hasta ahora cumplir algunos de estos objetivos y, por lo mismo, se sienten conformes con su funcionamiento. Si bien creen haber experimentado dificultades en el proceso, especialmente en su comienzo, se atribuyen la responsabilidad a ellos mismos y no al funcionamiento del tratamiento en particular.

Las principales motivaciones de los usuarios entrevistados para continuar en tratamiento se relacionan también con las expectativas que tienen de él a futuro. Tal como se señaló, consideran que a lo largo del proceso que han llevado han podido cumplir algunas de las metas que se han propuesto. No obstante, todavía tienen desafíos pendientes que se relacionan con el consumo, sus familias, estudios y trabajo principalmente. Las expectativas que tienen del tratamiento se relacionan con el poder cumplir sus metas a futuro, las cuales son un incentivo para ellos de continuar y finalizar el proceso que están desarrollando.

Por último, se posiciona a los usuarios en una situación hipotética en el que ellos no hubiesen continuado en el programa y se les pregunta cómo imaginan que sería su vida, cómo se verían a ellos mismos y en qué circunstancias se encontrarían. En general, se visualizan en una situación peor de la que están hoy. En ella creen que estarían consumiendo, delinquiendo, en situación de calle o hubiesen perdido a sus familiares. Respecto al consumo en particular, algunos consideran que de no haber estado en tratamiento habrían disminuido su consumo por su propia cuenta. No obstante, hubiese sido aún más complejo para ellos y estarían en una situación de mayor consumo que la que están actualmente en tratamiento.

Entrevistadora: Ya, ¿y cómo imaginas que hubiera sido tu vida si no hubieses continuado en tratamiento? ¿Cómo te verías?
Entrevistado: Me vería en la calle, en situación de calle, pucha sin familia yo creo y sin la oportunidad de poder luchar por mi hijo
Entrevistadora: Ya, ¿y en ese sentido qué expectativas tienes del tratamiento a futuro? ¿Cómo crees que te podría seguir ayudando?
Entrevistado: Bueno, ya consiguiendo los estudios y teniendo una pega porque ahí yo me las arreglaría para darle plata a mi hijo, cosas así. Así me veo a futuro.

Percepción de consumo y problemas derivados

Cuando se les pregunta a los usuarios entrevistados por su consumo, todos ellos señalan haberlo hecho alguna vez durante el tratamiento. La mayoría dice haber consumido drogas con grupos de amigos o conocidos, ya sean usuarios del mismo tratamiento, como de los lugares donde residen. Destacan lo común que es la droga en los contextos donde se desenvuelven y la facilidad de acceso que se tiene de ella, tanto de parte de sus amistades, como de algunos familiares o vecinos. Por lo mismo, algunos relatan lo complejo que fue para ellos dejar de consumir, particularmente en los comienzos del tratamiento.

En general, los usuarios consideran que el consumo quedó en el pasado. Si bien señalan haber consumido alguna vez durante el tratamiento, no lo siguen haciendo en la actualidad. Los usuarios sienten en general que se han recuperado del problema del consumo de drogas, donde han dejado atrás las denominadas "duras". Cabe destacar que a pesar de ello los usuarios entrevistados declaran seguir consumiendo

marihuana, lo cual no lo ven como un problema que los afecte negativamente. Si bien algunos hablan de la posibilidad de reducir su consumo, los usuarios no plantean la posibilidad de dejarla a futuro.

Existen diferentes percepciones entre los usuarios entrevistados sobre la existencia de consumo en sus redes más cercanas y la frecuencia con la que se presenta. Hay algunos que buscan mantenerse alejados de aquellas amistades, particularmente del lugar donde residen, y de otros usuarios de tratamiento para evitar estar cerca del consumo y las drogas. Pero también hay otros que creen haber adquirido herramientas para evitar que esta situación no los afecte. Hablan de la necesidad de acostumbrarse, ya que es una realidad frecuente en su entorno, y de evitar consumir a pesar de lo usual que es encontrarse con drogas en su día a día.

> *Entrevistadora: (...) ¿Y cómo crees que esto afectó tu tratamiento? ¿Crees que afectaba?*
> *Entrevistada: No, porque como le digo ellos me enseñaron a enfocarme en otras cosas, a ver mis prioridades, entonces yo ahora sigo viviendo en el mismo lugar, sigo viendo a la misma gente, yo me sigo juntando ahí, pero yo tengo otra mente po'. La cosa está y siempre va a estar ahí si… siempre va a estar. Si va en uno que ya no quiere hacer no más y gracias al trabajo de ellos yo aprendí a enfocarme en otras cosas po', porque el pensamiento en mí está, si la droga no se va del cuerpo de uno nunca, pero el pensamiento está en que tengo que trabajar, que si lo hago mi trabajo no va a funcionar, que me hace mal y que no quiero volver a pasar lo mismo de antes po'.*

Respecto a los problemas que los usuarios entrevistados creen que les ha traído el consumo, ellos se refieren especialmente al deterioro de relaciones familiares, donde los conflictos en sus casas eran comunes y la convivencia era compleja. Algunos se refieren incluso a la pérdida de vínculos con algunos de los miembros de sus familias a raíz del consumo, entre ellos hermanos e hijos. Al deterioro de relaciones se suma además la inestabilidad emocional que experimentan los usuarios y la frecuencia con la que consideran que se "metían en problemas", particularmente en lo referente a los delitos cometidos antes de ser derivados a tratamiento.

> *Entrevistadora: Claro… ¿Y qué problemas crees que te trajo el consumo en tu vida?*
> *Entrevistada: Lo que le digo, perder a mi familia, a mi hermana, mi estabilidad de vida, emocional, mi estabilidad en todo en realidad porque yo hubo un momento en que salía tanto que yo… Yo empecé a drogarme cuando mis papás se separaron, entonces mis papás estaban cada uno por su lado viviendo a su manera el luto po', pero yo ahí me desvié y pasé de estar en la casa a la calle. Pucha, me metí en muchos problemas, cometí un delito.*
> *Entrevistadora: ¿Cuánto tiempo fue eso más o menos?*
> *Entrevistada: No sabría decirle, yo creo que estuve como un año así… Un poquito menos*
> *Entrevistadora: Ya… ¿Y crees que esos problemas fueron cambiando durante el tratamiento?*
> *Entrevistada: Si po' obvio, como le digo uno drogado en cosas malas, porque insisto la marihuana no es mala (risas), pero cuando uno se droga con cosas malas no toma decisiones correctas y no hace cosas correctas po', entonces yo tomaba decisiones y hacía cosas a la deriva no más po'. Eso me llevaba a cosas que no me hacían feliz. Hoy en día yo sé que hacer y cómo hacerlo y hago cosas que me hacen bien po', que me sirven.*

La frecuencia e intensidad de estos problemas fueron disminuyendo al transcurrir el tratamiento desde la perspectiva de los usuarios. La disminución del consumo llevó a una mejora considerable de sus relaciones familiares y la recuperación de vínculos. En este sentido, los usuarios reflexionan sobre los efectos perjudiciales del consumo sobre sus redes más cercanas, lo cual ha sido en general la principal motivación que los ha llevado a adherir al tratamiento y abandonar el consumo. La expectativa que tienen

de él a futuro es que los ayude a no volver a consumir y así evitar los problemas los problemas que conlleva, especialmente los efectos negativos que tiene sobre la relación con sus familias.

Redes y su relación con la adherencia

Para conocer el estado de redes actual de los usuarios, se les preguntó con quienes viven actualmente. Para aquellos que fueron entrevistados previamente en el año 2018, se buscó indagar además si es que hubo cambios en la conformación de su núcleo familiar hasta la actualidad. Todos los usuarios señalan vivir actualmente con sus familias y que en general han ido cambiando los miembros que la conforman, donde algunos de ellos se han ido a vivir a otros lugares. Cuando se les pregunta por la relación que mantienen con ellos, todos consideran que ha habido una mejora sustancial respecto a los inicios del tratamiento. Incluso, como señala el entrevistado en la siguiente cita, ahora mantiene una relación con su familia que antes no existía:

> *Entrevistadora: ¿Cómo crees que está su relación en comparación a la última vez que hablamos hace un año y medio?*
> *Entrevistada: No po' hay relación, hay relación, porque antes no era nada. Mi familia estaba completamente decepcionada de mí, todos, todos, todos.*
> *Entrevistadora: Ya, ¿o sea que crees que el tratamiento ayudó en la relación con tu familia?*
> *Entrevistada: Sí, obvio. Fue cien por ciento efectivo*

El fortalecimiento de las relaciones de familia es el principal aspecto destacado por los usuarios entrevistados respecto a los cambios que perciben desde que comenzaron el tratamiento hasta hoy. Para ellos, esto no implica sólo un mejoramiento de las relaciones, sino que también darle prioridad a compartir con sus familias. Esto ha tenido como consecuencia que los usuarios se hayan distanciado de sus amistades, particularmente de aquellas con las que solían consumir, y le destinen la mayor parte de su tiempo a instancias familiares. Algunos se refieren además a la importancia de la pareja en este proceso de recuperación.

Los usuarios perciben además el apoyo que les han entregado sus familias durante el tratamiento. Todos ellos señalan que sus familias se tomaron de manera positiva su ingreso a tratamiento y los apoyaron en su decisión de tratar su problema con el consumo de drogas. Algunos de ellos les comentaron además a sus amigos sobre su decisión de ingresar a tratamiento, pero también hay otros que decidieron mantenerlo en privado. En definitiva, la percepción general de los usuarios es que la familia en particular ha sido un factor fundamental para su adherencia al tratamiento por el apoyo que les brindan para mantenerse en él.

Proceso de judicialización

Por último, se buscó indagar sobre la percepción de los usuarios entrevistados sobre su proceso de judicialización en el marco de su plan de desarrollo integral. La percepción general es que el proceso de judicialización que han tenido que seguir ha sido positivo para ellos, destacando particularmente la relación que mantienen con sus delegados. Los usuarios aseguran que sus delegados los han acompañado y se han preocupado constantemente por ellos y el proceso que han ido desarrollando. Aseguran además que ha existido una constante comunicación con ellos y un seguimiento de sus casos hasta hoy. En la siguiente cita, una de las entrevistadas enfatiza la importancia que tiene para ella la relación con su delegada:

> *Entrevistadora: ¿Y cómo era el vínculo que tenías con los delegados?*
> *Entrevistada: No, bacán. Tuve una sola y bacán*

Entrevistadora: ¿Era buena tu relación con ella?
Entrevistada: Sí, era cercana y aparte ella siempre era súper detallista
Entrevistadora: ¿En qué sentido?
Entrevistada: Que te… Yo no soy interesada por ningún motivo, pero ellos eran… Es distinto que te regalen un lápiz a que te regalen un lápiz que saben que te gusta el rosado y te regalan un lápiz rosado ¿me entiende?
Entrevistadora: Claro
Entrevistada: Ellos pensaban en… O sea, cuando tú te entregai a ellos, yo creo que ellos igual ponen harto de su parte, entonces en ese sentido siempre te intentaban como premiar, ya sea con palabras o con cosas cuando tu hacíai algo bien o avanzabai en algo.
Entrevistadora: ¿Crees que fue importante el apoyo de ellos para ti mientras estabas en tratamiento?
Entrevistada: Sí, sí, sí. Yo con ellos hice el curso, con ellos avancé para estar en este trabajo. Yo con ellos hice todo po', todo el proceso lo hice con ellos. Ellos me ayudaron a entrar a estudiar, todo, todo, todo, todo. Gracias a ellos pasé mi media de primero y segundo.

Respecto al proceso de judicialización y su relación con la adherencia de los usuarios entrevistados a sus programas, es importante señalar que en general ellos consideran que no habrían ingresado a tratamiento si es que no los hubiesen derivado en un principio. Creen no haber tenido la voluntad necesaria para haber tomado la decisión de tratar su problema de consumo. En este sentido, para ellos la existencia de trámites legales sí fue influyente en su asistencia a tratamiento. A pesar de que ha existido una motivación personal de los usuarios por asistir, los trámites legales identifican la obligación de cumplir con asistencia y otros aspectos como modalidad de cumplimiento de sus procesos.

Entrevistadora: Ya, ¿y tú crees que esos trámites influyen en que vayas a tratamiento por ejemplo?
Entrevistado: Sí, sí influyen porque si yo no asisto al tratamiento lo que pasa con esos papeles después me hacen como una está mensualmente, me hacen como una lista incluyendo la asistencia, todo, y eso lo mandan a tribunal.
Entrevistadora: Ya, ¿o sea que sí influye?
Entrevistado: Sí

Conclusiones

A modo de conclusión, es posible señalar respecto a la trayectoria de los usuarios en sus planes de tratamiento y rehabilitación, que todos ellos se posicionan hoy en un mejor lugar del que se encontraban en un comienzo en el año 2018. En términos generales, se evidencia una evolución positiva de las percepciones de los participantes tanto del tratamiento, de la relación con los terapeutas, como de sus vidas personales. Todos estos aspectos se vinculan con la disminución o abandono del consumo de drogas que los usuarios han experimentado con el tiempo.

Respecto a las principales motivaciones de los participantes para adherir al tratamiento y de los factores que pueden ser influyentes, es posible señalar que los usuarios entrevistados tienen una opinión favorable respecto al funcionamiento de los centros en los cuales han desarrollado su tratamiento. Sienten que los centros al que asisten han sido un apoyo y una ayuda fundamental para poder superar el problema de consumo que los aqueja, tanto por la asistencia a terapia como por las actividades complementarias en las que participan.

Otra de las principales motivaciones para adherir al tratamiento es la relación que mantienen con los terapeutas y profesionales del tratamiento. La percepción general de los participantes es que los terapeutas y profesionales han sido fundamentales en su proceso de recuperación. Un grado menor de relevancia

tiene la relación que mantienen con otros usuarios que asisten a los mismos centros de tratamiento. Si bien existe una percepción positiva de este vínculo, no se considera un aspecto decisivo en la adhesión de los usuarios a tratamiento como sí lo es la relación con los terapeutas.

En cuanto a la percepción del tratamiento mismo, los usuarios entrevistados sienten que para ellos ha sido efectivo para superar el problema del consumo. En comparación a cuando iniciaron el tratamiento, consideran que su motivación para asistir ha ido aumentando con el tiempo. Si bien algunos refieren a lo complejo que fue para ellos la asistencia al comienzo del tratamiento, principalmente por consumo, con el tiempo comenzaron a percibir mejoras. El sentimiento de recuperación estuvo acompañado de un mayor interés por asistir a tratamiento.

Los principales problemas que los usuarios entrevistados consideran que les ha traído el consumo han sido el deterioro de relaciones familiares, la pérdida de vínculos con algunos de los miembros, la inestabilidad emocional, la comisión de delitos, entre otros. La frecuencia e intensidad de estos problemas fueron disminuyendo al transcurrir el tratamiento para los usuarios, donde la reducción del consumo llevó a una mejora considerable de estos aspectos, particularmente de las relaciones familiares. En este sentido, las principales motivaciones para adherir a tratamiento no sólo se relacionan con dejar o reducir el consumo de drogas y/o alcohol, sino que también involucra otros aspectos de su vida.

Por último, sobre el proceso de judicialización y su relación con la adherencia de los usuarios entrevistados a sus programas, cabe destacar que ellos consideran que no habrían ingresado a tratamiento si es que no hubiesen sido derivados. Además, para ellos son influyentes en su asistencia a tratamiento los trámites legales que tienen pendientes en su plan de desarrollo integral. En este sentido, la motivación de adherencia de los usuarios se vincula tanto con su propio interés por asistir, como por cumplir con los requerimientos que le exigen sus delegados vinculados a su infracción a la ley.

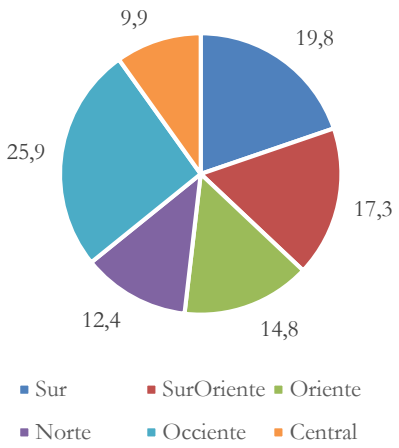
18. Encuesta a Centros de Tratamiento

A continuación, se presentan los resultados de la Encuesta a Centros de Tratamiento levantada a propósito de este estudio. En total, 81 programas decidieron participar de un universo de 98 consultados (83%), incluyendo programas o centros de los cuales no participaron usuarios en el estudio (4 de 81).

18.1 Caracterización general

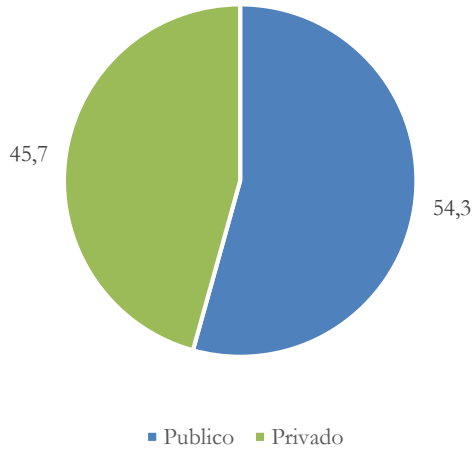
En primer lugar, se debe destacar que la evidencia internacional no nombra un tipo de enfoque terapéutico que funcione mejor para los tratamientos de droga, aunque se han observado mejores resultados en tratamientos residenciales (Hser et al., 1998; Simpson et al., 2002; Hubbard et al., 2003), sobre todo para algunas drogas como marihuana y alcohol (Hubbard et al., 1997). Tampoco se problematiza la dependencia de los centros o programas (privados o estatales), aun cuando en la mayoría de los países se presentan sistemas mixtos (UNODC, 2012). En los gráficos siguientes se presenta la distribución de centros y usuarios encuestados según dependencia del centro y Servicio Metropolitano de Salud. Se observa que la mayor parte de los centros y usuarios encuestados proviene del Servicio Metropolitano de Salud Occidente (Gráfico 25 y Gráfico 27), y de programas públicos (Gráfico 26 y Gráfico 28).

Gráfico 25: Centros según Servicio Metropolitano de Salud (%)



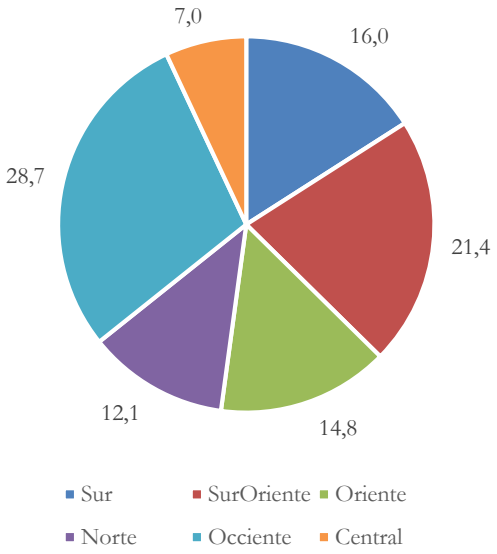
Fuente: Elaboración propia. N= 81.

Gráfico 26: Centros según dependencia (%)



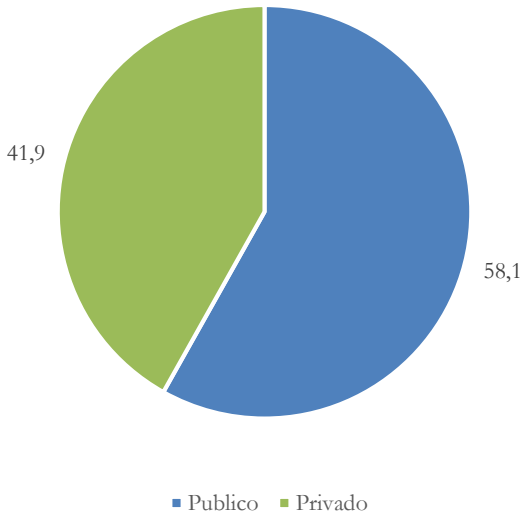
Fuente: Elaboración propia. N= 81

Gráfico 27: Usuarios según Servicio Metropolitano de Salud (%)



Fuente: Elaboración propia. N= 612.

Gráfico 28: Usuarios según dependencia (%)



Fuente: Elaboración propia. N= 612

Prendergast et al. (2000) llevaron a cabo un metaanálisis de 143 estudios para identificar factores a nivel de centro que predicen buenos resultados de tratamiento, donde la antigüedad del centro aparece como uno de los más relevantes. En este caso, tenemos que en promedio, los centros llevan activos 14,6 años, con planes de tratamiento más antiguos -como el ambulatorio básico, ambulatorio intensivo y residencial para población general (PAB, PAI y PR respectivamente)- que obtienen mayor promedio de años (Tabla 224). Esto daría cuenta de que existe continuidad entre los prestadores de servicios de tratamiento en la Región Metropolitana, aun cuando existen centros sin experiencia.

Tabla 224: Años de actividad

	Media	Mediana	Desviación estándar	Mínimo	Máximo	N
Centro	14,6	13	8,6	0	28	81
PAI AD	9	8,5	8,7	0	28	8
PAI	11	10	6,5	3	28	51
MPAI	5,6	5	3	1	12	13
PR	11,7	10	5,9	2	24	25
MPR	8,3	8	4,9	2	20	12
PAB	12,5	12	6,1	2	28	25

Fuente: Elaboración propia.

18.2 Prestaciones entregadas

Respecto de las prestaciones que entregan los Centros (Tabla 225), no todos declararon entregar consultas psiquiátricas, lo que es preocupante ya que el consumo problemático de alcohol y/o drogas corresponde a un trastorno de salud mental que debe ser acompañado por profesionales de esta área, sobre todo por la entrega de fármacos y eventuales diagnósticos de patología dual. Se advierte que los programas que incluyen intervenciones con la familia obtienen mejores resultados (Williams et al., 2000). En este punto, destaca que solo ocho de cada diez centros declararon prestar psicoterapia familiar, algo que sucede menos en centros ambulatorios y en centros públicos. El trabajo con familiares y cercanos es de especial interés ya que contar con un soporte familiar es vital para lograr la recuperación, sumado al riesgo que supone la disfuncionalidad familiar sobre las recaídas en patrones de consumo nocivos.

Las orientaciones técnicas del servicio sugieren a los programas de tratamiento realizar un seguimiento después del alta terapéutica con sus usuarios, siendo también éste un predictor de mejores resultados y un estándar de calidad de tratamiento (Prendergast et al., 2000; Williams et al., 2000; United Nations Office on Drugs and Crime , 2012; United Nations Office on Drugs and Crime, 2017). Se observa que no todos los programas declaran entregar esta prestación, y de acuerdo con lo observado en terreno, es posible plantear que estos pueden corresponder a intentos y prestaciones aisladas, que no suponen una conexión estable y continua con los usuarios, de acuerdo a información recolectada tanto en entrevistas a actores claves del servicio, así como a equipos de programas encuestados.

Tabla 225: Prestaciones según programa y dependencia.

Prestación	Ambulatorio	Residencial	Publico	Privado	Total	N
Diagnóstico	98,2%	100,0%	97,7%	100,0%	98,8%	80
Consulta por salud mental en entrevista inicial	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	81
Consulta psiquiátrica	96,4%	96,3%	95,5%	97,3%	96,3%	78
Consulta psicológica (en caso de crisis o necesidades específicas)	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	81
Psicoterapia individual	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	81
Psicoterapia grupal	90,9%	96,3%	90,9%	94,6%	92,6%	75
Psicoterapia familiar	74,1%	92,6%	74,4%	86,5%	80,0%	64
Consulta médica	59,3%	51,9%	65,1%	45,9%	56,3%	45
Intervención psicosocial de grupo	96,4%	96,3%	95,5%	97,3%	96,3%	78
Consejería individual	84,9%	81,5%	83,3%	83,8%	83,5%	66
Consejería familiar	86,8%	92,6%	85,7%	91,9%	88,6%	70
Visita domiciliaria	100,0%	88,9%	100,0%	91,9%	96,3%	78
Actividades de autoayuda	57,7%	88,9%	53,7%	83,8%	67,9%	53
Seguimiento post-alta	96,4%	96,3%	95,5%	97,3%	96,3%	78
Actividades con grupos y organizaciones de la comunidad	63,0%	81,5%	62,8%	75,7%	68,8%	55
Actividades de gestión del programa (incluye reuniones de equipo)	100,0%	96,3%	100,0%	97,3%	98,8%	80

Fuente: Elaboración propia.

18.3 Dotación de personal

Respecto de la dotación de personal de cada centro, considerando al profesional con mayor intervención directa, se obtuvo que uno de cada tres programas cuenta con médicos generales, mientras que nueve de cada diez cuentan con psiquiatras (Tabla 226). No se aprecian diferencias notorias entre modalidades de tratamiento, sin embargo, los centros públicos y los programas ambulatorios cuentan con una menor participación de terapeutas ocupacionales. Es de vital importancia que los usuarios accedan a intervenciones con terapeutas ocupacionales ya que la dependencia tiene impactos importantes sobre las actividades de trabajo, de la vida diaria, ocio y tiempo libre, y en roles, hábitos y rutinas (Chaves, 2013).

Sin embargo, no solo importa tener acceso a cierta prestación o recurso, sino también la disponibilidad horaria y permanencia de los equipos. En cuanto a la permanencia, cabe destacar que se evidenció una importante rotación de personal en el terreno del estudio, lo que va en desmedro de procesos terapéuticos correctamente implementados. En efecto, Prendergast et al. (2000) encuentra que programas con protocolos bien establecidos y claros llegan a mejores resultados, dentro de los cuales se considera la continuidad del personal tratante. La adherencia a los tratamientos ya es baja dadas las características propias de la dependencia a sustancias, por lo que la interrupción de los procesos terapéuticos la puede disminuir aún más. Se observa (Tabla 227) que los médicos serían los recursos humanos con menor permanencia y disponibilidad en programas ambulatorios, pero no en programas residenciales, donde hay menor permanencia en psicólogos y terapeutas ocupacionales. Lo visto en cuanto a médicos es de esperarse dada la escasez de estos profesionales en el país considerando la demanda por salud mental.

Tabla 226: Dotación de recursos humanos según programa y dependencia.

Tipo programa	Recurso Humano	PAI	PR	Publico	Privado
Ambulatorio	Médico General	40,0%		41,9%	33,3%
	Médico Psiquiatra	92,7%		93%	91,6%
	Psicólogo	100%		100%	100%
	Asistente Social	98,2%		100%	91,2%
	Terapeuta ocupacional	89,1%		88,4%	91,6%
	Técnico en rehabilitación	85,4%		81,4%	100%
Residencial	Médico General		22,2%	100%	19,2%
	Médico Psiquiatra		96,3%	100%	96,2%
	Psicólogo		100,0%	100%	100%
	Asistente Social		96,3%	100%	96,2%
	Terapeuta ocupacional		96,3%	100%	96,2%
	Técnico en rehabilitación		96,3%	0%	100%

Fuente: Elaboración propia. N=81.

Tabla 227: Permanencia y horas semanales trabajadas por recurso humano y plan								
PAI o MPAI	Permanencia en años				Horas semanales			
Permanencia	Media	Mínimo	Máximo	N	Media	Mínimo	Máximo	N
Médico general	3,0	0	14	22	11,7	1	44	23
Médico psiquiatra	3,6	0	16	50	13,3	2	55	50
Psicólogo	6,5	0	20	54	39,1	9	77	54
Asistente social	5,7	0	28	55	35,7	5	45	54
Terapeuta ocupacional	3,7	0	25	49	30,5	8	45	47
Técnico en rehabilitación	6,4	0	19	50	40,3	15	88	47
PR o MPR								
Médico general	6,2	0	10	5	10,2	2	33	6
Médico psiquiatra	5,5	0	19	26	6,5	3	15	26
Psicólogo	3,8	0	12	27	37,9	11	45	27
Asistente social	4,3	0	24	27	37,6	22	45	27
Terapeuta ocupacional	3,4	0	8	26	32,2	11	45	25
Técnico en rehabilitación	5,7	1	15	26	44,2	33	45	26
PAI AD								
Médico general	0,7	0	1	3	10	4	16	2
Médico psiquiatra	0,0	0	0	3	7	6	8	2
Psicólogo	3,2	0	10	6	42,8	16	66	5
Asistente social	4,0	0	8	6	36,8	8	66	5
Terapeuta ocupacional	2,0	0	5	6	33,2	16	44	5
Técnico en rehabilitación	3,3	0	10	6	38,4	16	44	5
Fuente: Elaboración propia.								

Otra de las dimensiones necesarias para poder entregar servicios de tratamientos de calidad es cuidar que los equipos no estén sobrecargados. Para esto se creó un indicador que revisa a cuántas personas al mes atiende cada programa, tomando en consideración el total de recursos humanos[308] disponibles (Tabla 228). Se observa que en promedio cada interventor trabaja con 5,5 pacientes, aumentando en los centros públicos y en los programas establecidos en el servicio metropolitano de salud central.

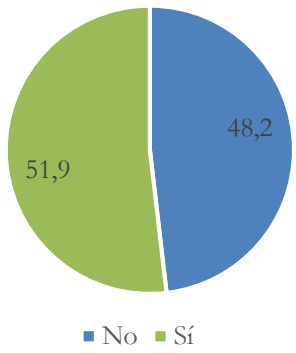
Tabla 228: Razón entre recursos humamos y número de personas atendidas al mes según dependencia y Servicio Metropolitano de Salud					
	Media	**Mediana**	**Mínimo**	**Máximo**	**N**
Total	5,5	4	0,9	30	77
Público	8	6	1,2	30	41
Privado	2,5	2,1	0,8	8,6	36
Servicio de salud Sur	5,1	2,5	1,1	23,3	16
Servicio de salud Suroriente	3,9	3	0,9	10	14
Servicio de salud Oriente	5,2	4	1,6	13,3	11
Servicio de salud Norte	7,2	5,7	1,5	15,6	9
Servicio de salud Occidente	4,7	4,4	1,25	11,4	20
Servicio de salud Central	10,1	2,1	1,6	30	7
Fuente: Elaboración propia. N=81.					

[308] Se incluyó en este indicador el número de Médicos Generales, Médicos Psiquiatras, Psicólogos, Asistentes sociales, Terapeutas ocupacionales y Técnicos en rehabilitación.

18.4 Lista de espera

Además, se buscó también poder caracterizar la demanda por tratamiento a través de la pesquisa de listas de espera. Destaca que la mitad de los centros declaró tener actualmente lista de espera (**Gráfico 29**), presentándose principalmente en programas residenciales, donde 8 de cada 10 de los privados declaró tener actualmente lista de espera.

Gráfico 29: Existe lista de espera



Fuente: Elaboración propia. N=81.

Tabla 229: Lista de espera según programa y dependencia				
Lista de espera	Ambulatorio	Residencial	Público	Privado
Ambulatorio	39,6%		36,6%	50,0%
Residencial		81,5%	100%	80,8%
Ambulatorio Adolescente infractor	28,6%		28,6%	
Servicio de salud Sur	22,2%	75%	14,3%	66,7%
Servicio de salud Suroriente	44,4%	80%	62,5%	50%
Servicio de salud Oriente	90%	100%	85,7%	100%
Servicio de salud Norte	12,5%	100%	14,3%	66,7%
Servicio de salud Occidente	14,3%	71,4%	16,7%	55,6%
Servicio de salud Central	60%	100%	33,3%	100%
Fuente: Elaboración propia. N=81.				

18.5 Características de la intervención

Se buscó también pesquisar ciertas características de los enfoques utilizados por los centros, así como facilidades entregadas y dispositivos (Tabla 230). Un 16% de los centros pide abstinencia para poder ingresar y recibir tratamiento, aumentando principalmente es programas residenciales y privados. En cuanto a la coordinación con otros centros, la mayoría declaró es una actividad que se realiza. Sorprende que no todos los centros declaren tener una farmacia o botiquín, sobre todo en tratamientos residenciales donde las personas pernoctan. Finalmente, menos de la mitad de los centros ambulatorios y seis de cada diez centros residenciales poseen alguna estrategia para que los usuarios puedan asistir con sus hijos a tratamiento309, evidenciando una barrera de acceso importante dado el alto porcentaje de padres y madres en la muestra (74%).

Tabla 230: Características del centro según programa y dependencia

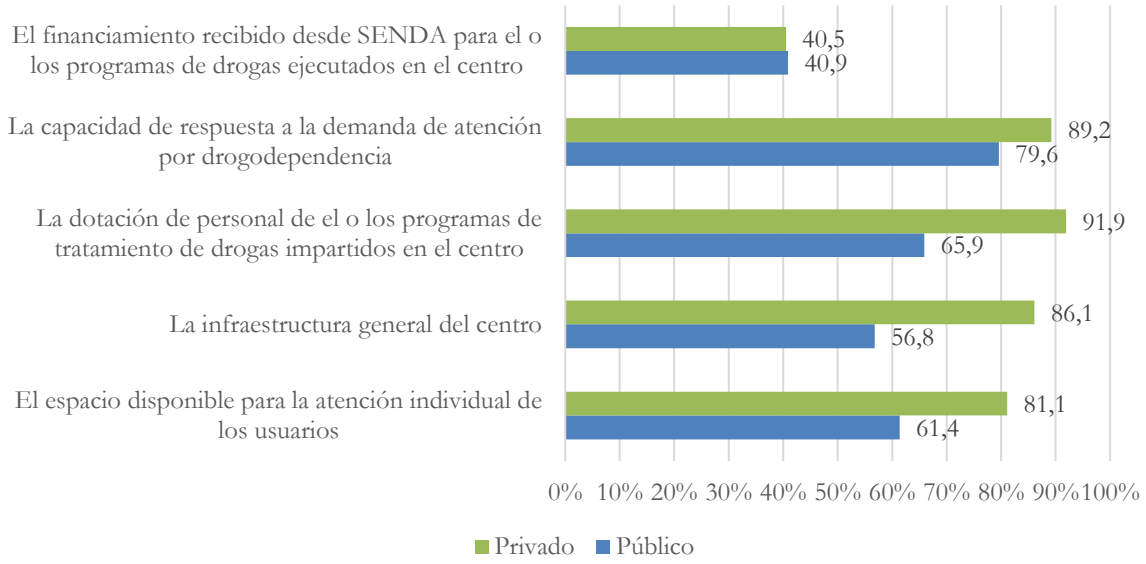
[309] Este refiere a que existe servicio de guardería en programas ambulatorios y hospedaje para menores en residenciales.

	Ambulatorio	Residencial	Público	Privado	Total
Abstinencia para ingresar	5,5%	40,7%	2,3%	32,4%	16,1%
Familia en proceso terapéutico	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Coordinación con otros centros de tratamiento	98,2%	96,3%	97,7%	97,3%	97,5%
Coordinación con otros dispositivos de apoyo psicosocial	96,4%	92,6%	97,7%	91,9%	95,1%
Farmacia o botiquín	51,9%	88,5%	44,2%	86,1%	63,3%
Estrategia para hijos en Ambulatorio	44,2%		42,9%	50,0%	44,2%
Ingreso con hijos en Residencial		59,3%	100%	57,7%	59,3%
Fuente: Elaboración propia. N=81.					

18.6 Autoevaluación de desempeño

Por último, se preguntó a los mismos centros que evaluaran su desempeño en distintos ámbitos: procesos de implementación, financiamiento e infraestructura, a través de su grado de satisfacción con cada uno (**Gráfico 30**). Destaca que los centros residenciales poseen valoraciones más positivas de la capacidad de respuesta ante la demanda, la dotación de personas, infraestructura y espacio, no obstante, la satisfacción con el financiamiento entregado por SENDA es deficiente en ambas modalidades, siendo un 40% quienes declaran sentirse satisfechos.

Gráfico 30: Porcentaje de centros satisfechos o muy satisfechos con procesos, financiamiento e infraestructura.



Fuente: Elaboración propia. N=81.