

# Tratamiento y Rehabilitación para Población Adulta con Consumo Problemático de Drogas y Alcohol

Versión: 3

Ministerio de Interior y Seguridad Pública

Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol

Año de inicio: 2001

Año de término: Permanente

## 1. ANTECEDENTES

**Unidad responsable:** Área de Tratamiento

**Nombre del encargado:** Gonzalo Guzmán Cáceres

**Cargo:** Jefe del Área Técnica en Tratamiento e Intervención

**Teléfono(s):** 25100893

**E-mail:** gonzalo.guzman@senda.gob.cl

**Programas presupuestarios según Ley de Presupuestos:**

Partida presupuestaria	Capítulo	Programa	Subtítulo	Ítem	Asignación
5	9	1	24	03	001

**Señale dentro de qué Política Ministerial se encuentra el programa descrito, y si este corresponde a algún compromiso contenido en el "Programa de Gobierno 2018-2022":** Enmarcado en las políticas de la Subsecretaría del Interior, este programa se vincula directamente con lo establecido en la Ley 20.502 que crea el Ministerio del Interior y el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol que tiene por objeto la ejecución de las 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.

De manera indirecta, se vincula con la función ministerial de promover y fomentar medidas de prevención de la delincuencia, la violencia y la reincidencia delictual, en lo relativo a delitos vinculados con el consumo, producción y tráfico de drogas ilícitas.

Este programa no corresponde a compromisos contenidos en el "Programa de Gobierno 2018-2022".

**¿El Programa descrito se vincula con un subsistema o conjunto articulado de programas de una determinada política pública?:**

Subsistema Seguridades y Oportunidades (SSS)

**Señale la Misión del Servicio o Institución Pública responsable del programa (acorde al Formulario A-1 Dirección de Presupuestos):** La misión institucional es contribuir a la disminución del consumo de alcohol y otras drogas y sus consecuencias sociales y sanitarias en niños, niñas, adolescentes y adultos, a través del diseño, implementación, articulación y coordinación de acciones efectivas, pertinentes, integrales y de calidad, que respondan a las necesidades de las personas y comunidades, considerando las particularidades del territorio, para mejorar el bienestar y la calidad de vida de la población. (Definiciones Estratégicas Institucionales SENDA 2019- 2022)

**Señale el/los objetivo/s estratégico/s de la institución responsable a los que se vincula el programa (acorde al Formulario A-1 Dirección de Presupuestos):** Contribuir a la recuperación de personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas, a través de la implementación de un sistema integrado de tratamiento e integración social, con pertinencia territorial y cultural, que entregue los apoyos necesarios en las diferentes etapas del proceso.

La recuperación es entendida como un proceso de cambio a través del cual un individuo logra la abstinencia o una variación en el patrón de consumo, mejora su salud, su funcionamiento social y su calidad de vida. Y considera que dichos logros se sostengan en el tiempo y permitan el ejercicio de la ciudadanía. (Definiciones Estratégicas Institucionales SENDA 2019- 2022)

**Identifique el marco normativo que regula al Programa, especificando Leyes, Decretos, Resoluciones, Bases, Convenios, detallando que contiene cada uno, su año de promulgación y cuáles son los aspectos regulados:** Ley 20.502 que crea el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol y define sus ámbitos de competencia.

D.F.L n°725/67 Código Sanitario, que rige todas las cuestiones relacionadas con el fomento, protección y recuperación de la salud de los habitantes de la República y el D.S. n°4/2009, que aprueba el Reglamento de Centros de Tratamiento y Rehabilitación de personas con Consumo Perjudicial o dependencia a Alcohol y/o drogas. Ambos decretos rigen la instalación de centros de tratamiento que debe ser autorizada por SEREMI de Salud del territorio correspondiente.

Ley 20.504, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, considerando aspectos como: la seguridad en la atención de salud, la reserva de la información contenida en la ficha clínica, el consentimiento informado, entre otros.

## 2. DIAGNÓSTICO

**Problema principal que el programa busca resolver:** Personas mayores de 18 años presentan consumo problemático de alcohol y otras drogas manifiestan voluntad de tratarse y no acceden a tratamiento

**Analice cómo ha evolucionado el problema o necesidad, identificando su variación desde que se inició la implementación del programa hasta la actualidad, presentando datos cuantitativos que permitan dimensionar esta evolución y la necesidad de un cambio de diseño. Asimismo, se debe caracterizar a la población afectada por el problema (población potencial), utilizando la fuente de información más actualizada e indicando si afecta de manera particular a algún grupo específico de la población (mujeres, pueblos indígenas, entre otros). Señale la fecha y fuente de información utilizada (Ej: CENSO, CASEN 2017, Registro Social de Hogares, etc.):**

Según el XI Estudio Nacional de Drogas en Población General (XI ENPG, SENDA, 2014) se estima que 548.516 personas mayores de 18 años presentan consumo problemático de alcohol y otras drogas (según criterio diagnóstico de dependencia CIE 10 y de consumo abusivo DSM IV), de ellas, 88.900 manifiestan voluntad de tratarse (responde si a la consulta: ha sentido necesidad de recibir ayuda o tratamiento para disminuir o dejar el consumo). El año 2018 se observa un aumento de las personas que presentan la enfermedad, 631.977 casos y de quienes manifiestan voluntad de tratarse, 109.503 personas (XIII ENPG, SENDA, 2018).

Los estudios a nivel nacional e internacional indican que una proporción importante de personas con este trastorno no están dispuestas a acceder a tratamiento, debido a la ausencia de conciencia de enfermedad (OMS, 2018, SENDA, 2018). Para establecer una estimación más precisa de la población potencial que estaría dispuesta a ingresar al programa, resulta necesario considerar la variable manifiesta voluntad de tratarse como un criterio de identificación relevante. Al respecto, destaca el significativo aumento de ese segmento de población el año 2018, con un incremento del 23, 2% (20.603 casos) respecto del año 2014.

Al revisar la cobertura del programa se observa un ascenso progresivo hasta el año 2017 (19.056 casos el 2015, 19.309 el 2016 y 20.180 el 2017), disminuyendo los años 2018 y 2019 (19.409 y 19.784 casos). Entre la población que manifiesta voluntad de tratarse (109.503 personas) y la cobertura del programa en el año 2019, se identifica una brecha de 90.542 casos. De ese modo, se constata que la magnitud del consumo problemático en la población adulta de nuestro país va en ascenso y la necesidad de tratamiento mantiene una brecha significativa respecto a la oferta disponible. Por lo tanto, resulta necesario asegurar la continuidad de este programa de tratamiento dirigido a población adulta, incorporando los ajustes requeridos para mejorar la calidad, pertinencia y efectividad del programa, resguardando de ese modo su sostenibilidad en los próximos años.

Al revisar la distribución por sexo de las personas con consumo problemático con voluntad de tratarse, la mayoría corresponde a hombres, 81.696 casos, equivalentes al 74, 3% del total (XIII ENPG, SENDA, 2018). En los últimos años, cerca del 72% de los usuarios del programa han sido hombres (fuente: SISTRAT), lo que confirma el predominio de la población masculina.

El ENPG de SENDA no presenta desagregación por territorio de las personas con consumo problemático, ni de quienes manifiestan voluntad de tratarse, debido a que el tamaño muestral no permite realizar dicha estimación. Pueden considerarse como antecedentes los resultados regionales respecto a indicadores de consumo de riesgo de alcohol, con mayor prevalencia en Ñuble, Atacama y Tarapacá, de consumo de marihuana en el último mes, con mayor prevalencia en Valparaíso y Metropolitana y de consumo de cocaína en el último año (clorhidrato de cocaína y pasta base de cocaína), con mayor prevalencia en Atacama, Coquimbo y Metropolitana. (XIII ENPG, SENDA, 2018). Sin embargo, al vincular estos datos con la proyección de población para el año 2019 (INE, 2019), se observa que esta variabilidad en la prevalencia de consumo no logra impactar sobre la distribución de la concentración de población regional en el país. De ese modo, la mayor cantidad de personas con consumo de riesgo de alcohol se ubicarían en la región Metropolitana, seguido por Biobío y Valparaíso. Esas tres regiones también serían las que presentarían la mayor cantidad de personas con consumo de marihuana y de cocaína.

El ENPG es una consulta a hogares y no permite estimar la población potencial que se encuentra en situación de calle. Según el registro MIDESO 2016, en el país habría 11.623 personas en situación de calle y de ellas, un 37,4% presenta consumo diario de alcohol, un 15,8% consumo frecuente de pasta base y un 11,2% de marihuana. Si bien el registro sólo consulta frecuencia de uso y no considera otros criterios diagnósticos de consumo problemático, igualmente, es un indicador significativo que permite identificar a esta población como un grupo de riesgo que, pese a ser minoritario en relación con la población general del país, necesita de especial atención, si se considera el contexto de vulnerabilidad social en que se encuentra.

Finalmente, respecto al nivel socioeconómico, si bien el consumo de drogas es transversal a todos los segmentos sociales, afecta de manera particular a las personas de NSE bajo, con mayor consumo de riesgo de alcohol (7,1%) en comparación a los NSE Medio (5,1%) y Alto (5,0%) y mayor frecuencia de uso de otras drogas (14,6 días), respecto al NSE Alto (10,6 días). (XIII ENPG, SENDA, 2018). Lo anterior, coincide con evidencia internacional que indica que, entre los adultos, el bienestar económico es un factor de protección frente al consumo de drogas (Fundación Eguía Careaga, 2014).

**A partir del problema o necesidad identificado, detalle la/s causa/s que generan dicha situación negativa, considerando aquellas causas que se relacionan al ámbito de acción de la institución responsable del programa y de la/s que el programa se hará cargo de resolver a través de los componentes de su estrategia de intervención. Señale la fecha y fuente de información utilizada:** El término consumo problemático engloba las categorías diagnósticas de consumo perjudicial, abusivo y dependencia (CIE 10, DSM IV). Es una enfermedad crónica pero recuperable, caracterizada por la búsqueda compulsiva e incontrolable de la droga, a pesar de sus consecuencias adversas (NIDA, 2019).

El uso de drogas comienza como un acto voluntario, pero con el tiempo y exposición repetida a la sustancia, la capacidad de decidir se ve disminuida. El cerebro se adapta, desarrolla tolerancia, necesitando una dosis cada vez mayor y se experimenta un deseo intenso e irrefrenable por consumir. (NIDA, 2019). Debido a esto, la mayoría de las personas afectadas por la enfermedad no logran detener el consumo por sí mismas y requieren de tratamiento para alcanzar una recuperación.

La recuperación abarca mucho más que la ausencia de síntomas respecto a la conducta de consumo; la abstinencia es una condición necesaria pero no suficiente para la recuperación estable. Por el carácter crónico de la enfermedad, se deben desarrollar habilidades personales para el manejo de síntomas a largo de toda la vida (prevención de recaídas) y mejorar globalmente las condiciones de salud e integración social. (McLellan (2007) en Costello, 2016)

Dado que el consumo problemático tiene múltiples dimensiones y genera repercusiones en diversos aspectos de la vida de la persona (otras patologías mentales y físicas, comportamientos disfuncionales), la intervención debe dirigirse tanto a las causas como a las consecuencias. Los programas de tratamiento eficaces incorporan distintos ámbitos (médicos, psicológicos, sociales, entre otros) dirigidos a abordar aspectos particulares de la enfermedad y sus consecuencias (NIDA, 2019).

La terapia individual y de grupo, además de la terapia de la conducta, son los tratamientos más comunes y los medicamentos para muchos pacientes constituyen un elemento central, que les permite controlar deseos de consumo y disminuir síntomas de la abstinencia o de otras enfermedades concurrentes (NIDA, 2019).

Debido a que no existe un único tratamiento apropiado para todas las personas, es necesaria una combinación de ambientes de tratamiento y de intervenciones adecuadas a los problemas y necesidades particulares de cada paciente (NIDA, 2019). El tratamiento debe ser un servicio altamente individualizado, flexible, centrado en las necesidades de las personas y las particularidades de grupos específicos (SENDA, 2019).

En la población femenina esta enfermedad está asociada a experiencias de trauma temprano, abusos físicos y sexuales y violencia intrafamiliar. Las mujeres presentan patologías psiquiátricas concurrentes -trastornos de la personalidad, alimentarios, del ánimo- en mayor proporción que la población general. (Mujeres y Tratamiento, Embarazo, Puerperio y Lactancia SENDA 2016) Por lo anterior, las mujeres en tratamiento suelen beneficiarse de psicoterapia individual y de intervenciones grupales sin presencia de usuarios varones. Por tratarse de un grupo minoritario, sus necesidades específicas pueden verse invisibilizadas en programas de población general, enfrentando barreras particulares para acceder y mantenerse en tratamiento, necesitando de instancias de apoyo para el cuidado de los hijos, horarios más flexibles, entre otras estrategias (OMS 2018, SENDA, 2016).

Por otra parte, las personas en situación de calle viven en contextos de alto consumo y fácil acceso a alcohol y otras drogas, a lo que se suma la situación de estigma y exclusión social, el debilitamiento de los vínculos familiares y ausencia de redes de apoyo (MIDESO, 2016). Todos estos factores aumentan el riesgo de consumo y obstaculizan el proceso de recuperación. (OMS, 2018). La mayoría de estas personas, aun estando en tratamiento, continúan viviendo en calle con los riesgos y obstáculos que eso implica, por lo que, necesitan de intervenciones principalmente en terreno y en estrecha coordinación con la oferta psicosocial dirigida a esta población.

**Según el problema o necesidad identificada, señale los efectos y/o consecuencias negativas que se espera evitar producto de la implementación del programa, tanto en el corto como en el largo plazo. Justifique su respuesta usando datos y evidencia empírica nacional o internacional:** La dependencia a drogas es una enfermedad crónica, que cursa con recaídas. Se trata de un trastorno cerebral, la exposición a la droga genera cambios en los circuitos cerebrales, que pueden permanecer mucho tiempo después de lograr abstinencia. (NIDA, 2019).

Los efectos en cada persona pueden presentarse a corto, mediano o largo plazo, dependiendo de factores genéticos, del patrón de consumo (frecuencia, vía de ingreso, cantidad), condicionantes sociales, entre otras variables.

Las personas tienen el riesgo latente de sufrir enfermedades pulmonares, cardíacas, cáncer o de salud mental. Junto a las consecuencias sanitarias, existen pérdidas sociales y económicas, por comisión de delitos y disminución de productividad, entre otros daños (NIDA, 2018).

Cada año 3 millones de muertes en el mundo se deben al consumo nocivo de alcohol, correspondiente al 5,3% de todas las muertes, siendo factor causal de más de 200 enfermedades, incluyendo enfermedad cardiovascular, cáncer y cirrosis y del 5,1% de la carga mundial de morbilidad y lesiones, calculado en esperanza de vida (EVAD), (OMS, 2018).

En mujeres se observan problemas en el cuidado de los hijos y relaciones de apego. El consumo de alcohol en gestantes se asocia a embarazo de alto riesgo por complicaciones como retardo en crecimiento intrauterino, aborto, muerte fetal entre otras. (Bobes, J.2010). El Trastorno del Espectro Alcohólico Fetal (TEAF) incluye alteraciones del sistema nervioso central, retraso del crecimiento y dismorfia facial en niños que han estado expuestos al consumo de alcohol durante el embarazo. (Hoyme et al, 2016.).

En las personas en situación de calle, el consumo de drogas es un factor que incide en el inicio, mantención y cronificación de la situación de calle. Sin ser el factor detonante mayoritario; en esta población esta enfermedad profundiza la situación de vulnerabilidad y de exposición a riesgos sanitarios y sociales a corto y mediano plazo. (MIDESO 2016).

**De acuerdo con los efectos y/o consecuencias identificadas en la pregunta anterior, señale cuál es el costo fiscal que éstas generan, tanto en el corto como en el largo plazo. En caso de no contar con la valorización del costo fiscal, a modo de aproximación, especifique el detalle de los gastos asociados:** Por tratarse de una enfermedad crónica, los efectos en cada persona pueden presentarse a corto, mediano o largo plazo. La carga económica del consumo y tráfico de drogas el año 2006 alcanzó al menos 266.744 millones de pesos de ese año, correspondiente al 0,45% del PIB del país y un costo per cápita de 16.232 pesos. (El costo socioeconómico del consumo de drogas ilícitas en Chile, 2012) La mayor parte de los costos (47%) refiere al control de delito y le sigue la pérdida de productividad (46%). Las pérdidas directamente atribuibles se estiman en 173.708 millones de pesos, mientras que los costos indirectos en 93.036 millones de pesos. (El costo socioeconómico del consumo de drogas ilícitas en Chile 2012)

Según un estudio de la Pontificia Universidad Católica de Chile (2018) la estimación del costo total atribuible al consumo de alcohol es de 1.5 billones de pesos chilenos 2017, el 30,1% son costos directos de salud, el 52,2% costos por mortalidad prematura y el 15,5% relativos a crimen y violencia.

El costo directo del alcohol relacionados con atención de salud equivale al 5,5% del presupuesto de salud 2018 en Chile. El 36,5% de ese costo es por enfermedad cardiovascular y el 26,5% por lesiones no intencionales (traumatismos, accidentes de tránsito) e intencionales (agresiones, asaltos, intento de suicidio). En tercer lugar (13,4%) se ubican las enfermedades digestivas (cirrosis hepática y pancreatitis).

Estudios internacionales y consensos de buenas prácticas en estudios de costos atribuibles al alcohol indican que deben incluirse distintas dimensiones: costos de atención en salud, costos relacionados con el crimen y la violencia, costos laborales y por productividad, sociales y también costos intangibles de bienestar no-monetario (por sufrimiento y pérdida de calidad de vida) ya que quienes los padecen están dispuestos a pagar por evitarlo, así que tienen un valor.

**Justifique la solicitud de reformulación del programa, detallando los resultados positivos y negativos que ha logrado el programa con su intervención, para lo cual debe considerar la presentación de resultados de indicadores de desempeño y/o de evaluaciones realizadas anteriormente. Mencione las fuentes de información y fecha de los datos entregados:** Actualmente, se encuentran en ejecución la Evaluación de Resultados de Programas de Tratamiento y Rehabilitación de SENDA (DIPRES, Pontificia Universidad Católica de Chile), que contempla una evaluación de diseño y la medición de resultados del programa de población adulta. Sin embargo, recién en agosto de 2020 se espera contar con las conclusiones del estudio. No se dispone de otras evaluaciones del programa.

La propuesta de reformulación considera las observaciones MIDESO, mejorando el diseño del programa en focalización y cobertura (redefinición de población potencial y objetivo), eficiencia (cálculo más preciso del gasto administrativo) y eficacia (redacción del propósito del programa y definición de los indicadores).

El diseño original del programa incluía el componente detección, intervención breve y referencia a tratamiento. Hasta el año 2016, esa estrategia se implementó en paralelo al plan detección de alcohol de MINSAL. La evaluación realizada por ambas instituciones concluyó que existía duplicidad de recursos y descoordinación en las acciones y que era necesario articular una única estrategia de pesquisa del consumo de alcohol y otras drogas en APS. Por esto, el componente de SENDA cesó su ejecución el año 2017, iniciando un trabajo colaborativo con MINSAL dirigido a la asesoría y capacitación de la APS en esta materia.

El indicador logro terapéutico (evaluación del cumplimiento de objetivos de tratamiento realizada por el equipo tratante al momento del egreso, considerando la modificación del patrón de consumo, del estado de salud y condición de integración social, entre otras variables), ha presentado resultados estables a través de los años, cumpliendo las metas comprometidas. Más del 50% de los egresos han presentado cada año un nivel de logro intermedio- alto en el cumplimiento de objetivos terapéuticos, registrándose un incremento paulatino año a año, llegando el año 2019 a un 62,6% de casos con logro intermedio-alto. (3,2% superior al año 2018) (fuente: SISTRAT). Estos datos muestran la eficacia alcanzada por el programa, respecto al cumplimiento de los objetivos de tratamiento.

En complemento a lo anterior, desde el año 2013 en los componentes 1 y 2 del programa, se cuenta con el instrumento TOP (perfil de resultados de tratamiento) validado en Chile para el monitoreo de indicadores cuantitativos de resultados en el tratamiento de adicciones en la población general adulta. En su aplicación se observa un índice de cambio confiable, en la variable uso de sustancias, con mejoría (logra abstinencia o disminuye consumo) en un 65% o más de los casos a los 3 meses de permanencia en tratamiento, cambio significativamente relevante. Respecto a la variable transgresión a la norma (involucramiento en delitos, violencia y otros) un 23,2% de usuarios declaró alguna transgresión reciente al momento del ingreso y un 9,4% lo hizo a los 3 meses de permanencia, marcando una diferencia del 40%. En las variables salud mental y física y

funcionamiento social, también se observan avances luego de 3 meses de permanencia en tratamiento (Informe de Resultados, TOP, SENDA 2015).

Estos datos permiten establecer que el programa, a través de su intervención ha permitido alcanzar resultados positivos para las personas tratadas, tanto en el ámbito del uso de drogas, como en otros aspectos vinculados con su proceso de recuperación.

Con la reformulación del programa se pretende mantener y mejorar los resultados alcanzados en relación a los diferentes indicadores de resultados establecidos.

**Detalle los cambios y mejoras que se implementarán en el programa reformulado en comparación con el diseño anterior, es decir, mencione aquellos elementos del programa que serán modificados a partir de este nuevo diseño (Ej.: población potencial, componentes, estrategia de intervención, indicadores, etc.):** La reformulación del programa propone incorporar criterios de identificación de la población potencial que no fueron considerados en la ficha original. Debido a que este programa está dirigido a población que cuenta con disposición para acceder a tratamiento, resulta pertinente incorporar como criterio de identificación "manifiesta voluntad de tratarse". Cabe indicar que, para la población no consultante resultan más pertinentes otro tipo de programas (intervención motivacional pretratamiento, prestaciones de bajo umbral y reducción de daños).

La manifestación de voluntad de tratarse para la población potencial, comprendida como la disposición a acceder a tratamiento, se calculará a partir de la respuesta afirmativa a la consulta "ha sentido necesidad de recibir ayuda o tratamiento para disminuir o dejar el consumo", de la ENPG SENDA. Este cambio permitirá definir de manera más precisa la población afectada por el problema que se espera abordar a través de la ejecución del programa.

En el propósito del programa, se incorpora un término más global referido a la recuperación del trastorno, considerando lo señalado por los estudios internacionales sobre la necesidad de intervenir sobre factores más amplios y no sólo modificar la conducta de consumo, para asegurar así la mantención a largo plazo de logros del tratamiento.

En la población objetivo, se incorporan los criterios de focalización: ser beneficiario de FONASA, incluyendo a población sin previsión de salud y beneficiarios PRAIS. De ese modo se priorizan los recursos disponibles para la atención de personas del sistema previsual con mayor utilización en nuestro país (81% en población adulta) y que incluye a las personas con menor nivel de ingresos y condiciones de mayor vulnerabilidad social según registro DEIS, MINSAL 2019). Junto a lo anterior, se precisan criterios y metodología para la priorización territorial de los recursos, lo que permitirá mejorar la pertinencia y calidad de la focalización.

La reformulación también permite suprimir el componente Detección precoz, intervención breve y referencia a tratamiento de personas adultas a nivel comunal, debido a que por acuerdo con el Ministerio de Salud, desde el año 2017 esa estrategia es implementada como un programa de la Atención Primaria de Salud a nivel nacional. Se mantienen los otros tres componentes de la ficha, incorporando una descripción que da cuenta de las causas y consecuencias que se espera abordar en cada uno de ellos.

Considerando los antecedentes de la investigación internacional, se define actualizar en la estrategia de intervención, la Entrevista Motivacional, el Manejo de Contingencias e Intervenciones Cognitivo-conductuales y la coordinación con programas de integración social, estrategias identificadas como eficaces y pertinentes respecto de esta población (SAMHSA, 2013).

Finalmente, respecto a los indicadores se incluye como indicador de propósito "alta terapéutica", entendido como la finalización exitosa del proceso es decir tratamiento completado y su relación con egresos. Se mantiene el indicador logro terapéutico, mejorando su definición y vinculación con el propósito del programa.

Para los componentes tratamiento de población mixta y tratamiento de mujeres, se incorporará como indicador la medición de resultados obtenidos en la primera etapa del tratamiento a través de la aplicación del instrumento de Perfil de resultados de Tratamiento, TOP.

El indicador de retención que anteriormente se reportaba como indicador de propósito se ha incluido como indicador para el componente personas en situación de calle, considerando que la investigación internacional lo identifica como una variable crítica en la implementación de los servicios de alcohol y drogas, relacionada con la mayor probabilidad de éxito en el tratamiento.

**Proporcione evidencia de experiencias nacionales y/o internacionales (proyectos, programas, intervenciones, estudios, etc. y sus resultados) que permitan justificar este nuevo diseño (reformulación) y avalar la pertinencia de este tipo de intervención en la solución del problema identificado. Mencione las fuentes de información y fecha de los datos entregados:** Las investigaciones han mostrado que el abuso de drogas a largo plazo produce cambios en el cerebro con consecuencias sobre el comportamiento, como la incapacidad para controlar el impulso de usar drogas a pesar de las consecuencias adversas, la pérdida de interés por actividades que no estén relacionadas con el consumo de drogas, (NIDA, 2018). La investigación a nivel internacional y los estudios de drogas a nivel nacional muestran que sólo una proporción minoritaria de personas que presentan consumo problemático de drogas está dispuesta a tratarse (OMS, 2018. SENDA, 2018)

A su vez, la investigación muestra que para alcanzar cambios duraderos respecto al consumo de sustancias, resulta necesario que la persona tenga motivación intrínseca (personal, no determinada por factores externos) para tratarse. Por lo mismo, a partir de la decisión de la persona de acceder a tratamiento, resulta fundamental la intervención motivacional desarrollada por el equipo tratante durante todo el proceso de intervención. (Miller y Rolnick, 2005)

Según el NIDA (National Institute on Drug Abuse, 2018) algunos de los principios del tratamiento eficaz comprenden lo siguiente:

- La adicción es una enfermedad compleja pero tratable que afecta el funcionamiento del cerebro y el comportamiento
- El tratamiento eficaz abarca las necesidades diversas de la persona, no solamente su problema de abuso de drogas.
- Para que el tratamiento sea eficaz, es esencial que el paciente lo continúe durante un periodo adecuado de tiempo.
- La terapia individual y de grupo, además de otros tipos de terapia de la conducta, son las formas de tratamiento más comunes para el abuso de drogas. Para muchos pacientes, los medicamentos constituyen un elemento importante del tratamiento.
- Muchas personas con problemas de drogadicción también tienen otros trastornos mentales y problemáticas de salud general que deben ser abordadas en el tratamiento.

Los programas de tratamiento eficaces suelen incorporar muchos elementos, cada uno dirigido a un aspecto particular de la enfermedad y sus consecuencias. El tratamiento para la adicción debe ayudar a la persona a dejar de usar las drogas, a mantener un estilo de vida libre de las mismas y a lograr un funcionamiento productivo en la familia, el trabajo y la sociedad. La mayoría de los pacientes requieren cuidados a largo plazo o ciclos repetidos de tratamiento para lograr la meta final de abstinencia sostenida y recuperación de sus vidas. La investigación científica y la práctica clínica han demostrado el valor de continuar los cuidados en el tratamiento de la adicción, con una variedad de enfoques que han sido probados e integrados en entornos residenciales y comunitarios. (National Institute on Drug Abuse, 2018)

La literatura contemporánea de tratamientos de salud mental y de los problemas asociados al uso de drogas ha recomendado en forma creciente el monitoreo rutinario de los resultados del tratamiento (Costello et al., 2016). considerando sus beneficios, como: pesquisar en forma temprana a los consultantes en riesgo de abandono; suministrar información a los clínicos para la toma de decisiones en el tratamiento; fomentar la adherencia del consultante al tratamiento. McLellan et al. (2005) y describen los siguientes dominios de resultados a medir: 1) Reducción del uso de drogas. La



mejoría en esta área puede posibilitar la mejoría en otras dimensiones de la vida de la persona. 2) Mejoría de la salud personal; la recuperación de la salud física y mental. 3) Mejoría en el funcionamiento social: empleo, familia y relaciones interpersonales. 4) Reducción en el riesgo de amenazas a la seguridad pública.

La investigación internacional muestra que el abandono temprano es frecuente en los programas de tratamiento y la retención, entendida como la permanencia en tratamiento superior a 3 meses como un factor que permite pronosticar positivos resultados en el tratamiento.

### 3. OBJETIVO Y FOCALIZACIÓN

#### 3.1) Objetivo

**Fin del programa:** Contribuir a la recuperación de las personas con consumo problemático de alcohol y drogas, disminuyendo el consumo y sus consecuencias sociales y sanitarias, dando respuesta a las necesidades específicas de tratamiento de las personas

**Propósito del programa:** Personas mayores de 18 años con consumo problemático de alcohol y otras drogas y manifiesta voluntad de tratarse alcanzan la recuperación de su trastorno mediante el acceso a tratamiento.

#### 3.2) Población potencial

**Descripción:** Personas mayores de 18 años que presentan consumo problemático de alcohol y otras drogas que manifiestan voluntad de tratarse.

Criterios de identificación:

- Consumo problemático de alcohol y otras drogas: incluye las categorías diagnósticas de consumo perjudicial o abusivo y la dependencia a alcohol y otras drogas (según criterios CIE 10, DSM IV). Es una enfermedad que se caracteriza por la búsqueda compulsiva e incontrolable de una droga y su uso a pesar, de las consecuencias adversas que genera para la persona y su entorno. Para el cálculo de la población potencial se considerarán las preguntas del Estudio Nacional de Drogas en Población General SENDA referidas a los indicadores de esos criterios diagnósticos.
- Manifiesta voluntad de tratarse: comprendida como la disposición a acceder a tratamiento. Para efectos del cálculo de la población potencial, corresponderá a la respuesta afirmativa a la consulta ha sentido necesidad de recibir ayuda/tratamiento para disminuir o dejar el consumo?, incorporada en el Estudio Nacional de Drogas en Población General (ENPG) SENDA.

**Unidad de medida:** Personas

**Cuantifique la población potencial para el año 2021, en base a la unidad de medida señalada anteriormente:** 109.503

**Fuente de información utilizada para cuantificar la población dada:** XIII Estudio Nacional de Drogas en Población General SENDA, 2018

#### 3.3) Población objetivo

**Descripción:** Personas mayores de 18 años con consumo problemático de alcohol y otras drogas, con voluntad de tratarse, beneficiarios de FONASA y pertenecientes a los componentes y los territorios donde se implementa el programa.

Criterios de priorización:

- En primer lugar, ser beneficiario de FONASA: considera inscritos en el sistema, beneficiarios PRAIS que por Ley tienen acceso a FONASA y personas sin previsión de salud que acceden a gratuidad, letra A FONASA.
- Segundo, distribución de recursos por componentes: se prioriza en primer lugar el componente 1, asegurando su ejecución en los 29 Servicios de Salud y 16 regiones del país, dado que es la población de mayor magnitud, incluyendo a hombres (mayoría de población potencial) y a mujeres que residen en territorios donde no hay acceso a componente 2. Siguiendo el criterio de magnitud poblacional, en segundo lugar se prioriza componente 2 y en tercer lugar el componente 3.
- Tercero, distribución por territorios al interior de cada componente, considerando 2 fases:  
Primero, desde el nivel central, se define asignación de recursos por región y Servicio de Salud, según magnitud de población y datos de prevalencia de consumo. Así, las 3 regiones con mayor población con consumo y más cantidad de Servicios de Salud (Metropolitana, Biobío y Valparaíso) cuentan con mayor asignación de recursos.  
En una segunda fase, al interior de cada región, se define la distribución de cupos de atención por comuna o localidad en base a criterios de comité de expertos local, considerando magnitud de población, demanda de atención y factibilidad técnica-administrativa de instalación en cada territorio.

Criterios de prelación:

Las personas consultantes pueden llegar a los centros de tratamiento de 3 maneras: por demanda espontánea (la misma persona y familia identifican el problema y solicitan atención) derivados desde otro programa/centro de tratamiento de alcohol y drogas (por ejemplo equipo ambulatorio deriva a centro residencial) y derivados desde otros programas/ instituciones no especializados (salud general, sector justicia u otros, al identificar señales de riesgo de consumo, derivan a la persona a centro de tratamiento especializado). En todos estos casos, los criterios de prelación serán los siguientes:

En primer lugar, se prioriza la atención de mujeres gestantes y púérperas, por alto riesgo sanitario para ella y su hijo/a.

En segundo lugar, se evalúa la necesidad de tratamiento y la severidad del trastorno, priorizando los casos con mayor severidad, respecto a nivel de consumo, salud mental y riesgo vital. Este es un criterio clínico, definido por equipo tratante a partir de información recopilada en la entrevista de evaluación inicial y en la ficha de derivación (casos derivados desde otro programa, centro o institución) y.

En tercer lugar, se considera el orden de llegada, registrado a partir de la fecha y hora en que la persona o programa/institución realizó la primera solicitud de atención.

**¿Se utiliza el Registro Social de Hogares (RSH) para seleccionar a los beneficiarios?:** No

	2020	2021	2022	2023
Población objetivo	19.409	19.409	19.409	19.409

## 4.1) Estrategia

El programa presenta 3 componentes.

Nombre	Descripción
<p><b>Tratamiento para población adulta mixta con consumo problemático de alcohol y otras drogas</b> Prestaciones de Salud (Rehabilitación)</p>	<p>El objetivo es brindar tratamiento para personas mayores de 18 años, hombres y mujeres con consumo problemático de alcohol y otras drogas para alcanzar su recuperación, considerando disminución de consumo y mejora en condiciones de salud e integración social.</p> <p>Contempla atención de hombres y también considera atención de mujeres en los territorios donde no existe oferta de tratamiento específica (componente 2)</p> <p>Contempla 3 modalidades (planes) de tratamiento diferenciados según complejidad diagnóstica e intensidad de intervención requerida. El acceso a cada plan es definido en evaluación inicial por el equipo tratante. Los planes son: ambulatorio básico, con asistencia 2 a 3 veces por semana, ambulatorio intensivo, con asistencia a lo menos 4 días en la semana, y residencial, con atención 24 horas, 7 días a la semana.</p> <p>El tratamiento lo ejecuta equipo multidisciplinario con competencias clínicas (médico, psicólogo, asistente social y otros) en centros públicos o privados con autorización sanitaria. El equipo realiza intervenciones grupales e individuales, incluyendo prestaciones como consulta médica, psiquiátrica, psicológica, visita domiciliaria y entrega de fármacos, entre otros, dirigidas al desarrollo de habilidades para el manejo de síntomas asociados a la dependencia a lo largo de la vida, con estrategias para enfrentar deseos de consumo y prevención de recaídas. Se contemplan estrategias para mejorar las condiciones de salud física y mental y la integración social.</p> <p>Se ejecuta en articulación con servicios disponibles para esta población en cada territorio, aportando al proceso de recuperación, junto con su inclusión efectiva en las redes sociales, laborales y otras disponibles.</p> <p>La duración aproximada del tratamiento es de 18 meses.</p> <p><b>Meta de producción año 2021:</b> 16.667 Personas tratadas</p> <p><b>Gasto por componente 2021(\$miles) :</b> 17.657.196</p>
<p><b>Tratamiento específico para mujeres con consumo problemático de alcohol y otras drogas</b> Prestaciones de Salud (Rehabilitación)</p>	<p>El objetivo del componente es brindar tratamiento para mujeres con consumo problemático, para alcanzar su recuperación. Se dirige a mujeres mayores de 18 años y se prioriza la atención de gestantes, puérperas.</p> <p>Se busca brindar instancias de intervención especializada para mujeres, que permita visibilizar sus necesidades específicas y disminuir barreras de acceso a tratamiento.</p> <p>Contempla 2 modalidades (planes) de tratamiento diferenciados según complejidad diagnóstica e intensidad de intervención, definida por el equipo tratante en la evaluación inicial. Los planes son: ambulatorio intensivo específico mujeres, con asistencia a lo menos 4 días en la semana y residencial específico mujeres, con atención 24 horas, 7 días de la semana, en el que las usuarias pueden permanecer con hijos residiendo en el centro y recibiendo apoyo en su cuidado. En ambos planes, se contempla equipamiento y personal especializado para atención de niños y estrategias para fomentar el apego seguro. El plan ambulatorio tiene flexibilidad horaria, considerando labores de cuidados de otros que las mujeres suelen desempeñar.</p> <p>Ejecutado por equipo multidisciplinario (psicólogo, asistente social, psiquiatra, parvularia y otros) en centros públicos o privados con autorización sanitaria. El equipo realiza intervenciones individuales y grupales sólo para mujeres, incluyendo consulta psiquiátrica y entrega de fármacos, entre otras prestaciones, con énfasis en psicoterapia individual. La intervención busca el desarrollo de habilidades para el manejo de síntomas asociados a la dependencia a drogas a largo de la vida, la recuperación de experiencias traumáticas y de violencia de género y el tratamiento de comorbilidad psiquiátrica. Contemplan estrategias para mejorar las condiciones de integración familiar y social de manera global y se ejecuta en articulación con servicios disponibles para la población femenina en el territorio.</p> <p>La duración aproximada del tratamiento es de 18 meses.</p> <p><b>Meta de producción año 2021:</b> 2.301 Mujeres tratadas</p> <p><b>Gasto por componente 2021(\$miles) :</b> 5.646.783</p>

Nombre	Descripción
<p><b>Tratamiento para personas en situación de calle con consumo problemático de alcohol y otras drogas</b> Prestaciones de Salud (Rehabilitación)</p>	<p>El objetivo del componente es brindar tratamiento para personas en situación de calle, orientado a su recuperación, disminuyendo la problemática de consumo y los factores de riesgo y vulnerabilidad social específicos que enfrenta esta población. Se dirige a hombres y mujeres mayores de 18 años que se encuentran en situación de calle. Se prioriza a mujeres en calle gestantes y púérperas. Considera atención de personas derivadas desde el programa social MIDESO. Contempla una modalidad (plan) de tratamiento ambulatorio comunitario con alta frecuencia de intervención en terreno. Es ejecutado por un equipo multidisciplinario con competencias clínicas y psicosociales (médico, psicólogo, asistente social y otros) en centros públicos y privados. El equipo realiza intervenciones individuales y grupales como consulta médica, psiquiátrica, psicológica y entrega de fármacos, principalmente en terreno, dirigidas al desarrollo de habilidades para el manejo de síntomas de la dependencia a drogas a lo largo de la vida y a la recuperación de redes familiares y disminución de efectos de la condición de exclusión social y del estigma en la salud de las personas. La intervención se realiza en directa articulación con los servicios y programas dirigidos a personas en situación de calle y/o con altos niveles de vulnerabilidad, aportando al proceso de recuperación de las personas usuarias, junto con su inclusión efectiva en las redes disponibles de apoyo a la vivienda, laborales de salud y otras. La duración aproximada del tratamiento es de 12 meses.</p> <p><b>Meta de producción año 2021:</b> 401 Personas en situación de calle tratadas</p> <p><b>Gasto por componente 2021(\$miles) :</b> 531.537</p>

**Estrategia de intervención:** Diseño elaborado con MINSAL, corresponde a planes de tratamiento diferenciados por diversos niveles de complejidad de los consultantes.

El enfoque de intervención considera prestación individual y grupal, Entrevista Motivacional, Manejo de Contingencias e Intervenciones Cognitivo-conductuales, la coordinación con viviendas de apoyo y acompañamiento laboral, entre otras estrategias.

El programa incluye estrategias de medición y evaluación de estándares de calidad de los centros de tratamiento y de resultados en la intervención con los usuarios, incluyendo monitoreo de variables de acceso a los servicios, retención y adherencia, efectividad, logro terapéutico y satisfacción usuaria. Para los componentes 1 y 2 se dispone de un instrumento validado en Chile TOP (perfil de resultados de tratamiento) que permite el monitoreo periódico de resultados de tratamiento, con indicadores cuantitativos de las variables: uso de drogas, salud mental y física, transgresión a la norma y funcionamiento social. El instrumento se aplica al ingreso para obtener datos de la situación previa al tratamiento. Luego, se aplica cada 3 meses durante todo el tratamiento y al momento del egreso, siendo posible también su utilización para monitoreo en seguimiento post egreso.

Los 3 componentes se desarrollan en paralelo, dado que el componente 1 corresponde a servicio de atención de la población general y los 2 y 3 son servicios focalizados en grupos específicos. Así, un usuario puede transitar por distintos componentes, por ejemplo, una persona en situación de calle (componente 3) es derivada a centro residencial (componente 1 o 2 según sea hombre o mujer) o una mujer que alcanzó estabilización en componente 2, luego necesita continuidad de cuidados de menor intensidad y es derivada a plan ambulatorio básico (componente 1).

El tratamiento es ejecutado por centros públicos y privados, encargados de la ejecución de todas y cada una de las fases del proceso de atención. Para la correcta implementación, se dispone de instancias de capacitación y asesoría técnica dirigida a los equipos ejecutores.

Fases del proceso de atención:

a. Recepción: la demanda de atención puede presentarse de 3 formas:

- demanda espontánea, la misma persona y familia identifican el problema y solicitan atención directa en centro de tratamiento. El centro que recibe la demanda y cita a la persona a entrevista de evaluación inicial y confirmación diagnóstica.

- derivación desde otro programa de tratamiento de alcohol y drogas. En este caso se cuenta con previa confirmación diagnóstica realizada por el equipo derivador, que envía ficha de derivación e informe del proceso de tratamiento anterior al centro que recibe la demanda. Con esos antecedentes el centro que recibe cita a la persona para una entrevista para actualizar información.

- derivaciones desde otros programas/ institucionales: a partir de la detección y/o identificación de señales de riesgo de consumo, los programas de salud general, sector justicia, organizaciones sociales u otros envía solicitud a centro especializado. El centro que recibe la demanda cita a la persona para proceder con la evaluación inicial y confirmación diagnóstica.

b. Evaluación Inicial: tiene por objetivo confirmar el consumo problemático y definir el tipo de plan o modalidad de tratamiento requerido. El equipo tratante determina el nivel de severidad y/o urgencia del problema e identifica el servicio más adecuado para responder a sus necesidades (ambulatorio, residencial, otro tipo de dispositivo de salud). En esta instancia el equipo tratante puede efectuar una priorización de los casos que demandan atención, de acuerdo con el nivel de severidad.

c. Ingreso a tratamiento y Evaluación integral: Primera aplicación del instrumento TOP. Se inicia el proceso de evaluación integral de necesidades y recursos de la persona para definir objetivos del tratamiento. Uso de sustancias, Salud mental y física, Situación familiar, Funcionamiento social, Transgresión a la norma, Motivación para el cambio y Fortalezas y recursos de la persona.

d. Plan de Tratamiento Individualizado (PTI): Esta etapa se centra en la elaboración e implementación del plan de tratamiento, con objetivos específicos, mensurables, alcanzables, realistas y limitados en el tiempo, dirigidos a la recuperación. (Objetivos SMART).

e. Preparación del egreso por alta terapéutica: en la preparación para finalizar el tratamiento, las intervenciones buscan relevar los logros alcanzados y favorecer su consolidación. Considera la desvinculación progresiva del centro, reforzando la relevancia en la continuidad en los cuidados, pudiendo ser derivado para continuar en algún otro programa de menor complejidad o en grupo de autoayuda.

f. Seguimiento: Luego de producido el egreso de tratamiento, se contempla un proceso de seguimiento que tiene la finalidad de monitorear y reforzar la mantención de logros terapéuticos y ofrecer estrategias de apoyo en los casos que se requiera.

**Tiempo de duración del ciclo de intervención del programa:** Indique en cuántos meses/años promedio egresarán los beneficiarios del programa:

1 año y 6 meses (aprox.)

**Criterios de egreso:** Según Orientaciones técnicas y convenio con MINSAL: el criterio principal de egreso es Alta Terapéutica. Finalización exitosa o tratamiento completado luego de cumplir objetivos terapéuticos según evaluación de equipo tratante en acuerdo con usuario, considerando variables: patrón de consumo, salud mental y física, situación familiar y ocupacional y trasgresión a la norma.

Otras causas de egreso son:

- Abandono: interrupción de tratamiento por decisión de usuario, por:

1. declaración explícita de no continuar
2. inasistencia o pérdida de contacto por 45 días o más.

En ambos casos, equipo tratante realiza al menos 2 intervenciones motivacionales o de rescate. Egreso por abandono se registra si las acciones no tuvieron resultado, dado que el programa requiere de voluntariedad para el tratamiento.

- Derivación: a otro programa de mayor o menor complejidad

- Alta Administrativa: por muerte, cambio de domicilio a lugar sin tratamiento o incumplimiento grave de normas del programa.

**¿Pueden los beneficiarios acceder más de una vez al programa?:** Si, El consumo problemático de alcohol y otras drogas, es un trastorno de salud crónico y recidivante, por lo que la lógica del tratamiento está centrada en la continuidad de los cuidados. Es factible que una persona que se ha recuperado y ha sido dada de alta de un proceso de tratamiento, por razones personales sociales, familiares u otros que vuelvan a recaer o presente problemáticas que agraven su situación y requieran su reingreso a tratamiento., o que habiendo abandonado el tratamiento, vuelva a estar motivado para reingresar e inclusive que habiendo sido derivado a un programa de mayor o menor complejidad, necesite reingresar ,dependiendo de la severidad y la necesidad de continuidad de sus cuidados.

**Identifique si el programa atiende un riesgo potencial y por lo tanto es de carácter "preventivo", (como por ejemplo, programas que previenen la deserción escolar, o que proporcionan seguros ante distintos eventos) o bien, atiende o da solución a un problema ya existente (como por ejemplo programas que atienden a escolares que ya han desertado del sistema escolar):** Es un programa que atiende y da solución a un problema ya existente. Los beneficiarios son personas que presentan un diagnóstico clínico de trastorno por uso de sustancias, es decir un consumo problemático de alcohol y otras drogas y además presentan consecuencias asociadas al trastorno como problemas de salud física, salud mental, problemas familiares, de habitabilidad, con la justicia y económicos, entre otros. No obstante, la intervención de este programa tiene un carácter preventivo ante el riesgo de empeoramiento de la situación de salud, de la condición legal u otros aspectos que pudiesen producir mayor deterioro para la persona y su entorno.

**Identifique si el programa incorpora en su intervención, al hogar/familia/cuidadores del beneficiario, (por ejemplo, la intervención a un niño o niña que incorpore a sus padres, sus hermanos, sus cuidadores, o a su familia). Describa el modo y las instancias en las que se incorpora este enfoque en la estrategia del programa:** El equipo profesional interviene con la familia, promoviendo el desarrollo de habilidades para modificar pautas de comportamiento familiar que pueden interferir con el tratamiento y facilitar el consumo de drogas. Además, dado que una de las consecuencias del consumo problemático es la ausencia o ruptura de las redes familiares, este programa considera dentro de sus ámbitos de acción la re-vinculación familiar de los usuarios, intentando reparar esos vínculos y facilitando el acercamiento de las personas con sus familiares. Esto es importante dado que resulta un factor protector para el mejoramiento de sus condiciones de vida y la investigación ha mostrado que el apoyo social de familiares o amigos es un factor que contribuye a la adherencia al tratamiento y que la persona necesita de dicho apoyo para consolidar los cambios en su comportamiento después de finalizado el tratamiento (NIDA, 2012).

La intervención con la familia se desarrolla durante todo el proceso de tratamiento, incorporando familiares en entrevistas en las fases de evaluación inicial e integral, brindando prestaciones al grupo familiar para favorecer la adquisición de habilidades para el manejo de síntomas a lo largo de la vida, psicoeducación para la correcta administración de fármaco, incorporando el ámbito familiar como uno de los objetivos del plan de tratamiento individualizado e involucrando a la familia en la evaluación parcial de avances en el tratamiento y en el proceso de preparación para el egreso. En caso de presentarse abandono, la familia también es un agente incorporado activamente en las estrategias de rescate.

#### 4.2) Ejecutores, articulaciones y complementariedades

**Ejecución:** El programa es ejecutado por terceros.

Nombre	Tipo de institución	Nivel	Rol de la institución	Mecanismos
Servicios de Salud	Subsecretaría, Servicio o Institución Pública del Nivel Regional	Componente	Otorgar servicios especializados en Tratamiento y Rehabilitación de consumo problemático de drogas.	Con organismos públicos contratación directa de convenio de transferencia técnica y financiera.
Instituciones privadas sin fines de Lucro	Organismo privado sin fines de lucro	Componente	Otorgar servicios especializados en Tratamiento y Rehabilitación de consumo problemático de drogas.	Licitación pública según Ley de Compra N° 19.886
Instituciones Privadas con fines de lucro	Organismo privado con fines de lucro	Componente	Otorgar servicios especializados en Tratamiento y Rehabilitación de consumo problemático de drogas.	Licitación pública según ley de compras.



Nombre	Tipo de institución	Nivel	Rol de la institución	Mecanismos
Municipios	Municipio o Corporación Municipal	Componente	Otorgar servicios especializados en Tratamiento y Rehabilitación de consumo problemático de drogas.	Contratación directa de convenio de transferencia técnica y financiera.

**Articulaciones:** El programa se articula con otras instituciones.

Nombre	Tipo de institución	Especifique tipo de institución	Descripción de la articulación
Ministerio de Salud	Subsecretaría, Servicio o Institución Pública del Nivel Central	Ministerio de Salud	En el marco de un convenio de colaboración técnica, en relación a los componentes 1 y 2, se trabaja en conjunto para el diseño de lineamientos y orientaciones técnicas para la implementación de planes de tratamiento diferenciados en duración y prestaciones de salud, según los diversos niveles de complejidad de los problemas de los consultantes. Monitoreo conjunta de la implementación, apoyo en la gestión de convenios con los servicios de salud. Asesoría, gestión de calidad dirigida a los equipos tratantes. Evaluación técnica de los centros de tratamiento.

**Complementariedades Internas:** El programa se complementa con programa(s) o intervención(es) de la misma Institución o Servicio Público.

Nombre	Nivel	Descripción
Integración Social Chile Integra	A nivel de política pública y gestión	Para que el tratamiento de consumo problemático de alcohol y drogas resulte eficaz, debe abordar también otras necesidades de las personas usuarias, tales como condiciones de vivienda, ocupación u otras. El Programa Integración Social de SENDA se dirige a mejorar la integración de personas usuarias de la red de tratamiento, a través del desarrollo de habilidades, el mejoramiento de condiciones laborales, de habitabilidad y de vinculación a beneficios sociales. El Programa brinda servicios a las personas usuarias de centros de tratamiento (Viviendas de Integración social, Oficina de orientación social laboral) lo que implica una permanente coordinación entre equipos de tratamiento y programas de integración social, para la derivación y seguimiento de casos. Además, el Programa de Integración Social, realiza formación y asesoría a profesionales de centros de tratamiento con el objetivo de mejorar sus competencias en este ámbito.

Nombre	Nivel	Descripción
Fono Drogas y Alcohol	A nivel de gestión	Referencia de casos que son pesquisados por el Área de Contacto Ciudadano a través del Fono Drogas y Alcohol 1412. Actualmente, se efectúa un pilotaje de seguimiento de los casos derivados desde Fonodrogas a la red de tratamiento para monitorear el efectivo acceso al servicio de atención.

**Complementariedades Externas:** El programa se complementa con programa(s) o intervención(es) de otra(s) Institución(es) o Servicio(s) Público(s).

Ministerio u Organismo	Servicio	Nivel	Nombre programa	Descripción
Ministerio de Desarrollo Social y Familia	Subsecretaría de Servicios Sociales	A nivel de política pública y gestión	Apoyo a Personas en Situación de Calle - SSyOO	En específico al componente para personas en situación de calle, la coordinación es a nivel regional y nacional tanto para establecer la prioridad en la derivación e ingreso a los programas para personas en situación de calle como en las orientaciones técnicas para la intervención con esta población específica.

#### 4.3) Enfoque de Derechos Humanos

Enfoques y/o perspectivas	¿Incorpora o no?	¿En qué etapas se incorpora?	Justificación de la no incorporación del enfoque o perspectiva
Género	Si	<p>En componente de tratamiento específico para mujeres, el diseño y la ejecución del programa está orientado a sus responder a sus necesidades. Durante todo el desarrollo del tratamiento las mujeres pueden acceder a tratamiento junto a sus hijos y participar en grupos constituidos solo por mujeres con temáticas de interés para las usuarias. Se abordan posibles barreras de acceso, y se incorpora enfoque de género en los procesos de evaluación integral, y de diseño e implementación de planes de tratamiento personalizados.</p> <p>En relación con los componentes de población mixta y personas en situación de calle, se consideran variables asociadas a la identidad de género, tanto en hombres y mujeres, que aparecen como factores de riesgo del consumo problemático de drogas, como por ejemplo, la asociación entre ser "macho" fuerte y beber alcohol desde el modelo tradicional de masculinidad.</p> <p>Se cuenta con orientación técnica y se monitorea a través de instancias de asesoría.</p>	

Enfoques y/o perspectivas	¿Incorpora o no?	¿En qué etapas se incorpora?	Justificación de la no incorporación del enfoque o perspectiva
Pueblos indígenas	No		Los principios que rigen el programa garantizan el acceso a personas pertenecientes a pueblos indígenas y esta condición no debe constituir un criterio de exclusión. Se han iniciado la identificación de posibles barreras de acceso para esta población y se debe avanzar en el diseño de orientaciones técnicas que permitan incorporar esta variable en la evaluación integral y en el diseño e implementación de planes de tratamiento personalizados.
Pertinencia territorial	Si	En la ejecución del programa se consideran las brechas territoriales de modalidades de intervención. Además este criterios está presente en la distribución de los recursos de acuerdo a servicios de salud y localidades, considerando necesidades específicas que se presentan en distintos territorios.	
Niños, niñas y adolescentes (NNA)	No		El programa esta dirigido a población adulta mayor de 18 años. En el componente 2 se incluye el cuidado de los hijos de las usuarias que lo requieran, pero ellos no constituyen el foco central de la intervención, sino que su incorporación permite favorecer la mantención en tratamiento de las usuarias y promover parentalidad positiva.
Discapacidad	Si	Se contempla el registro de personas en situación de discapacidad en SISTRAT al momento de ingreso a tratamiento. Existe una iniciativa a nivel de proyecto para consumidores problemáticos de alcohol y otras drogas en situación de discapacidad que consiste en el diseño, implementación y evaluación de metodología de intervención para personas con discapacidad de origen cognitivo o intelectual que enfrenta barreras conceptuales al tratamiento. Se espera que a partir de los hallazgos de esta experiencia se puedan incorporar especificaciones técnicas para el tratamiento de esta población específica en todo el programa de población adulta.	
Migrantes	No		Los principios que rigen el programa garantizan el acceso a personas migrantes y esta condición no debe constituir un criterio de exclusión. Se han abordado barreras de acceso para esta población para facilitar su inclusión y se debe avanzar en el diseño de orientaciones técnicas que permitan incorporar esta variable en la evaluación integral y en el diseño e implementación de planes de tratamiento personalizados.
Otra condición	No		

#### 4.4) Participación Ciudadana y Transparencia Pública

Mecanismos de participación ciudadana: Si

- Entrevistas a beneficiarios

- Encuestas de satisfacción

**Descripción:** Entrevista a beneficiarios en el proceso de supervisión administrativa financiera que realiza área de administración y finanzas de oficinas regionales senda, durante la ejecución.

Se contempla aplicación de encuesta de satisfacción usuaria (instrumento validado en Chile OPOC) y la sistematización de sus resultados por parte de las instituciones públicas y privadas que ejecutan el programa, para evaluar e implementar medidas para mejorar el funcionamiento de los centros respondiendo a las expectativas de los usuarios

**Mecanismos de participación y transparencia pública:** Si

- Cuenta pública
- Rendición de gastos ejecutados, o de la implementación mensual/trimestral/ semestral o anual del programa
- Documentos y Publicaciones

**Descripción:** Presupuesto, coberturas y ejecución financiera.

Prestadores con los que se establece convenio, proceso de licitación pública con privados.

Caracterización de población atendida, indicadores de resultado del tratamiento.

## 5. INDICADORES

### 5.1) Indicadores

**Indicadores a nivel de Propósito:**

Nombre del Indicador	Fórmula de Cálculo	Metodología y definiciones conceptuales	2020 (Situación actual)	2021 (Con programa)	2022 (Con programa)
Porcentaje de altas terapéuticas en relación al total de egresos	$\left( \frac{\text{N}^\circ \text{ de personas egresadas del programa que logran alta terapéutica durante el año } t}{\text{N}^\circ \text{ de personas egresadas del programa durante el año } t} \right) * 100$ <p><b>Fuente de información:</b> Sistema de información, SISTRAT</p>	<p>Considera la comparación entre personas con alta terapéutica y el total de egresos. Alta terapéutica corresponde al tratamiento completo, egreso definido por el equipo tratante en acuerdo con el usuario en virtud del logro de los objetivos de recuperación, considerando modificación favorable de: patrón de consumo, salud mental y física, situación familiar y ocupacional y trasgresión a norma social.</p> <p>En el denominador total de egresos se incluyen abandonos, derivaciones, alta administrativa y alta terapéutica. Se contabiliza el total de egresos y no el total de beneficiarios, dado que entre los beneficiarios se incluye a usuarios recientemente incorporados al programa en cuyo caso se desconoce la permanencia que alcanzarán y el motivo por el que egresarán del programa.</p> <p>Este indicador es muy relevante dado que la investigación muestra que un porcentaje importante de usuarios no completan su tratamiento, incidiendo negativamente en sus posibilidades de recuperación.</p>	30,00%	30,00%	30,00%



Porcentaje de egresos con logro terapéutico intermedio y alto	(N° de personas egresadas por alta administrativa, alta terapéutica o abandono que alcanzan una evaluación de logro terapéutico intermedio o alto en el año t / N° total de personas egresadas por alta administrativa, alta terapéutica o abandono que alcanzan logro terapéutico mínimo, intermedio y alto el año t) *100  <b>Fuente de información:</b> Sistema de información, SISTRAT	Para este indicador se considera la evaluación del logro de objetivos terapéuticos, realizada por el equipo tratante al momento del egreso, en casos de alta terapéutica, alta administrativa y abandono, considerando 3 categorías: Logro alto (alcance de objetivos de recuperación). Logro intermedio: (alcance parcial de objetivos). Logro mínimo (mantiene sin modificación la generalidad de variables personales y de contexto). El indicador permite evaluar el logro alcanzado, incluyendo a usuarios que no obtienen alta terapéutica (tratamiento completo), es decir, mide resultados del programa, independiente de si se finalizó o no el tratamiento. Dado que una cantidad importante de personas no completan el tratamiento, es pertinente medir los resultados del programa incluyendo a ese grupo de personas que, según los estudios, correspondería a usuarios con mayor comorbilidad y severidad del trastorno. No se incluyen derivaciones por tratarse de casos que continúan en otro centro/programa.	62,00%	62,00%	62,00%
---	--	---	--------	--------	--------

**Mencione para cuáles de los indicadores se encuentra centralizada la información y describa los instrumentos utilizados para su recolección y cuantificación:** Para todos los indicadores se cuenta con un sistema informático centralizado en línea, SISTRAT, con perfiles de acceso diferenciado en distintos niveles de acceso (ejecutor, regional y nacional) y específico para los componentes de población mixta, específico mujeres y personas en situación de calle. Los nombres, Rut y contacto del usuario están protegidos mediante un sistema de codificación, para salvaguardar datos sensibles de las personas usuarias.

**Señale la evidencia que le permitió definir la situación actual y proyectada de los indicadores:** La evidencia utilizada es la de resultados del año 2019 del mismo programa según datos SISTRAT. Se consideró estimación de población a atender en los distintos componentes en los años 2021, 2022 y 2023 manteniendo el presupuesto 2020.

**Indicadores a nivel de Componentes:**

Nombre del Indicador	Fórmula de Cálculo	Metodología y definiciones conceptuales	2020 (Situación actual)	2021 (Con programa)	2022 (Con programa)
Porcentaje de personas que disminuyen consumo de droga principal a los 3 meses de tratamiento	(N° de personas que disminuyen la cantidad de días de consumo de droga principal en la segunda aplicación de instrumento TOP a los 3 meses de permanencia en tratamiento, / N° de personas con 3 meses de permanencia en tratamiento con instrumento TOP aplicado al ingreso y a los 3 meses durante el año t) *100  <b>Fuente de información:</b> SISTRAT: Sistema de Información y Gestión de Tratamiento	El indicador considera la disminución en la cantidad de días de consumo de la droga principal (sustancia que motiva el ingreso a tratamiento) al comparar los datos obtenidos en la primera aplicación del instrumento TOP (Perfil de Resultados de Tratamiento) al ingreso a tratamiento y la segunda aplicación del mismo instrumento luego de 3 meses de permanencia en el programa. Tanto para el cálculo del numerador como del denominador sólo se considerarán las personas que habiendo permanecido 3 meses en tratamiento, cuentan con 2 aplicaciones de TOP. Este indicador permite monitorear el avance en los objetivos de recuperación, específicamente en relación a la variable consumo de drogas, (cantidad de días de consumo en el último mes) dado que es un indicador relevante referido al patrón de consumo y porque los estudios indican que alcanzar la abstinencia o la disminuir el consumo al inicio del tratamiento es un factor que favorece la recuperación.	65,00%	65,00%	65,00%

Nombre del Indicador	Fórmula de Cálculo	Metodología y definiciones conceptuales	2020 (Situación actual)	2021 (Con programa)	2022 (Con programa)
Porcentaje de mujeres que disminuyen de droga principal de consumo a los 3 meses de tratamiento	(N° de mujeres que disminuyen la cantidad de días de consumo de droga principal en la segunda aplicación de instrumento TOP a los 3 meses de permanencia en tratamiento, / N° de mujeres con 3 meses de permanencia en tratamiento con instrumento TOP aplicado al ingreso y a los 3 meses durante el año t) *100  <b>Fuente de información:</b> SISTRAT: Sistema de Información y Gestión de Tratamiento	El indicador considera la disminución en la cantidad de días de consumo de la droga principal (sustancia que motiva el ingreso a tratamiento) al comparar los datos obtenidos en la primera aplicación del instrumento TOP (Perfil de Resultados de Tratamiento) al ingreso a tratamiento y la segunda aplicación del mismo instrumento luego de 3 meses de permanencia en el programa.  Tanto para el cálculo del numerador como del denominador sólo se considerarán las personas que habiendo permaneciendo 3 meses en tratamiento, cuentan con 2 aplicaciones de TOP. Este indicador permite monitorear el avance en los objetivos de recuperación, específicamente en relación a la variable frecuencia del patrón de consumo, para implementar las medidas requeridas para mejorar su cumplimiento.	65,00%	65,00%	65,00%
Porcentaje de personas en situación de calle que logran retención de 90 o más días en tratamiento	(N° de personas en situación de calle egresadas del programa que permanecieron en tratamiento 90 o más días en el año t / N° de personas en situación de calle egresadas del programa durante el año t) *100  <b>Fuente de información:</b> SISTRAT: Sistema de Información y Gestión de Tratamiento	La retención se define como la permanencia en tratamiento por 90 o más días contabilizados desde la fecha de ingreso al centro y hasta la fecha de egreso del programa. Considera egresos por abandono, alta terapéutica y alta administrativa. No incluye derivación por tratarse de casos que continúan en otro centro/programa. Este indicador se propone, considerando lo planteado por la evidencia internacional respecto a que la probabilidad de alcanzar logros terapéuticos en tratamiento aumenta significativamente a partir de los tres meses de permanencia, siendo muy necesario monitorear el abandono o la interrupción temprana del tratamiento, más aún tratándose de una población con particulares condiciones de vulnerabilidad. Monitorear este indicador aportará información relevante sobre la adherencia de los usuarios al programa sirviendo de alerta en caso de requerirse ajustes en la intervención para mejorar la retención y disminuir los abandonos tempranos.	86,00%	86,00%	86,00%

**Mencione para cuáles de los indicadores se encuentra centralizada la información y describa los instrumentos utilizados para su recolección y cuantificación:** Para todos los indicadores se cuenta con un sistema informático en línea, SISTRAT, con perfiles de acceso diferenciado en distintos niveles de acceso (ejecutor, regional y nacional) y específico para los componentes de población mixta, específico mujeres y personas en situación de calle. Los nombres, Rut y contacto del usuario están protegidos mediante un sistema de codificación, para salvaguardar datos sensibles de las personas usuarias.

Estos sistemas poseen datos el usuario directo e indicadores del proceso y de resultado de su tratamiento.

**Señale la evidencia que le permitió definir la situación actual y proyectada de los indicadores:** La evidencia utilizada es la de resultados del año 2019 según datos SISTRAT. En el caso del TOP se incorporó evidencia de resultados del año 2015. Se consideró estimación de población a atender en los años 2021, 2022 y 2023 manteniendo el presupuesto 2020. El indicador referido a resultados del TOP se basa en investigación internacional que muestra la relevancia de incorporar metodologías para evaluación de resultados en tratamiento con medición cuantitativa que permita complementar la apreciación clínica. Se incorporó ítem consumo de sustancias (cantidad de días de consumo en el último mes) dado que es un indicador relevante referido al patrón de consumo y porque los estudios indican que alcanzar la abstinencia o la disminución del consumo en los primeros meses del tratamiento favorece la adherencia al tratamiento y mejores resultados en el proceso de recuperación más global. El indicador retención se basa en estudios internacionales.

## 5.2) Sistemas de información del programa

**¿El Servicio o la institución responsable, cuenta con sistemas de información que permitan identificar beneficiarios (RUT, RBD, Datos de Contacto, etc.)? Si su respuesta es afirmativa, descríbalos. Indique además si esta información se encuentra digitalizada y centralizada en una base de datos:** En el sistema de registro SISTRAT se cuenta con metodología para que los nombres, Rut y contacto del usuario estén protegidos mediante un sistema de codificación, para salvaguardar datos sensibles de las personas usuarias. Se encuentra centralizada en una base de datos de personas tratadas.

**¿El programa reporta información al Registro de Información Social (RIS) del Ministerio de Desarrollo Social y Familia?:** No

6. PRESUPUESTO

6.1) Gastos

Componente	Gasto (M\$)	Detalle
Tratamiento para población adulta mixta con consumo problemático de alcohol y otras drogas	17.657.196	Planes de tratamiento para población adulta mixta, presupuesto transferido a ejecutores públicos y privados mediante convenios de compra o de transferencia de recursos. Gastos existentes actualmente en la institución
Tratamiento específico para mujeres con consumo problemático de alcohol y otras drogas	5.646.783	Planes de tratamiento para población específica mujeres, presupuesto transferido a ejecutores públicos y privados mediante convenios de compra o de transferencia de recursos. Gastos existentes actualmente en la institución
Tratamiento para personas en situación de calle con consumo problemático de alcohol y otras drogas	531.537	Planes de tratamiento para población adulta en situación de calle, presupuesto transferido a ejecutores públicos y privados mediante convenios de compra o de transferencia de recursos. Gastos existentes actualmente en la institución

**Gastos Administrativos:** 604383

**Detalle gastos administrativos:** Corresponde a gasto de recurso humano, de profesionales asesores de los niveles regionales y central de SENDA, en base a la proporción de su jornada laboral destinada a la gestión de este programa. Considera 2 tipos de asignaciones, personal a contrata (21.02.001) y a honorarios (21.03.001). Gastos existentes en la institución en la actualidad.

**Total Gastos:** 24439899

6.2) Gastos de Inversión

**Gasto Total del Programa (sumatoria del gasto por componente, gasto administrativo y gasto de inversión) (M\$):** 24.439.899

6.3) Gastos por Subtítulo

**Detalle el Gasto Total del Programa Social (componentes, gastos administrativos e iniciativas de inversión) por subtítulo, ítem y denominación, indicando el número de asignación y valor correspondiente:**

Partida	Capítulo	Programa	Subtítulo, Ítem, Denominación	Asignación	Gasto (\$miles)
5	9	1	21 Gastos en personal	2.001	604.383
5	9	1	22 Bienes y servicios de consumo		0
5	9	1	23 Prestaciones de seguridad social		0
5	9	1	24 01 TRANSFERENCIAS CORRIENTES Transf. al sector privado (1)		0
5	9	1	24 01 TRANSFERENCIAS CORRIENTES Transf. al sector privado (2)		0
5	9	1	24 01 TRANSFERENCIAS CORRIENTES Transf. al sector privado (3)		0
5	9	1	24 01 TRANSFERENCIAS CORRIENTES Transf. al sector privado (4)		0
5	9	1	24 01 TRANSFERENCIAS CORRIENTES Transf. al sector privado (5)		0

Partida	Capítulo	Programa	Subtítulo, Item, Denominación	Asignación	Gasto (\$miles)
5	9	1	24 02 Al Gobierno Central		0
5	9	1	24 03 TRANSFERENCIAS CORRIENTES Transf. a otras entidades públicas (1)	1	23.835.516
5	9	1	24 03 TRANSFERENCIAS CORRIENTES Transf. a otras entidades públicas (2)		0
5	9	1	24 03 TRANSFERENCIAS CORRIENTES Transf. a otras entidades públicas (3)		0
5	9	1	24 04 TRANSFERENCIAS CORRIENTES Transf. a emp. públicas no financieras		0
5	9	1	24 05 TRANSFERENCIAS CORRIENTES Transf. a empresas públicas financieras		0
5	9	1	24 06 TRANSFERENCIAS CORRIENTES Transf. a gobiernos extranjeros		0
5	9	1	24 07 TRANSFERENCIAS CORRIENTES Transf. a organismos internacionales		0
5	9	1	25 Reintegros al fisco		0
5	9	1	26 Otros gastos corrientes		0
5	9	1	27 Aporte fiscal libre		0
5	9	1	28 Aporte fiscal servicio de la deuda		0
5	9	1	29 Adq. de activos no financieros		0
5	9	1	30 Adq. de activo financiero		0
5	9	1	31 Iniciativas de inversión		0
5	9	1	32 Préstamos		0
5	9	1	33 01 TRANSFERENCIAS DE CAPITAL Transf. al sector privado (1)		0
5	9	1	33 01 TRANSFERENCIAS DE CAPITAL Transf. al sector privado (2)		0
5	9	1	33 01 TRANSFERENCIAS DE CAPITAL Transf. al sector privado (3)		0
5	9	1	33 01 TRANSFERENCIAS DE CAPITAL Transf. al sector privado (4)		0
5	9	1	33 01 TRANSFERENCIAS DE CAPITAL Transf. al sector privado (5)		0



Partida	Capítulo	Programa	Subtítulo, Item, Denominación	Asignación	Gasto (\$miles)
5	9	1	33 02 TRANSFERENCIAS DE CAPITAL Al Gobierno Central		0
5	9	1	33 03 TRANSFERENCIAS DE CAPITAL Transf. a otras entidades públicas (1)		0
5	9	1	33 03 TRANSFERENCIAS DE CAPITAL Transf. a otras entidades públicas (2)		0
5	9	1	33 03 TRANSFERENCIAS DE CAPITAL Transf. a otras entidades públicas (3)		0
5	9	1	33 04 TRANSFERENCIAS DE CAPITAL Transf. a emp. públicas no financieras		0
5	9	1	33 05 TRANSFERENCIAS DE CAPITAL Transf. a empresas públicas financieras		0
5	9	1	33 06 TRANSFERENCIAS DE CAPITAL Transf. a gobiernos extranjeros		0
5	9	1	33 07 TRANSFERENCIAS DE CAPITAL Transf. a organismos internacionales		0
5	9	1	34 Servicio de la deuda		0
5	9	1	35 Saldo final de caja		0

**Gasto Total por Subtítulo (M\$): 24.439.899**