

[Resumen Ejecutivo:

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 (CJS), 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)

RESUMEN EJECUTIVO

Este documento corresponde al resumen ejecutivo del 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 (ISUC), 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 de SENDA. El periodo de evaluación corresponde a los años 2012 a 2017. Para este fin, se ha realizado una caracterización y cuantificación de la población objetivo y potencial de los programas estudiados (Capítulo III) y un análisis de diseño de los programas según la Metodología de Matriz de Marco Lógico (Capítulo IV). También se presenta una evaluación general del uso de recursos que SENDA destina a este propósito (Capítulo V). En su parte más sustantiva, se exponen los resultados del desempeño de los programas (Capítulo VI) y se presentan los resultados de un estudio de seguimiento de una cohorte de personas tratadas en los programas de adultos en población general (modalidad ambulatoria intensiva y residencial) de la Región Metropolitana que permite evaluar resultados (Capítulo VII). Finalmente, se consideran recomendaciones (Capítulo VIII).

Los programas de tratamiento y rehabilitación de SENDA que han sido objeto de esta evaluación son aquellos dirigidos a: (i) Población Adulta General (PAB – Plan Ambulatorio Básico; PAI – Plan Ambulatorio Intensivo; y PR – Plan Residencial); (ii) Población Adulta Femenina (MPAI – Plan Ambulatorio Intensivo y MPR – Plan Residencial), (iii) Población Adulta de Situación de Calle; (iv) Población Adulta Infractora (ejecutado a través de Gendarmería de Chile -GENCHI-, que incluye Tratamiento para Condenados en Sistema Cerrado, Evaluación clínica diagnóstica a imputados con suspensión condicional del procedimiento, y Tratamiento para Condenados en Libertad Vigilada (LV)). También existen programas dirigidos a: (iv) Tratamiento y Rehabilitación para Niños, Niñas y Adolescentes en Población General (en modalidad ambulatorio intensivo y residencial), y (v) en Población infractora Adolescentes y Jóvenes Ingresados por Ley N°20.084. El Programa de Integración Social Chile Integra, por último, está enfocado en personas adultas en población general que hayan recibido tratamiento en centros y que presentan necesidades de integración social en: (i) habitabilidad (componente Viviendas de apoyo a la integración social - VAIS); (ii) habilitación laboral (Orientación sociolaboral – OSL); (iii) habilitación en competencias (CIAM); y (iv) Vinculación a beneficios sociales.

Los programas de tratamiento y rehabilitación apuntan a lograr “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” (Betty Ford Institute Consensus Panel (BFI), 2008, pág. 222). Si bien existen personas que dejan de consumir por su cuenta (cesación natural), una parte de los consumidores problemáticos de alcohol y/o droga necesita de dispositivos e intervenciones que se articulan bajo un tratamiento para poder lograr una recuperación exitosa (United Nations Office on Drugs and Crime, 2017). Una vasta investigación sobre programas de tratamiento de alcohol y drogas muestra que intervenciones bien conducidas y organizadas resultan efectivas. 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, Podus, Chang, & Urada, 2002). También se considera que programas

comprendidos que abordan aspectos complementarios con el abuso de drogas, especialmente la comorbilidad psiquiátrica y el compromiso delictual, son más eficaces (Williams & Chang, 2000). 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 (Williams & Chang, 2000; Willoughby & Edens, 1996; Prendergast, Podus, Chang, & Urada, 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. 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 (Siddall & Conway, 1988; Tracy & Biegel, 2006; Zywiak, Longabaugh, & Wirtz, 2002; Beattie & Longabaugh, 1999; Murphy & Rosenbaum, 1997), que incluyen de manera especial la ausencia de abuso de drogas en entornos cercanos (Bean & Nemitz, 2004).

La efectividad de los tratamientos depende mucho de la severidad del consumo previo (Prendergast et al., 2002), que 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 (Bean & Nemitz, 2004). También la droga principal de consumo es relevante (Nutt, King, Sailsbury, & Blakemore, 2007). 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 demasiado estricto (Williams & Chang, 2000). Las adicciones constituyen una enfermedad crónica que admite frecuentes recaídas (Fernández-Montalvo, López-Goñi, Illescas, Landa, & Lorea, 2008), por lo cual períodos prolongados de abstinencia deben considerarse como parte del logro terapéutico. También el éxito terapéutico puede abarcar la reducción significativa del consumo (en intensidad o frecuencia) o mejoramientos en otras áreas de la vida (Arndt, 2007). Dentro de estas dimensiones adicionales se contempla: (i) el fortalecimiento del soporte familiar; (ii) la reintegración en el sistema educativo o laboral; (iii) la disminución de comportamientos ilegales que incluyen faltas y delitos; y, (iv) progreso en determinados aspectos de la salud mental y física.

Población potencial y población objetivo

Las estimaciones que utiliza SENDA para cuantificar poblaciones potencial y objetivo adolecen de problemas de exactitud y actualización. Las definiciones de consumo problemático de drogas ilícitas se deben hacer según criterios actualizados del manual DSM-V¹ y con un nuevo puntaje de corte con validación nacional de AUDIT² para alcohol. Para drogas ilícitas, las estimaciones que consideran abuso como medida de consumo problemático (especialmente de la manera que se operacionalizan en las encuestas SENDA) sobreestiman la población con consumo problemático. Esto ya que el contexto de tratamiento de drogas supone severidad en el compromiso con alcohol y/o drogas y las mediciones de abuso de SENDA no logran capturar la recurrencia del problema descrito. Respecto a AUDIT, el estudio de validación constó de una muestra de 93 personas en solo un territorio del país, y entregó como puntaje de corte 9 puntos para medir consumo perjudicial o dependencia, siendo la recomendación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) 20 puntos para dependencia (Alvarado, Garmendia, Acuña, Santis, & Arteaga, 2009), lo que aumenta considerablemente el número de personas con consumo problemático de alcohol en el país. Asimismo, SENDA carece de una estimación convincente de

¹ DSM-V por su nombre en inglés, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th edition.

² AUDIT por su nombre en inglés, Alcohol Use Disorders Identification Test.

consumo problemático en población adolescente (salvo CAST³ para marihuana en encuestas en población escolar para algunos años). Las estimaciones de dependencia en población infractora adulta están basadas en encuestas que datan de más de diez años de antigüedad, y al menos siete años en el caso de adolescentes infractores. Finalmente, urge la necesidad de operacionalizar correctamente la voluntariedad⁴ a tratamiento tanto en los estudios de Población General como incluir dichos criterios en la de Población Escolar. Además, los criterios de voluntariedad para estimar la población objetivo son muy estrictos (etapa de conducta acción⁵), por lo que las mediciones deben sumar personas en etapas de contemplación como población objetivo de los programas de tratamiento.

Respecto a las estimaciones de poblaciones realizadas por el equipo consultor con la información disponible, se ha calculado en 370.000 la población con consumo problemático de alcohol y drogas en el país (una medida que proviene de encuestas, que desalientan muchas veces las declaraciones de intensidad de consumo). La gravedad de este número no debe ser subestimada: esta población es responsable de una parte considerable del mercado de drogas ilícitas (por la cantidad y frecuencia de sustancias que consume) y de alrededor de la mitad de los delitos que se cometen (muchos de ellos delitos de drogas, pero también delitos que se cometen bajo los efectos de alcohol/drogas o para financiar el consumo personal) (Valenzuela & Larroulet, 2010), sin contar los trastornos de salud, inhabilitación laboral y violencia familiar y social que subyacen el consumo problemático de alcohol y/o drogas (United Nations Office on Drugs and Crime, 2017). En este estudio se observó un aumento sostenido en la población potencial adulta, y en la población infanto-adolescente, lo que es de esperarse dado el aumento en las prevalencias de consumo que se produjeron en la última década (SENDA, 2017). 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, escolar e infractora. Con los datos disponibles se llegó a estimar un 20% en población potencial disponible para tratamiento en 2017. La baja disponibilidad para tratamiento entre quienes presentan consumo problemático de alcohol y/o drogas evidencia que la dificultad para detectar, atraer y motivar a consumidores problemáticos para ingresar en programas de tratamiento, junto a la disponibilidad de recursos, debe contarse entre las mayores insuficiencias de la política pública en esta materia, cuestión también documentada en países como Estados Unidos (Lipari, Park-Lee, & Van Horn, 2016).

Evaluación de Diseño de los programas

Se evalúa que el problema público que da origen al Programa de Tratamiento y Rehabilitación y al Programa de Integración Social Chile Integra está bien definido, siendo el consumo problemático de drogas y/o alcohol, y sus consecuencias sanitarias, económicas y sociales. Fue necesaria la redefinición del fin y propósito de ambos programas. Como fin de ambos programas se propuso “*Contribuir a la recuperación de las personas con consumo problemático de drogas y alcohol*”.

³ CAST por su nombre en inglés, Cannabis Abuse Screening Test.

⁴ Actualmente la voluntariedad a tratamiento es utilizada para medir la población objetivo de los programas, al ser uno de los principales criterios de focalización.

⁵ 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). Este contempla 5 etapas sucesivas: precontemplación, contemplación, preparación, acción, y mantenimiento. Actualmente las estimaciones se realizan considerando a las personas que han realizado acciones concretas para buscar ayuda (acción) y no incluye a quienes saben que tienen un problema de consumo, pero aún no toman acciones concretas (contemplación). Es deber de los programas de tratamiento trabajar la motivación a cambios en personas conscientes de tener un problema de consumo, aun cuando no hayan realizado acciones concretas.

Respecto al Programa de Tratamiento se reformuló el propósito a “*Las personas que presentan consumo problemático de alcohol y drogas modifican positivamente su patrón de consumo*”, entendiendo patrón de consumo como la prevalencia y frecuencia de consumo de sustancias. En general, 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. 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.

En cuanto al sistema de monitoreo, se proponen, precisan y suman nuevos indicadores a todos los niveles de objetivos. En concreto, a nivel de propósito se considera insuficiente el indicador de logro terapéutico, al ser una apreciación subjetiva del equipo tratante. Se plantea volver sobre el propósito -relativo a la modificación positiva del patrón de consumo- y definir indicadores objetivos que permitan monitorear su logro (prevalencia y frecuencia de consumo de sustancia principal).

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 principal falencia de este programa radica en su lógica horizontal o sistema de monitoreo. Debe mejorarse tanto el diseño de sus indicadores como el levantamiento y sistematización de la información requerida para su estimación.

Uso de recursos

Al analizar los recursos financieros de los programas de rehabilitación y tratamiento de SENDA entre 2013 y 2017, se observa que 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 Tratamiento y Rehabilitación. Al analizar cuánto han crecido el presupuesto del Área de Tratamiento y Rehabilitación, 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. Entre 2013 y 2017 han existido cambios importantes en casi todos los programas de tratamiento. Destaca que el programa para Población Adulto General aumentó un 35% su presupuesto en el periodo, dado que fue parte de un compromiso presidencial primer gobierno de Sebastián Piñera. Asimismo, se pesquisó que Población Adultos Infractores no opera a través de compra de planes de tratamiento, sino mediante un convenio de colaboración técnica y financiera con GENCHI, por lo que su financiamiento no depende del número de beneficiarios sino de la recaudación del Fondo especial de la ley N°20.000⁶. Esto va en desmedro de un control eficiente por parte de SENDA de los recursos utilizados en este programa.

⁶ 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.

La principal fuente de financiamiento de los tratamientos se da a través de una asignación fiscal directa que proviene de la Ley de Presupuestos. La participación del Fondo Especial – que deriva de la aplicación de la Ley N°20.000⁷ – dentro del presupuesto es baja; dentro de los años analizados, oscila entre un 4% y un 6%.

La ejecución presupuestaria se evaluó como buena a través de los años, no se evidenciaron sobre ejecuciones. Considerando todos los programas juntos, se tiene que el porcentaje más bajo se da en 2017 donde la ejecución alcanzó un 94%. Esto se explica principalmente porque SENDA realiza reasignaciones en función de las ejecuciones de los centros y en conformidad a la demanda por los tratamientos⁸. Los programas con costo medio por beneficiario más altos son aquellos destinados a población adolescente, con un costo medio por beneficiario de M\$3.060 para el periodo en Población General. Por el contrario, el programa menos costoso según número de beneficiarios es el enfocado en Población Adulta General, que alcanza un valor de M\$1.050.

En términos de comparabilidad internacional, se advierte que el porcentaje del PIB utilizado por Chile para la reducción de demanda de drogas es reducido considerando la prevalencia año marihuana. Así, si el promedio de prevalencia mes marihuana entre los países consultados⁹ era de 18% y el promedio del porcentaje del PIB utilizado en reducir la demanda de droga era de 0,06%, en Chile la prevalencia año marihuana se encuentra en 33% (19 a 25 años) y 23% (26 a 34 años) (SENDA, 2017) y el porcentaje del PIB utilizado en reducción de demanda de drogas es del 0,03%. Así, el país se posiciona alto en términos de prevalencia año de consumo de marihuana, y en el grupo inferior en términos de porcentaje del PIB destinado a reducir la demanda de drogas.

Finalmente, una de las principales limitaciones fue contar con fuentes claras y definidas de presupuesto, ingresos y gastos para 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.

Coberturas y focalización

El análisis de coberturas de los Programas de Tratamiento y Rehabilitación muestra que alrededor del 7% la población potencial con consumo problemático recibe tratamiento en nuestro país. Si tomamos en consideración las estimaciones de poblaciones realizadas por SENDA (692.986 personas según Mesa 7 Compromiso País) la cobertura disminuye a un 2,8% de la población potencial. Naciones Unidas (2017) expone con preocupación que una de cada seis personas con consumo problemático logró acceder a tratamiento; esto sobrepasa la cobertura nacional actual, donde sólo alrededor de una de cada catorce personas accede a tratamiento. 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, Douglas, & Bennet, 1998). Esta brecha se vuelve crítica para los adolescentes, ya que sólo uno entre cincuenta accede a tratamiento, lo que revela que prácticamente ningún adolescente con consumo problemático de alcohol/drogas está siendo atendido en nuestro país. Esto exige atención, ya que se ha enfatizado que el consumo adolescente de drogas (sea o no problemático) es una condición

⁷ Para más: <https://www.leychile.cl/N?i=1036937&f=2012-02-03&p=>

⁸ 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.

⁹ Reino Unido (16-34 años); Alemania (18-34 años); Italia (15-34 años); Chile (19-34 años); Argentina (18-34 años); y Croacia (15-34 años)

alarmante, debido a que un inicio precoz en el uso de drogas hace probable trayectorias más duraderas y con escalamientos más graves, al tiempo que suelen presentarse con problemas de comorbilidad más frecuentes (United Nations Office on Drugs and Crime , 2012; United Nations Office on Drugs and Crime, 2017). Debe admitirse que entre los adolescentes hay una menor sensación de necesidad de tratamiento que entre los adultos, lo que dificulta a traerlos hacia programas de recuperación (Lipari, Park-Lee, & Van Horn, 2016).

Las brechas respecto de población objetivo (definida como aquellos que manifiestan disponibilidad para tratamiento) se ubica en torno al 30%, lo que significa que 1 de cada 3 personas eventualmente disponible para un tratamiento lo recibe. 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). Esta redundancia en la entidad estatal que financia los tratamientos en Población General tiene serias consecuencias para la cuantificación, monitoreo y control sobre la población beneficiaria al no estar integrado a la plataforma del Área de tratamiento (SISTRAT)¹⁰.

En población adulta infractora preocupa que las coberturas respecto a población potencial son de alrededor de un 5%, por debajo lo reportado por otros países (por ejemplo, 11% en Estados Unidos el 2009). Además, la definición de población objetivo del componente vinculado al tratamiento de población adulta infractora limita arbitrariamente los beneficiarios, lo cual debe ser revisado ya que 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).

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

Desempeño de los programas a nivel de componentes (bienes y/o servicios)

El análisis de los tiempos promedio de espera entre las fechas de las solicitudes y las primeras citaciones muestra promedios entre 10 y 21 días entre los subcomponentes con información disponible. Es necesario destacar que la base de datos de SENDA no entrega información precisa sobre cuál es la atención realizada en la primera citación, que puede ser apenas un llamado telefónico u otro contacto menor. De acuerdo con la evidencia internacional, los tiempos de espera varían conforme 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, donde un mayor tiempo de espera se asocia a una mayor probabilidad de abandonar el tratamiento (Claus & Kindleberger, 2002). Ofrecer una intervención de inmediato (Stark, Campbell, & Brinkerhoff, 1990) o realizar un contacto telefónico dentro de las primeras 24 horas (Festinger, Lamb, Kountz, Kirby, & Marlowe, 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

¹⁰ Sistema de Información y Gestión de Tratamiento. Software en línea en el cual los centros de tratamiento en convenio registran la información que permite la caracterización de procesos y resultados de tratamiento de las personas atendidas.

para dar respuesta. Algunos países como el Reino Unido reportan tres semanas como estándar, aun cuando el promedio de la primera intervención es solo de 2,2 días (Public Health England, 2017), con mucho mejor desempeño que la chilena.

Para el caso del indicador de retención, 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 (2012) como el tiempo deseable para lograr un efecto mínimo de tratamiento–, se observa un mejor desempeño. La mayor parte de los subcomponentes analizados presenta tasas cercanas al 90% de retención a noventa días. La evidencia comparada muestra resultados similares para Reino Unido (92% de retención según Public Health England, 2017), y mejores que los que se obtienen en Australia (63% según Australian Institute of Health and Welfare, 2017) y Estados Unidos (68% según Department of Health and Human Services, 2017). La retención es uno de los indicadores básicos de efectividad de los tratamientos de droga, e incluso algunos logros terapéuticos se obtienen en ese lapso (Simpson, Joe, Rowan-Szal, & Greener, 1997; Jones, et al., 2009). Ésta se vincula a la calidad de la experiencia terapéutica, la relación positiva con equipos y tratantes, y las condiciones que se ofrecen para la recuperación (Simpson, Joe, Rowan-Szal & Greener, 1997).

Las tasas de completitud de los tratamientos, en cambio, no muestran iguales éxitos y se encuentran muy por debajo del número de meses de tratamiento sugeridos por las orientaciones técnicas para cada uno de los planes de tratamiento. Ninguno de los programas presenta al menos la mitad de los beneficiarios con tratamientos completos según lo estipulado en las distintas orientaciones técnicas. Por el contrario, la mayor parte de los programas presentan tasas de completitud promedio menores al 20%. La completitud de tratamiento de países como Australia (62% en Australian Institute of Health and Welfare, 2017), Reino Unido (49% según Public Health England, 2017) y Estados Unidos (41% según Department of Health and Human Services, 2017) muestran estándares mucho mejores. Es común, sin embargo, que los tratamientos terminen antes de lo planeado (Simpson et al., 1997). Respecto al porcentaje de usuarios con tratamiento que abandonaron el programa también arroja cifras insatisfactorias. La tasa de abandono en Población General Adulta -el subcomponente más costoso y masivo- indica que 1 de cada 4 usuarios con tratamiento (es decir, con más de 90 días) abandona el programa. Estos resultados son semejantes a los de otros países de comparación.

La experiencia de los equipos de trato directo cumple con la recomendación internacional, que aconseja al menos dos años de experiencia. Según la información disponible, 7 de cada 10 profesionales, aproximadamente, poseen dicha experiencia en los grupos de intervención directa de los diferentes subcomponentes. La calidad del servicio considera el porcentaje de usuarios con diagnóstico psiquiátrico que acceden a atención psiquiátrica. Los programas que entregan datos muestran, sin embargo, una proporción elevada de acceso a atención psiquiátrica para pacientes con comorbilidad (cerca al 90%). En nuestro caso, son pocos los programas que cuentan con información de ambos indicadores (tres de los nueve subcomponentes), por lo cual su evaluación resulta deficiente tomando en consideración el programa como un todo.

Desempeño de los programas a nivel de objetivos¹¹

La evaluación de resultados de los programas de tratamiento de drogas implementados por SENDA se realizó a través de un estudio de carácter longitudinal de seguimiento de una cohorte de usuarios de programas para Población Adulta, en sus modalidades Ambulatorio Intensivo (PAI y MPAI) y Residencial (PR y MPR) de la Región Metropolitana. Estos usuarios fueron contactados al inicio del tratamiento (T0=612), y recontactados a los 12 meses (T1=465) y 18 meses (T2=371) después del inicio, cualquiera haya sido el resultado del tratamiento en este lapso. La línea de base se construyó entre julio y noviembre de 2018. El cumplimiento con los objetivos de los tratamientos ha sido estimado a través de medidas de abstinencia y frecuencia de consumo. Para emitir juicios evaluativos respecto al cumplimiento con los objetivos de los tratamientos debe considerarse que la recuperación debe ser un estilo de vida sostenido en el tiempo (Betty Ford Institute Consensus Panel (BFI), 2008) y las recaídas son comunes en esta población, aun cuando se tenga alta terapéutica (Fernández-Montalvo, López-Goñi, Illescas, Landa, & Lorea, 2008). Con todo, información de corto plazo como la que se ha obtenido en este estudio ofrece una indicación inicial acerca de resultados llamados intermedios en este proceso de recuperación.

En general, los resultados indican que los programas de tratamiento para población adulta se asocian positivamente a la recuperación de los usuarios. Los programas resultan eficaces principalmente para desvincular a sus beneficiarios de círculos o comportamientos socialmente desviados, pero no logra integrarlos en ambientes o comportamientos prosociales (Tabla 1).

Tabla 1: Resumen de resultados de los programas de tratamiento para población adulta

Resultados suficientes	Resultados insuficientes
Consumo de alcohol y/o drogas	Salud mental
Salud física	Participación socioeconómica
Desvinculación de pares de consumo	Participación en grupos prosociales
Transgresión a la norma	
Calidad de vida	

Fuente: Elaboración propia.

Los resultados dan cuenta de que quienes reciben tratamiento tienden a comportarse en línea con el propósito del programa, es decir, logran modificar positivamente su patrón de consumo. La abstinencia en el último mes entre línea de base y post-egreso aumentó en 34 puntos porcentuales (de un 6% a 40%). Por su parte, la disminución en frecuencia de consumo de sustancia principal consumida también muestra buenos resultados, con una reducción de 13 días de consumo en promedio (aproximadamente 75% de los días consumidos en línea de base). Por lo general, los resultados para consumo de alcohol y/o drogas entre la medición de 12 a 18 meses no mostraron variaciones, lo que ofrece indicios de que los logros obtenidos se mantienen en el corto plazo luego del egreso. No obstante, como ya se ha dicho, el consumo problemático de alcohol y/o drogas debe ser considerado una enfermedad crónica, por lo que es posible que en periodos de observación más largos estos resultados se vayan matizando. Estos resultados en consumo de alcohol y/o droga son comparables con los que se obtienen en estudios similares realizados internacionalmente, tales como DTORS¹² (Reino Unido) (Jones et al., 2009) o DATOS¹³ (Estados Unidos) (Hubbard, Craddock, & Anderson, 2003).

¹¹ 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 mismo.

¹² DTORS por su nombre en inglés, Drug Treatment Outcomes Research Study.

¹³ DATOS por su nombre en inglés, Drug Abuse Treatment Outcome Study.

En el caso de alcohol y marihuana el tiempo de exposición parece ser una variable clave, ya que el grupo menos expuesto a tratamiento (3 meses o menos) no presentó mejoras ni en prevalencia ni en frecuencia de consumo. En cambio, para cocaína y pasta base se observan efectos similares cualquiera sea el tiempo de exposición a tratamiento con puntos de partida parecidos entre los grupos, lo que deja entrever la necesidad de revisar las extensiones de los planes ambulatorios intensivos y residenciales (12 meses), y modificarlas conforme a la evidencia según perfil de consumo y sustancia consumida. Esta redefinición de las duraciones de tratamiento podría mejorar los indicadores de completitud de tratamiento, que siguen siendo insatisfactorios. Esto no va en desmedro de que existan tratamientos más extensos en caso de que se presenten factores de riesgo que hagan más difícil la recuperación, como la comorbilidad psiquiátrica o el compromiso delictual.

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 complejos¹⁴, estos son considerablemente más caros que los tratamientos ambulatorios intensivos¹⁵.

En cuanto a salud mental, cabe destacar que el programa tiene terreno para mejorar. Se observan disminuciones significativas en la prevalencia de trastornos de salud mental¹⁶ (medidos a través de la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional M.I.N.I) entre quienes asistieron a tratamientos ambulatorios (10 puntos porcentuales), y quienes estuvieron expuestos más de doce meses (14 puntos porcentuales). No obstante, se ha detectado la aparición de trastornos entre aquellos que estuvieron expuestos a tratamiento, seguramente debido a desajustes propios de intervenciones exigentes y prolongadas, lo cual obliga a considerar efectos no deseados de las propias intervenciones clínicas. Uno de los resultados sanitarios más relevantes en el tiempo fue la inhibición de eventos críticos asociados con la salud física de sus participantes, como el uso de urgencias, hospitalizaciones y accidentes vinculados al consumo de alcohol y/o drogas. Esto implica una reducción sobre la demanda de los servicios de urgencia, y supone también una reducción significativa de costos para el sistema de salud.

Respecto de la comisión de delitos se observa una disminución en la proporción que había cometido de al menos un delito en los últimos 12 meses, desde 37% a un 24% al momento del egreso, pero casi toda explicada por población tratada residencialmente, mientras que en población ambulatoria las diferencias no resultan estadísticamente significativa. En el caso de quienes asistieron a tratamientos residenciales las disminuciones pueden explicarse por la restricción de movimiento propias de este tipo de dispositivos. Este resultado concuerda con el encontrado por Hubbard et al. (2003), quienes muestran una disminución en actividades ilegales para quienes asistieron a tratamientos residenciales, no así en los ambulatorios. En general, se ha encontrado que las orientaciones técnicas del programa desarrollan teóricamente la

¹⁴ Se pesquisó en la línea de base que 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.

¹⁵ En 2017 el pago por plan de tratamiento en residencial era de \$560.563 pesos en Población Adulta General, mientras que en ambulatorio intensivo era de \$289.726 pesos, representando el 52%.

¹⁶ 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.

asociación entre consumo problemático de alcohol y/o drogas y compromiso delictual, más no entregan herramientas y recursos específicos que refuercen el desistimiento delictivo. El compromiso delictual resultó ser un elemento asociado sistemáticamente a peores resultados.

En cuanto a la calidad de las redes sociales, cabe destacar una menor exposición en los círculos de pares consumidores, más no en la cohabitación con personas con consumo problemático -cuestión central para mantener la recuperación en el tiempo-, a pesar de que muchos programas desarrollan expresamente intervenciones con las familias. Junto con la calidad de los vínculos familiares, existe evidencia de que el trabajo estable es un factor protector que permite mejores resultados del tratamiento pues protege frente a deserción y recaídas (Hermalin, Steer, Platt, & Metzger, 1990; Platt, 1995). En este aspecto se observa que la proporción de los usuarios que había trabajado la semana anterior tiende a decrecer con el tiempo, lo que revela una cierta deshabilitación laboral asociada a largos periodos en los programas de tratamiento (de 12 meses o más), afectando especialmente a las mujeres.

La experiencia de tratamiento resultó insuficiente de acuerdo a lo 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 -quienes pierden terreno ganado entre el egreso y el post-egreso-, y en el rescate en el caso de quienes abandonaron. 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 ya que se asoció a mejores resultados. 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%)¹⁷. 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 quienes 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.

En su conjunto, se evidencia que la oferta actual está excesivamente enfocada en tratamientos de alto costo en tiempo y dinero (cuya eficacia no está suficientemente acreditada), mientras que se descuidan las intervenciones post tratamiento que resultan cruciales para mantener los buenos resultados observados.

Recomendaciones

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 suscritos por SENDA de acuerdo con las definiciones de DIPRES.

- En cuanto a las mediciones de consumo problemático existentes se sugiere:

¹⁷ Medido como: (i) Jornadas completas; (ii) Asistencia semanal completa; y (iii) Recibir al menos tres tipos de prestaciones.

- i. Actualizar las definiciones y estimaciones de consumo problemático de drogas ilícitas según los criterios DSM-V. Esto permitiría generar un indicador graduado de trastorno por consumo de sustancias, lo que posibilitaría focalizar mejor las modalidades de tratamiento;
 - ii. Se sugiere pesquisar un trastorno por consumo de alcohol de manera más fidedigna mediante la prueba AUDIT;
 - 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.
 - vi. Relajar los criterios de voluntariedad para sumar personas en etapas de contemplación como población objetivo del programa;
 - 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 de manera periódica en el país.
- Para programa Chile Integra 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.
 - ii. Tomar medidas que fomenten el relleno de la información de Chile Integra a SISTRAT. Esto se podría realizar mediante restricciones al pago de planes de tratamiento como ya se realiza con otras variables.

Diseño de los programas

- Respecto a la lógica horizontal de los programas se recomienda:
- i. 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*.
 - ii. Las formulaciones originales del propósito del Programa de Tratamiento y Chile Integra¹⁸ mostraban deficiencias, por lo que se recomienda reformular o tomar las consensuadas para esta evaluación. En este marco, el equipo investigador propone que el Programa de Tratamiento tiene como propósito que *“Las personas que presentan consumo problemático de alcohol y drogas modifican positivamente su patrón de consumo”*, mientras que Chile Integra tiene como propósito que *“Las personas en proceso de recuperación por consumo problemático de alcohol y drogas mejoran 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”*.

¹⁸ 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”.

- iii. El indicador actual de SISTRAR permite un monitoreo del patrón de consumo es deficiente, pues mezcla dimensiones que hacen difíciles la clasificación. Para el Programa de Tratamiento se recomienda conceptualizar patrón de consumo como la prevalencia y frecuencia de uso de la sustancia principal.
- iv. Para el Programa de Tratamiento, a nivel de subcomponentes, se sugiere revisar inconsistencias: (i) traslape de funciones (población mixta y mujeres 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.
- v. Se recomienda elaborar orientaciones que desarrollen actividades concretas a realizar con población de trabajadores sexuales y LGBTI.
- vi. Se recomienda elaborar actividades de: (i) habilidades parentales orientadas a hombres; (ii) evaluación de la satisfacción usuaria y (iii) actividades de seguimiento.
- vii. Para el Programa Chile Integra se recomienda reconocer y elaborar orientaciones para trabajar la integración social de las personas en conflicto con la justicia y población adolescente.
- viii. En cuanto a las actividades de Chile Integra, se recomienda incorporar actividades de: (i) apoyo de pares, (ii) de intervención familiar; y (iii) la calidad del servicio prestado.
- ix. Para Chile Integra se recomienda definir actividades de selección de personal que explicita ciertos criterios mínimos.

➤ Respecto a la lógica vertical de los programas se recomienda:

- i. Se proponen ocho indicadores enfatizados en estándares internacionales (United Nations Office on Drugs and Crime , 2012; United Nations Office on Drugs and Crime, 2017) comunes a todos los subcomponentes y componentes: (1) la magnitud en la entrega de servicios (Cobertura); (2) oportunidad en la entrega de servicios (Tiempo de espera promedio); (3) calidad de los servicios (Complejidad del tratamiento; Retención; Tasa de abandono; Experiencia de los equipos de tratamiento; Acceso a atención psiquiátrica de los usuarios); y (4) gestión de los recursos financieros (Ejecución del presupuesto).
- ii. 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. Se recomienda definir indicadores objetivos que midan patrón de consumo (propósito del programa) para monitorear su logro.
- iii. 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 sugiere que el programa cuente con una plataforma propia de registro de información (distinta a SISTRAT) e integrada.

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 estos.

- En relación con la composición del gasto se recomienda que SENDA sistematice los gastos de sus programas más allá de los convenios descritos.
- 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.

Resultados a nivel de productos

- Respecto a la focalización, selección y cobertura de los programas se recomienda:
 - i. Revisar los 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 y traslape de poblaciones.
 - ii. Para disminuir las brechas de cobertura se recomienda incluir en la oferta programática componentes de difusión de la oferta, mediante el fortalecimiento del programa SENDA Previene¹⁹. 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.
 - iii. Aumentar al corto plazo las coberturas territoriales de: (i) el Subcomponente 2 del Componente 4 (Evaluación Clínica Diagnóstica en Fiscalías para Adolescentes Infractores de Ley imputados); y (ii) el Programa Chile Integra.
 - iv. Se recomienda que MINSAL traspase los recursos utilizados para pagar planes de tratamiento mediante el Programa de Prestaciones Valoradas (PPV) a SENDA paulatinamente para que sea solo una la entidad estatal a cargo del pago de planes de tratamiento. Esto permite un mejor monitoreo y control de la población beneficiaria, así como de la estimación de coberturas.
 - v. Se recomienda 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).
- Respecto a la producción de bienes y/o servicios se recomienda:
 - i. El desempeño de los programas 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.
 - ii. 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.

Resultados a nivel de objetivos

- Se considera necesario revisar la duración de los planes de tratamiento o hacerla más flexible. Por un lado, las tasas de completitud de tratamiento son bajas, y además tanto la presente

¹⁹ 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). 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).

evaluación como investigaciones desarrolladas en Reino Unido (Jones et al., 2009) dan cuenta de que parte importante de las ganancias se concretan en las primeras 12 semanas de tratamiento (retención).

- Se sugiere 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 el acceso y las prestaciones realizadas en salud mental, ya que los resultados en esta dimensión son acotados.
- Se recomienda mejorar las orientaciones de compromiso delictual con actividades o enfoques exitosos de acuerdo con la evidencia internacional, dada su asociación a peores resultados.
- Se recomienda fortalecer los componentes de reintegración laboral de la oferta ya existente, a través del Programa Chile Integra (Orientación sociolaboral – OSL), y abordarlo desde una perspectiva de género²⁰.
- Se recomienda fomentar el rediseño de los programas considerando fortalecer los mecanismos de integración social y de seguimiento. Esto ya 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, así como un bajo cumplimiento de esta etapa del tratamiento. En el corto plazo se puede incorporar una dupla psico-social destinada a hacer las intervenciones luego del egreso como parte de los convenios de colaboración suscritos con los implementadores, así como la especificación de orientaciones concretas a realizar en esta etapa. En el largo plazo se recomienda 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.

²⁰ 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.

Referencias

- 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.
- Australian Institute of Health and Welfare. (2017). *Alcohol and other drug treatment services in Australia 2016–17*. Canberra: Australian Government.
- Bean, P., & Nemitz, T. (2004). *Drug treatment; What Works?* Lóndres: Routledge.
- Beattie, M., & Longabaugh, R. (1999). General and alcohol-specific social support following treatment. *Addictive Behaviors*, 24(5), 593-606.
- 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.
- 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.
- Claus, R., & Kindleberger, L. (2002). Engaging substance abusers after centralized assessment: predictors of treatment entry and dropout. *J Psychoactive Drugs*, 1, 25-31.
- Department of Health and Human Services. (2017). *Treatment Episode Data Set (TEDS)*. Maryland: Center for Behavioral Health Statistics and Quality.
- 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.
- Hermalin, J., Steer, R., Platt, J., & Metzgerger, D. (1990). Risk characteristics associated with chronic unemployment in methadone clients. *Drug and Alcohol Dependence*, 117-125.
- 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.
- 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.
- 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*.
- 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.
- 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).
- NCJRS . (2009). *Shoveling Up II: The Impact of Substance Abuse on Federal, State and Local Budgets*. New York: National Center on Addiction and Substance 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.
- Platt, J. (1995). Vocational Rehabilitation of Drug Abusers. *Psychological Bulletin*, 416-433.
- 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 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.
- Public Health England. (2017). *Adult substance misuse statistics from the National Drug Treatment Monitoring System (NDTMS)*. Londres: Department of Health.
- SENDA. (2017). *Décimo Segundo Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile*. Santiago: Observatorio Chileno de Drogas.
- 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., 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.
- 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.
- 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.
- United Nations Office on Drugs and Crime . (2012). *TREATNET Quality Standards for Drug Dependence and Care Services*. New York: United Nations.
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2017). *Informe Mundial sobre las Drogas*. ISBN: 978-92-1-148292-8 eISBN: 978-92-1-060624-0: Publicación de Naciones Unidas.
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2017). *International Standards for the Treatment of Drug Use Disorders*. New York: United Nations.
- Valenzuela, E., & Larroulet, P. (2010). La relación droga y delito. *Estudios Públicos*, 33-62.
- Vallejos, M., Orgeboso, C., & Capa, W. (2015). Escala de evaluación del cambio de la Universidad de Rhose Island (Urica): Validez y confiabilidad en drogodependientes. *Revista de Psicología*.
- Williams, R., & Chang, S. (2000). A Comprehensive and Comparative Review of Adolescent Substance Abuse Treatment Outcome. *AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION*, 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.
- 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.

**RESPUESTA DE INSTITUCIÓN RESPONSABLE
A INFORME FINAL DE EVALUACIÓN**



OF. ORD N°: 9 / 2020

ANT.: Informe Final: Evaluación de resultados de los programas de tratamiento y rehabilitación de SENDA.

MAT.: Responde observaciones del Informe Final.

SANTIAGO, 5 de enero de 2021

**A: MATÍAS ACEVEDO FERRER
DIRECTOR DE PRESUPUESTOS
MINISTERIO DE HACIENDA**

**DE: CARLOS CHARME FUENTES
DIRECTOR NACIONAL
SERVICIO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y REHABILITACIÓN
DEL CONSUMO DE DROGAS Y ALCOHOL**

Junto con saludar y mediante el presente, le remitimos las observaciones respecto el informe del estudio convocado por su institución y realizado por el Instituto de Sociología de la Pontificia Universidad Católica de Chile, cuyo objetivo general fue evaluar los resultados intermedios de los programas de tratamiento y rehabilitación por consumo de drogas y alcohol e integración social de SENDA, durante el periodo 2012 a 2017.

En relación al citado informe, vengo en remitir los siguientes alcances comentarios y análisis:

a) Comentarios generales sobre el estudio.

1.- El estudio en cuestión fundamenta sus conclusiones con una preponderancia desmedida respecto los elementos académicos, sin atender con la relevancia suficiente la realidad fáctica de la ejecución de las políticas públicas. En este sentido, este análisis con un foco fundamentalmente académico no permitió tomar en consideración otras variables o factores que, de haberlo sido, muy probablemente hubiesen permitido arribar a otras conclusiones y recomendaciones. Un claro ejemplo de lo anterior es no haber tenido en consideración la realidad presupuestaria del Servicio.

OF DE PARTES DIPRES
07.01.2021 10:25



2.- Por otro lado, la metodología del estudio en ningún caso permite generalizar los resultados de la investigación al total de la población potencial que SENDA debe intervenir y sólo representa a una pequeña muestra o proporción de los pacientes tratados en programas para población adulta, lo cual en definitiva limita considerablemente el análisis cabal del fenómeno.

A mayor abundamiento, la totalidad de los análisis que se presentan en la sección de resultados a nivel de objetivos son sobre un universo de 370 personas que reciben tratamiento en la Región Metropolitana, siendo que el total de personas que recibieron tratamiento a nivel nacional en centros que poseen algún convenio con SENDA el año 2019, fueron 24.429 pacientes. Lo anterior, sin que además se haya levantado información de otras regiones distintas a la Metropolitana, considerando que en las demás regiones se trataron 14.312 personas en el año 2019, correspondiente al 58,6% del total de la población que recibió tratamiento.

3.- Cabe agregar que el informe carece de un análisis respecto al poder estadístico mínimo necesario para presentar información en cada una de las tablas del estudio, lo que dificulta seriamente su correcta interpretación.

Lo expresado precedentemente puede verificarse en que el tamaño muestral de las personas entrevistadas a los 18 meses de haber iniciado su tratamiento (T2¹) y que permanecieron en éste entre 0 a 3 meses de exposición son 47; mientras que aquellas que continuaron su tratamiento de 4 a 12 meses, son 235; y finalmente, aquellas que continuaron más de 12 meses, son un total de 88 casos, lo que totalizaría 370 observaciones válidas. Esto daría cuenta de problemas de poder estadístico para ciertos estratos, particularmente aquellos con tamaños de muestra inferior a 30 casos. Este tipo de problemas puede afectar a variables de resultado como calidad de vida, uso de drogas, entre otras, a nivel de prevalencias. Así también, los estratos de análisis (por ejemplo, exposición a tratamiento) estarían con un bajo número de casos para poder elaborar conclusiones robustas.

4.- Además, el informe señala que las poblaciones observadas en T0² y T2 son diferentes, pero en los análisis descriptivos que luego se realizan, no se observa que se efectúe un control para estas variables. Ejemplos de lo señalado es la mayor cantidad de mujeres en una población u otra; número mayor de personas tratadas en centros de tratamiento dependientes del Servicio de Salud Metropolitano Occidente; la existencia de menos policonsumidores con sustancia principal de pasta base y población con un mejor comportamiento delictual, en población T2.

Todo lo anterior podría generar un posible sesgo en los resultados que se obtienen, debido a que en T2 se estaría observando una población distinta que podría ser uno de los principales motivos de los cambios que se han observado entre ambas mediciones.

¹ T2: Aquellas personas que fueron encuestadas a los 18 meses después de haber iniciado su tratamiento. Se hace presente que no necesariamente continuaban en tratamiento al momento de ser entrevistados.

² T0: Aquellas personas que fueron encuestadas al inicio de su tratamiento por consumo de alcohol y otras drogas.

5. Por último, llama la atención que, por un lado, no se formulen recomendaciones sobre algunos temas que el informe desarrolla durante el estudio y, por otro, se realizan ciertas recomendaciones carentes de cualquier tipo de ejercicio metodológico que las fundamenten.

Para el primer caso, mejorar la producción posterior a los tres meses de intervención y qué hacer para mejorar los resultados encontrados en cuanto a la vinculación con redes de apoyo, ejercicio de la ciudadanía y mejora en la calidad de vida, son aspectos mencionados en el informe, pero sin desarrollo ni mención posterior en las recomendaciones. Por su parte, respecto la recomendación de traspasar los recursos de MINSAL a SENDA para la ejecución de planes de tratamiento, no es posible concluir que ésta tenga algún sustento metodológico, toda vez que el informe en ningún momento desarrolla la misma.

b) Comentarios a las recomendaciones del estudio.

I. Recomendaciones sobre la cuantificación de población potencial y objetivo.

1.- En cuanto a las mediciones de consumo problemático existentes, el informe sugiere incluir en el Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar (ENPE) un instrumento que permita medir consumo problemático de alcohol de acuerdo con los criterios clínicos del DSM-V³, CIE-11⁴ u otro instrumento validado internacionalmente para medir aquello, así como también incluir en los ENPE mediciones de consumo problemático de sustancias ilícitas, para efectuar cálculos de poblaciones homologables con la población adulta.

A pesar de estas sugerencias y tal como se menciona en las consideraciones generales, esta recomendación cabría dentro de aquellas carentes de cualquier tipo de ejercicio metodológico que la fundamenten, quedando simplemente establecida en el informe sin desarrollo argumentativo posterior.

2.- Respecto al Programa Chile Integra, el estudio señala que no existe información disponible que permita desagregar la cuantificación de la población potencial y objetivo según sus cuatro componentes. En consecuencia, se recomienda elaborar un indicador de necesidades de integración social (IS) que efectivamente responda a los componentes que éste apunta y que se base en criterios objetivos por sobre observaciones o apreciaciones cualitativas del equipo tratante para la medición de sus poblaciones objetivo.

Empero de la recomendación precedente, se hace presente que ésta ya fue implementada el 2019, año en que se reformuló el indicador de diagnóstico del programa. El indicador actual es "*personas que mejoran condiciones de integración social en los ámbitos de vivienda, empleo y habilidades sociales*", de manera que actualmente se aplica este nuevo indicador que apunta precisamente a medir condiciones más objetivas.

³ Por sus siglas en inglés, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition*.

⁴ Clasificación Internacional de Enfermedades, 11ª revisión.

Ambos son normas que entregan criterios clínicos para diagnosticar problemas de salud. Por ejemplo, en el caso del consumo de alcohol, si al revisar los criterios establecidos por el DSM-V, una persona cumple 2 o 3 de ellos, entonces puede ser diagnosticada de trastorno por uso de alcohol moderado. En cambio, si se cumplen 4 o más de los criterios, entonces el diagnóstico es de un trastorno por uso de alcohol severo.

II. Recomendaciones de diseño de los programas.

1.- Respecto a la lógica horizontal de los programas, para el Programa de Tratamiento, a nivel de subcomponentes, el estudio recomienda revisar el traslape de funciones (población mixta y mujeres dentro del componente Población Adulta), entre otros⁵.

Sobre este punto, el Servicio hace presente que a lo largo del informe se utiliza la palabra “traslapar” cuando una población es atendida en dos programas. Creemos que el uso de este concepto tiende a confundir, por lo que se requiere desarrollar por parte de los consultores, técnicamente y de mejor manera, cuál sería el alcance del concepto “traslapar”.

2.- Por otro lado, el estudio señala que las actividades definidas por el programa no son suficientes, siendo la evaluación de la satisfacción usuaria⁶ una de las acciones débilmente desarrolladas.

Respecto lo anterior, se debe considerar que desde el año 2017, SENDA validó para Chile el instrumento OPOC (*Ontario Perception of Care Tool for Mental Health and Addictions*, por sus siglas en inglés o “Cuestionario de Ontario sobre Percepción de los Cuidados de Salud Mental y Adicciones”, en español), el cual permite realizar una medida objetiva, válida y confiable de la satisfacción y participación de los usuarios de Centros de Tratamiento.

Considerando que el estudio en comento abarca el periodo 2012 – 2017, el informe no tuvo a la vista que, a partir del año 2018, el instrumento se encuentra implementado en una parte importante de nuestros centros de tratamiento. En razón de lo anterior, la recomendación ya se encuentra implementada.

3.- Además, el estudio recomienda que para Chile Integra se definan actividades de selección de personas que expliciten ciertos criterios mínimos. En cuanto a lo expresado en el estudio, no existe una explicación sobre a qué se refiere con este tipo de actividades, por lo que se estima que debiese entregarse mayor desarrollo al respecto, con indicación de los datos que fundamenten la recomendación.

III. Recomendaciones de recursos.

1.- El estudio recomienda la elaboración de un convenio de colaboración con Gendarmería de Chile que permita un mayor control de SENDA sobre el presupuesto destinado al Programa de Tratamiento a Adultos Infractores consumidores problemáticos de drogas y alcohol⁷.

⁵ En esta recomendación, además se sugiere revisar otras inconsistencias como (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 hay comentarios respecto estas dos.

⁶ Además de este tipo de acciones, se recomienda elaborar actividades de (i) habilidades parentales orientadas a hombres y (iii) actividades de seguimiento. No hay comentarios respecto dichas acciones.

⁷ Este tipo de convenios tienen un control exhaustivo por algunas áreas de SENDA. Mensualmente el ejecutor debe rendir cuentas de los gastos, los que pasan por revisión financiera. Adicionalmente, de forma semestral, se hace un informe técnico de avance y si no es aprobado se retiene la remesa que está sujeta a ese informe, además de contar con las rendiciones al día. Con el cierre del proyecto aprobado, se solicita al ejecutor la devolución de los fondos no utilizados y aquellos que hayan sido rechazados, los que deben ser devueltos a la cuenta corriente de SENDA para dar conformidad al cierre técnico y financiero del convenio.

Continúa señalando que los recursos de este programa son transferidos a Gendarmería de Chile en su totalidad, perdiéndose luego control sobre la ejecución de los mismos. Esto explicaría que las ejecuciones presupuestarias sean de 100% para todo el periodo de evaluación.

Se hace presente que el texto mencionado no tiene relación con los procesos que se realizan en Gendarmería o con algún convenio de transferencia de recursos. Todos los convenios de transferencia de recursos suscritos por SENDA establecen dos o más remesas, siendo entregada la primera de ellas al inicio del convenio, mientras que las siguientes se transfieren durante el desarrollo del proyecto y siempre sujeto a evaluación. Además, este tipo de convenios están en permanente seguimiento y control por parte del Área de Finanzas de la División de Administración y Finanzas del Servicio, toda vez que mensualmente el ejecutor debe rendir cuenta de los gastos que el objeto del convenio implique, los que pasan por una exhaustiva revisión financiera. Adicionalmente, de manera semestral, se hace un informe técnico de avance, el que, en caso de no ser aprobado, autoriza al Servicio a retener la remesa sujeta a dicho informe, además de contar con las rendiciones al día. Finalmente, con el cierre del proyecto aprobado, se solicita al ejecutor la devolución de los fondos no utilizados, y aquellos que hayan sido rechazados, deben ser devueltos a la cuenta corriente del Servicio para dar conformidad al cierre técnico y financiero del convenio.

Todo el proceso antes descrito deja en evidencia el exhaustivo control y monitoreo que SENDA, específicamente su Área de Finanzas, tiene respecto todos aquellos convenios que involucran transferencia de recursos. Es en razón de ello, que consideramos que la recomendación en comento carecería de todo sustento técnico y material al afirmar una supuesta pérdida de control que el Servicio tendría sobre la ejecución de los convenios con Gendarmería. A lo anterior, se le debe sumar además que la acción propuesta para subsanar dicha falta de control, es la suscripción de un convenio, lo que SENDA ha realizado con Gendarmería de Chile desde el año 2013.

IV. Recomendaciones de resultados a nivel de productos.

1.- El informe detalla aspectos relacionados con la focalización, selección y coberturas de los programas. En este sentido, 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 infante - adolescente; y
- vi. Los cuatro componentes de Chile Integra.

Sobre estos puntos es factible señalar que nuevamente no es posible considerar la recomendación en su cabalidad, toda vez que la conclusión se fundamenta con una preponderancia desmedida en elementos académicos, sin considerar variables como la realidad presupuestaria del Servicio o las leyes que establecen a qué edades se puede acceder a tratamiento. Así, por ejemplo, no se hace un

análisis de la cobertura de los últimos años del programa de personas en situación de calle, sino que sólo se recomendó su aumento sin fundamentar en métricas claras la necesidad de una supuesta ampliación.

En relación a lo anterior, es importante mencionar que los criterios de focalización y priorización del Programa de Tratamiento para Población Adulta fueron modificados en la reformulación 2020 de la Ficha del Ministerio de Desarrollo Social, obteniendo la Recomendación Favorable, por parte de dicho Ministerio. En dicha reformulación, se incorporó como criterio de focalización la manifiesta voluntad de tratarse, entendida como la disposición de la persona para acceder a tratamiento, considerando en su estimación el porcentaje de personas que responden afirmativamente 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 de SENDA.

Sumado a lo anterior, se explicitó la focalización del Programa de Tratamiento para Población Adulta en los beneficiarios de FONASA y se describieron tanto los criterios de distribución de recursos entre los componentes Población Mixta, Específico Mujeres y Personas en Situación de Calle, en base a criterios de magnitud poblacional, como también su distribución territorial, de acuerdo con la magnitud de población y la prevalencia de consumo que se presenta en los distintos territorios del país.

2.- Entre los problemas que el estudio detecta en estos programas, se encontrarían restricciones arbitrarias a la población beneficiaria y traslape de poblaciones.

Cabe mencionar que el informe plantea la existencia de restricciones arbitrarias, aludiendo a que la definición de población objetivo del Programa de Tratamiento para Adultos Infractores establece que los beneficiarios corresponden a quienes hayan cumplido la mitad de su condena y estén prontos a salir al medio abierto. Al respecto, el informe señala que la recomendación internacional es que esta población acceda a tratamiento de drogas en su primer contacto con el sistema de justicia, por lo que el estudio sugiere aumentar la oferta a todos quienes lo necesiten dentro del sistema de justicia, ya sean estos adolescentes o adultos.

Al respecto, se debe aclarar que el tiempo de cumplimiento de condena corresponde a un criterio definido exclusivamente para los centros de tratamiento de personas adultas privadas de libertad. Este criterio se basa en un fundamento técnico-clínico y no corresponde calificarlo de arbitrario, toda vez que en su definición se considera la necesidad de las personas tratadas de acceder - luego del egreso de tratamiento - a ambientes protegidos y libres de drogas. Con ese objetivo, el programa contempla que, una vez finalizado el tratamiento, las personas sean derivadas a módulos segregados o centros semi abiertos dentro del mismo sistema penal o que egresen definitivamente al medio abierto. En cualquiera de estos casos, por normativa penitenciaria, se requiere haber cumplido cierto tiempo de condena. Todo lo descrito, además, se encuentra definido en la guía metodológica del programa que estuvo disponible para efectos del estudio.

Sumado a lo anterior, tampoco resulta pertinente la recomendación del estudio referida a aumentar la oferta a todos los adultos y adolescentes dentro del sistema de justicia. El mismo Programa de Tratamiento para Adultos Infractores contempla un componente dirigido a otra población, constituida por personas adultas imputadas por un delito que pueden acceder a una salida alternativa, situación que en la mayoría de los casos corresponde a su primer contacto con el sistema penal. En esa instancia, el programa contempla la detección de consumo problemático, derivación a tratamiento y su seguimiento.

Complementariamente, el Área de Tratamiento e Intervención de SENDA cuenta con programas dirigidos a otras poblaciones con infracción de ley, como son el Programa para Personas Adultas Condenadas a Libertad Vigilada y el Programa de Adolescentes Infractores de Ley. Este último, considera la atención de adolescentes imputados por un delito, sancionados en medio libre y privativo de libertad, dando respuesta a las necesidades de atención durante todo el circuito judicial.

Por otra parte, y tal como ya se ha señalado, no es correcto aludir a un "traslape" de poblaciones entre los componentes de Población Mixta y Específico Mujeres, habiéndose definido una delimitación entre ambos. Como se indicó, el componente de Población Mixta considera la atención ambulatoria sólo de mujeres residentes en territorios que no cuentan con acceso al componente Especifico Mujeres por motivos de disponibilidad presupuestaria.

3.- El estudio recomienda que para disminuir las brechas de cobertura se debiese incluir en la oferta programática componentes de difusión de la oferta, mediante el fortalecimiento del programa SENDA Previene.

Respecto a lo anterior, consideramos que se requiere una aclaración sobre el razonamiento básico utilizado para determinar esta recomendación. Utilizando simples reglas de la lógica, no queda claro que una mayor difusión de la oferta programática del Servicio disminuya automáticamente la brecha de cobertura que actualmente existe. Estas brechas de cobertura que dicen relación con la población potencial que presenta consumo problemático de alcohol y otras drogas, obedecen principalmente a limitaciones presupuestarias que no permiten abarcar a toda la población que presenta el problema en el país. En términos generales, los programas no presentan dificultades en los procesos de demanda de atención, sino que incluso en algunos Programas se registran listas de espera para el ingreso a tratamiento.

En este sentido, según el Estudio en Población General 2018 de SENDA, hay un gran porcentaje de aquellas personas con consumo problemático que no sienten la necesidad de tratarse (539.209 de 649.160, es decir el 83,1%). En consecuencia, se requiere desarrollar de una manera más detalla la manera de revertir dicha situación, indicando las metodologías o instrumentos específicos de intervención que se puedan utilizar con esta población. Conforme a lo anterior, no basta con solamente señalar que se necesita realizar un trabajo de concientización e identificación como lo plantea el estudio, toda vez que esto por sí solo no sustenta la recomendación realizada.

4.- Por otro lado, el estudio recomienda que MINSAL traspase los recursos utilizados para pagar planes de tratamiento mediante el Programa de Prestaciones Valoradas (PPV) a SENDA paulatinamente, para que sea sólo una entidad estatal a cargo del pago de planes de tratamiento⁸. El referido estudio señalaría que esto permitiría un mejor monitoreo y control de la población beneficiaria, así como de la estimación de coberturas.

Sobre este punto, este Servicio considera que los datos entregados como antecedentes para justificar el traspaso de recursos desde MINSAL a SENDA no son suficientes. Se debe tener en consideración que el estudio señala como único fundamento para el traspaso de los recursos asociados a tratamiento, la falta de un sistema de monitoreo confiable en MINSAL, argumento que por sí solo no resultaría idóneo para hacer un completo análisis. Asimismo, el informe señala que la conclusión se basa en una serie de entrevistas a centros de tratamiento y servicios de salud, es decir, en opiniones cualitativas de un grupo del que no se conoce su nivel de representatividad, y no en un análisis específico de los sistemas de control y monitoreo que MINSAL implementa efectivamente en la práctica.

En definitiva, no solamente es insuficiente la justificación para que MINSAL traspase los recursos utilizados para pagar planes de tratamiento – que es la falta de un sistema de monitoreo confiable – sino que, además, no se hace ninguna otra recomendación o sugerencia alternativa que no implique para SENDA el asumir responsabilidades administrativas que no están dentro de sus facultades legales. Además, la recomendación que formula el estudio no asegura un mejor monitoreo y control de la población beneficiaria como lo afirma.

V. Recomendaciones de resultados a nivel de objetivos.

1.- El estudio consideraría necesario revisar la duración de los planes de tratamiento o hacerla más flexible. En efecto, tanto la presente evaluación, así como investigaciones desarrolladas en Reino Unido, dan cuenta que parte importante de las ganancias se concretan en las primeras 12 semanas de tratamiento (retención). Además, el estudio sugiere revisar evidencia actualizada que permita entregar orientaciones, duraciones de planes y actividades de acuerdo con el perfil de consumo de los y las beneficiarios y beneficiarias.

Las anteriores recomendaciones se basan en conclusiones que, a juicio de este Servicio, adolecen a lo menos de problemas muestrales, toda vez que los tamaños muestrales en T2 presentan problemas para generalizar esta conclusión. Por ejemplo, el número de casos que son prevalentes de alcohol y marihuana en T2 y que han estado más de 12 meses de tratamiento, son 29 y 15 casos, respectivamente (según tabla 150 y 152), mientras que en el caso de cocaína y pasta base, los casos en T2 prevalentes son solamente 9 y 5 (según tabla 154 y 156).

⁸ MINSAL (vía PPV) paga los planes de tratamiento de un % considerable de beneficiarios para los subcomponentes de Población Adulta General en el sistema público. Esto iría en desmedro de un monitoreo y control de la población beneficiaria, así como de la estimación de coberturas (se subestiman).

Considerando lo anterior, la opinión de SENDA es que los análisis que se realizan con muestras tan pequeñas carecen de suficiente poder estadísticos para generalizar conclusiones. Además, no se señala que la información entregada en los análisis de las tablas antes mencionadas, controlen las distintas características que el informe declara existen entre la población encuestada en T0 y T2. En otras palabras, la población encuestada en T0 no cumpliría con las mismas características respecto de aquella en T2, al haber, por ejemplo, una variación en la cantidad de hombres y mujeres.

En relación con las citadas investigaciones del Reino Unido, cabe precisar que los estudios a nivel internacional indican que la probabilidad de alcanzar resultados positivos en el tratamiento de alcohol y otras drogas aumenta a partir de los 3 meses de permanencia en tratamiento. Sin embargo, lo anterior no significa que el proceso de tratamiento deba extenderse sólo por 3 meses, de modo que el argumento planteado por el estudio carece de suficientes fundamentos.

En consecuencia, como Servicio estimamos que estas recomendaciones se basan en conclusiones generales que no cuentan con un tamaño de muestra suficiente para arribar a ellas, además de simplemente mencionar investigaciones desarrolladas en Reino Unido, sin entregar mayor justificación, data o evidencia concreta que efectivamente demuestre que un proceso de tratamiento debiese tener una duración de 12 semanas.

2.- Además, ante las restricciones presupuestarias que se proyectan para el corto y mediano plazo dada la pandemia de covid-19 en 2020, el informe recomienda orientar un potencial aumento de cobertura hacia modalidades ambulatorias intensivas ya que obtienen resultados similares a un menor costo.

No es posible para SENDA considerar la recomendación precedente, toda vez que la conclusión adolece de graves incongruencias. Al igual que en el caso anterior, los tamaños muestrales en T2 presentan inconsistencias para generalizar esta conclusión. Por ejemplo, el número de casos que son prevalentes de marihuana y están en un tratamiento residencial son 23, mientras en un ambulatorio son 57 (tabla 152); para cocaína estos números son de 17 y 44 (tabla 154). De la misma manera, no queda claro que los análisis que se presentan controlen por las distintas características observadas entre las poblaciones encuestadas en T0 y T2.

Además de lo anterior, es importante señalar que en el diseño de las distintas modalidades de tratamiento, se define que los planes residenciales y ambulatorios dan respuesta a diferentes necesidades de atención de acuerdo con el nivel de compromiso biopsicosocial que presentan las personas al ingresar a tratamiento y que incide en la severidad del trastorno y el pronóstico de su posible evolución. En términos generales, las personas que acceden a tratamiento residencial presentan un compromiso biopsicosocial severo, mayor presencia de comorbilidad y escaso o nulo apoyo familiar, entre otros factores que determinan un perfil de mayor complejidad en relación con lo observado en la modalidad ambulatoria. En consecuencia, se debe tener especial cuidado al intentar comparar los resultados de las distintas modalidades, considerando en el análisis que éstas corresponden a diferentes perfiles de población y que, por lo mismo, la modalidad de tratamiento también difiere según las necesidades detectadas en cada una de ellas.

3.- El estudio también recomienda mejorar el acceso y las prestaciones realizadas en salud mental, ya que los resultados en esta dimensión son acotados.

Frente a esta recomendación, si bien se sugiere aumentar las horas de consultas psiquiátricas de los programas, no hay una explicación clara y lógica que permita comprender por qué los resultados son catalogados como “acotados”, toda vez que en el informe señalan que el 63% de los egresados mejoran su salud mental. En razón de lo anterior, consideramos que no hay argumentos técnicos suficientes ni tampoco una explicación clara respecto la métrica utilizada para atribuir “resultados acotados” a un 63% de mejora.

4.- Además, el estudio recomienda fortalecer los componentes de reintegración laboral de la oferta ya existente, a través del Programa Chile Integra (Orientación sociolaboral – OSL), y abordarlo desde una perspectiva de género⁹.

Esta recomendación no tiene ningún tipo de desarrollo o justificación en los antecedentes del estudio, lo que no permite entender a cabalidad el propósito de la misma. En este sentido, consideramos – por una parte - que no corresponde recomendar un aumento de cobertura respecto de un programa que, tal como lo señala el informe, no se ha evaluado y que – por otra – tampoco sugiere otras alternativas que hayan sido exitosas, con evidencia nacional e internacional, en generar habilitación laboral para personas en tratamiento.

En consecuencia, se estima que esta recomendación no puede ser considerada del todo útil para el propósito del estudio, por cuanto no hay una justificación técnica a lo largo del estudio que nos permita asegurar que ésta permitirá a SENDA hacer mejores efectivas en la materia.

5.- Por otro lado, el estudio expresa que, dada la pérdida de terreno de los egresados por alta terapéutica, se recomienda fomentar el rediseño de los programas considerando fortalecer los mecanismos de integración social y de seguimiento¹⁰.

Al igual que en el caso anterior, la recomendación en cuestión no tiene sustento en antecedentes del informe, e incluso las acciones que se mencionan no son tratadas en el desarrollo del mismo. En consecuencia, consideramos que todas las acciones propuestas a corto plazo – como incorporar una dupla psico-social destinada a hacer las intervenciones luego del egreso – y a largo plazo – como revisar evidencia internacional respecto a programas de acompañamiento post egreso exitoso – requieren ser desarrolladas en profundidad, a fin de permitir arribar a la conclusión de que son suficientes para fortalecer los mecanismos de integración social y de seguimiento dada la pérdida de terreno de los egresados

⁹ 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.

¹⁰ En el corto plazo, se recomienda 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 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.

por alta terapéutica como indica la recomendación. Todo ello, tomando en consideración además otros factores como posibles restricciones presupuestarias.

6.- En línea con lo anterior, el estudio recomienda fortalecer todo el componente de rescate de los tratamientos, ya que su desempeño es insuficiente y se vincula a una mayor abstención y menor consumo.

Nuevamente, esta recomendación no tiene sustento en ningún antecedente del informe. Por ello, se requiere que se realice un mayor desarrollo de esta recomendación, especificando acciones concretas que permitan – por un lado – entender el razonamiento utilizado para llegar a la misma, toda vez que de lo desarrollado en el estudio, no existe indicio alguno de haberse tratado la materia y – por otro - fortalecer el componente según lo propuesto, sugiriendo acciones concretas de cómo abordar lo observado, debiendo considerar todos los factores que pueden incidir en las mismas, como posibles restricciones presupuestarias.

Finalmente, y en virtud de los argumentos de forma y de fondo, los antecedentes expuestos y comentarios señalados en el presente oficio, consideramos que si bien las recomendaciones propuestas pueden efectivamente servir como una herramienta confiable al momento de elaborar políticas públicas en esta materia, es necesario complementar alguna de ellas a fin de tener un cabal entendimiento de lo propuesto.

En este sentido, consideramos que hay ciertas recomendaciones que no cuentan con ningún sustento en el desarrollo del informe, como es el caso de incluir en el Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar (ENPE) un instrumento validado internacionalmente que permita medir consumo problemático de alcohol, así como también incluir mediciones de consumo problemático de sustancias ilícitas. Misma situación ocurre en las recomendaciones a nivel de objetivos, específicamente aquella que sugiere fortalecer los componentes de reintegración social, a través del Programa Chile Integra y abordarlo desde una perspectiva de género; aquella que recomienda fomentar el rediseño de los programas para fortalecer los mecanismos de integración social y de seguimiento; y aquella que plantea fortalecer todo el componente de rescate de los tratamientos.

Además, estimamos que otras recomendaciones requieren de una mayor explicación por cuanto se refiere a ciertos conceptos, calificaciones o conclusiones que no son del todo asertivas o requieren un mayor desarrollo. Tal es el caso del concepto de “traslapar” en aquellas recomendaciones de diseño del programa; el razonamiento tras la recomendación de incluir componentes de difusión de la oferta para disminuir brechas de cobertura; y la mejora al acceso y prestaciones realizadas en salud mental, considerando que el mismo informe señala que el 63% de los egresados mejoran su salud mental.

Sin perjuicio de lo anterior, hay otras recomendaciones respecto las cuales como Servicio no estamos de acuerdo por las razones y justificaciones señaladas precedentemente. Así sucede con la recomendación sobre la suscripción de convenios con Gendarmería de Chile para tener un mayor control sobre el presupuesto que involucra, considerando que dichos convenios, tal como se indicó, se vienen suscribiendo desde el año 2013. Lo mismo respecto las

restricciones arbitrarias que el estudio detecta a la población beneficiaria y traslape de población, sin considerar una serie de factores técnicos desarrollados previamente en este Oficio; y la recomendación sobre que MINSAL traspase los recursos utilizados a SENDA para hacerse cargo del pago de los planes de tratamiento, sin ningún tipo de justificación técnica suficiente además de la falta de un sistema de monitoreo confiable en MINSAL.

Asimismo, consideramos que hay ciertas recomendaciones que generalizan ciertas conclusiones que, a juicio de este Servicio, adolecen de problemas muestrales para arribar a ellas. Así sucede con la recomendación a nivel de objetivos, en que el estudio consideraría necesario revisar la duración de los planes de tratamiento, considerando que investigaciones en Reino Unido dan cuenta que gran parte de las ganancias se concretan en los primeros tres meses, sin entregar mayor evidencia o antecedentes concretos que demuestre que un proceso de tratamiento debiese tener esa duración.

Confiamos en que todo lo expuesto precedentemente nos permitirá continuar mejorando nuestra oferta programática basada en estudios y datos concretos que reflejen efectivamente aquello en lo que debemos dirigir nuestros esfuerzos a fin de entregar a la ciudadanía la más efectiva, eficiente y eficaz oferta disponible.

Sin otro particular, se despide atentamente.



CARLOS CHARME FUENTES
DIRECTOR NACIONAL
SERVICIO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y REHABILITACIÓN
DEL CONSUMO DE DROGAS Y ALCOHOL


MFM / CGM / RPM

Distribución:

1. Jefatura División Jurídica.
2. Jefatura División de Administración de Finanzas.
3. Jefatura (S) División Programática.
4. Gabinete.
5. Unidad de Gestión Documental.
6. Ministerio de Hacienda.

S-80/21