



DEPARTAMENTO ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD

ANÁLISIS CRÍTICO DE TEMAS: DROGAS ILÍCITAS

INSUMO PARA LA EVALUACION FINAL DE PERIODO

ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD 2011-2020

Santiago, Enero 2020.

CONTENIDO

RESUMEN EJECUTIVO	3
I. INTRODUCCIÓN	8
II. MARCO CONCEPTUAL.....	9
III. OBJETIVOS	16
IV. METODOLOGÍA.....	16
V. RESULTADOS	21
VI. CONCLUSIONES	49
VII. RECOMENDACIONES.....	50
VIII. PROXIMOS PASOS.....	51
IX. REFERENCIAS	53

RESUMEN EJECUTIVO

El presente documento tiene como objetivo presentar los principales hallazgos del Análisis Crítico del Tema Drogas Ilícitas, el cual forma parte esencial de los insumos necesarios para la evaluación de final de periodo, priorización y formulación del próximo plan 2021-2030.

Este análisis fue realizado en etapas iterativas, cada una de ellas paso necesario para el cumplimiento de los objetivos planteados.

En esta sección se presenta una síntesis de los hallazgos, de acuerdo a:

1. Los resultados obtenidos en las diferentes etapas.
2. Las principales conclusiones y recomendaciones derivadas de este documento.

1. Resultados obtenidos

Análisis de situación y diagnóstico actualizado de indicadores.

El objetivo de este componente fue realizar un análisis epidemiológico de drogas ilícitas en Chile y regiones, así como analizar los indicadores nacionales e internacionales a partir de los cuales es posible medir los avances en el tema. De acuerdo a esto, se obtuvieron los siguientes resultados:

- El consumo de último año de drogas ilícitas (marihuana, cocaína o pasta base) en población de 15 a 24 años para el 2016 fue de 27,9%, siendo mayor en el hombre (33,1%) que en la mujer (22,4%). Desde el año 2010, se observa un incremento progresivo en el consumo de drogas ilícitas en ambos sexos, aumentando en ese periodo 2,1 veces en el hombre y de 3,7 veces en la mujer. Este aumento es principalmente debido a consumo de marihuana, puesto que la frecuencia comparada con el consumo de cocaína o pasta base es alrededor de 15 veces mayor.
- El 35,7% de la población entre 12 y 64 años, ha consumido marihuana alguna vez en su vida, el 14,5% alguna vez en el último año y el 8,7% en el último mes. Todas estas tasas muestran un aumento en relación al 2010 que fue de 1,8 veces para la prevalencia de vida, de 3,1 veces para la de último año y de último mes. Los mayores incrementos de prevalencia de último año se han dado en población de 45 a 64 años y en las mujeres.

- La prevalencia de consumo de vida de cocaína en Chile, en población de 15 a 64 años, ha tendido a aumentar desde 1994, a diferencia de la de pasta base que tiende a ser más estable. Para todas las prevalencias, la de cocaína es más alta que la de pasta base. Entre el 2010 y el 2016, el consumo de vida de cocaína aumentó de 3,7% a 5,9%, en tanto que el de pasta base, se mantuvo entre 2,1% y 2,5% (2014).
- El patrón de consumo de Cocaína y de Pasta base se aprecia similar, con mayores prevalencias en los hombres que las mujeres, con prevalencias más bajas en los grupos de edad extremos (12 a 18 años y de 45 a 64 años) y prevalencias más altas entre los 19 y 44 años, aunque al interior de este grupo, no haya diferencias estadísticamente significativas.
- En el 2016 se realizaron 41.129 tamizajes de consumo de drogas y alcohol a través de los test CRAFFT o ASSIST en población de 15 a 24 años, aumentando al 2018 a 96.061, lo cual determinaría una cobertura de tamizaje que varió entre 2,0% a 4,7%.
- Las intervenciones breves han aumentado en número, sin embargo, dado el sistema de registro actuales, no es posible obtener una cobertura real sobre la población que se encuentra en riesgo real de consumo de drogas.

Análisis de la Planificación Operativa Anual (POA).

El objetivo de este componente fue analizar la tendencia de las acciones del sector en cuanto a la temática drogas ilícitas, a partir de la planificación operativa. Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

- Las acciones del sector salud en cuanto al tema y sus resultados esperados se dirigen principalmente a actividades de capacitación respecto al tamizaje e intervenciones breves, monitoreo del tamizaje en los controles de salud integral del adolescente, formalización junto a comunas para aumentar el tamizaje, coordinación a través de mesas de trabajo intersectorial, así como planificación de acciones a través de los Planes Regionales para la prevención de consumo de drogas en adolescentes.
- De manera general, se observó un reducido número de actividades ejecutadas en el POA para el período 2016-2018, lo que puede estar relacionado con los resultados de los indicadores obtenidos a la fecha.
- Respecto al Resultado Esperado asociado a la cobertura de detección para el consumo de drogas en población adolescente, se observó que, si bien el indicador demuestra un aumento

del tamizaje en el período 2016-2018, no es posible observar en el POA las estrategias para captar a los adolescentes fuera de las atenciones regulares de salud, dado que es una población que tiene un frágil vínculo con la Atención Primaria.

- Como principales nodos críticos, se observó que existen debilidades respecto a las competencias profesionales relacionadas a la aplicación de los instrumentos de tamizaje, principalmente el CRAFFT que está orientado a la población menor de 19 años.
- Respecto al Resultado Esperado relacionado a la cobertura de intervenciones preventivas en consumo de drogas, en algunos organismos, se observó la necesidad de mejorar los conocimientos de las Orientaciones Técnicas del componente drogas del Programa Detección, Intervención y Referencia Asistida (DIR), por parte de los equipos de salud. Por otra parte, existen falencias en el registro de las acciones realizadas, en la adecuada referencia de pacientes, así como la necesidad de mejorar la coordinación con otros sectores como, por ejemplo, el de educación.
- Para ambos Resultados Esperados, se observó una baja cantidad de actividades direccionadas a la población de mujeres embarazadas que hace parte de los principales grupos de riesgo y que está contemplado en las acciones propuestas por las distintas normativas vigentes en el país.

Revisión de literatura

En esta instancia, el objetivo propuesto fue realizar una síntesis de la literatura disponible para distintas intervenciones, orientadas a disminuir el consumo de drogas ilícitas en la población, específicamente marihuana en población de 15 a 24 años. En total se identificaron 17 intervenciones que fueron relacionadas con los siguientes factores determinantes: influencia de pares, influencia del cuidador, disponibilidad, ambiente, entrega de información y conocimiento, tratamiento no farmacológico y farmacológico.

Análisis comparativo

El objetivo de este componente fue establecer la correspondencia entre las intervenciones realizadas en el sector, identificadas a partir de los POA 2016-2018, las identificadas en la revisión de la literatura, y aquellas que muestran respaldo de la evidencia a nivel mundial y local, de modo de establecer la brecha existente.

De manera general, se observó en la Planificación Operativa que pocos organismos mencionaron realizar coordinación con establecimientos educacionales, por lo que no se ve tan bien reflejadas las estrategias desarrolladas para captar adolescentes (afuera de las atenciones regulares en la APS), así como actividades educativas en el ámbito comunitario para esta población. En este sentido, la literatura muestra que intervenciones basadas en la escuela, dirigidas a pares y que abordan distintos factores de riesgo son benéficas en la reducción del consumo de sustancias psicoactivas y pueden ser más efectivas cuando combinan dos o más ámbitos como, por ejemplo, familias y escuelas (1–4). Por otra parte, la mayoría de las capacitaciones a profesionales están enfocadas en los componentes del Programa DIR (detección, intervención y referencia asistida), por lo que no es posible observar si existe una mayor comprensión de la fase de la adolescencia y de los factores de riesgo presentes que interactúan entre sí de manera dinámica.

De acuerdo a los hallazgos obtenidos, se propone entonces para el análisis de efectividad de intervenciones, explorar las siguientes preguntas: “¿Es efectivo el screening fuera del establecimiento de salud para la detección del consumo marihuana de ellos?”, “¿Es efectiva la educación en habilidades sociales en adolescentes sobre la marihuana?”, “¿Es efectiva la capacitación en habilidades sociales/parentales en docentes y orientadores vocacionales sobre el consumo de marihuana en adolescentes?”, “¿Son las intervenciones breves efectivas sobre el consumo de marihuana en población de 15 a 24 años?”, y “¿Cuál es el efecto de la regulación de producción y venta de cannabis sobre el consumo de cannabis?”.

2. Principales Conclusiones y Recomendaciones

El trabajo realizado en este Análisis Crítico evidenció la necesidad de incluir el tema Drogas Ilícitas en la formulación de la próxima Estrategia Nacional de Salud 2021-2030, considerando el aumento de su prevalencia, así como la carga sanitaria y social que promueve. En este sentido, se observó que:

- La prevalencia de último año de consumo de marihuana, cocaína o pasta base en población de 15 a 24 años, aumentó entre el 2010 y el 2016 de 11,0% a 27,9%. Este aumento es principalmente debido a consumo de marihuana, puesto que la frecuencia comparada con el consumo de cocaína o pasta base es alrededor de 15 veces mayor.

- El consumo de marihuana ha aumentado considerablemente durante esta década, tanto en hombres como en mujeres y en todos los grupos de edad.
- Las coberturas de tamizaje de consumo de drogas en población de 15 a 24 años, han aumentado desde su inicio el 2016, sin embargo, no han superado el 5% de la población inscrita de ese grupo de edad.
- Las intervenciones breves han aumentado en número, sin embargo, dado el sistema de registro actuales, no es posible obtener una cobertura real sobre la población que se encuentra en riesgo de consumo de drogas.
- Por la estructura de la población monitorizada, impresiona que actualmente el tamizaje de consumo es por conveniencia y asociado a consulta en APS. Se sugiere buscar formas de aumentar cobertura en población no consultante.
- Para el monitoreo del proceso de tamizaje, intervención y derivación de población con problemas por consumo de drogas lícitas e ilícitas, es recomendable optimizar el registro de los resultados de la evaluación (por sustancia) en los REM.
- Respecto a la planificación operativa, se recomienda el fortalecimiento de las competencias profesionales en relación a las acciones que ya son desarrolladas por el sector; la inclusión y fortalecimiento de los componentes de prevención y reducción del consumo de drogas en adolescentes que son evidenciados por la literatura, en coordinación con otros sectores; así como mejorar la calidad del registro de las acciones realizadas, a fin de precisar la demanda de salud y necesidad de oferta programada en salud.

I. INTRODUCCIÓN

Los sistemas de salud son entidades complejas en las que coexisten múltiples actores distribuidos en distintos niveles y con diferentes funciones, que atienden a poblaciones con un sinnúmero de necesidades de prevención y control de enfermedades, y con la esperanza de vivir el mayor tiempo posible en las mejores condiciones. Aunado a lo anterior, existen escenarios de desempeño para estos sistemas, en el que los recursos suelen ser insuficientes para enfrentar todas esas necesidades. De esta manera, cuando los países buscan obtener el mayor nivel de salud posible con los recursos con que cuentan, desarrollan acciones de planificación sanitaria que permitan la coordinación de esfuerzos, la eficiencia en el gasto y la efectividad en las intervenciones de salud que se priorizan.

En Chile, la experiencia de planificación sanitaria es de larga data, sin embargo, desde el año 2000, se ha realizado, estableciendo objetivos sanitarios explícitos y a nivel nacional, considerando una década como período para el desarrollo de estrategias que promuevan su alcance, así como la evaluación de sus resultados. El Plan Nacional de Salud 2011 – 2020 es la estrategia actualmente vigente y en la actualidad se encuentra en proceso de evaluación. El Análisis Crítico de temas priorizados hace parte de ésta evaluación de final de período y, además, tiene el propósito de entregar insumos al Plan que regirá para el período 2021- 2030.

El presente documento da cuenta del análisis crítico realizado al problema de salud consumo de drogas ilícitas, con el fin de evaluar la posible relación entre resultados alcanzados en los diferentes niveles programáticos, con los avances en la salud de la población respecto de este tema. Cabe señalar que éste análisis no pretende ser una evaluación del programa en sí mismo ni una evaluación final de la década, sino que debe considerarse como un estado de situación del tema hasta la fecha de disponibilidad de los datos que en éste documento se reporta.

II. MARCO CONCEPTUAL

1. La Estrategia Nacional de Salud

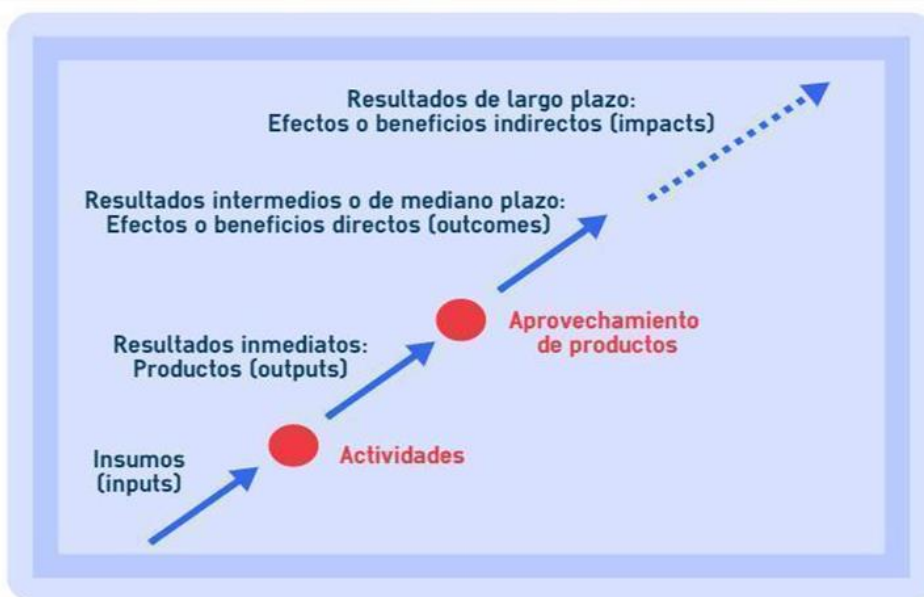
El Plan Nacional de Salud es la carta de navegación del sector salud. En él, están expuestos los principales desafíos que tiene el país en materia de salud y se plantean las alternativas estratégicas que permitirán asumir estos retos, con el fin último de mejorar la calidad de la vida de las personas (5,6).

El Plan Nacional de Salud 2011-2020¹, es el recurso orientativo bajo el cual en la actualidad se establece el quehacer del sector. Este, no abarca la totalidad de las necesidades en salud que tiene la población en Chile, sin embargo, considera una priorización de temas y de líneas de trabajo para poder abordarlos, con base en el establecimiento de una serie de logros definidos colectivamente y que se espera alcanzar en distintos niveles programáticos (5,6). Este, cuenta con 48 temas de salud, dispuestos en 9 ejes estratégicos, siendo los logros en cada tema promovidos a partir de una estrategia de gestión conocida como Gestión Basada en Resultados (GBR). Cada tema en salud cuenta con una *cadena de resultados* en la que se establece, con una lógica causal, aquello que es necesario alcanzar para que se generen los avances que se propusieron, y en donde, la participación de todos los actores, garantiza que sus procesos, productos y servicios contribuyen al logro de estos resultados (7,8).

De esta manera, los resultados están organizados en niveles, los que se corresponden con distintos cambios esperables, según la forma y temporalidad de los mismos; existiendo además una lógica agregativa entre ellos, en donde lo logrado en un nivel, contribuye indefectiblemente al logro de lo planteado en el nivel subsiguiente (Figura 1). De acuerdo a esto, en el nivel superior se encuentran los Objetivos de Impacto (OI), que dan cuenta de cambios relevantes en la salud de las personas, los que tienden a ser de largo plazo y de mayor estabilidad en el tiempo; en el segundo nivel se encuentran los Resultados Esperados (RE), asociados al nivel de salud de las personas, sus factores de riesgo o determinantes, siendo más cercanos a intervenciones sanitarias específicas. Por último, en el tercer nivel se ubican los Resultados Inmediatos (RI), que se asocian directamente a los resultados de productos y servicios, que ejecuta cada nivel de responsabilidad en el sector salud.

¹ Corresponde a la versión actualizada de la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020-Metas Elige Vivir Sano.

Figura 1: Modelo de cadena de resultado de la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020.



Fuente: Tomado de ILPES / CEPAL (8).

Por otro lado, dado que la GBR es un proceso continuo de Hacer, Aprender y Mejorar, su incorporación en la Estrategia Nacional de Salud se expresa funcionalmente en un ciclo de vida que involucra el desarrollo de tres procesos clave: *planificación, seguimiento y evaluación*. Es así como, en la *planificación* se ha determinado *el qué y el cómo* de lo que se quiere alcanzar en el plan, de modo tal, que ocurriese una complementariedad entre el componente estratégico (prioridades y definiciones estratégicas) y operativo (acciones) de la misma. En este sentido, la planificación estratégica alude al proceso de establecimiento de los cursos de acción para alcanzar los objetivos propuestos a mediano y largo plazo (Resultado Esperado, Impacto, Sanitarios de la Década) mientras que, en la Planificación Operativa Anual, los organismos implicados especifican cada año, las actividades programadas y los recursos asignados para tales efectos.

Bajo esta perspectiva, la Planificación Operativa Anual es un componente vital dentro del Plan Nacional de Salud, toda vez que a través de ella se organizan y explicitan los pasos y procesos necesarios, relacionados a las actividades que han de ser ejecutadas por parte de los equipos de salud para la implementación de las estrategias diseñadas (5,6). Como principal instrumento de gestión, este proceso considera el Plan Operativo Anual (POA), cuya elaboración es de resorte de todos los estamentos de la organización, en este caso, del Ministerio de Salud.

El POA corresponde, a las acciones necesarias y suficientes para alcanzar los resultados inmediatos. Su elaboración contempla un ciclo de *Preparación, Formulación, Ejecución, Monitoreo*

y *Evaluación*, que se realiza usando el Sistema Informático para la Planificación Operativa (SIMPO), y con la coordinación del Departamento de Estrategia Nacional de Salud. El SIMPO funciona como repositorio de información desde el año 2016 a la fecha, y en él, es posible observar el curso de las intervenciones implementadas desde el sector, en pro del alcance de los resultados propuestos.

Por otro lado, a partir de los procesos de *seguimiento y evaluación*, el Plan Nacional actual ha podido ser modificado en base a lecciones aprendidas, mientras que el Nuevo Plan es construido en base a dichas lecciones. Lo anterior haciendo uso de procedimientos y herramientas, tales como la evaluación de mitad de periodo, el sistema de monitoreo de indicadores, el análisis crítico de temas y la evaluación final de período.

El Análisis Crítico, surge en el marco del proceso de formulación de los Objetivos Sanitarios de la próxima Década, a partir de la necesidad de realizar para cada tema en salud, una evaluación detallada del desempeño de la gestión basada en resultados. Esto, con el fin de determinar su efectividad y suficiencia para el cumplimiento de los objetivos planteados. De esta manera éste análisis crítico se constituye como un importante insumo; punto de partida de la evaluación final de periodo, y de la etapa de preparación en la elaboración del plan de la próxima década.

Dado lo acotado de los tiempos, los temas de la Estrategia Nacional de Salud que hacen parte de dicho análisis, son aquellos que resultaron favorecidos a través de la realización de un proceso de priorización, o fueron indicados directamente por la autoridad. El tema consumo de drogas ilícitas dispuesto en la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020, cumple esta primera condición, toda vez que a partir de su seguimiento se evidenció un avance discreto de la meta y una alta carga de enfermedad tanto en Chile como en el mundo.

2. Consumo de Drogas Ilícitas

El consumo de sustancia psicoactivas representa en la actualidad un problema para la Salud Pública mundial, ya que su prevalencia ha alcanzado proporciones alarmantes, generando una alta carga sanitaria y social (9).

Según expresa la Oficina de Naciones unidas contra la Drogas y el Delito (UNODC), se estima que, en 2013, un total de 246 millones de personas (1 de cada 20 personas entre 15-64 años), consumieron drogas ilícitas, lo que representa un incremento importante si se compara con datos

del año anterior. Sin embargo, la tendencia del consumo podría considerarse como estable, si se tiene en cuenta el crecimiento de la población mundial (10).

Aun así, la magnitud del problema es evidente si se considera que 1 de cada 10 consumidores, es un consumidor problemático que sufre drogodependencia. En este sentido, cobra relevancia el impacto que las drogas generan en distintas esferas, afectando el desarrollo económico y social. Por un lado, producto del consumo problemático se aumentan los costos de la atención en salud, que se asocian a lesiones y causas externas, enfermedades infecciosas (VIH, hepatitis B y C) y crónicas (cirrosis, cardiovasculares, cáncer, enfermedades mentales). Por otro lado, este se expresa visiblemente en distintas formas de violencia, crimen organizado, y/o actividades delictivas asociadas al tráfico o inducidas por su consumo (10,11).

Respecto al consumo de marihuana, en el Informe Mundial Sobre las Drogas (2018) se estima que, a nivel mundial 13,8 millones de jóvenes de 15 y 16 años la consumieron en el año anterior, lo que representa un 5,6% del total de consumidores. Además, el cannabis sigue siendo la droga más consumida, dado que 192 millones de personas la consumieron al menos una vez en el último año en 2016 (12).

En cuanto al clorhidrato de cocaína y pasta base, en 2016, el país mostró una estabilización en su prevalencia de consumo y una disminución de la prevalencia en “consumo alguna vez en la vida”, respectivamente. Es de notar que el consumo de cocaína es menor en adolescentes y de mayor prevalencia en el grupo de 26-35 años y en jóvenes (13).

Es de resaltar que no todos los tipos de consumo de drogas representan un uso problemático de las mismas. Sin embargo, el límite entre consumo y dependencia es estrecho, generando una mayor carga para los sistemas de Salud Pública en la medida que son requeridas intervenciones de prevención, tratamiento y atención de los trastornos y consecuencias asociadas. Así mismo, es de considerar que se trata de un problema de salud crónico y al igual que como en otras enfermedades, las personas afectadas son vulnerables toda la vida (10,14).

Este escenario ha suscitado el compromiso de la comunidad internacional en el fortalecimiento de la prevención y el tratamiento de abuso de sustancias psicoactivas, haciéndola parte de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, a través de varias metas en el Objetivo 3, que aportan a este propósito (9). No obstante, desde un período anterior ya habían surgido importantes medidas para contrarrestar este fenómeno, desde la regulación y la reducción del consumo. En la actualidad el

foco se ha colocado particularmente en la prevención, de modo de prevenir o retrasar la iniciación del consumo y la transición al posible consumo problemático (10,15).

En este contexto, Chile avanza en el desarrollo de intervenciones integrales para abordar este problema de forma eficaz, promoviendo la prevención, instalando medidas de detección e intervención temprana del consumo de riesgo problemático, y garantizando la asistencia y el tratamiento a quienes presentan consumo problemático. Estas acciones son adelantadas desde el sector salud, en conjunción y complementariedad con SENDA, en el marco del desarrollo de la Estrategia Nacional de Drogas 2009-2018 (16). En el caso del sector salud, destaca el enfoque de la intervención en acciones de Detección, Intervención y Referencia Asistida.

2.1 Historia Natural de la Enfermedad

El consumo de drogas puede darse de forma experimental, ocasional, habitual o compulsiva, siendo esta última la expresión más visible de un trastorno de dependencia, la que puede ser física y psicológica (5). En el proceso de dependencia, un mecanismo clave es el aumento de la concentración de dopamina en el “núcleo accumbens”, que es el más importante centro del placer en el cerebro, en donde existen áreas y circuitos que intervienen en la capacidad de evaluar riesgos en una situación e inhibir conductas potencialmente perjudiciales. Si bien no se puede explicar la dependencia a partir de la presencia de un solo factor, uno de los más relevantes es la edad del primer consumo (10).

Los estudios epidemiológicos dan cuenta de una disminución en la edad de consumo experimental de drogas psicoactivas, siendo este comportamiento poco frecuente antes de los 12 años, pero con un “peak” en la adolescencia, considerada como una etapa de la vida de especial riesgo. La adolescencia es la etapa del desarrollo donde se forma la identidad individual, así como se da la preparación hacia los distintos roles sociales e individuales, en el que la mediación de ciertos factores puede influenciar la experimentación de actitudes y comportamientos como el consumo de drogas (3,11).

Las sustancias psicoactivas pueden generar adaptaciones neuronales que incrementan el riesgo de desarrollar trastornos en la edad adulta, además que se han observados cambios en el volumen cerebral y disminución de la sustancia blanca en adolescentes que consumen alcohol y marihuana. Esto, puede limitar la velocidad de conexión de las redes neuronales, afectando

procesos cognitivos como la memoria, el aprendizaje y algunas funciones ejecutivas. Bajo este escenario, uno de los principales desafíos en salud pública es prevenir el uso y retrasar el inicio del consumo en jóvenes y adolescentes (10,12).

En Chile, el consumo de drogas ilícitas en adolescentes y jóvenes está caracterizada por una mayor incidencia y prevalencia en consumo de marihuana, cocaína y pasta base, aunque después de una mayor frecuencia de consumo de sustancias lícitas tales como alcohol y tabaco. Este patrón de consumo es similar en toda la población, aunque existen diferencias significativas por grupo etario, sexo y nivel socioeconómico. La evolución de la incidencia de estas tres drogas ilícitas, de 2014 a 2016, evidencia un incremento en el consumo de la población de 12-18 años en cada una de ellas, siendo la marihuana la más consumida (13).

2.2 Consumo de drogas ilícitas en la Estrategia Nacional de Salud

La Estrategia Nacional de Salud 2011-2020 (1), fue formulada para dar alcance a los objetivos sanitarios de la década, apuntando a i) mejorar la salud de la población, iii) disminuir las inequidades, ii) aumentar la satisfacción de la población y iv) asegurar la calidad de las prestaciones de salud. En razón de ello, cada problema sanitario incorporado contiene una definición de alcances a través de su cadena de resultados, así como una jerarquía de indicadores que dan cuenta de los eventos necesarios de ocurrir para obtener el impacto planificado.

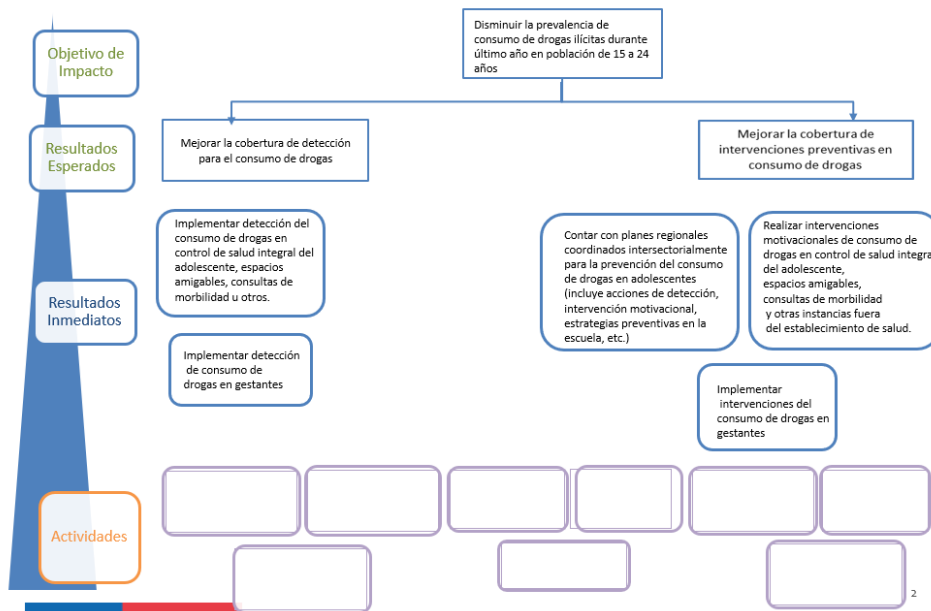
Teniendo en cuenta la prevalencia y la alta carga de enfermedad del consumo de drogas ilícitas, este tema de salud fue priorizado en la Estrategia como parte del Eje Estratégico “Hábitos de vida”, contando con un marco de trabajo orientado a reducir el consumo de drogas ilícitas en personas de 15 a 24 años. Considerando el curso de la adicción y las recomendaciones para reducirla fueron definidos los siguientes resultados:

- **Objetivo de impacto:** Disminuir la prevalencia de consumo de drogas ilícitas.
- **Resultados Esperado 1:** Mejorar la cobertura de intervenciones preventivas en consumo de drogas.
- **Resultados Esperado2:** Mejorar la cobertura de detección para el consumo de drogas.
- **Resultados Inmediatos:** a) Contar con planes regionales coordinados intersectorialmente para la prevención del consumo de drogas en adolescentes (incluye acciones de detección, intervención motivacional, estrategias preventivas en la escuela, etc.). b) Realizar

intervenciones motivacionales de consumo de drogas en control de salud integral del adolescente, espacios amigables, c) consultas de morbilidad y otras instancias fuera del establecimiento de salud. d) Implementar intervenciones del consumo de drogas en gestantes. e) Implementar detección del consumo de drogas en control de salud integral del adolescente, espacios amigables, consultas de morbilidad u otros. f) Implementar detección de consumo de drogas en gestantes.

La relación causal de resultados para el tema, se resume en la Figura 2.

Figura 2: Cadena de resultados para problema de salud consumo de drogas ilícitas.



Fuente: Elaboración propia Departamento Estrategia Nacional de Salud, MINSAL.

III. OBJETIVOS

1. Propósito

Realizar un Análisis Crítico de los temas incluidos en la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020, generando insumos para la toma de decisiones y procesos de priorización en la formulación de los objetivos sanitarios de la próxima década.

2. Objetivo General

Determinar el estado de situación del tema drogas ilícitas en el marco de la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020.

3. Objetivos Específicos

- Identificar y analizar indicadores nacionales e internacionales en el tema de drogas ilícitas.
- Analizar la situación epidemiológica del consumo de drogas ilícitas en Chile y sus regiones.
- Determinar a partir de la planificación operativa si las acciones implementadas desde el sector contribuyen al logro de los objetivos planteados para el tema.
- Establecer la relación de las acciones priorizadas en los planes operativos y la evidencia disponible.
- Identificar posibles factores que expliquen el estado de cumplimiento de los objetivos del tema en la Estrategia Nacional de Salud

IV. METODOLOGÍA

El proceso de Análisis Crítico del tema drogas ilícitas, es un trabajo desarrollado desde la División de Planificación Sanitaria (DIPLAS), liderado por el Departamento de Estrategia Nacional de Salud (DENS) y con participación del Departamento de Epidemiología, Estadística e Información en Salud (DEIS) y Evaluación de Tecnologías Sanitarias Basadas en Evidencia (ETESA).

Dicho proceso, inició con la instalación de una mesa de trabajo que sesionó semanalmente y en donde se establecieron los énfasis del análisis a partir de lo dispuesto en la Cadena de Resultados

(CDR) para el tema. Esta, contó además en forma ocasional con la participación de los referentes técnicos centrales en la medida que fue necesario aclarar situaciones operativas o de disponibilidad de información.

Teniendo en cuenta la carga de enfermedad y el sostenido aumento de la prevalencia de consumo de drogas ilícitas, se decidió dirigir y concentrar los esfuerzos de este análisis en los indicadores presentes en la Estrategia Nacional de Salud concerniente al tema y su disposición en la cadena de resultados. Lo anterior, bajo la premisa de que, es necesario mirar la problemática del consumo de drogas ilícitas desde la mirada del accionar del sector en cuanto a las pesquiza que se realiza y las intervenciones aplicadas una vez detectado el riesgo.

El proceso de análisis crítico, fue completado en un lapso de 8 semanas y desarrollado a partir de 4 componentes, cada uno con la correspondiente ejecución de procedimientos específicos y que son descritos a continuación.

1. Análisis de Indicadores y Epidemiológico.

Metodología Análisis de Indicadores.

Se revisaron los actuales indicadores que forman parte de la cadena de resultados de la estrategia, e indicadores existentes a nivel internacional algunos de los cuáles se relacionan con la historia natural de la enfermedad. De esta manera, existieron dos grandes grupos de indicadores: Indicadores Nacionales e Indicadores Internacionales.

Para cada indicador, se definieron posibles fuentes de información, población en la que se mide, significado, potenciales sesgos, entre otras características.

Metodología Análisis Epidemiológico.

- Los datos de prevalencia se obtuvieron del Décimo Segundo Estudio Nacional de Drogas en población general de Chile cuyo terreno se realizó el 2016 y que presenta serie de tiempo desde 1994 para diferentes drogas. La encuesta abarca población de todo el país entre 12 y 64 años y aborda el consumo de marihuana, cocaína, pasta base, alcohol, tabaco y cigarrillos electrónicos, bebidas energéticas y otras drogas. Este informe no aborda el consumo de alcohol y tabaco (13).

- El indicador de prevalencia de consumo de drogas ilícitas en población de 15 a 24 años fue calculado por SENDA y reportado a Ministerio de Salud y corresponde al porcentaje de población que ha consumido en el último año a lo menos en una oportunidad marihuana, cocaína o pasta base.
- En el estudio publicado y en los datos calculados y enviados directamente por SENDA, no se incluyeron intervalos de confianza, por lo que tampoco se incluyen en este informe.
- En la serie de encuestas de consumo de drogas en población hubo cambios de metodología en el terreno de la encuesta desde el año 2010, lo que alteró la comparabilidad con la serie de tiempo previa (17).
- La incidencia de consumo se estima como aquellas personas que comienzan en los últimos 12 meses su consumo, divididos por aquellos que refieren no haber consumido antes en su vida la misma droga.
- En el nivel primario de salud se realiza el tamizaje de drogas, utilizando el CRAFFT en menores de 19 años y el ASSIST en población de 19 años o más. Los tamizajes realizados se consignan en los Registros Estadísticos Mensuales (REM) del DEIS, específicamente en el REM-A03, “Aplicación y Resultados de Escalas de Evaluación”, Sección D.1: aplicación de instrumento e intervenciones breves por patrón de consumo alcohol y otras sustancias. La unidad de observación del registro es el test aplicado agregados por tipo de test, sexo de la persona a la que se le aplicó, grupo de edad y unidad territorial. Se registra también el resultado clasificados en bajo riesgo, consumo riesgoso o intermedio, y posible consumo perjudicial o dependencia, sin especificar si es alcohol u otras drogas. Ambos test se registran desde el 2016 en adelante.
- Las intervenciones realizadas en este ámbito se registran en el REM 27 “Educación para la Salud”, de la Serie A, Sección G “Intervenciones por patrón de consumo alcohol y otras sustancias”. También se registran de forma agregada por grupo de edad y sexo (aunque separadamente) y desagregadas como intervenciones mínimas, intervenciones breves y referencia asistida, para alcohol, drogas y tabaco. De acuerdo a las orientaciones técnicas, las personas con test con resultado de bajo riesgo se le realizaría una intervención mínima, con riesgo moderado o alto se les realizaría una intervención breve.

- Para drogas es posible establecer la cobertura de tamizaje, ya sea sobre población total como población inscrita, además de eso, las intervenciones breves sobre población tamizada y no sobre población con indicación de intervención breve.

2. Análisis de la Planificación Operativa.

Análisis descriptivo a partir de las actividades dispuestas en los POA 2016, 2017 y 2018. Esto, con el fin de: a) identificar la tendencia de las intervenciones realizadas durante el periodo, b) conocer las características y alcances de dichas intervenciones, c) identificar posibles causas que expliquen los hallazgos encontrados.

Para esto se descargaron desde el SIMPO las planillas Excel que contenían las actividades planificadas e informadas (Plan Real) filtrando a partir de Eje Estratégico “Hábitos de vida” y objetivo de impacto “Disminuir la prevalencia de consumo de drogas ilícitas”, estableciendo la distribución de actividades según Resultado Esperado (RE) las que además fueron categorizadas según el fin perseguido, en relación con acciones propias de autoridad sanitaria.

Posteriormente, con foco en los Resultados Esperados “Mejorar la cobertura de intervenciones preventivas en consumo de drogas” y “Mejorar la cobertura de detección para el consumo de drogas” se seleccionaron para cada uno los tres resultados inmediatos más prevalentes y se revisaron 3 actividades al azar con sus respectivos medios de verificación (MV). Lo anterior con el fin de realizar una descripción y determinar algunas características de la orientación de las actividades. Para este análisis no se consideraron otras fuentes de información del sector.

3. Revisión de la Literatura.

Se realizó una búsqueda amplia de evidencia en MedLine® y EMBASE®, utilizando Ovid® como biblioteca virtual, a través del diseño de una estrategia de búsqueda, la cual fue previamente discutida y probada. La búsqueda se realizó el 14 de junio de 2019, no se utilizaron filtros de año ni de idioma, y se enfocó en revisiones sistemáticas que midieran el efecto de intervenciones que abordan la reducción del consumo de marihuana en población de 15 a 24 años de edad. Las estrategias de búsqueda de esta sección se encuentran en el Cuadro 1.

Cuadro 1: Estrategia de búsqueda utilizando Ovid®.

(adolescen* or teen* or youth* or young* or juven* or adult or adults or adulthood).ti,ab. (cannabi* or Ganja* or Hemp* or bhang* or marihuana* or marijuana*)Filtro systematic review
--

Fuente: Elaboración Propia Departamento ETESA.

La selección de títulos, resúmenes, y los textos completos fueron realizadas por 2 revisores independientes, discutiendo cada uno de los disensos encontrados. En esta selección, los criterios de inclusión fueron: ser revisión sistemática, ser intervenciones entorno a la reducción del consumo de marihuana, población adulto joven entre 15 y 24 años, no se excluyó por tipo de consumo.

Utilizando una adaptación de la metodología para scoping reviews (18), la revisión de los textos completos se realizó como la etapa de charting de un scoping review, donde cada artículo fue clasificado según qué intervención era evaluada.

Con la identificación de nuevas intervenciones, el análisis causal fue actualizado y, en caso de ser necesario, se agregaron otros factores determinantes del problema.

4. Análisis Comparativo.

Análisis de correspondencia entre las intervenciones que son actualmente realizadas en el sector, identificadas a partir de los POA 2016-2018 y aquellas que muestran respaldo de la evidencia, de acuerdo al marco conceptual acordado y con el fin de visibilizar las brechas existentes entre ellas. Se identifica, además, aquella intervención que primando entre las acciones del sector no cuenta con evidencia suficiente para garantizar su impacto en el marco de los alcances propuesto para el tema. Esto, con el fin de que en un momento posterior sea sometida a un análisis de efectividad, el que se espera sea realizado en una fase adicional al actual proceso.

5. Limitaciones.

El proceso de Análisis crítico del tema drogas ilícitas, contó con limitaciones asociadas a:

- Representatividad de la información a partir de la planificación operativa anual, toda vez que a pesar de las mejoras incorporadas año a año en cuanto a la planificación, estos aún no contienen la totalidad de las actividades que realizan los organismos. Esto debido a que algunas SEREMIs y Servicios de Salud, sólo incluyen en su planificación las actividades con

financiamiento o aquellas que han sido priorizadas dentro del año, por lo que el uso del POA en la red no es homogéneo ni representativo del quehacer del sector.

- Para la revisión de evidencia, solo se seleccionaron aquellas intervenciones en torno a la reducción del consumo de marihuana, descartando otras drogas. No se excluyó por tipo de consumo.
- Existe un desfase entre el período de tiempo reportado y analizado en este documento y el año de publicación del análisis crítico. Esto debido a la latencia en la disponibilidad de información y revisiones del documento antes de ser socializado. Por ello los hallazgos deben interpretarse como un estado de situación hasta el año de disponibilidad de datos.

V. RESULTADOS

1. Análisis de Situación.

1.1 Análisis de Indicadores.

-Indicadores actuales de la Estrategia Nacional de Salud.

En el eje estratégico número 3, sobre hábitos de vida de la Estrategia Nacional de Salud 2010-2020 se incluyen indicadores asociados al consumo de drogas ilícitas en el grupo de 15 a 24 años. El objetivo de impacto es la reducción de la prevalencia de consumo. La prevalencia de consumo de drogas se obtiene de estudios del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA) que realiza cada dos años aproximadamente.

Los resultados esperados e indicadores asociados al consumo de drogas ilícitas se pueden ver en la Tabla 1 y son los siguientes:

Tabla 1: Resultados Esperados e indicadores asociados al Objetivo de Impacto de reducción del consumo riesgoso de drogas ilícitas en población de 15 a 24 años.

Resultados Esperados	Indicador
Mejorar la cobertura de detección para el consumo de drogas en población objetivo	3.6.1 Porcentaje de personas de 15 a 24 años, inscritas, con aplicación de instrumento de tamizaje de consumo de drogas.

Mejorar la cobertura de intervenciones preventivas en consumo de drogas.	3.6.2 Porcentaje de personas inscritas de 15 a 24 años de edad con consumo riesgoso de drogas con intervención motivacional.
--	--

Fuente: Departamento de la Estrategia Nacional de Salud, MINSAL.

El Resultado Esperado 3.6.1 es el aumento de la cobertura de detección de consumo de riesgo de drogas en población de 15 a 24 años, respectivamente. Se mide como el porcentaje de la población inscrita en los centros de salud de la atención primaria (APS) a las cuales se les aplicó el screening de consumo de drogas. Para la detección de consumo de sustancias ilícitas en el nivel primario de salud, se utilizan dos instrumentos diferentes según edad de la persona. En población de 10 a 18 años, se utiliza el CRAFFT² en tanto a partir de los 19 años se utiliza la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias para la detección de drogas (ASSIST, por su sigla en inglés)³.

La cobertura se obtiene de la información registrada por el Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) en el Registro Estadístico Mensual (REM) 03 de aplicación y resultados de escalas de evaluación, en tanto que la población inscrita proviene del Fondo Nacional de Salud (FONASA).

El Resultado Esperado 3.6.2 es aumentar la cobertura de intervenciones preventivas del consumo de drogas ilícitas y se mide a través del porcentaje de personas de 15 a 24 años que han sido tamizadas y que reciben intervención breve o motivacional cuando presentan diagnóstico de consumo de riesgo medio alto. Los datos se obtienen de la información registrada en los REM del DEIS.

-Indicadores internacionales

La Organización de Naciones Unidas (ONU) en su Agenda 2030 para el desarrollo sostenible, incluye en el ámbito de salud, a través del objetivo N°3 de garantizar una vida sana y promover el

² CRAFFT es un instrumento de detección en niños y jóvenes del consumo riesgoso de alcohol y de drogas ilícitas, recomendado por la Academia Americana de Pediatría y que consiste en un set de seis preguntas en las que se indagan el haber andado en un auto con alguien "volado" o con alcohol (CAR); el usar alcohol o drogas para relajarse, sentirse mejor o parte de un grupo (RELAX); el consumo estando solo (ALONE); el olvido de cosas como consecuencia del consumo (FORGET); si le han recomendado algún amigo o familiar disminuir el consumo (FRIENDS); y si se ha metido en problemas por haber consumido (TROUBLE) (19).

³ASSIST es un instrumento recomendado por la OMS para la detección del consumo de sustancias psicoactivas en el contexto de la atención primaria. Está construido en base a 8 preguntas y permite cuantificar el consumo de tabaco, alcohol, marihuana, cocaína, anfetaminas, inhalantes, sedantes, alucinógenos, opiáceos y otras drogas.

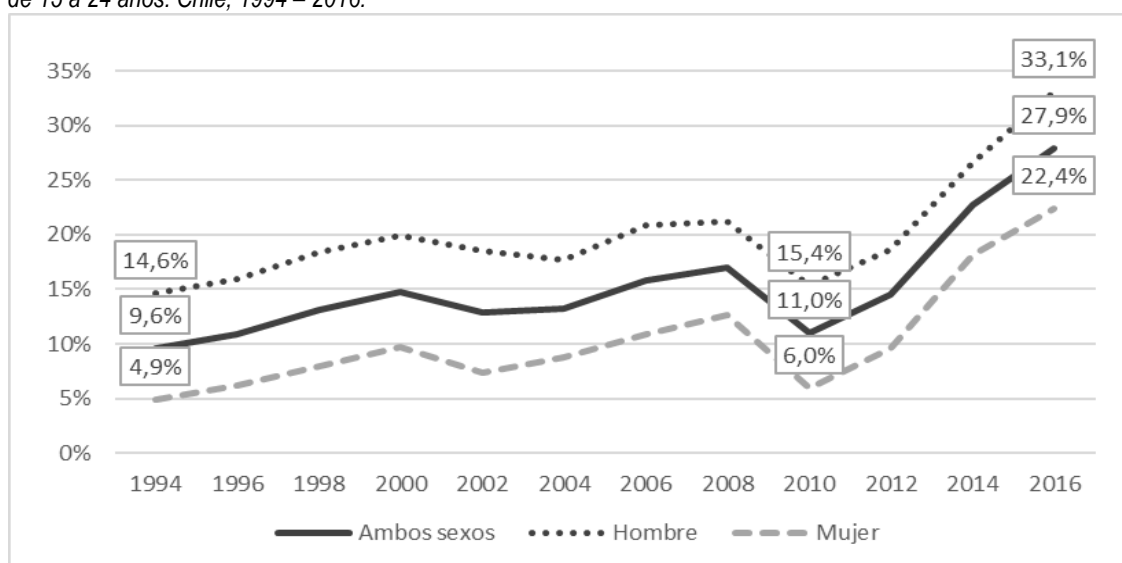
bienestar para todos en todas las edades, indicadores relacionados al consumo de alcohol y drogas. Específicamente, se busca, para el 2030, fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol (Meta 3.5), aunque no especifican como medirlo (20).

1.2 Análisis Epidemiológico

-Consumo de drogas ilícitas en población de 15 a 24 años

De acuerdo a la información reportada por SENDA, el consumo de último año de drogas ilícitas (marihuana, cocaína o pasta base) en población de 15 a 24 años para el 2016 fue de 27,9%, siendo mayor en el hombre (33,1%) que en la mujer (22,4%). Desde el año 2010, se observa un incremento progresivo en el consumo de drogas ilícitas en ambos sexos, aumentando en ese periodo 2,1 veces en el hombre y de 3,7 veces en la mujer (Gráfico 1).

Gráfico 1: Prevalencia de consumo del último de año de drogas ilícitas (marihuana, pasta base o cocaína) en población de 15 a 24 años. Chile, 1994 – 2016.



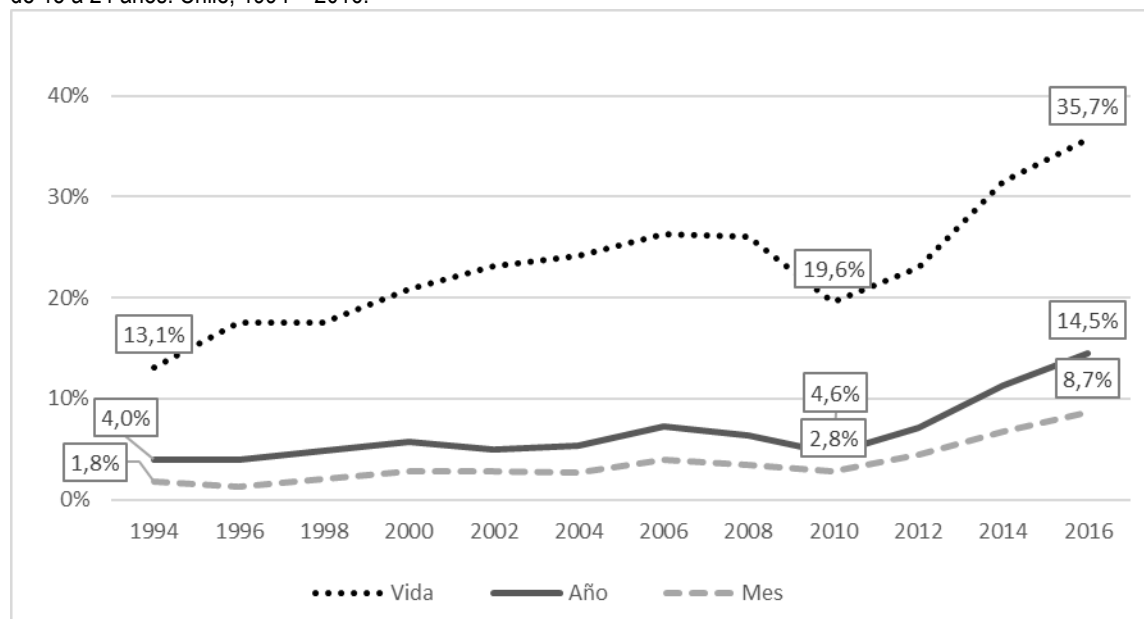
Fuente: Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA).

-Consumo de Marihuana

El 35,7% de la población entre 12 y 24 años, ha consumido marihuana alguna vez en su vida, el 14,5% alguna vez en el último año y el 8,7% en el último mes. Todas estas tasas muestran un aumento en relación al 2010 que fue de 1,8 veces para la prevalencia de vida, de 3,1 veces para

la de último año y de último mes (Gráfico 2). El aumento se da tanto en hombres como mujeres, y en todos los grupos de edad, sin embargo, los mayores incrementos de prevalencia de último año se han dado en población de 45 a 64 años pasando de 0,5% a 5,5% (aumento de 11 veces) y en las mujeres en las que la prevalencia aumentó de 2,1% a 10,6% (Tabla 2).

Gráfico 2: Prevalencia de consumo de vida, de último año y de último mes de drogas ilícitas de marihuana en población de 15 a 24 años. Chile, 1994 – 2016.



Fuente: Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA).

Para el 2016, la prevalencia de consumo de último año de marihuana fue de 18,4% para hombres y de 10,6% para mujeres. Por grupo de edad, el que presenta la mayor prevalencia es el grupo de 19 a 25 años, en donde el 33,8% ha consumido en el último año, seguido por el grupo de 26 a 34 años que lo ha hecho un 23,4% (Tabla 2).

Tabla 2: Prevalencias de consumo de último año de marihuana según sexo y grupo de edad. Chile 2010-2016.

	Hombre	Mujer	12 a 18 años	19 a 25 años	26 a 34 años	35 a 44 años	45 a 64 años
2010	7,1%	2,1%	5,3%	12,3%	6,7%	2,6%	0,5%
2012	9,8%	4,4%	6,7%	17,5%	10,3%	4,4%	1,9%
2014	14,6%	8,1%	13,5%	24,0%	17,1%	9,0%	4,2%
2016	18,4%	10,6%	12,8%	33,8%	23,4%	9,4%	5,5%

Fuente: Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA).

No se observan diferencias importantes en la prevalencia de último año de consumo de marihuana por nivel socioeconómico, sin embargo, habría diferencias en el patrón del tipo de marihuana

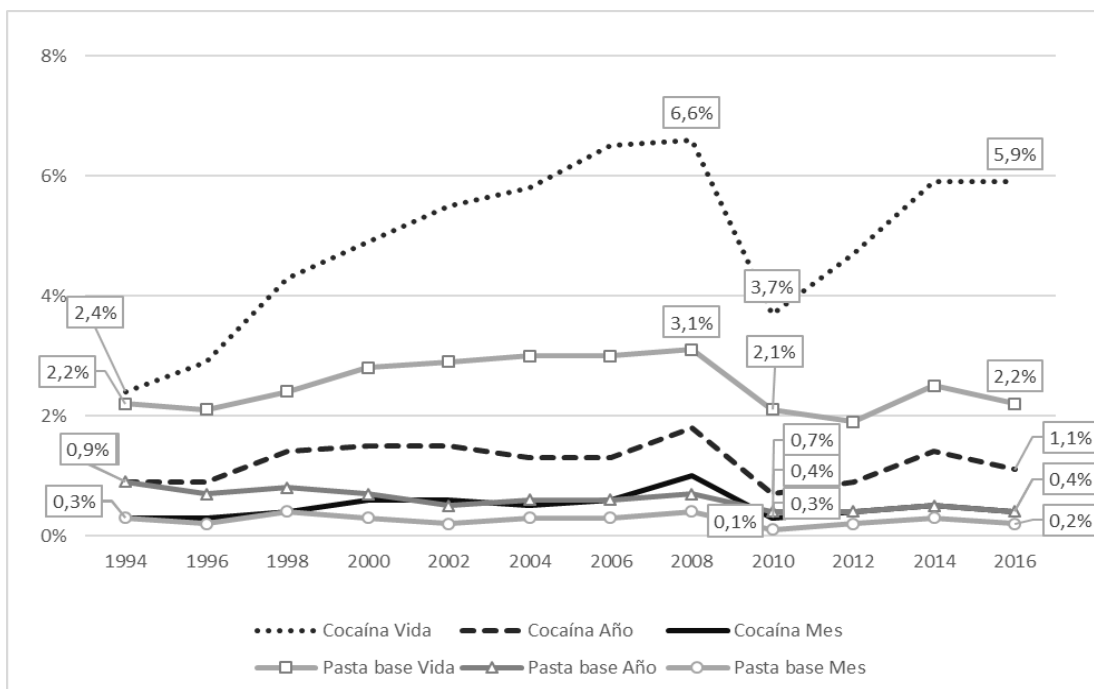
utilizada, siendo mayor el consumo de marihuana pensada (paraguaya) en el nivel socio económico bajo.

La tasa de incidencia de consumo de marihuana el último año (porcentaje de la población que no ha consumido en su vida y que inicia su consumo en los doce meses previos) fue de 3,4%, más de 4 veces mayor a lo observado el 2010. La incidencia presenta una pequeña diferencia entre hombres y mujeres (2 puntos porcentuales), sin embargo, entre el 2014 y el 2016, la de las mujeres aumentó desde la última medición y la de los hombres se mantuvo estable. Respecto de la edad, la mayor incidencia se dio en el grupo de 19 a 25 años (11,2%), seguido por el grupo de 12 a 18 años (5,1%) y el de 26 a 34 años (4,6%).

-Consumo de Cocaína y Pasta Base

La prevalencia de consumo de vida de cocaína en Chile, en población de 15 a 24 años, ha tendido a aumentar desde 1994, a diferencia de la de pasta base que tiende a ser más estable. Para todas las prevalencias, la de cocaína es más alta que la de pasta base. Entre el 2010 y el 2016, el consumo de vida de cocaína aumentó de 3,7% a 5,9%, en tanto que el de pasta base, se mantuvo entre 2,1% y 2,5% (2014). La prevalencia de consumo de cocaína el último año llegó al 1,1% el 2016, en tanto, la de pasta base al 0,4%, y para ambas, el consumo de último mes fue inferior a 0,5% desde el 2010 (Gráfico 3).

Gráfico 3: Prevalencia de consumo de vida, de último año y de último mes de drogas ilícitas de clorhidrato de cocaína y pasta base en población de 15 a 24 años. Chile, 1994 – 2016.



Fuente: Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA).

El patrón de consumo de Cocaína y de Pasta Base se aprecia similar, con mayores prevalencias en los hombres que las mujeres, con prevalencias más bajas en los grupos de edad extremos (12 a 18 años y de 45 a 64 años) y prevalencias más altas entre los 19 y 44 años, aunque al interior de este grupo, no haya diferencias estadísticamente significativas. Para ambas sustancias, el consumo es mayor en nivel socio económico bajo, sin embargo, la diferencia sería mayor en pasta base (Tabla 3).

Tabla 3: Prevalencias de consumo de último año de clorhidrato de cocaína y de pasta base según sexo y grupo de edad. Chile 2010-2016.

	Hombre	Mujer	12 a 18 años	19 a 25 años	26 a 34 años	35 a 44 años	45 a 64 años
Cocaína							
2010	1,2%	0,1%	0,4%	1,3%	1,3%	0,7%	0,2%
2012	1,3%	0,5%	0,3%	2,0%	1,6%	0,7%	0,3%
2014	2,2%	0,6%	1,6%	1,9%	2,7%	1,5%	0,6%
2016	1,6%	0,5%	0,3%	1,8%	2,1%	1,4%	0,3%
Pasta Base							
2010	0,7%	0,1%	0,3%	0,9%	0,8%	0,3%	0,1%
2012	0,8%	0,1%	0,2%	0,5%	1,0%	0,4%	0,2%
2014	0,8%	0,1%	0,3%	0,5%	1,0%	0,6%	0,2%
2016	0,7%	0,1%	0,3%	0,6%	0,7%	0,6%	0,1%

Fuente: Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA).

Para consumo de cocaína y pasta base las incidencias de últimos 12 meses fueron estimadas en un 0,2% y 0,1%, respectivamente.

-Tamizaje de consumo de drogas en población de 15 a 24 años

En el 2016 se realizaron 41.129 tamizajes de consumo de drogas y alcohol a través de los test CRAFFT o ASSIST en población de 15 a 24 años, aumentando al 2018 a 96.061, lo cual determinaría una cobertura de tamizaje que varió entre 2,0% a 4,7%. Sobre esta población se han realizado 4.676 intervenciones breves sobre drogas el 2016, aumentando a 8.115 el 2018. Debido al aumento en la cobertura este aumento en intervenciones breves ha determinado que el porcentaje de intervenciones breves sobre población tamizada haya disminuido de 11,4% a 8,4% (Tabla 4).

Tabla 4: Número y porcentaje de personas tamizadas para consumo de drogas e intervenciones breves realizadas sobre población tamizada. Población inscrita en consultorio de APS, Chile 2016-2018.

	Tamizajes CRAFFT/ASSIST		Intervenciones breves	
	N° realizado	% sobre población inscrita	N° realizado	% sobre población tamizada
2016	41.129	2,0%	4.676	11,4%
2017	93.323	4,4%	8.483	9,1%
2018	96.061	4,7%	8.115	8,4%

Fuente: Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS), MINSAL.

No es posible obtener una cobertura real de las intervenciones breves realizadas, puesto que, para tal efecto, se requeriría diferenciar los resultados obtenidos en el CRAFFT y ASSIST de los resultados obtenidos del AUDIT, además de diferenciar los consumos riesgosos de alcohol de los de drogas.

2. Análisis de la Planificación Operativa Anual.

2.1 Intervenciones y Estrategias desde el Sistema de Salud.

En Chile, distintas acciones han sido elaboradas e implementadas de manera conjunta entre el Ministerio de Salud y el Ministerio del Interior y Seguridad Pública para abordar el consumo de drogas. Sin embargo, desde el sector salud, las acciones han sido orientadas a través de la implementación desde el año 2011 del Programa Nacional de Detección, Intervención y Referencia Asistida (DIR, ex Vida Sana Intervenciones en Alcohol y Otras Drogas) (21), así como por los documentos técnicos representados por la Guía Clínica AUGE sobre Consumo Perjudicial y Dependencia de Alcohol y Otras Drogas en personas menores de 20 años del año 2013 (22) y las Orientaciones Técnicas para la detección, intervención motivacional y referencia a tratamiento para el consumo de alcohol y otras drogas en adolescentes del año 2015 (19).

El Programa DIR ha buscado disminuir el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, a través de la detección precoz e intervención oportuna, en población general (10 años en adelante), dentro de las prestaciones regulares de salud. A través de los instrumentos de tamizaje (CRAFFT, ASSIT, AUDIT), se establece el patrón de riesgo de consumo de las sustancias psicoactivas y se realiza un tipo de intervención que puede ser mínima (bajo riesgo), breve (riesgo) y de derivación asistida (perjudicial o dependencia) (21).

Por otra parte, respecto a la práctica clínica, la Guía Clínica AUGE del año 2013 (22), plasmó el flujo de atención y derivación, desde la detección precoz hasta el seguimiento del paciente a ser realizado post tratamiento. La guía recomienda acciones basadas en evidencias sobre detección del consumo perjudicial, evaluación integral del paciente, acceso a tratamiento (terapias psicosociales y farmacológicas, promoción de la abstinencia, gestión de riesgos, reducción de daños, entre otros componentes) y de seguimiento (prevención de recaídas y otras estrategias de vinculación). Además, las Orientaciones Técnicas contenidas en el documento publicado en 2015 buscan apoyar a los equipos de salud en la atención de adolescentes respecto a la detección (aplicación del CRAFFT para adolescentes de 14 a 18 años), intervención motivacional/breve y derivación asistida al tratamiento de manera integral y oportuna, considerando los factores que influyen en el consumo de sustancias psicoactivas en la población adolescente (19).

Las intervenciones planteadas por el sector salud respecto de las guías y orientaciones técnicas vigentes, se traducen en actividades formuladas y ejecutadas anualmente en todos los niveles del

sistema, a través de la Planificación Operativa Anual (POA). Este instrumento refleja las actividades planificadas por el sector que requieren o no presupuesto, así como aquellas que se vinculan o no con la Estrategia Nacional de Salud (ENS).

En este sentido, la coordinación y seguimiento del POA es realizada por el Departamento de Estrategia Nacional de Salud (DENS) de la División de Planificación Sanitaria (DIPLAS), el que además tiene entre sus funciones, el monitorear y evaluar las metas sanitarias, a través de sus respectivos indicadores.

Respecto del tema consumo de drogas ilícitas, en el ejercicio de las funciones de evaluación y monitoreo de la ENS, se ha podido establecer un estado de “retroceso” a nivel nacional para la meta “disminuir 5% la prevalencia de consumo de drogas ilícitas durante último año en población de 15 a 24 años”. Considerando que la meta 2020 establecida es alcanzar la prevalencia de un 10,45% en dicha población, los datos indican un incremento del consumo, dado que su prevalencia fue de un 11% en 2010, aumentando a un 27,9% en el año 2016. A nivel regional, no es posible establecer avances, dado que no se cuenta con información disponible (23).

Con respecto al Resultado Esperado asociado a la detección temprana, se observó que existe un aumento a nivel país del porcentaje de personas de 15 a 24 años inscritas en atención primaria con aplicación de instrumento de tamizaje de consumo de droga, dado que el porcentaje aumentó de un 2% en 2016 a un 4,7% en el año 2018. Sin embargo, el último dato todavía se encuentra por debajo de la meta 2020 planteada que es de un 10% de personas de 15 a 24 años inscritas en centros de salud de atención primaria con instrumento de tamizaje aplicado. A nivel regional, se observó que, en el año 2018, las regiones con mayor cobertura de detección fueron Magallanes (11,3%) y Coquimbo (7,6%); y las regiones con menor cobertura fueron Los Ríos (2,9%) y O`Higgins (3,6%) (23).

Por otra parte, respecto al resultado esperado asociado a la cobertura de intervenciones preventivas, se observó una disminución a nivel país del porcentaje de personas inscritas de 15 a 24 años con consumo riesgoso de drogas con intervención motivacional, dado que disminuyó de un 11,4% en 2016 a un 8,4% en el año 2018. El dato reportado en el último año se encuentra por debajo de la meta 2020 planteada que es lograr un 50% de personas entre 15 y 24 años, inscritas en atención primaria, que consumen drogas y han tenido tamizaje, reciban intervención motivacional para reducir su consumo. A nivel regional, en el año 2018, las regiones con mayor

cobertura de intervenciones preventivas fueron Aysén (50,3%) y Arica y Parinacota (32,3%); y las regiones con menor cobertura fueron Atacama (0,4%) y Magallanes (1,0%) (23).

Esta variabilidad en el alcance de los objetivos propuestos en los diferentes niveles programáticos pone de manifiesto la necesidad de indagar sobre la tendencia y alcance de las intervenciones estratégicas implementadas para abordar este tema de salud.

En virtud de la existencia del Sistema Informático para la Planificación Operativa (SIMPO) como recurso para hacer seguimiento de dicho proceso, se realizó un análisis descriptivo a partir de las actividades dispuestas en los POA 2016, 2017 y 2018. Ello, con el objetivo de identificar la tendencia de las intervenciones realizadas a nivel nacional durante este periodo, conocer las características y alcances de las intervenciones realizadas (nivel nacional y regional) e identificar posibles causas que expliquen los hallazgos encontrados. Esto teniendo en cuenta las limitaciones antes descritas para la planificación operativa.

De acuerdo a lo anterior, se descargaron desde el SIMPO las planillas Excel que contenían las actividades ejecutadas (POA Ejecutado) para los años descritos y se seleccionó el objetivo de impacto “disminuir la prevalencia de consumo de drogas ilícitas en población de 15 a 24 años”. Desde ahí se observaron los resultados inmediatos más frecuentemente utilizados en cada uno de los resultados esperados y se seleccionaron 3 medios de verificación para tener un acercamiento a las actividades, así como su enfoque en el sector salud. Asimismo, por cada resultado inmediato seleccionado, fueron revisadas cada una de las actividades realizadas y clasificadas según tipo de actividad.

De esta manera se revisaron 78 actividades para el periodo de 2016-2018. De éstas, 31 estaban relacionadas con el Resultado Esperado 1 “mejorar la cobertura de detección para el consumo de drogas”, y 47 con el Resultado Esperado 2 “mejorar la cobertura de intervenciones preventivas en consumo de drogas” (Tabla 5).

Tabla 5. Distribución actividades tema Drogas Ilícitas.

Categoría	2016	2017	2018	Total Periodo
Total actividades POA: OI Disminuir la prevalencia de consumo de drogas ilícitas	15	40	23	78
Total actividades POA: RE 1 Mejorar la cobertura de detección para el consumo de drogas.	4	16	11	31
Total actividades POA: RE 2 Mejorar la cobertura de intervenciones preventivas en consumo de drogas.	11	24	12	47

Fuente: Elaboración propia Departamento Estrategia Nacional de Salud.

2.2 Descripción de actividades ejecutadas según Resultado Esperado (RE).

Actividades relacionadas con RE1 “Mejorar la cobertura de detección para el consumo de drogas”

Con respecto al Resultado Esperado 1 “mejorar la cobertura de detección para el consumo de drogas”, existen 31 actividades ejecutadas para el período 2016-2018, las cuales se enfocan prioritariamente en el Resultado Inmediato (RI) “implementar detección del consumo de drogas en control de salud integral del adolescente, espacios amigables, consultas de morbilidad u otros”. En la Tabla 6 se muestra la descripción y enfoque de estas actividades.

Para el mismo periodo, este RI suma 18 actividades en las cuales los enfoques más prevalentes se asocian a capacitación (50%), monitoreo y formalización (ambas con un 16,6% de las actividades):

- Las actividades de **capacitación** se dirigen a fortalecer las competencias de los equipos de salud respecto a la aplicación de los instrumentos de tamizaje, y la realización de intervenciones breves y referencia asistida que son los componentes del Programa de Detección, Intervención y Referencia Asistida en Drogas (DIR).
- Las actividades de **monitoreo** se enfocan en el seguimiento al uso de las herramientas de tamizaje y de fichas CLAP en el control de salud integral de adolescente.
- Y, las actividades de **formalización** se centran en la celebración de convenios con distintas comunas para aumentar la cobertura de tamizaje a través del Programa DIR.

Tabla 6. Enfoque de actividades RE 1 “mejorar la cobertura de detección para el consumo de drogas” (2016-2018).

Resultado Esperado	Resultado Inmediato	Descripción	Resultados
Mejorar la cobertura de detección para el consumo de drogas (N=31)	Implementar detección del consumo de drogas en control de salud integral del adolescente, espacios amigables, consultas de morbilidad u otros (N=18).	El enfoque está dirigido: a) a la difusión de Orientaciones Técnicas (OT) a equipos de APS y desarrollo de capacitaciones a personal de salud relacionadas a la detección del consumo de drogas a través del instrumento de tamizaje CRAFFT, intervención breve y referencia asistida (Programa DIR); b) al monitoreo y supervisión del uso de las herramientas de screening y de fichas CLAP en los controles de salud integral de adolescentes, así como de la adecuada derivación de pacientes a tratamiento; c) elaboración de convenios del Programa DIR con distintas comunas para la aplicación de instrumentos de tamizaje.	Según lo reportado en los medios de verificación (MV), los contenidos de las capacitaciones se relacionan a los distintos componentes del Programa DIR. El SS Talcahuano en 2017 y 2018 enfocó las capacitaciones en el abordaje a grupos de riesgo (adolescentes y embarazadas), además se instó a los profesionales a hacer replica de la capacitación en su establecimiento de salud. La SEREMI Arica y Parinacota (2016) reportó dificultades en el tamizaje de la población menor de 19 años, dado que los equipos ocuparon el instrumento ASSIST, cuando debería haberse utilizado el CRAFFT. A partir de eso, se recomendó más capacitación y coordinación. El SS Metropolitano Sur (2017) reportó un cumplimiento ajustado al esperado en el monitoreo del tamizaje; mientras que el SS Concepción (2017) reportó el no cumplimiento de la actividad de monitoreo. No se encontró las OTs adjuntadas al correo de difusión reportada como MV por el SS Iquique.

Fuente: Elaboración propia Departamento Estrategia Nacional de Salud.

Como resultado del proceso anterior fueron identificados algunos nodos críticos que pudiesen limitar el avance hacia los resultados esperados, siendo su reconocimiento insumo para el establecimiento de acciones de mejora.

Respecto al RE 1, de manera general, se observó que existe un reducido número de actividades planificadas anualmente por el sector salud para el periodo de 2016-2018. Al parecer, los esfuerzos de este, no se ven tan bien reflejados en el POA, dada la necesidad de implementar acciones que puedan frenar el aumento existente en las prevalencias de consumo de drogas ilícitas a nivel país y el impacto que este problema genera a nivel individual, familiar, social y económico.

El Resultado Inmediato en el cual se concentra la mayor cantidad de actividades planificadas se refiere a la detección precoz del consumo en los controles de salud integral del adolescente. En este sentido, si bien los datos indican un aumento del tamizaje a nivel país para el periodo 2016-2018, en los medios de verificación reportados, se observó que las acciones parecen estar concentradas en los consultorios. En este sentido, acciones territoriales podrían aumentar la captación de adolescentes no solo para el tamizaje del consumo de drogas, sino para identificar y prevenir otros temas de salud en esta población.

Los MV reportados respecto al monitoreo y supervisión de la aplicación de instrumentos de tamizaje no permiten hacer conclusiones sólidas que muestren las fortalezas o debilidades de las acciones. Al parecer, existen debilidades relacionadas a las competencias profesionales respecto a la aplicación del instrumento de tamizaje, como es el caso reportado por la SEREMI Arica y Parinacota (2016), en donde se observó la aplicación del instrumento ASSIST para población adolescentes y, como medida, se propusieron actividades de capacitación y coordinación. Además, por ejemplo, el SS Concepción (2017) reportó el no cumplimiento de la actividad planificada de monitoreo del tamizaje y no se describen los motivos relacionados. Por otra parte, en otros servicios de salud, por ejemplo, el SS Metropolitano Sur (2017) reportó un cumplimiento de monitoreo adecuado al esperado para el período.

Por otro lado, se observó que existe una mayor tendencia hacia la ejecución de actividades de capacitación al personal de salud que se desempeñan en la atención de adolescentes. En este caso, en base a lo descrito en los MV se pudo establecer el contenido abordado en tales actividades, siendo estos: conductas adictivas, tipos de drogas, los componentes del modelo de atención del Programa DIR. Sin embargo, pocos MV dejan claro el foco de las capacitaciones

hacia grupos de mayor riesgo como son los adolescentes y mujeres embarazadas, siendo el SS Talcahuano (2017 y 2018), el único organismo que en sus MV reportó dicha focalización.

Respecto a esos grupos de mayor riesgo, se observó que existe una baja cantidad de actividades en el POA de tamizaje en mujeres embarazadas para el periodo 2016-2018. Esos aspectos pueden ser considerados como brechas existentes, dado que el consumo de drogas ilícitas se relaciona a uno de los principales factores de riesgo para complicaciones en el desarrollo infantil.

Actividades relacionadas con RE 2 “Mejorar la cobertura de intervenciones preventivas en consumo de drogas”

Con respecto de este Resultado Esperado, existen 47 actividades ejecutadas para el período 2016-2018, las cuales se enfocan prioritariamente en los Resultados Inmediatos a) “contar con planes regionales coordinados intersectorialmente para la prevención del consumo de drogas en adolescentes (incluye acciones de detección, intervención motivacional, estrategias preventivas en la escuela, etc.)” y b) “realizar intervenciones motivacionales de consumo de drogas en control de salud integral del adolescente, espacios amigables, consultas de morbilidad y otras instancias fuera del establecimiento de salud”. En la Tabla 7 se muestra la descripción y enfoque de estas actividades.

En este periodo, estos RI suman 42 actividades, en las cuales los enfoques más prevalentes se relacionan con la coordinación (35,7%), planificación (26,1%) y capacitación (19%):

- Las actividades de **coordinación** se enfocan en el establecimiento de Mesas de Trabajo Intersectorial en conjunto con SENDA-Previene en donde se planifican acciones promocionales y preventivas en el marco del Plan Regional elaborado;
- Las actividades de **planificación** se orientan a la elaboración de Planes Regionales Intersectoriales para la prevención del consumo de drogas en adolescentes y a la planificación de sus respectivas actividades anuales;
- Las actividades de **capacitación**, se enfocan en potencializar las competencias profesionales de la red de salud respecto a la aplicación de instrumentos de tamizaje, a las intervenciones breves y motivacionales, así como a la referencia asistida que son los componentes del Programa DIR.

Tabla 7: Enfoque de actividades RE 2 "Mejorar la cobertura de intervenciones preventivas en consumo de drogas" (2016-2018).

Resultado Esperado	Resultado Inmediato	Descripción	Resultados
Mejorar la cobertura de intervenciones preventivas en consumo de drogas (N=47).	Contar con planes regionales coordinados intersectorialmente para la prevención del consumo de drogas en adolescentes (incluye acciones de detección, intervención motivacional, estrategias preventivas en la escuela, etc.). (N=30)	El enfoque está orientado: a) al establecimiento de Mesas de Trabajo intersectoriales, frecuentemente, junto a SENDA-Previene. Se planifican y se desarrollan Planes Regionales, contemplando las prevalencias de consumo y factores de riesgos, con acciones preventivas, promocionales y comunicacionales. Además, se elaboran protocolos de resolutivez en red de atención de alcohol-drogas (APS, nivel secundario y terciario); y b) desarrollo de capacitaciones a equipos de APS relacionadas a intervención breve y entrevista motivacional.	Según los MV reportados, en las Mesas de Trabajo son promovidas capacitaciones respecto al modelo de intervención planteado por el Programa DIR, incluyendo las formas de registro y el establecimiento de metas. Las actividades de prevención se centran en la coordinación intersectorial (establecimientos educacionales) y capacitación en APS) (SS O'Higgins, 2016; SS Reloncaví, 2017). En su Plan, la SEREMI Tarapacá (2016) reportó el abordaje del tema drogas como componente de salud mental e incluye la reducción del estigma de personas con consumo y la perspectiva de género. Además, se planificaron acciones de formación de jóvenes monitores en salud y de difusión de información en cápsulas radiales. En sus Planes, las SEREMI Arica y Parinacota (2018) y SEREMI Los Lagos (2017) presentan un mayor foco en acciones respecto al tema alcohol. Sin embargo, esta última reportó que existe un desconocimiento de las orientaciones técnicas del Programa DIR por parte de los profesionales de Espacios Amigables.

			Algunos MV reportados muestran sólo listas de asistencias a reuniones, lo que no permite observar mayores detalles (SEREMI Bío Bío, 2016 y SEREMI O'Higgins, 2018).
	Realizar intervenciones motivacionales de consumo de drogas en control de salud integral del adolescente, espacios amigables, consultas de morbilidad y otras instancias fuera del establecimiento de salud. (N=12)	El enfoque está orientado: a) al monitoreo de la realización de intervenciones motivacionales y de aplicación de instrumentos de tamizaje; b) desarrollo de capacitaciones para la aplicación de instrumentos de tamizaje e intervenciones breves en consumo de alcohol y otras drogas; c) en conjunto con SENDA, aplicación de pautas de evaluación a Centros de Tratamiento de Alcohol y Drogas; y d) reuniones de coordinación con comunas que tienen convenio con el Programa DIR.	En los MV revisados, el SS Talcahuano (2016) reportó los cambios relacionados al componente drogas en el Programa Vida Sana, relacionados a las orientaciones técnicas de las intervenciones motivacionales y aplicación de los instrumentos de tamizaje, considerando la realización de capacitaciones. Como dificultades, se observó resistencia por parte del equipo en registrar la información en dos plataformas (DIRAPS y REM), por lo que no se presentan registros en el REM. En el año 2017, este servicio presentó planteamientos para aumentar la pesquisa como, por ejemplo, coordinar acciones con los establecimientos educacionales y la realización de capacitaciones. En 2018, se observó que las intervenciones motivacionales se concentran en los Espacios Amigables. Además, se identificó que no se ha podido incorporar la aplicación del CRAFFT en los controles de salud integral del adolescente, dado los bajos rendimientos del programa.

			<p>Las capacitaciones realizadas abordan principalmente los componentes específicos del Programa DIR (SS Bío Bío, 2016; Osorno, 2017; SS Valdivia, 2018). Algunos MV sólo reportan lista de asistencia (SS Maule, 2018).</p> <p>El SS Ñuble (2017) reportó las acciones planificadas en reuniones de coordinación junto a referentes técnicos comunales del Programa DIR: se desarrollaron capacitaciones, coordinación con establecimientos educacionales para aumentar la pesquisa, el uso de la ficha CLAP como instrumento de tamizaje, además del AUDIT y CRAFFT, así como difusión de información a través de los encargados comunales y vía radial.</p>
--	--	--	--

Fuente: Elaboración propia Departamento Estrategia Nacional de Salud.

Respecto al RE 2, de manera general, las actividades se concentran en la elaboración de Planes Regionales Intersectoriales para la prevención del consumo de drogas y en la realización de intervenciones motivacionales en el control de salud del adolescente. En este sentido, se observa poco reflejado las intervenciones direccionadas a las mujeres embarazadas que también hacen parte del grupo de mayor riesgo.

Respecto a las acciones intersectoriales, se observó como nodo que la SEREMI Los Lagos (2017) reportó el desconocimiento de las orientaciones técnicas respecto al componente drogas del Programa DIR por parte del equipo de salud de los Espacios Amigables. Esto, generó la necesidad de realizar capacitaciones. Además, algunos MV sólo reportan las listas de asistencias respecto a las reuniones intersectoriales junto a SENDA respecto al tema alcohol y drogas, por lo que no es posible observar mayores detalles de contenidos abordados o acuerdos realizados.

También se observó, que el proceso de implementación de las orientaciones técnicas respecto al componente drogas en el año 2016, permitió mayor priorización del tema para la implementación

de acciones. Sin embargo, enfrentó algunas dificultades respecto al registro de la información, dado que se pedía a los equipos la disposición de la información en las plataformas DIRAPS y REM, y esta sólo se registró en la primera (SS Talcahuano, 2016). Esto adquiere relevancia, en la medida de que la fuente de información para el cálculo de este indicador proviene del registro REM, y es posible que exista una subestimación de los reales esfuerzos del sector en realizar la pesquisa y las intervenciones breves relacionados al consumo de drogas en población adolescente. Esto a su vez, puede impactar en la posibilidad de implementar planes acordes a la realidad local, así como evaluar su alcance.

Por otra parte, el SS Talcahuano (2018) identificó que la no posibilidad de incorporar la aplicación del CRAFFT en el control de salud integral del adolescente (debido a los bajos rendimientos del programa), implicó en derivarlos a los Espacios Amigables cuando se identificaba el riesgo de consumo de alcohol y otras drogas en Ficha CLAP. En este sentido, se observa un bajo registro de ingresos al Programa de Salud Mental, dado que muchos adolescentes no vuelven a su control.

2.3 Análisis de resultados a Nivel Regional.

Para el análisis regional, se utilizó la información del Décimo Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar publicado por SENDA en el año 2017, dado que los datos obtenidos con el Objetivo de Impacto no se presentan a nivel regional y los Resultados Esperados respecto a la detección precoz e intervención breve presentan cierta variabilidad en los resultados, lo que dificulta observar la tendencia de las regiones. Además, se buscó resguardar la población objetivo de este análisis crítico que son los adolescentes y jóvenes, así como la droga ilícita que presentó mayor aumento de consumo en los últimos años que fue la marihuana.

En este sentido, se seleccionaron las dos regiones que en el año 2017 tenían las mayores prevalencias de consumo de marihuana en personas que cursaban de 8° Básico a 4° Medio (Magallanes y Metropolitana con 33,7% y 32,6%, respectivamente) y otras dos que tenían las menores prevalencias (Tarapacá y Arica y Parinacota con 22,1% y 25,1%, respectivamente) (24). Considerando las acciones planteadas por el sector salud respecto del contenido de las estrategias, guías y orientaciones técnicas vigentes mencionadas en este capítulo, se buscó investigar en el POA la forma como las regiones han aterrizado tales orientaciones, a fin de identificar preliminarmente las diferencias de prevalencias de consumo observadas.

Sin embargo, se observó que estas diferencias no se pueden explicar únicamente por los enfoques que las regiones dan a sus actividades planificadas, dado que tienen enfoques similares. Cabe mencionar que existen otros esfuerzos intersectoriales que no se ven reflejados en el POA como, por ejemplo, las acciones desarrolladas por SENDA. En una fase posterior de esta revisión crítica, los referentes temáticos podrán aportar informaciones desde de su realidad local, a fin de explicar las diferencias mencionadas.

De manera general, las regiones mencionadas anteriormente presentan una baja cantidad de actividades ejecutadas respecto al tema drogas ilícitas en el período 2016-2018. En el caso de la región de Magallanes que presentó la mayor prevalencia de consumo de marihuana en población escolar en 2017 (33,7%), no hubo actividades reportadas para el período, lo que no permite observar el enfoque que el sector salud desarrolla para abordar el tema.

Por otro lado, en la región Metropolitana se planificaron 4 actividades para el período, las que fueron realizadas por los Servicios de Salud Metropolitano Sur y Sur Oriente. En el primero, se encontraron actividades de capacitación y monitoreo de metas asociadas a tamizaje y aplicación de intervenciones breves como parte de los componentes del Programa DIR, dónde se observó un cumplimiento ajustado al esperado. En el segundo, se implementaron acciones preventivas intersectoriales junto a adolescentes de establecimientos educacionales dónde se contempló la participación de estos a través de un diagnóstico participativo. Los talleres realizados estuvieron basados en las necesidades levantadas por los adolescentes. Como principales obstáculos para la implementación de tales acciones, se reportaron en los medios de verificación los cambios organizativos generados por el cambio de Dirección del Centro de Salud, así como la falta de horas profesionales para las acciones comunitarias y problemas de coordinación de agendas.

La región de Tarapacá cuenta con actividades relacionadas a: 1) Difusión de las orientaciones técnicas respecto al tamizaje del consumo de drogas ilícitas en adolescentes en Espacios Amigables; 2) Las actividades de derivación de adolescentes y embarazadas con consumo de riesgo encontraron algunas dificultades para su realización debido a los cambios de referentes en salud mental y a las contingencias asociadas a movilizaciones y paros de trabajadores en este ámbito; 3) El Plan Regional intersectorial reportado incorpora distintos temas relacionados a adolescentes (salud mental, consumo de drogas y alcohol, suicidio, violencia de género y reducción del estigma). Respecto al componente drogas, se reportaron actividades relacionadas a la formación de jóvenes monitores en salud, seminario de prevención del consumo de drogas y

alcohol en establecimientos educacionales, jornada de desestigmatización de personas con consumo, así como difusión masiva de mensajes preventivos; 4) Se entregan orientaciones regionales a los equipos de salud que cuentan con la situación regional respecto al consumo de drogas y alcohol, por lo que se orienta acciones de capacitación, formación de facilitadores comunitarios en escuelas, talleres comunitarios de prevención, etc.; 5) En las mesas técnicas SENDA-Salud se revisan los lineamientos ministeriales y se planifican actividades intersectoriales para abordar el tema; 6) Los protocolos de resolutiveidad en red para población mayor de 10 años con consumo de alcohol y drogas cuenta con criterios estandarizados de manejo, derivación y priorización de usuarios.

La región de Arica y Parinacota cuenta con actividades similares a las de Tarapacá. Además, incorpora actividades de capacitación en conjunto con SENDA para la detección del consumo de drogas (tamizaje, entrevista motivacional y prevención del consumo de drogas y alcohol). Como resultado del monitoreo de la aplicación del instrumento se observó que los equipos han aplicado el AUDIT en población menor de 19 años (se recomienda CRAFFT para esa población), aunque hayan hecho intervenciones breves, por lo que se recomendó aumentar las capacitaciones y la coordinación con la Dirección de Salud Municipal (DISAM) para apoyar la implementación de los instrumentos de tamizaje. Respecto a las actividades relacionadas al desarrollo del Plan Regional para la prevención del consumo de alcohol y drogas en adolescentes, se observó como principal obstáculo dificultades en la coordinación con referentes de SENDA.

En la Tabla 8 se muestra el resumen de las actividades planificadas de acuerdo al RE 1 y RE 2, respecto a las regiones que tienen los mejores y peores resultados de prevalencias de consumo de marihuana en población escolar.

Tabla 8. Enfoque de actividades de acuerdo a prevalencia de consumo de marihuana en población escolar, año 2017 (24), por regiones (POA 2016-2018).

	RE 1: Mejorar la cobertura de detección para el consumo de drogas en población objetivo.	RE 2: Mejorar la cobertura de intervenciones preventivas en consumo de drogas.
Magallanes	Total de Actividades: 0	Total de Actividades: 0
Metropolitana	Total de Actividades: 3 Enfoque: Las actividades se dirigen a realizar capacitaciones a personal de salud respecto a las intervenciones breves para el consumo de drogas y alcohol, y realizar el monitoreo	Total de Actividades: 1 Enfoque: La actividad se orienta a la realización de talleres preventivos por parte de la APS en adolescentes de establecimientos educacionales.

	del avance de las metas de tamizaje e intervención breve.	
Tarapacá	Total de Actividades: 3 Enfoque: Las actividades se orientan a la difusión de las orientaciones técnicas para la detección, intervención motivacional y referencia al tratamiento en adolescentes con consumo de sustancias psicoactivas, así como a la derivación de adolescentes y mujeres embarazada que hayan sido detectadas con consumo de riesgo de drogas.	Total de Actividades: 5 Enfoque: Las actividades se relacionan a elaboración, ejecución y evaluación del Plan Regional intersectorial para la prevención del consumo de drogas en adolescentes, desarrollo de mesas técnicas SENDA-Salud, difusión de orientaciones técnicas de prevención del consumo y elaboración de protocolo de resolutiveidad en red de alcohol y drogas.
Arica y Parinacota	Total de Actividades: 1 Enfoque: La actividad se relaciona a la supervisión de la implementación de detección del consumo de drogas en los controles de salud integral de adolescentes en APS.	Total de Actividades: 4 Enfoque: Las actividades se orientan a la elaboración, seguimiento y supervisión del cumplimiento del Plan Regional para la prevención del consumo de alcohol y drogas en adolescentes.

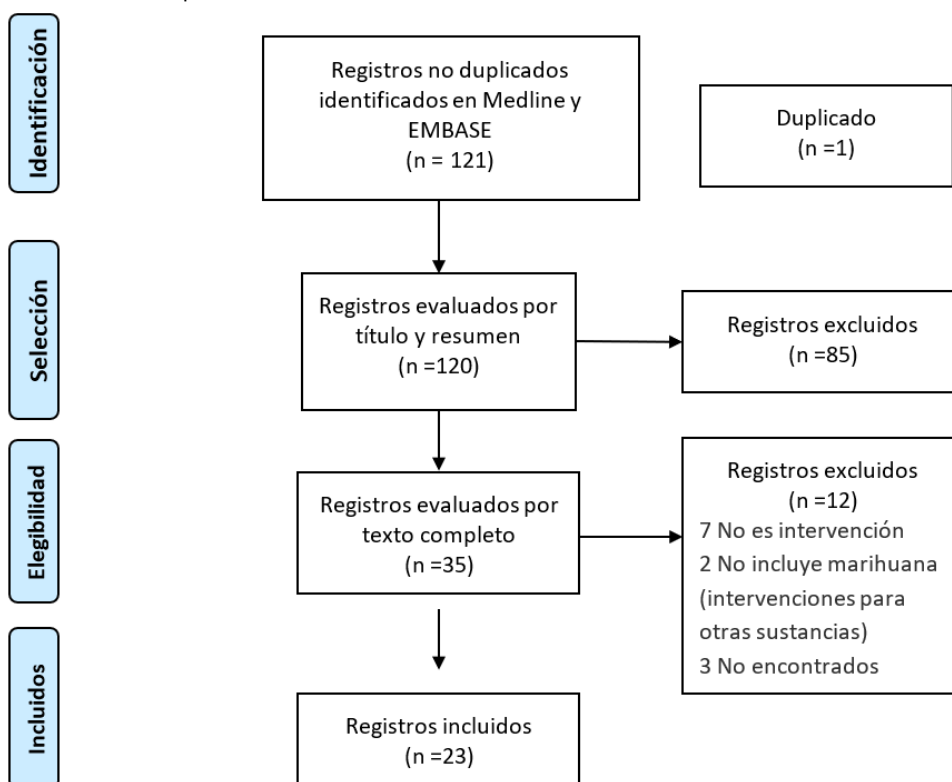
Fuente: Elaboración propia Departamento Estrategia Nacional de Salud.

3. Revisión de la Literatura.

Los resultados de la búsqueda arrojaron 121 referencias después de la eliminación de duplicados, las que fueron reducidas a 35 después de la selección por título y resumen. Luego, en la identificación por texto completo se eliminaron 12 más, quedando con un total de 23 revisiones sistemáticas a analizar (1–3,25–44) (Figura 3).

A través de esta revisión se identificaron 17 intervenciones, las que fueron incorporadas en el diagrama de análisis causal.

Figura 3: Diagrama de PRISMA con los resultados de búsqueda de evidencia realizadas para la identificación de revisiones sistemáticas utilizadas para identificar intervenciones que aborden la disminución del consumo de marihuana en población de 15 a 24 años de edad.



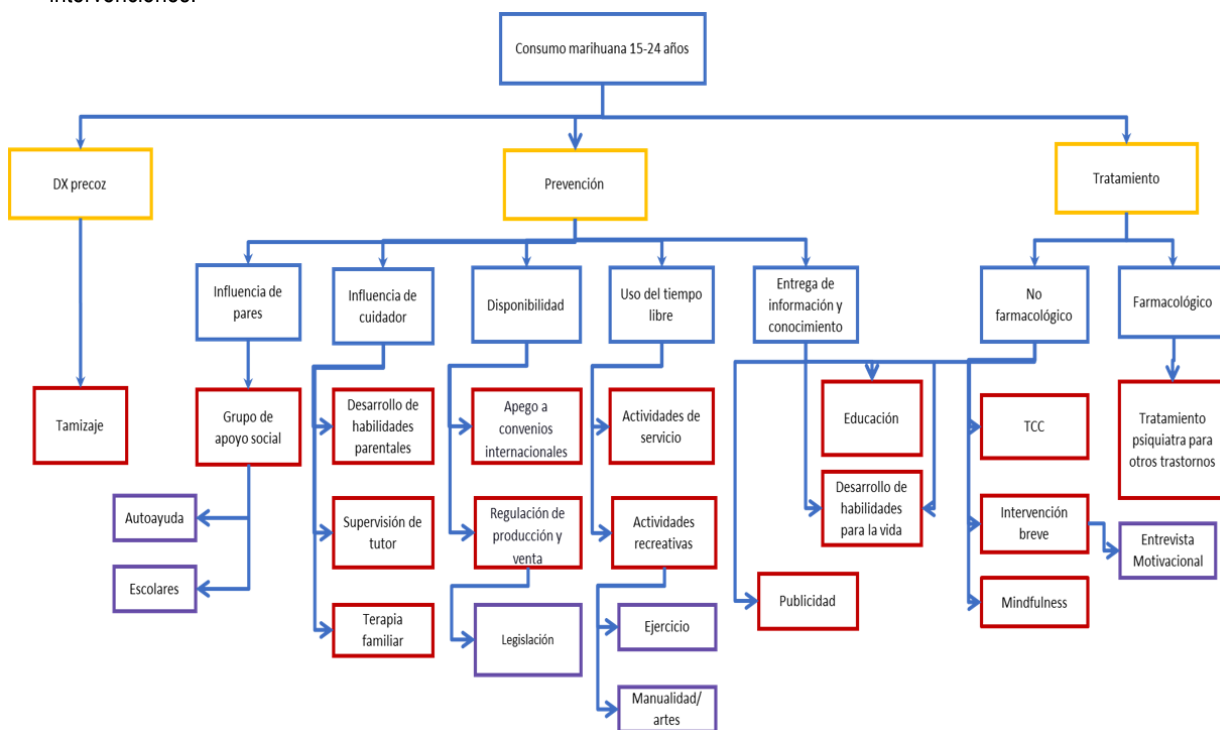
Fuente: Elaboración propia Departamento ETESA, MINSAL.

3.1 Análisis del tema desde la perspectiva de la Cadena de Resultados.

Al revisar las intervenciones abordadas por cada una de las revisiones sistemáticas seleccionadas se generó un árbol causal del problema, el cual se muestra en la Figura 4. Este diagrama describe al consumo de marihuana en población de 15 a 24 años de edad con 7 factores determinantes:

- Influencia de pares
- Influencia del cuidador
- Disponibilidad
- Ambiente
- Entrega de información y conocimiento
- Tratamiento no farmacológico
- Tratamiento farmacológico

Figura 4: Diagrama causal del Consumo de Marihuana de 15 a 24 años. En color naranja tenemos categorías temáticas, en azul factores, en rojo las intervenciones encontradas en la revisión y en morado variantes de las intervenciones.



Fuente: Elaboración Propia Departamento ETESA, MINSAL.

Este tema se agrupó en tres líneas, en primer lugar, el diagnóstico precoz con una intervención:

- Tamizaje: aplicación de pruebas de tamizaje, ya sea de manera grupal o individual (34).

En segundo lugar, tenemos la línea de prevención, con cinco factores y doce intervenciones, dos de ellas compartidas con tratamiento:

Influencia de pares: este factor tiene que ver con la influencia de personas que son iguales en aspectos como la edad, la educación o la clase social (45) e interactúan ya sea de manera negativa (factor de riesgo) o positiva (factor protector/intervención).

- Grupo de apoyo social: Los documentos que incluyen esta intervención no muestran una definición de grupo de apoyo social. Sin embargo, de acuerdo con Delisle et al. (46), un grupo de apoyo social reúnen a personas con experiencias similares y brindan la oportunidad de compartir experiencias, sentimientos personales, estrategias de afrontamiento o información de primera mano sobre enfermedades o tratamientos. Los grupos de autoayuda son organizaciones donde se comparte conocimiento adquirido a través de las experiencias ya vividas y el aprendizaje de otras personas, usualmente no hay intervenciones de profesionales de salud y son de asistencia voluntaria (47). Mientras que los grupos formados por estudiantes usualmente son dirigidas o guiadas por profesionales de salud y son conversaciones informales entre pares (3).

Influencia del cuidador: Pueden ser padres, tutores y/o cuidadores.

- Desarrollo de habilidades parentales: se busca mejorar el funcionamiento familiar, abordando temas como participación de los padres, crianza positiva, comunicación entre padres y adolescentes y apoyo familiar (44).
- Supervisión de tutor: se entregan herramientas para que los padres establezcan o refuercen reglas en el hogar con respecto al consumo de sustancias y monitoreen las actividades de sus hijos (40).
- Intervenciones basadas en la familia y terapia: tiene como objetivo reducir el uso de sustancias en personas jóvenes mediante el cambio de patrones familiares disfuncionales, relaciones y comportamiento mediante la mejora de la comunicación, las habilidades de crianza de los hijos, y la integración de los adolescentes en la familia (43).

Disponibilidad: como elemento para la oferta de drogas en el mercado.

- Apego a convenios internacionales que exigen regulación: esta intervención tiene que ver con seguir lineamientos como la Convención Única sobre Estupefacientes, en estos lineamientos se pueden abarcar temas como la regulación de disponibilidad, usos y los medios para disuadir a las personas del uso de sustancias ilegales (43), al cual Chile está adherido.

- Regulación de producción y venta: las regulaciones pueden o no seguir los lineamientos de los convenios internacionales (43).

Uso del tiempo libre: Son instancias que influyen en la socialización del adolescente y en su desarrollo. Es un espacio donde pueden practicar actividades distintas a las realizadas el resto de la semana, las cuales se caracterizan por ser actividades obligatorias, estructuradas por horarios y normas (48).

- Actividades de servicio: Actividades comunitarias como voluntariado en hogares de ancianos (42).
- Actividades recreativas: como por ejemplo realizar algún deporte o actividades manuales y/o artísticas (3,35,42).

Información y conocimiento:

- Campañas publicitarias: estas intervenciones tienen como características buscar difusión masiva, utilizar medios de comunicación principalmente sociales y en ocasiones incluyen productos promocionales como poleras impresas (41,43).
- Educación: estas intervenciones se dan en todo tipo de población. Sin embargo, ligado a la edad de la población objetivo, la mayoría de las intervenciones son basadas en las escuelas (1-3,27,42,49) y/o en plataformas digitales utilizando TICs (Tecnologías de Información y Comunicación) (26,37,38) y otras intervenciones es APS (36).
- Desarrollo de habilidades para la vida: promueve estrategias de autocuidado y desarrolla habilidades para la convivencia de los diferentes actores de la comunidad; incorpora acciones de detección y prevención del riesgo psicosocial (50). Aunque el desarrollo de habilidades para la vida se puede trabajar en todo tipo de población, en los documentos revisados se busca trabajar tanto a nivel de prevención (3,27,28,40) como con personas que ya tienen un consumo de sustancias (35,38,42).

En tercer lugar, tenemos la línea de tratamiento con dos factores y tres intervenciones (más las dos compartidas con prevención):

Tratamiento No farmacológico:

- TCC: Terapia Cognitiva Conductual, una de las terapias más utilizadas para el consumo de sustancias. Además, algunas de estas intervenciones incorporan el uso de TIC para mejorar el acceso a esta terapia (25,28,29,36,41,43).
- Intervención breve: Es una estrategia terapéutica, cuyo foco es la modificación del comportamiento de los usuarios de sustancias. Aquí encontramos la entrevista motivacional, por ejemplo, donde se aumenta la conciencia sobre el riesgo personal (51).
- Mindfulness: desde la década de 1970 se ha convertido en un objetivo de intervención terapéutica para problemas psicológicos (52).

Tratamientos Farmacológicos:

- Tratamiento farmacológico para otros trastornos asociados: por ejemplo, trastornos de la personalidad (31).

4. Análisis Comparativo

A partir de la tendencia de las intervenciones priorizadas en el sector respecto del tema de salud drogas ilícitas que arrojó el análisis de la planificación operativa y las intervenciones identificadas en la búsqueda de evidencia, se realizó un proceso comparativo entre estas. El que, además, incorporó lo descrito en guías de práctica clínica a nivel nacional e internacional.

El análisis de las actividades desarrolladas por el sector salud, vistas a través del POA, muestra que están enfocadas principalmente en capacitación de personal (detección, intervención y derivación asistida), monitoreo (tamizaje e intervenciones breves/motivacionales), planificación (Planes Regionales Intersectoriales), formalización (convenios con comunas para aumentar el tamizaje) y coordinación (Mesas de Trabajo).

De manera general, a nivel país, existe una baja cantidad de actividades en el POA orientadas a la prevención y reducción del consumo de drogas ilícitas, mostrando las brechas existentes en la atención de salud debido a la insuficiente respuesta del sector, lo que va en consonancia con los resultados de los indicadores reportados.

Respecto a ese último grupo, la evidencia muestra que existen distintas consecuencias neurobiológicas en el desarrollo infantil originados por el consumo de drogas durante el embarazo (22,53). En este sentido, en el POA se observan pocas actividades orientadas a mujeres

embarazadas en el periodo 2016-2018, lo que muestra una brecha en la atención, dado que este es un grupo priorizado en este tema dentro de la Estrategia Nacional de Salud.

Entre los nodos encontrados, se observó que hubo dificultad en realizar el registro de las acciones durante el proceso de transición del Programa Vida Sana al Programa DIR, así como se evidenció en distintos organismos la necesidad de aumentar las capacitaciones acerca de los nuevos componentes del Programa. Las falencias de registros se relacionan a la resistencia de los profesionales en subir la misma información en dos plataformas lo que, por una parte, genera un doble registro y, por otra parte, puede subestimar la cantidad de acciones realizadas de pesquisa e intervenciones breves cuando no existe concordancia respecto a la plataforma más adecuada para subir la información. En este sentido, se observan dificultades relacionadas a la transición de estos Programas, así como de coordinación entre distintos ámbitos. Estas dificultades ya habían sido evidenciadas en el documento de la Estrategia Nacional de Alcohol 2011-2014 (54), pero continúan siendo obstáculos para el desarrollo de acciones efectivas.

Un adecuado registro de información y el proceso continuo de evaluación de actividades y/o Programas permite conocer la estimación adecuada respecto a la demanda y oferta, y las demás brechas existentes, así como desarrollar intervenciones más contextualizadas a la realidad local y enfocada a los grupos de expuestos a mayores riesgos. Además, la literatura muestra que las intervenciones respecto a la prevención del consumo de drogas, han mostrado ser más efectivas cuando es desarrollada en conjunto en distintas esferas de la vida de las personas como son los ámbitos escolares, comunitarios y laborales (nivel de recomendación 2A) (4,19,22,54).

Se observa que, en el caso de los adolescentes, existen distintos factores de riesgo asociados al consumo de drogas y el impacto en el desarrollo de las fases posteriores va a depender de la precocidad del inicio del consumo, intensidad y permanencia. Así, se recomienda desarrollar intervenciones que consideren las características de esa fase u otros factores que inciden en su comportamiento, dado que la evidencia ha mostrado que los períodos de transición en la vida de niños y adolescentes son los de mayores riesgos para el uso de drogas (4). Por otra parte, también se recomienda intervenciones que contemplen las características y factores en torno del consumo de sustancias de modo a comprender la relación que el adolescente tiene con la droga y la mejor forma de abordar el problema (nivel de recomendación 2A) (19,22,54).

En este sentido, se observó en el POA que pocos organismos mencionaron realizar coordinación con establecimientos educacionales, por lo que no se ve tan bien reflejadas las estrategias

desarrolladas para captar adolescentes (afuera de las atenciones regulares en la APS), así como actividades educativas en el ámbito comunitario para esta población. En este sentido, la literatura muestra que intervenciones basadas en la escuela, dirigidas a pares y que abordan distintos factores de riesgo son benéficas en la reducción del consumo de sustancias psicoactivas y pueden ser más efectivas cuando combinan dos o más ámbitos como, por ejemplo, familias y escuelas (1–4).

Además, la mayoría de las capacitaciones a profesionales están enfocadas en los componentes del Programa DIR (detección, intervención y referencia asistida), por lo que no es posible observar si existe una mayor comprensión de la fase de la adolescencia y de los factores de riesgo presentes que interactúan entre sí de manera dinámica. Por ejemplo, se puede mencionar la interacción negativa entre el consumo de drogas y alcohol, la conducta sexual, la violencia intrafamiliar y problemas de salud mental (por ejemplo, el tema suicidio). De las actividades revisadas, sólo la SEREMI Tarapacá (2016) reportó abordar el consumo de drogas junto a los temas de salud mental en la planificación de su Plan Regional, incluyendo la reducción del estigma y la perspectiva de género, así como la formación de jóvenes monitores en salud.

En este sentido, y de acuerdo a lo encontrado en la planificación operativa y los documentos, se propone explorar las siguientes preguntas “¿Es efectivo el screening fuera del establecimiento de salud para la detección del consumo marihuana de ellos?”, “¿Es efectiva la educación en habilidades sociales en adolescentes sobre la marihuana?”, “¿Es efectiva la capacitación en habilidades sociales/parentales en docentes y orientadores vocacionales sobre el consumo de marihuana en adolescentes?”, “¿Son las intervenciones breves efectivas sobre el consumo de marihuana en población de 15 a 24 años?”, y “¿Cuál es el efecto de la regulación de producción y venta de cannabis sobre el consumo de cannabis?”. El análisis de efectividad respecto a las preguntas planteadas será realizado en un momento posterior al Análisis Crítico, contando con las posibles condiciones que son necesarias para que la intervención sea efectiva. Además, se pretende que ese material pueda aportar como insumo para posibles intervenciones del Plan de la próxima década.

VI. CONCLUSIONES

El consumo de drogas ilícitas en Chile es considerado un problema de salud pública, dado el aumento de su prevalencia en toda la población, especialmente en jóvenes y mujeres; lo que se suma a la alta carga sanitaria y social que produce y a su capacidad para potenciar mayores condiciones de vulnerabilidad en distintos grupos. Esto, cobra mayor relevancia cuando se trata de los adolescentes y las mujeres embarazadas, dado que, en el primer caso, esta etapa de la vida está relacionada a distintas consecuencias para el desarrollo de las fases posteriores debido a la precocidad del inicio del consumo. Y, en el segundo caso, se observan distintas consecuencias neurobiológicas para el desarrollo infantil, originados del consumo de drogas durante el embarazo (22,53).

En cuanto las metas asociadas al tema, se observa que la prevalencia de consumo de drogas ilícitas (marihuana, cocaína, pasta base) durante el último año en población de 15 a 24 años fue de un 27,9% en el año 2016, lo que indica un estado de “retroceso” a nivel país, dado que la meta establecida al 2020 es alcanzar un 10,45% en dicha población. El consumo de marihuana es responsable de gran parte de la prevalencia observada, dado que hubo un aumento del consumo tanto en hombres como mujeres, así como en todos los grupos de edades. Por otra parte, si bien se observa un aumento del tamizaje de consumo de drogas en población de 15 a 24 años, este no ha superado el 5% de la población inscrita en este rango de edad. Por otro lado, se observó un aumento en el porcentaje de intervenciones breves realizadas, sin embargo, no es posible obtener una cobertura real sobre la población que se encuentra en riesgo de consumo de drogas, debido a la forma como se ha registrado la información actualmente.

La planificación operativa es una herramienta que permite ordenar y orientar las intervenciones del sector salud, sin embargo, aún no incorpora la totalidad de las acciones que son realizadas. Existe una tendencia del sector en la ejecución de actividades de capacitación de personal de salud, monitoreo de tamizaje aplicadas, planificación de acciones a través de Planes Regionales intersectoriales, formalización de convenios para el aumento del tamizaje, así como coordinación en Mesas de Trabajo Intersectorial, a fin de lograr los Resultados Esperados planteados para el tema.

Entre los principales nodos críticos encontrados, se puede mencionar el bajo número de actividades respecto del tema, y principalmente en relación al grupo de mujeres embarazadas;

falencias en la captación y vinculación de adolescentes, así como en la calidad de los registros. A estos se suma la insuficiente coordinación con otros sectores, especialmente con el de educación.

VII. RECOMENDACIONES

Tomando en consideración los resultados obtenidos en las distintas etapas del proceso de Análisis Crítico, se recomienda incluir el tema consumo de Drogas Ilícitas dentro de la Estrategia Nacional de Salud para la próxima década. Esto, en relación a su prevalencia incremental, principalmente respecto al consumo de marihuana en población adolescente, a los distintos factores que influyen en este consumo, el daño en salud que se produce en distintas etapas del desarrollo del individuo, la carga sanitaria y social que genera, así como por las limitaciones que aún se evidencia para el logro de los Resultados Esperados propuestos.

En este sentido, cabe mencionar que, por la estructura de la población monitorizada, impresiona que actualmente el tamizaje de consumo es por conveniencia y asociado a consulta regulares en APS. De acuerdo a esto, se sugiere buscar formas de aumentar la cobertura en la población no consultante. Asimismo, con el fin de asegurar el efectivo monitoreo de tamizaje, intervención y derivación de población con problemas por consumo de drogas lícitas e ilícitas, es recomendable optimizar el registro de los resultados de la evaluación en los REM, describiendo con especificidad la sustancia.

Por otro lado, si bien la Planificación Operativa es una herramienta que permite ordenar y orientar las intervenciones del sector salud, ésta aún no incorpora la totalidad de las acciones que son realizadas y orientadas en las distintas normativas vigentes en el país respecto al tema drogas ilícitas. En este sentido, es necesario el fortalecimiento constante de la misma, especialmente en cuanto a la evaluación de resultados de las estrategias implementadas, así como el desarrollo de procesos de planificación conjunta entre equipos técnicos de un mismo organismo o en conjunto con otros sectores, lo que puede favorecer entre otras cosas la asignación de recursos financieros y humanos.

Por otra parte, se pone énfasis en que las actividades que se planifiquen en el sector salud sean respaldadas por la evidencia científica, lo que permite maximizar y focalizar los recursos financieros y humanos en las intervenciones que realmente permitan lograr las metas planteadas. En este sentido, si bien las actividades desarrolladas por el sector respecto al tamizaje e

intervención breve están respaldadas por la evidencia, se sugiere que el fortalecimiento de las competencias del equipo de salud para ello sea continuo, dado que aún se identifican falencias en el proceso y, en este sentido, fortalecer una mirada integral a la fase de la adolescencia en las capacitaciones desarrolladas, abordando la interacción entre distintos factores de riesgo; incluir las demás acciones recomendadas en las normativas vigentes y por la literatura para la prevención y reducción del consumo de drogas en población adolescente como, por ejemplo, son el caso de las estrategias educativas a nivel comunitario (incluyendo el ámbito familiar, disponibilidad, uso del tiempo libre, campañas, etc.) y en coordinación con el sector educación; así como mejorar la calidad del registro de las acciones de salud, a fin de estimar con más precisión el perfil de consumidores a nivel regional, las necesidades de oferta programática y los logros del sector respecto al tema. Dado que los mayores incrementos de prevalencias de consumo se han dado en mayores de edad, sería importante considerar en la próxima Estrategia Nacional de Salud no sólo a la población entre 15 y 24 años, sino que a toda la población adulta.

PRÓXIMOS PASOS

Los próximos pasos de este análisis crítico se orientarán en la exploración y determinación de la efectividad de aquellas intervenciones que estando presentes en el POA y en el análisis inicial de búsqueda de evidencias, no cuentan con un respaldo claro de la literatura. Lo anterior, con el objetivo de determinar si las acciones del sector salud y sus alcances son suficientes para el cumplimiento de las metas en todos los niveles. Es en este sentido que, de acuerdo a lo evidenciado en la búsqueda, nos enfocaremos en responder las siguientes preguntas: “¿Es efectivo el screening fuera del establecimiento de salud para la detección del consumo marihuana de ellos?”, “¿Es efectiva la educación en habilidades sociales en adolescentes sobre la marihuana?”, “¿Es efectiva la capacitación en habilidades sociales/parentales en docentes y orientadores vocacionales sobre el consumo de marihuana en adolescentes?”, “¿Son las intervenciones breves efectivas sobre el consumo de marihuana en población de 15 a 24 años?”, y “¿Cuál es el efecto de la regulación de producción y venta de cannabis sobre el consumo de cannabis?”. Esta etapa se pretende sea completada durante el primero semestre de 2020.

Por último, como componente adicional a este proceso, se pretende realizar un análisis de pertinencia de los hallazgos presentados en este informe, por parte de los referentes temáticos tanto a nivel nacional como regional, además de un grupo de expertos en el tema. Para esto fue

elaborado un instrumento de consulta, el que fue sometido a una prueba piloto junto a referentes regionales y de nivel central, de forma tal que se recolectaron las observaciones y se hicieron ajustes en cuanto a pertinencia, coherencia y redacción. Con este paso se pretende resguardar una mirada integral y completa de la problemática expuesta, en miras de realizar una propuesta sólida de mejora para el próximo Plan Nacional de Salud.

VIII. REFERENCIAS

1. Champion KE, Newton NC, Barrett EL, Teesson M. A systematic review of school-based alcohol and other drug prevention programs facilitated by computers or the internet. *Drug Alcohol Rev.* 2013;32(2):115–23.
2. Macarthur G, Caldwell DM, Redmore J, Watkins SH, Kipping R, White J, et al. Individual-, family-, and school-level interventions targeting multiple risk behaviours in young people. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018;2018(10).
3. Macarthur GJ, Sean H, Deborah M. C, Matthew H, Rona C. Peer-led interventions to prevent tobacco, alcohol and/or drug use among young people aged 11-21 years: A systematic review and meta-analysis. *Addiction.* 2016;111(3):391–407.
4. National Institute on Drug Abuse. *Cómo Prevenir el Uso de Drogas en los Niños y Adolescentes* [Internet]. National Institutes of Health; 2003 [cited 2019 Aug 6]. Available from: https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/redbook_spanish.pdf
5. Ministerio de Salud. *Plan Nacional de Salud para los Objetivos Sanitarios al 2020* [Internet]. 1ª. Santiago: MINSAL; 2016 [cited 2019 Jul 10]. 103 p. Available from: <https://www.ssmaule.cl/dig/epidemiologia/EPIDEMIOLOGIA/2017/EstrategiaNacionalSalud/Plan deSalud2016/Plan%20Nacional%20de%20Salud%202016.pdf>
6. Ministerio de Salud. *Metas 2011-2020. Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Decada 2011-2020.* [Internet]. Santiago: MINSAL; 2011 [cited 2019 May 20]. 426 p. Available from: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddbbc96ca6de0400101640159b8.pdf>
7. Ministerio de Salud. *Unidad 1: Aspectos relevantes de la Planificación Sanitaria en Chile.* In: *Cápsula Autogestionada: Gestión basada en resultados en la Estrategia Nacional de Salud* [Internet]. Santiago: MINSAL; 2019 [cited 2019 Nov 1]. Available from: <http://minsal.uvirtual.cl/>
8. Marianela Armijo. *Manual de Planificación Estratégica e Indicadores de Desempeño en el Sector Público (Versión Preliminar)* [Internet]. Área de Políticas Presupuestarias y Gestión Pública ILPES/CEPAL; 2009 [cited 2019 Oct 2]. Available from: https://www.cepal.org/ilpes/noticias/paginas/3/38453/manual_planificacion_estrategica.pdf
9. Consejo Ejecutivo 140. *La dimensión de salud pública del problema mundial de las drogas: informe de la Secretaría* [Internet]. OMS; 2016 [cited 2019 Jul 19]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/273325>
10. Organización de las Naciones Unidas. *Informe Mundial sobre las Drogas 2015* [Internet]. Nueva York: UNODC; 2015 [cited 2019 Jul 19]. Available from: https://www.unodc.org/documents/wdr2015/World_Drug_Report_2015_Spanish_.pdf

11. Medina-Mora ME, Real T, Villatoro J, Natera G. Las drogas y la salud pública: ¿hacia dónde vamos? *Salud Pública México*. 2013 Feb;55(1):67–73.
12. UNODC. Informe Mundial Sobre las Drogas 2018. Resume, Conclusiones y Consecuencias en Materia de Políticas [Internet]. 2018. Available from: https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18_ExSum_Spanish.pdf
13. Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA). Décimo Segundo Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile, 2016 [Internet]. Santiago, Chile: Observatorio Chileno de Drogas; 2017 [cited 2019 Jul 18]. Available from: http://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/media/estudios/PG/2016_Estudio_Drogas_Poblacion_General.pdf
14. Tirado-Otálvaro AF. El consumo de drogas en el debate de la salud pública. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2016 [cited 2019 Jul 19];32(7). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X2016000703001&lng=en&nrm=iso&tlng=es
15. Organización Panamericana de la Salud. La política de drogas y el bien público [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2010 [cited 2019 Jul 19]. 372 p. Available from: http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/planesNacionales/docs/La%20politica%20de%20drogas%20y%20el%20bien%20publico.pdf
16. Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE), Ministerio del Interior. Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2018 [Internet]. 2009 [cited 2019 Jul 10]. Available from: [http://sistemas.senda.gob.cl/sistema-monitoreo/biblioteca/files/Documentos/ESTRATEGIAS%20NORMAS%20ORIENTACIONES/0%20Estrategias%20Nacionales%20Drogas/Estrategia%20Nacional%20sobre%20Drogas%20\(%20CONACE%20_%202009-2018\).pdf](http://sistemas.senda.gob.cl/sistema-monitoreo/biblioteca/files/Documentos/ESTRATEGIAS%20NORMAS%20ORIENTACIONES/0%20Estrategias%20Nacionales%20Drogas/Estrategia%20Nacional%20sobre%20Drogas%20(%20CONACE%20_%202009-2018).pdf)
17. Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol. Noveno Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile, 2010 [Internet]. Santiago, Chile: Observatorio Chileno de Drogas; 2011 [cited 2019 Sep 10]. Available from: http://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/media/estudios/PG/2010_Noveno_EstudioDrogasGeneral.pdf
18. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med*. 2018 Oct 2;169(7):467–73.
19. Ministerio de Salud. Orientaciones Técnicas para la detección, intervención motivacional y referencia a tratamiento para el consumo de alcohol y otras drogas en adolescentes [Internet]. MINSAL; 2015 [cited 2019 Jul 10]. Available from: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/OT-Detecci%c3%b3n-IM-y-referencia-drogas-adolescentes.pdf>
20. Organización Mundial de la Salud. OMS | Objetivos de Desarrollo Sostenible: Metas [Internet]. WHO. [cited 2019 Jul 22]. Available from: <http://www.who.int/topics/sustainable-development-goals/targets/es/>

21. Ministerio Desarrollo Social. Informe de Seguimiento de Programas Sociales. Programa DIR-APS Alcohol, Tabaco y Otras Drogas (Ex Vida Sana Alcohol) [Internet]. Santiago, Chile: Ministerio Desarrollo Social; 2017 [cited 2019 Aug 9] p. 18. Available from: http://www.programassociales.cl/pdf/2018/PRG2018_3_59208.pdf
22. Ministerio de Salud. Guía Clínica AUGE sobre Consumo Perjudicial y Dependencia de Alcohol y Otras Drogas en personas menores de 20 años [Internet]. Santiago: MINSAL; 2013 [cited 2019 Sep 10]. 92 p. (Serie Guías Clínicas MINSAL). Available from: https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2016/02/1.-MINSAL_2013_GPC_Alcohol-y-drogas.pdf
23. Departamento de Estrategia Nacional de Salud. Resultado Indicadores de Salud - SIMPO [Internet]. 2019 [cited 2019 May 30]. Available from: <http://simpo.minsal.cl/monitoreo/indicadores>
24. Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA). Décimo Segundo Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar de Chile, 2017. 8º Básico a 4º Medio [Internet]. Santiago, Chile: Observatorio Chileno de Drogas; 2018 [cited 2019 Jul 18]. Available from: <http://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2019/01/ENPE-2017.pdf>
25. Hedman E, LN Ljotsson B. Cognitive behavior therapy via the Internet: A systematic review of applications, clinical. *EmbaseExpert Rev Pharmacoeconomics Outcomes Res.* 2012;745–764.
26. Champion KE, Newton NC, Teesson M. Prevention of alcohol and other drug use and related harm in the digital age. *Curr Opin Psychiatry.* 2016;29(4):242–249.
27. Flynn AB, Falco M, Hocini S. Independent evaluation of middle school-based drug prevention curricula a systematic review. *JAMA Pediatr.* 2015;169(11):1046–1052.
28. McCambridge J, Gates S, Smith L, Foxcroft D. Interventions for prevention of drug use by young people delivered in non-school settings. *Cochrane Database Syst Rev.* 2004;(1).
29. Zimmermann P, Mühlig S, Sonntag D, Bühringer G, Wittchen HU. Review on psychotherapeutic interventions for cannabis disorders. *Sucht.* 2004;50(5):334–342.
30. Asuzu K, Matin A, Van Noord M, Onigu-Otite E. Electronically-Delivered Interventions to Reduce Cannabis Use in Adolescents: A Systematic Review. *Adolesc Psychiatry.* 2018;8(3):195–213.
31. Baker AL, Hides L, Lubman DI. Treatment of cannabis use among people with psychotic or depressive disorders: A systemic review. *J Clin Psychiatry.* 2010;71(3):247–254.
32. Carney T, Myers BJ, Louw J, Okwundu CI. Brief school-based interventions and behavioural outcomes for substance-using adolescents. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;2016(1):8969.
33. Newton AS, Dong K, Mabood N, Ata N, Ali S, Gokiart R, et al. Brief emergency department interventions for youth who use alcohol and other drugs: a systematic review. *Pediatr Emerg Care.* 2013;29(5):673–84.

34. Carrie D. Patnode, Elizabeth O'Connor, Maya Rowland, Brittany U. Burda, Leslie A. Perdue EPW. Clinical Guideline Annals of Internal Medicine Primary Care Behavioral Interventions to Reduce Illicit Drug and Nonmedical Pharmaceutical Use in Children and Adolescents : 2014;160(9).
35. Ramo DE, Liu H, Prochaska JJ. Tobacco and marijuana use among adolescents and young adults: A systematic review of their co-use. Clin Psychol Rev. 2012;32(2):105–121.
36. Chatters R, Cooper K, Day E, Knight M, Lagundoye O, Wong R, et al. Psychological and psychosocial interventions for cannabis cessation in adults: A systematic review. Addict Res Theory. 2016;24(2):93–110.
37. Rodriguez DM, Teesson M, Newton NC. A systematic review of computerised serious educational games about alcohol and other drugs for adolescents. Drug Alcohol Rev. 2014;33(2):129–35.
38. David W, Marian P. Educating young people about drugs: A systematic review. Addiction. 1998;93(10):1475–1487.
39. Jillian H, Tashia P, Allan F, Catharine M, James M. Brief interventions for cannabis use in emerging adults: protocol for a systematic review, meta-analysis, and evidence map. Syst Rev. 2018;7(1):1–8.
40. Kuntsche S, Kuntsche E. Parent-based interventions for preventing or reducing adolescent substance use - A systematic literature review. Clin Psychol Rev. 2016;45:89–101.
41. Gates PJ, Sabioni P, Copeland J, Le Foll B, Gowing L. Psychosocial interventions for cannabis use disorder (Review). Cochrane Database Syst Rev. 2017;(5).
42. Thomas RE, Lorenzetti D, Spragins W. Mentoring adolescents to prevent drug and alcohol use. Cochrane Database Syst Rev. 2011;(11).
43. Stockings E, Hall WD, Lynskey M, Morley KI, Reavley N, Strang J, et al. Prevention, early intervention, harm reduction, and treatment of substance use in young people. Lancet Psychiatry. 2016;3(3):280–96.
44. Vermeulen-Smit E, Verdurmen JEE, Engels RCME. The Effectiveness of Family Interventions in Preventing Adolescent Illicit Drug Use: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. Clin Child Fam Psychol Rev. 2015;18(3):218–239.
45. Dictionary Cambrige. Significado de PEER GROUP en el Diccionario Cambridge inglés [Internet]. [cited 2019 Jun 21]. Available from: <https://dictionary.cambridge.org/es/diccionario/ingles/peer-group>
46. Delisle VC, Gumuchian ST, Kloda LA, Boruff J, El-Baalbaki G, Körner A, et al. Effect of support group peer facilitator training programmes on peer facilitator and support group member outcomes: a systematic review. Open. 2016;6:13325.

47. Martín Ferrari L, Rivera Gaiztarro A, Morandé Lavín G, Salido Eisman G, Clínico ADANER P, Clínica ADANER P. Las aportaciones de los grupos de autoayuda a la salud mental. *Clínica Salud*. 2000;11(Págs):231–256.
48. Laespada T, Iraurgi I, Aróstegi E. Coordinación y dirección: Instituto Deusto de Drogodependencias (Universidad de Deusto) Redacción y Trabajo de campo [Internet]. Available from: <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Factores CAPV.pdf>
49. Kerrigan D, Kennedy CE, Morgan-Thomas R, Reza-Paul S, Mwangi P, Win KT, et al. A community empowerment approach to the HIV response among sex workers: effectiveness, challenges, and considerations for implementation and scale-up. *The Lancet*. 2015 Jan 10;385(9963):172–85.
50. JUNAEB. ChileAtiende - Programa Habilidades para la Vida (HPV) [Internet]. 2019 [cited 2019 Jun 21]. Available from: <https://www.chileatiende.gob.cl/fichas/2080-programa-habilidades-para-la-vida-hpv>
51. Alfonso L. Intervención Breve vinculada a la prueba de detección (ASSIST) Parte I (Fundamentos) [Internet]. 2013. Available from: http://www.paho.org/per/images/stories/FtPage/2013/Intervencion-breve_Alfonso_OPS.pdf
52. Spijkerman MPJ, Pots WTM, Bohlmeijer ET. Effectiveness of online mindfulness-based interventions in improving mental health: A review and meta-analysis of randomised controlled trials-NC-ND license. 2016;
53. Magri R, Míguez H, Parodi V, Hutson J, Suárez H, Menéndez A, et al. Consumo de alcohol y otras drogas en embarazadas. *Arch Pediatría Urug*. 2007 Jun;78(2):122–32.
54. Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE), Ministerio del Interior y Seguridad Pública. Estrategia Nacional de Drogas y Alcohol 2011-2014 [Internet]. MINSAL; 2011 [cited 2019 Jul 10]. Available from: [http://sistemas.senda.gob.cl/sistema-monitoreo/biblioteca/files/Documentos/ESTRATEGIAS%20NORMAS%20ORIENTACIONES/0%20Estrategias%20Nacionales%20Drogas/Estrategia%20Nacional%20Sobre%20%20Drogas%20y%20Alcohol%20%20\(CONACE%202011_2014\).pdf](http://sistemas.senda.gob.cl/sistema-monitoreo/biblioteca/files/Documentos/ESTRATEGIAS%20NORMAS%20ORIENTACIONES/0%20Estrategias%20Nacionales%20Drogas/Estrategia%20Nacional%20Sobre%20%20Drogas%20y%20Alcohol%20%20(CONACE%202011_2014).pdf)