



Aprueba Convenio de Colaboración Técnica y Financiera entre el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA, y el Ministerio de Salud, para la implementación de un Programa de Apoyo a Planes de Tratamiento y Rehabilitación de Personas con Problemas derivados del consumo de drogas y alcohol.

RESOLUCIÓN EXENTA N° 2278

SANTIAGO, 30 DE JUNIO DE 2015



VISTO:

Lo dispuesto en la Ley N° 18.575, Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado, cuyo texto refundido, coordinado y sistematizado, fue fijado por el Decreto con Fuerza de Ley N° 1/19.653, de 2000, del Ministerio Secretaría General de la Presidencia; en la Ley N° 20.798 de presupuestos para el sector público para el año 2015; en la Ley N° 20.502, que crea el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol; en el Decreto con Fuerza de Ley N° 2-20.502; de 2011, del Ministerio del Interior y Seguridad Pública; Resolución Exenta N° 544, de 1 de marzo de 2000, del Ministerio de Salud; en la Resolución N° 1.600 de 2008, de la Contraloría General de la República; y en el Decreto Supremo N° 611 de 13 de mayo de 2015, del Ministerio del Interior y Seguridad Pública

CONSIDERANDO:

1.- Que, el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA, es el organismo encargado de la ejecución de las políticas en materia de prevención del consumo de estupefacientes, sustancias psicotrópicas e ingestión abusiva de alcohol, y de tratamiento, rehabilitación y reinserción social de las personas afectadas por dichos estupefacientes y sustancias psicotrópicas y, en especial, de la elaboración de una Estrategia Nacional de Drogas y Alcohol.

2.- Que, para cumplir con los objetivos y funciones señaladas en la Ley N° 20.502, el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol requiere implementar acciones vinculadas al tratamiento y rehabilitación de personas con problemas derivados del consumo de drogas y alcohol, para cuyo efecto, de acuerdo al artículo 19 letra c) de la Ley N° 20.502, está facultado para impulsar y apoyar, financiera y

A/C/RPH/RGE/JTR/ALR/SCB
Distribución:

- 1.- División Jurídica SENDA
- 2.- Área de Finanzas SENDA
- 3.- Subsecretaría de Salud Pública. Dirección: Mac - Iver N° 541, Santiago.
- 4.- Subsecretaría de Redes Asistenciales. Dirección: Mac - Iver N° 541, Santiago.
- 5.- Área Tratamiento SENDA
- 6.- Unidad de Convenios SENDA.
- 7.- Oficina de Partes.

S-6198/15

técnicamente, programas, proyectos y actividades de Ministerios o Servicios Públicos destinados a la prevención del consumo de drogas y alcohol, así como al tratamiento, rehabilitación y reinserción social de las personas afectadas por la drogadicción y el alcoholismo, y ejecutarlos en su caso.

3.- Que, asimismo, el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, de acuerdo a lo señalado en el artículo 19 letra j) de la Ley N° 20.502, se encuentra facultado para celebrar acuerdos o convenios con instituciones públicas o privadas, que digan relación directa con la ejecución de las políticas planes y programas de prevención del consumo de drogas y alcohol, así como el tratamiento, rehabilitación y reinserción social de las personas afectadas por la drogadicción y el alcoholismo.

4.- Que, al Ministerio de Salud, de acuerdo al Libro I del DFL N°1, de 2005, del mismo Ministerio, le corresponde formular, fijar y controlar las políticas de salud, lo que incluye, entre otras funciones, ejercer la rectoría del sector salud, la cual comprende la formulación, control y evaluación de planes y programas generales en materia de salud, entre los que se encuentra el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, que incluye, como uno de sus componentes y prioridades, el programa de Salud Mental, que tiene por objetivo proveer tratamiento y rehabilitación, en todo el territorio nacional, a las personas, beneficiarias del Libro II del D.F.L. N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, afectadas por problemas de salud asociados al consumo de drogas y alcohol.

5.- Que, en este contexto, con fecha 1 de abril de 2015, el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA y el Ministerio de Salud, suscribieron un convenio de Colaboración Técnica y Financiera, a efectos de implementar en forma conjunta un Programa de Apoyo a Planes de Tratamiento y Rehabilitación de Personas con Problemas Derivados del Consumo de Drogas y Alcohol. La finalidad de este Programa es apoyar al Programa de Salud Mental del Ministerio de Salud, que se lleva a cabo como parte del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría a través de los Servicios de Salud y los centros de atención públicos y privados regulados por dicha cartera de Estado.

6.- Que, la Ley N° 20.798, ley de presupuestos para el sector público para el año 2015, contempla los recursos pertinentes para la implementación del referido Programa.

7.- Que, en virtud de lo anterior se procede a la expedición del correspondiente acto administrativo que sancione y apruebe el convenio de Colaboración Técnica y Financiera celebrado entre el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA y el Ministerio de Salud, con fecha 1 de abril de 2015.

RESOLUCIÓN

ARTICULO PRIMERO: Apruébase el Convenio de Colaboración Técnica y Financiera celebrado con fecha 1 de abril de 2015, entre el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol y el Ministerio de Salud, en virtud del cual este Servicio y el Ministerio de Salud han acordado continuar con la implementación del Programa de Apoyo a Planes de Tratamiento y Rehabilitación para Personas con problemas derivados del consumo de drogas y alcohol en los términos en él referidos.

ARTÍCULO SEGUNDO: El gasto que irrogará para el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA, el Convenio de Colaboración Técnica y Financiera que se aprueba por la presente Resolución, ascenderá durante el año 2015, a la suma de **\$36.337.392.- (treinta y seis millones trescientos treinta y siete mil trescientos noventa y dos pesos)**. Esta cantidad el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, la pondrá a disposición del Ministerio de Salud en el número de cuotas, por los montos, dentro del plazo y

modalidades estipuladas por las partes contratantes en las cláusulas cuarta y siguientes del convenio que se aprueba por la presente resolución.

El gasto antes indicado se financiará con cargo a los recursos consultados en el ítem 05-09-01-24-03-001 del Presupuesto del año 2015.

ARTÍCULO TERCERO: La entrega de los recursos que deberá hacer este Servicio al Ministerio de Salud, en virtud del convenio que se aprueba por la presente Resolución, se efectuará una vez que el presente acto administrativo se encuentre totalmente tramitado.

ARTÍCULO CUARTO: El texto del convenio que se aprueba por la presente Resolución, es del tenor siguiente:

**CONVENIO DE COLABORACIÓN TÉCNICA Y FINANCIERA
SERVICIO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y REHABILITACIÓN DEL CONSUMO DE
DROGAS Y ALCOHOL (SENDA)**

Y

MINISTERIO DE SALUD

**PROGRAMA DE PLANES DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN
DE PERSONAS CON PROBLEMAS DERIVADOS DEL CONSUMO
DE DROGAS Y ALCOHOL**

En Santiago de Chile, a 01 de abril de 2015, entre el Servicio Nacional Para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA), RUT N° 61.980.170-9, representado por su Directora Nacional (TP) doña Lidia Amarales Osorio, ambos domiciliados en Agustinas N° 1235, piso 9, Santiago, en adelante "SENDA", y el Ministerio de Salud, RUT N° 61.601.000-K, representado para estos efectos por el Subsecretario de Salud Pública, don Jaime Burrows Oyarzún y por la Subsecretaria de Redes Asistenciales, doña Angélica Verdugo Sobral, ambos domiciliados en Mac-Iver N° 541, Santiago, han acordado el siguiente Convenio de Colaboración Técnica y Financiera:

PRIMERO: ANTECEDENTES GENERALES DEL CONVENIO

1. Considerando que existe en el país una creciente demanda por atenciones para personas con problemas derivados del consumo de drogas y alcohol, la que supera la capacidad de respuesta específica desde los sistemas de salud públicos o privados, el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, en adelante "SENDA", Servicio público descentralizado, creado por Ley 20.502, - que tiene por finalidad la ejecución de las políticas en materia de prevención del consumo de estupefacientes, sustancias psicotrópicas, e ingestión abusiva de alcohol y de tratamiento, rehabilitación y reinserción social de las personas afectadas por dichos estupefacientes y

sustancias psicotrópicas- requiere implementar acciones vinculadas al tratamiento y rehabilitación de personas con problemas derivados del consumo de drogas u otras sustancias estupefacientes o sicotrópicas, para cuyo efecto puede, en virtud de los Principios de coordinación, eficacia y eficiencia que rige el actuar de la Administración Pública, solicitar a cualquiera de las instituciones, organismos o servicios de la Administración del Estado, la colaboración, información y asesoría técnica y profesional que estime necesaria para el cumplimiento de sus funciones.

2. A su vez, al Ministerio de Salud, de acuerdo al Libro I del DFL 1, de 2005, del Ministerio de Salud, le corresponde formular, fijar y controlar las políticas de salud, lo que incluye, entre otras funciones, ejercer la rectoría del sector salud, la cual comprende, entre otras materias:

- a) La formulación, control y evaluación de planes y programas generales en materia de salud.
- b) La definición de objetivos sanitarios nacionales.
- c) La coordinación sectorial e intersectorial para el logro de los objetivos sanitarios.
- d) La coordinación y cooperación internacional en salud.
- e) La dirección y orientación de todas las actividades del Estado relativas a la provisión de acciones de salud, de acuerdo con las políticas fijadas.

Dentro de estas funciones de rectoría se cuenta con el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría. Este plan incluye, como uno de sus componentes y prioridades, el Programa de Salud Mental, aprobado por Resolución Exenta N° 544, de 1 de marzo de 2000, del Ministerio de Salud. Dicho Programa tiene por objetivo proveer tratamiento y rehabilitación, en todo el territorio nacional, a las personas, beneficiarias del Libro II del D.F.L. N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, afectadas por problemas de salud asociados al consumo de drogas y alcohol. El citado Programa de Salud Mental es ejecutado por los Servicios de Salud, a través de sus establecimientos propios, de los establecimientos pertenecientes a la atención primaria municipal y no *municipal*, y de otros establecimientos privados, asociados bajo convenio celebrados con los Servicios de Salud o por FONASA, en la red de atención territorial correspondiente a cada uno de ellos.

3. En este contexto, SENDA y el Ministerio de Salud, han acordado suscribir el presente Convenio de Colaboración Técnica y Financiera, en adelante "el Convenio", cuyo objeto es implementar en forma coordinada y conjunta un Programa de Planes de Tratamiento y Rehabilitación de Personas con Problemas Derivados del Consumo de Drogas y Alcohol, en adelante "el Programa".

4. El Programa de Planes de Tratamiento y Rehabilitación, tiene como objetivo general otorgar acceso y cobertura de calidad, libre de copago, a la atención de personas, beneficiarias del libro II del D.F.L. N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, que consultan por

problemas derivados del consumo de drogas y alcohol, en los establecimientos públicos y privados que hayan celebrado contratos de compra de servicios para ello con SENDA.

5. El Programa contempla dos subprogramas. Uno para población adulta general (hombres y mujeres) y otro específico para mujeres. Asimismo, comprende, a su vez, las siguientes modalidades de intervención: Tratamiento Ambulatorio Básico, Tratamiento Ambulatorio Intensivo, Tratamiento Residencial y Hospitalización de Corta Estadía, según se detalla en la “Norma y Orientaciones Técnicas de Planes de Tratamiento y Rehabilitación para Personas con Problemas Derivados del Consumo de Drogas” y en el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría.

Las partes dejan constancia que las siguientes modalidades de atención: Tratamiento ambulatorio básico, Tratamiento ambulatorio intensivo y Tratamiento residencial, corresponden a lo que en adelante se denomina “Meses de Planes de Tratamiento y Rehabilitación”.

6. Del mismo modo, el Programa contempla además la atención de los siguientes beneficiarios:

a) Personas que han infringido la ley bajo supervisión judicial, comprendidas dentro del programa de Tribunales de Tratamiento de Droga y que presentan consumo problemático de sustancias, y respecto de las cuales se ha decretado su ingreso a un programa de tratamiento, mediante la resolución judicial que aprueba la suspensión condicional del procedimiento. El tratamiento de estas personas se otorga a través de planes preferenciales, no exclusivos, en centros de tratamiento públicos y privados.

b) Personas que han sido condenadas a las penas de libertad vigilada o libertad vigilada intensiva, como penas sustitutivas a la privación de libertad, que presenten un consumo problemático de drogas o alcohol y, respecto de los cuales, el tribunal les haya impuesto la obligación de asistir a programas de tratamiento de rehabilitación en dichas sustancias, de acuerdo al artículo 17 bis de la Ley 18.216, introducido por la Ley N° 20.603.

El tratamiento de estas personas podrá brindarse en modalidad ambulatoria o residencial, quedando sujeto el cumplimiento de esta condición al control periódico del tribunal, mediante audiencias de seguimiento e informes elaborados por el delegado de Gendarmería de Chile, encargado de efectuar el control de la condena.

El tratamiento de estas personas se otorga a través de planes preferenciales, no exclusivos, en centros de tratamiento públicos y privados.

7. Cada Plan de Tratamiento y Rehabilitación incluye un conjunto de intervenciones y prestaciones recomendables asociadas al cumplimiento de los objetivos terapéuticos del mismo, las cuales se encuentran detalladas en los documentos denominados “Norma y

Orientaciones Técnicas de planes de tratamiento y rehabilitación para personas con problemas derivados del consumo de drogas”, en adelante “Norma y Orientaciones Técnicas”.

Los objetivos del presente convenio son:

- Apoyar, en lo pertinente, al Programa de Salud Mental del Ministerio de Salud que se lleva a cabo como parte del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría a través de los Servicios de Salud y los centros de atención públicos y privados regulados por el Ministerio precedentemente mencionado.
- Velar por la calidad de los tratamientos de rehabilitación y tratamiento de personas afectadas por el consumo de drogas y alcohol.
- Fortalecer el trabajo de la red existente en este ámbito.
- Mejorar el acceso a tratamiento de rehabilitación para las personas más vulnerables.
- Establecer las obligaciones y funciones de las partes comparecientes, los procedimientos operativos, administrativos, de asesoría y seguimiento y evaluación y supervisión de la ejecución del Programa de Planes de Tratamiento y Rehabilitación de Personas con Problemas derivados del Consumo de Drogas y Alcohol.

8. En virtud de este Convenio, SENDA se compromete a destinar parte de sus recursos asignados en la respectiva Ley de Presupuestos, para apoyar el desarrollo del Programa de Salud Mental que, en materia de rehabilitación y tratamiento de personas afectadas por el consumo de drogas y alcohol, forma parte de las políticas y planes definidos en dicha materia por el Ministerio de Salud y la “Norma y Orientaciones Técnicas”. Para tal efecto, SENDA podrá suscribir contratos con las entidades públicas y privadas en la forma prescrita en el ordenamiento jurídico y contando con la asesoría técnica del Ministerio de Salud.

9. Para los efectos de la coordinación y la toma de las decisiones relativas al funcionamiento y operación, que se requieran en la implementación conjunta de este Programa, cada una de las partes, se obliga a designar un representante, según se señala a continuación:

- Por el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA): Jefa(e) de la División Programática de SENDA o quien ésta(e) designe, y
- Por el Ministerio de Salud (MINSAL): Jefe(a) del Departamento de Salud Mental de la División de Prevención y Control de Enfermedades de la Subsecretaría de Salud Pública y por el (la) Jefe(a) del Departamento de Gestión de Procesos Clínicos Integrados de la División de Gestión de Redes Asistenciales, de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, o quienes éstos(as) designen.

Cualquier cambio que una de las partes comparecientes resuelva realizar a este respecto, deberá comunicarlo oportunamente por escrito a la otra.

La implementación conjunta de este Programa requiere también la participación comprometida de la red asistencial de cada Servicio de Salud, constituida como dispone el artículo 17 del D.F.L. N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, para responder de manera integral a las necesidades de las personas, quienes ejecutarán las diversas modalidades de atención contempladas en el Programa, de acuerdo a los convenios o contratos celebrados con SENDA, asociados a la red de atención de salud local.

10. En lo sucesivo, se entenderá como “Establecimiento” todo centro o institución, pública o privada, que ejecute los meses de planes de tratamiento y rehabilitación o la hospitalización de corta estadía contemplados en este Programa.

SEGUNDO: DE LAS OBLIGACIONES Y FUNCIONES DE LAS PARTES COMPARECIENTES

I.- Las partes que suscriben el presente Convenio, tendrán como obligaciones y funciones comunes las siguientes:

- a) Diseñar conjuntamente los planes de tratamiento y rehabilitación para personas con problemas derivados del consumo de drogas y alcohol beneficiarias de este Programa
- b) Realizar conjuntamente la asesoría y evaluación técnica, conforme a lo dispuesto en el documento denominado “Gestión de Calidad para los Centros de Tratamiento y Rehabilitación de Población Adulta General y Específica de Mujeres” a los establecimientos públicos y privados, que ejecuten u otorguen meses de planes de tratamiento y rehabilitación u Hospitalización de Corta Estadía de conformidad a lo dispuesto en los respectivos convenios o contratos de compra de servicios que haya celebrado SENDA en el marco del Programa, velando por la óptima calidad de las prestaciones que se brinden a los usuarios.
- c) Definir y/o evaluar conjuntamente, en concordancia con el ordenamiento jurídico vigente, la incorporación o eliminación de los establecimientos públicos y privados que ejecutarán u otorgarán las modalidades de atención contempladas en el Programa, de conformidad a lo dispuesto en los respectivos convenios o contratos de compra de servicios que se hayan celebrado en el marco del Programa.
- d) Diseñar en conjunto los procedimientos operativos, administrativos, de supervisión administrativo-financiera y asesoría técnica, seguimiento y evaluación de la ejecución de este Programa.
- e) Evaluar, con la información al mes de junio de 2015, el nivel de ejecución de los convenios de compra de meses de planes de tratamiento y rehabilitación celebrados con los prestadores privados y públicos, con el objeto de realizar las modificaciones al

convenio suscrito con el prestador, en términos de disminuir o aumentar la cantidad de meses de planes de tratamiento anuales y mensuales contratados, cuando corresponda.

- f) Evaluar, con la información a diciembre de 2015, el nivel de ejecución de los convenios de compra de meses de planes de tratamiento y rehabilitación celebrados con los prestadores privados, con el objeto de realizar las modificaciones al convenio suscrito con el prestador, en términos de disminuir o aumentar la cantidad de meses de planes de tratamiento anuales y mensuales contratados, cuando corresponda.
- g) Aprobar conjuntamente en el mes de julio de 2015, la asignación y reasignaciones de los meses de planes de tratamiento y rehabilitación a ser ejecutados por los establecimientos públicos y privados, y en el mes de enero de 2016 la reasignación de los meses de planes de tratamiento y rehabilitación a ser ejecutados por los establecimientos privados, para los efectos que sean celebradas las contrataciones o modificaciones de contrato de conformidad a la Ley N° 19.886 y su Reglamento, y a las demás normas legales pertinentes.
- h) Definir las líneas de servicio para establecimientos privados que otorgarán tratamiento y rehabilitación, según el procedimiento establecido en la Cláusula Tercera N° 2 de este Convenio denominada "De la Selección y Continuidad de los Establecimientos de Tratamiento y Rehabilitación", todo ello, en consideración a la información que las Direcciones Regionales de SENDA y los Servicios de Salud hayan hecho llegar a los niveles centrales.
- i) Realizar, durante el mes de agosto del año 2015, un informe técnico de cobertura y resultados de logros del proceso terapéutico, que contempla la información disponible desde el 01 de enero al 30 de junio de 2015 en base a sistemas de información disponibles y a observaciones del monitoreo que faciliten la evaluación general de la implementación del proceso de atención a los beneficiarios de este Programa.
- j) Evaluar, durante el último cuatrimestre del año 2015, los aspectos técnicos del Programa, a través de las Direcciones Regionales de SENDA y las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, según el documento denominado "Gestión de Calidad de los Centros de Tratamiento y Rehabilitación".
- k) Realizar en el mes de marzo del año 2016 un informe técnico de evaluación anual del Programa. Para tal efecto se tomarán en consideración la información disponible desde el 01 de enero al 31 de diciembre de 2015 en el sistema de información y gestión de tratamiento (SISTRAT), las evaluaciones regionales anuales de los programas, u otros.
- l) Analizar conjuntamente, los antecedentes que pudiesen dar lugar a la aplicación de multas con entidades privadas o términos anticipados de convenio con entidades

privadas o públicas, todo ello, en consideración a la información que las Direcciones Regionales de SENDA, los Servicios de Salud, u otros, hayan hecho llegar a los niveles centrales.

II.- Obligaciones propias de SENDA:

- a) Elaborar, celebrar, modificar, aplicar multas y poner término, cuando corresponda, a los Convenios celebrados con las entidades públicas y privadas mediante los cuales se financien las diversas modalidades de atención incluidas en el Programa, de conformidad a las facultades y procedimientos contemplados en la legislación vigente.
- b) Pagar a las entidades públicas y privadas con las cuales haya celebrado Contratos de Compra de Servicios, para el otorgamiento de los meses de planes de tratamiento y rehabilitación contemplados en este Programa.
- c) Administrar y mantener disponible el Sistema de Información y Gestión de Tratamiento (SISTRAT) que contiene la información de los registros de prestaciones y reportes asociados a dichos registros. En el evento que por cualquier circunstancia no sea posible utilizar el referido sistema, se obliga a disponer de una planilla en formato Excel como mecanismo alternativo para respaldar y acceder a los referidos registros.
- d) Realizar la supervisión administrativa y financiera del Programa a fin de resguardar que los meses de planes de tratamiento y rehabilitación ejecutados por los establecimientos públicos y privados, se desarrollen de acuerdo a lo establecido en los convenios suscritos con SENDA.
- e) Emitir y enviar durante el mes de agosto del año 2015 y febrero del año 2016, al MINSAL, informes de sistematización de los aspectos administrativos y financieros de este Programa.
- f) Realizar, a través de sus Direcciones regionales, un informe de monitoreo de resultados de tratamiento por centro, considerando la información disponible en el "Sistema de Información y Gestión de Tratamiento" (SISTRAT) en el mes de julio del año 2015 y enero del año 2016
- g) Realizar fiscalización a la ejecución de planes de tratamiento, mediante visitas de inspección, destinadas a cautelar el cumplimiento de las obligaciones contractuales, legales y reglamentarias, que regulan el desarrollo de los programas de tratamiento.
- h) Adoptar las medidas administrativas orientadas a poner en conocimiento de la autoridad competente, el resultado de las visitas realizadas, y subsanar las observaciones advertidas.

- i) Iniciar de oficio, las acciones administrativas y judiciales que procedan, incluyendo la ejecución de las garantías, cuando exista incumplimiento de las obligaciones contraídas por las entidades públicas y privadas con las cuales haya celebrado convenios.
- j) Entregar al Ministerio de Salud, los recursos necesarios para la contratación a honorarios de profesionales a fin de apoyar la implementación del Programa materia de este convenio, de conformidad a lo establecido en las cláusulas cuarta y quinta de este instrumento.
- k) Comunicar al Ministerio de Salud, en cuanto se encuentre disponible, la información recopilada de otras entidades públicas y privadas, de la sociedad en general, o proveniente de estudios especialmente realizados, acerca de los aspectos en los que el Programa materia de este Convenio, deba acentuar su acción y alcances, de modo de ampliar la cobertura en forma priorizada y focalizada.

III. Obligaciones propias del Ministerio de Salud:

El Ministerio de Salud, en su rol de ente normativo y regulador de las políticas nacionales de salud y de supervisor de la articulación y gestión de las redes asistenciales, tendrá a través del Departamento de Salud Mental de la División de Prevención y Control de Enfermedades, de la Subsecretaría de Salud Pública y del Departamento de Gestión de Procesos Clínicos Integrados de la División de Gestión de la Red Asistencial, de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, como funciones u obligaciones las siguientes:

- a) Supervigilar, de conformidad a lo dispuesto en el artículo 16 del D.F.L. N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, a los Servicios de Salud, a través de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, para que en su calidad de gestores de redes, transfieran los recursos a los establecimientos de su red asistencial, de acuerdo a contratos que se suscriban entre los respectivos Servicios de Salud y dichos establecimientos, todo ello, en el marco de las disposiciones de este Convenio y de la "Norma y Orientaciones Técnicas de los Planes de Tratamiento y Rehabilitación para Personas con Problemas Derivados del Consumo de Drogas". En este sentido, dicho Ministerio velará porque los recursos que SENDA transfiera a los Servicios de Salud sean, a su vez, transferidos por éstos a los establecimientos de su red asistencial, cuando corresponda.
- b) Emitir y entregar a SENDA, dentro de los cinco días hábiles siguientes al mes que corresponda, las rendiciones de gastos de los recursos financieros entregados para la contratación de los profesionales a honorarios para la ejecución del Programa, de conformidad a lo establecido en la Resolución N° 759, de 23 de diciembre de 2003, publicada en el Diario Oficial de 17 de enero de 2004, de la Contraloría General de la República o las normas que la reemplacen.

- c) Colaborar y facilitar en los procesos de supervisión administrativa y financiera que SENDA deba realizar en el marco de la implementación y ejecución del Programa de Apoyo a Planes de Tratamiento y Rehabilitación del consumo de drogas y alcohol, en virtud de los convenios o contratos de compra suscritos en el contexto del presente acuerdo de voluntades.

- d) Colaborar técnicamente en el diseño de los procesos de licitación pública para la compra de meses de planes de tratamiento y rehabilitación, conforme a lo señalado en el numeral 2.1 de la cláusula tercera. Asimismo, participará, si fuere necesario con asesores técnicos para el proceso de evaluación de las propuestas presentadas por los respectivos oferentes.

TERCERO: DE LOS PROCEDIMIENTOS DE IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA.

1. Del Diseño y Elaboración de Planes de Tratamiento y Rehabilitación

Dentro de las competencias y atribuciones que le confiere al Ministerio de Salud el D.F.L. N° 1, de 2005, del mismo Ministerio, que fijó el texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N° 2763, de 1979 y de las leyes N° 18.933 y N° 18.469, y en apoyo del Programa de Salud Mental y Psiquiatría del Ministerio de Salud, los meses de planes y demás modalidades de tratamiento y rehabilitación para personas con problemas derivados del consumo de drogas y alcohol, que serán otorgados por los establecimientos públicos y privados en convenio, serán los diseñados por SENDA y el Ministerio de Salud.

El Programa contempla la ejecución de meses de planes de tratamiento, a través de establecimientos públicos y privados de la red asistencial, mediante las siguientes modalidades de intervención: Tratamiento Ambulatorio Básico, Tratamiento Ambulatorio Intensivo y Tratamiento Residencial, según se detalla en la "Norma y Orientaciones Técnicas de los Planes de Tratamiento y Rehabilitación para Personas con Problemas Derivados del Consumo de Drogas", anexos a este convenio.

Contempla además la suscripción de convenios con los Servicios de Salud, con el fin de implementar la modalidad de hospitalización de corta estadía, cuando estos últimos cuenten con las condiciones e infraestructura para estos efectos.

Cada plan de tratamiento y rehabilitación incluye un conjunto de intervenciones y prestaciones recomendables asociadas al cumplimiento de los objetivos terapéuticos del mismo, las cuales se encuentran detalladas en el documento denominado "Norma y Orientaciones Técnicas", anexos a este convenio.

Para el caso de los convenios de compra de servicios, el servicio que comprará el SENDA a las entidades públicas y privadas es un mes de plan de tratamiento y rehabilitación.

En el caso de los convenios suscritos con Servicios de Salud, el financiamiento incluye la contratación de recurso humano especializado, así como equipamiento, gastos operacionales y financiamiento de actividades para cada modalidad de intervención específica.

2. De la Selección y Continuidad de los Establecimientos de Tratamiento y Rehabilitación.

El Programa de Planes de Tratamiento y Rehabilitación contempla un mecanismo de compra de servicios por parte de SENDA a entidades públicas y privadas para que ejecuten los meses de planes de tratamiento y rehabilitación señalados anteriormente. Para tal efecto, SENDA con la colaboración del Ministerio de Salud, realizará, cuando corresponda, la(s) licitación(es) pública(s) a fin de determinar las entidades privadas que ejecutarán los meses de planes de tratamiento y, cuando corresponda, la contratación directa de los planes, debiendo en tal caso fundamentarse la causal para proceder de tal forma, de conformidad a lo dispuesto en la Ley N° 19.886 y su Reglamento.

Por su parte, el Programa contemplado en este instrumento considera para su implementación, tal como se señaló en el número 1 anterior, la suscripción de convenios con entidades públicas a fin de otorgar, hospitalización de corta estadía, cuando estos últimos cuenten con las condiciones e infraestructura para estos efectos.

2.1 De la Selección y Continuidad de los Establecimientos Privados para ejecutar los planes de tratamiento durante el año 2015.

Para los años 2015 y 2016 y a objeto de dar mayor transparencia a la implementación del Programa materia de este Convenio, SENDA dispuso en su oportunidad que la selección de los establecimientos privados se efectuara mediante licitación pública para la compra de meses de planes de tratamiento, cuyas bases fueron aprobadas mediante Resolución N°180, de fecha 28 de junio de 2014. A través de este proceso de compra se adjudicaron los establecimientos privados que prestarían los servicios durante los años 2015 y 2016, suscribiéndose y aprobándose por actos administrativos los contratos de compra de planes de tratamiento, por veinticuatro meses y que tienen vigencia hasta el 31 de diciembre del año 2016. Del mismo modo, en el marco de dicho proceso concursal y de acuerdo a las normas de la ley 19.886 y a su Reglamento, se procedieron a celebrar contrataciones directas para la compra de meses de planes de tratamiento y rehabilitación con ciertos establecimientos privados, por la cantidad de meses que en cada instrumento se acuerda y con vigencia hasta el 31 de diciembre de 2016.

Con todo, las partes dejan constancia que, por razones de buen servicio y funcionamiento del Programa, SENDA, en la medida que cuente con las disponibilidades presupuestarias, podrá disponer de nuevas licitaciones para el año 2015. Lo anterior es sin perjuicio de los casos en

que sea necesario acudir al trato directo, conforme a las normas de la ley N° 19.886 y su reglamento. En estos casos, SENDA determinará las entidades privadas que ejecutarán los planes de tratamiento y rehabilitación adicionales a los adjudicados en los procesos de licitación, pudiendo considerar antecedentes como las evaluaciones del programa existentes a la fecha, la opinión de la Mesa Nacional establecida en el punto 5.4 del presente instrumento, entre otros.

2.2 De la Selección y Continuidad de los Establecimientos Públicos para Ejecutar los Meses de Planes de Tratamiento y Rehabilitación para el año 2015.

Para los años 2014 y 2015, SENDA y MINSAL dispusieron en su oportunidad, en virtud del Convenio de Colaboración Técnica suscrito entre SENDA, MINSAL aprobado por Res. Ex. N°304, del 30 de enero de 2014, a razón de brindar un mejor servicio y teniendo en cuenta además la necesidad de aumentar las posibilidades de logros terapéuticos sostenibles en el tiempo, considerando que es deber del Estado otorgar una atención oportuna, integral y de calidad para la población con problemas de drogas y alcohol, capaz de asegurar la continuidad en su rehabilitación, que los establecimientos públicos que ejecutarán los meses de planes de tratamiento y rehabilitación lo harían durante los años 2014 y 2015, suscribiéndose y aprobándose por actos administrativos los contratos de compra de planes de tratamiento, por veinticuatro meses y que tienen vigencia hasta el 31 de diciembre del año 2015.

No obstante lo anterior, por razones de buen servicio y funcionamiento del Programa, SENDA, en la medida que tenga las disponibilidades presupuestarias, podrá suscribir nuevos convenios con establecimientos públicos, tras evaluar, en conjunto con MINSAL, la necesidad y factibilidad de la oferta de tratamiento y definir los programas que prestarán el servicio.

2.3 De la Selección y Continuidad de los Establecimientos Públicos para Ejecutar los Meses de Planes de Tratamiento y Rehabilitación para los años 2016 - 2017.

Respecto a la selección y continuidad para los años 2016-2017 de los establecimientos públicos, SENDA y el Ministerio de Salud deberán evaluar técnicamente el cumplimiento y ejecución del Programa a diciembre de 2015 y definir aquellos establecimientos públicos que iniciarán o continuarán ejecutando las prestaciones contratadas por SENDA durante los años 2016 y 2017, con el detalle de tipo de plan y la asignación de la cantidad de meses de planes de tratamiento y rehabilitación a ejecutar por establecimientos.

No obstante lo anterior, por razones de buen servicio y funcionamiento del Programa, SENDA, en la medida que tenga las disponibilidades presupuestarias, podrá suscribir nuevos convenios con establecimientos públicos, tras evaluar en conjunto con MINSAL la necesidad y factibilidad de la oferta de tratamiento, y definir los programas que prestarán el servicio.

2.4. De la Selección y Continuidad de los Establecimientos Públicos para la Ejecución de las Modalidades de Atención de Hospitalización de Corta Estadía durante el año 2015.

Para el año 2015, a objeto de implementar el Programa materia de este Convenio, SENDA, celebrará convenios con establecimientos públicos, a fin que se otorgue Hospitalización de Corta Estadía.

En estos casos, SENDA en conjunto con MINSAL determinarán las entidades públicas que ejecutarán las señaladas modalidades de atención, en consideración a las evaluaciones del programa existentes a la fecha correspondiente.

3. De los Criterios de Selección.

Sin perjuicio de lo establecido en los párrafos anteriores, durante la selección de los establecimientos públicos o privados que ejecuten los meses de planes de tratamiento requeridos, en la medida de lo posible, se deberá considerar:

- a) La variabilidad con que se presenta regionalmente el problema;
- b) La caracterización del consumo de alcohol y otras drogas (tipo de drogas, edad de inicio, compromiso biopsicosocial);
- c) Brecha existente entre demanda y oferta de tratamiento para esta población;
- d) Necesidad de completar circuitos de modalidades de tratamiento (considerando oferta pública y privada);
- e) Accesibilidad física
- f) Número de personas máximo y mínimo que facilite el adecuado desarrollo del programa y el logro de los objetivos terapéuticos.
- g) Información de demanda potencial de atención en cada provincia, región y/o jurisdicción del Servicio de Salud correspondiente.
- h) Resultados de la evaluación técnica de los establecimientos realizada por SENDA, a través de sus Direcciones Regionales y el Ministerio de Salud a través de los Servicios de Salud y las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud.
- i) Evaluación financiera que realice SENDA, de cada uno de los establecimientos públicos que ejecutan los meses de planes de tratamiento y rehabilitación materia de este Programa.
- j) Una favorable opinión de SENDA y del Ministerio de Salud que fundamente por escrito la selección de los establecimientos.
- k) La opinión y propuestas de las Mesas Regionales
- l) La aprobación del Subsecretario de Redes Asistenciales

4. Del Mecanismo de Financiamiento, Facturación y Pago de los Meses de Planes de Tratamiento y Rehabilitación

1. SENDA comprará los meses de Planes de Tratamiento y Rehabilitación incluidos en el Programa, exclusivamente a entidades públicas y privadas que hayan resultado seleccionadas conforme al procedimiento señalado en el número 2 anterior.

2. SENDA suscribirá Contratos de Compra de Servicios directamente con los establecimientos públicos y con las entidades privadas que hayan resultado seleccionadas en el proceso de licitación respectivo o mediante su contratación directa, de conformidad a lo dispuesto en la Ley N° 19.886 y su Reglamento, y a los procedimientos señalados en el número 2 anterior, los cuales otorgarán los meses de planes de tratamiento y rehabilitación, a través de los establecimientos de su dependencia o administrados por ellos. Para todos los efectos, la entidad pública o privada que haya celebrado el respectivo contrato de compra de servicios será la responsable de pagar los meses de planes de tratamiento y rehabilitación que ejecuten sus respectivos establecimientos prestadores.

3. SENDA comprará los meses de planes de tratamiento y rehabilitación, por tipo de plan, a los precios unitarios que, para estos efectos, estarán definidos en los contratos de compra de servicios que suscribirá con las entidades públicas y privadas.

4. Se entenderá por mes de plan de tratamiento y rehabilitación efectivamente ejecutado, cuando se cumpla la condición de persona beneficiaria de FONASA (que sean beneficiarios del D.F.L. N° 1, Libro II, de 2005 del Ministerio de Salud), y tenga el registro mensual en el Sistema de Gestión de Tratamiento (SISTRAT), de las prestaciones mencionadas en el documento: "Norma y Orientaciones Técnicas de los Planes de Tratamiento y rehabilitación para personas con Problemas Derivados del Consumo de Drogas", establecido para cada uno de los planes de tratamiento y rehabilitación definidos por el SENDA, conjuntamente con el Ministerio de Salud.

5. SENDA pagará los meses de planes de tratamiento y rehabilitación contemplados en el presente Convenio efectivamente ejecutados por cada entidad prestadora, contra presentación de la factura respectiva de cada mes, así como de la pre-facturación entregada por el sistema SISTRAT.

6. El proceso de pago al prestador se realizará mensualmente, en la medida que SENDA reciba las facturas debidamente emitidas y los documentos complementarios que se exijan acompañar a los prestadores.

5. Del Sistema de Registro, Control y Gestión

5.1 Sobre los Registros

Los establecimientos públicos o las entidades privadas, que ejecuten los meses de planes de tratamiento y rehabilitación, deberán llevar registros de las atenciones otorgadas a las personas beneficiarias del Programa de Planes de Tratamiento y Rehabilitación.

Para tal efecto, deberán registrar las prestaciones entregadas a todas las personas atendidas en el período del mes correspondiente. Con tal objetivo, tales establecimientos tendrán a su disposición un software denominado "Sistema de Información y Gestión de Tratamiento", o también "SISTRAT", con su respectivo Glosario que permite registrar e informar los meses de planes de tratamiento y rehabilitación realizados mensualmente, las prestaciones realizadas, los indicadores del proceso terapéutico y la demanda de tratamiento. En este sentido, el SISTRAT se constituye en: a) un instrumento de monitoreo y seguimiento técnico del programa, (b) instrumento de control del cumplimiento de los contratos suscritos por SENDA con las entidades públicas y privadas, y (c) una fuente de información periódica acerca de los resultados del programa y de otros antecedentes necesarios para los procesos de asignación y reasignación que el presente Convenio establece.

En el evento que el Sistema de Información y Gestión de Tratamiento (SISTRAT) no se encuentre disponible por causas atribuibles a la administración del mismo, el establecimiento deberá enviar a la Dirección Regional de SENDA correspondiente, la información requerida a través de una planilla Excel de registro diseñada especialmente para estos efectos, a través de correo electrónico, u otro medio magnético, denominada "Planilla de Registro e Instructivo Llenado Planilla de Registros". Dicha planilla será sólo excepcionalmente utilizada y, una vez regularizado el acceso al software destinado para el registro de la información, el prestador deberá poner al día el registro de la actividad realizada en la herramienta destinada para ello.

5.2 Sobre la Supervisión Administrativa y Financiera del Programa de Planes de Tratamiento y Rehabilitación.

SENDA, realizará la supervisión administrativa y financiera a los Centros de Tratamiento que ejecuten los meses de planes de tratamiento y rehabilitación contratados, en conformidad a lo establecido en el documento denominado "Pauta de Supervisión Administrativa y Financiera para Centros de Tratamiento y Rehabilitación de Población General / Mujeres y Adolescentes Infractores de Ley".

SENDA se obliga a elaborar y entregar al Ministerio de Salud, durante el mes de agosto de 2015 y febrero de 2016, un informe semestral de la gestión administrativa y financiera de los Centros de Tratamiento que hayan celebrado convenios de compra de servicios con SENDA. Estos reportes podrán apoyarse basándose en la información registrada en el Sistema de Información y Gestión de Tratamiento (SISTRAT) al 30 de junio de 2015 y al 31 de diciembre de 2015 respectivamente.

5.3 Fiscalización de Programas de Planes de Tratamiento y Rehabilitación.

SENDA, realizará visitas de inspección destinadas a supervisar el correcto cumplimiento de los convenios y de las normas que regulan la prestación de meses de planes de tratamiento. El objetivo de esta visita observará fundamentalmente el Recurso Humano, la infraestructura, el registro de las prestaciones realizadas y, en general, todo aquello que fuere relevante y pertinente para el correcto funcionamiento del centro, de acuerdo a los contratos establecidos.

5.4 De la Coordinación de la Gestión del Programa de Apoyo a Planes de Tratamiento y Rehabilitación

Para coordinar la gestión del Programa de Tratamiento y Rehabilitación, habrá una mesa nacional que estará conformada por:

- El Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA): Representado por el(la) Jefe(a) de la División Programática de SENDA o quien éste(a) designe, y
- El Ministerio de Salud: Representado por el(la) Jefe(a) del Departamento de Salud Mental de la División de Prevención y Control de Enfermedades de la Subsecretaría de Salud Pública y por el(la) Jefe(a) del Departamento de Gestión de Procesos Clínicos Integrados de la División de Gestión de Redes Asistenciales, de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, o por quienes éstos(as) designen.

En el caso que algún representante designe a otro para su participación en esta Mesa, deberá informar esto a los integrantes de la Mesa Nacional, en un plazo máximo de 15 días posteriores a la total tramitación del presente convenio.

Las funciones de la referida mesa nacional serán las siguientes:

- a) Acompañar la implementación general del programa y gestionar todo lo relacionado a su buen funcionamiento, en los aspectos técnicos, clínicos y administrativos operacionales.
- b) Participar en el diseño y definiciones de los programas de tratamiento y rehabilitación y modalidades de intervención, de acuerdo a la evidencia científica nacional e internacional, a la experiencia empírica y a sus resultados, entre otros.
- c) Participar en el diseño y definiciones de orientaciones o lineamientos técnicos, que aporten al desarrollo del Programa, de acuerdo a la evidencia científica internacional y nacional, experiencia empírica y sus resultados, entre otros.
- d) Analizar y apoyar la resolución de dificultades o problemas que surjan en la implementación del programa materia de este convenio y que superen la gestión regional.
- e) Realizar un seguimiento, presencial y a distancia, de los equipos regionales y de los Servicios de Salud en relación con la implementación de los programas a lo largo del país; y asesorar a tales equipos y servicios en esta materia.
- f) Formular la opinión técnica para la definición de la incorporación y asignación anual de los meses de planes de tratamiento y rehabilitación a ser ejecutados por los prestadores de establecimientos públicos, de acuerdo a las evaluaciones técnicas y de gestión (prevalencia, brechas, necesidades locales, determinantes sociodemográficos, entre

otras). Asimismo, formular la opinión técnica para la definición y elaboración de las bases técnicas para la asignación de recursos a ser ejecutados por establecimientos privados.

- g) Entregar la opinión técnica sobre eventuales reasignaciones, modificaciones de contratos y/o términos de contratos, según el procedimiento establecido en los contratos de compra de servicios con los prestadores públicos y privados, en su caso, en consideración a la información que emane de las Direcciones Regionales de SENDA y de los Servicios de Salud respectivos.
- h) Evaluar el Programa semestralmente, en los meses de agosto 2015 y marzo 2016, en sus aspectos de gestión técnica y administrativo – financiera (cobertura, coordinación intersectorial, aspectos técnicos – clínicos, entre otros), en consideración a la información que emane del seguimiento de la gestión, de los sistemas de información elaborados por los equipos regionales del SENDA, Servicios de Salud, el SISTRAT y del Proceso de Evaluación.

La periodicidad de sesiones de esta mesa de coordinación nacional será de una vez por semana, sin perjuicio de las gestiones y acuerdos asumidos que impliquen presencia a nivel regional en reuniones de asesoría a equipos de SENDA y del Ministerio de Salud. Lo anterior, no obstante mantener coordinaciones permanentes, a través de contactos telefónicos, por correo electrónico u otros medios.

Asimismo, habrán mesas regionales de coordinación, que estarán conformadas por:

- Representante(s) del Área de Tratamiento de la Dirección Regional de SENDA.
- Representante(s) de la Unidad de Salud Mental de él o los Servicios de Salud respectivos.
- Referentes de Salud Mental o Encargados de Drogas y Alcohol de las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud

Las partes deberán nombrar a sus respectivos representantes en las mesas regionales en un plazo máximo de 15 días posteriores a la total tramitación del presente convenio.

Las funciones de las referidas mesas regionales serán las siguientes:

- a) Elaborar un plan de trabajo para el año, que incluya contenidos, metas y productos a lograr, con sus respectivos plazos.
- b) Realizar el seguimiento y apoyo a la implementación y gestión técnica del programa.
- c) Realizar un análisis y evaluación de la ejecución y del desarrollo del programa de tratamiento en los centros de prestadores públicos y privados en el marco del presente convenio.
- d) Realizar un análisis del monitoreo de resultados de tratamiento en virtud de los informes semestrales
- e) Organizar y gestionar una respuesta integral al tratamiento del consumo problemático de sustancias e integrada a la red de salud de tratamiento de la región respectiva.

- f) Formular propuestas y opiniones técnicas al nivel central del Ministerio de Salud y de SENDA, para la definición de la asignación anual de los meses de planes de tratamiento y rehabilitación a ser ejecutados por los establecimientos públicos, de acuerdo a las evaluaciones e indicadores establecidos (prevalencia, brechas, necesidades locales, determinantes sociodemográficos, entre otras).
- g) Formular propuestas al nivel central del Ministerio de Salud y de SENDA, de eventuales reasignaciones, modificaciones y/o términos de contratos, según el procedimiento establecido en los respectivos contratos de compra de servicios.
- h) Fortalecer la red de tratamiento de alcohol y drogas, a fin de completar los circuitos de atención, mediante la ampliación de la oferta de tratamiento y rehabilitación en la respectiva Región.

La periodicidad de sesiones de estas mesas regionales deberá ser de al menos una vez al mes y de acuerdo a las necesidades del desarrollo de la red de tratamiento. Lo anterior, sin perjuicio de mantener coordinaciones permanentes, a través de contactos telefónicos, por correo electrónico u otros medios.

La convocatoria a ambas mesas de trabajo, nacional y regionales, será de responsabilidad de SENDA.

6. Del Proceso de Asignación, Reasignación y Término de Contrato

6.1 Del Proceso de Asignación y Reasignación de Meses de Planes de Tratamiento y Rehabilitación

Se entenderá por asignación el listado de meses de planes de tratamiento y rehabilitación asignados para cada establecimiento y, por reasignación, las modificaciones en los meses de planes de tratamiento y rehabilitación originalmente asignados que existieren durante la ejecución de este Programa, derivadas de la supervisión y asesoría efectuada a cada establecimiento, así como de la evaluación del nivel de cumplimiento en la ejecución de los meses de planes de tratamiento contratados. La asignación de los establecimientos públicos que ejecutarán el programa como la reasignación de establecimientos públicos y privados serán propuestas por las Mesas Regionales de Gestión del Convenio y enviados al nivel central del MINSAL y del SENDA, quienes evaluarán la propuesta y definirán la asignación o reasignación definitiva según corresponda, debiendo contarse además con la aprobación de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

Para la asignación de establecimiento públicos y reasignación se tendrán en consideración los resultados y tendencias que surjan del proceso de supervisión y asesoría técnica, considerando la información emanada de las Direcciones Regionales de SENDA y de los Servicios de Salud y de los informes de supervisión administrativa y financiera que realice SENDA, además de otras informaciones que se estimen relevantes.

En los meses de julio de 2015 y enero de 2016, se efectuará una evaluación semestral de los meses de planes de tratamiento y rehabilitación ejecutados, en los establecimientos privados hasta el 30 de junio de 2015 y el 31 de diciembre de 2016 respectivamente. En base a dichas evaluaciones, SENDA y el Ministerio de Salud, podrá efectuar reasignaciones de los meses de planes de tratamiento y rehabilitación asignados a estas instituciones.

En el caso de los establecimientos públicos, considerando que los convenios actualmente vigentes contemplan la ejecución de los meses de planes de tratamiento hasta el mes de diciembre del 2015, sólo aquella evaluación realizada en el mes de julio de 2015 servirá de base para efectuar las reasignaciones que correspondan, sin perjuicio de la evaluación que se debe efectuar en diciembre de 2015 y que sirve de base para el proceso de asignación de enero del año 2016.

Una vez resuelta la reasignación por SENDA en conjunto con Ministerio de Salud, aquél Servicio informará a la entidad pública o privada que corresponda y realizará la modificación al respectivo Contrato de Compra de Servicios, de acuerdo a lo previsto en la Ley N° 19.886 y su Reglamento, en lo que resulte aplicable. En el caso de establecimientos dependientes o subcontratados por los Servicios de Salud, será el respectivo servicio de salud el encargado de informar a los establecimientos sujetos a asignación o reasignación, con copia a las Direcciones Regionales de SENDA.

6.2 Del Término de los Contratos con las Entidades Ejecutoras

En los contratos de Compra de Servicios, así como en los convenios de transferencias de recursos o colaboración celebrados con entidades públicas, SENDA deberá establecer cláusulas reservándose el derecho de poner término en forma anticipada al respectivo contrato que haya celebrado con la entidad pública o privada, pudiendo invocar, entre otras, las siguientes causales: resciliación o mutuo acuerdo entre las partes; por exigirlo el interés público o la seguridad nacional; caso fortuito o fuerza mayor, comprendiéndose dentro de ellas razones de ley o de autoridad que hagan imperativo terminarlo; revocación o ausencia de la autorización sanitaria cuando corresponde; falta de disponibilidad presupuestaria para cubrir el pago de las prestaciones contratadas; cobros improcedentes a los usuarios y al SENDA; cobro por las prestaciones realizadas a las personas beneficiarias de los planes contratados y el incumplimiento grave de obligaciones contractuales, entendiéndose por tales aquellas que pongan en riesgo el oportuno y adecuado otorgamiento de los meses de planes de tratamiento y rehabilitación contratados.

Con todo, SENDA deberá además establecer cláusulas que establezcan los mecanismos necesarios de resguardo del patrimonio fiscal, para el caso de producirse el término anticipado del contrato o convenio.

Para los efectos anteriormente mencionados se considerará como fuente de información, entre otras, los resultados del seguimiento y monitoreo de la gestión técnica, administrativa y financiera, practicada a los establecimientos públicos y privados, de acuerdo a lo establecido en los documentos “Gestión de Calidad para los Centros de Tratamiento y Rehabilitación para Población General y Específica de Mujeres” y “Supervisión Administrativa y Financiera a los Centros de Tratamiento y Rehabilitación para Población General, Población Mujeres e Infractores de Ley”, respaldada además por la información levantada en las mesas regionales y en la mesa nacional de gestión del Convenio.

7. De la Evaluación del Programa

La evaluación del Programa se realizará con la participación de las dos partes comparecientes que suscriben este Convenio, mediante la emisión de los siguientes informes:

- Informes de evaluación de los aspectos administrativos y financieros realizados a los centros de tratamiento que ejecuten los meses de planes de tratamiento y rehabilitación contratados, durante el mes de agosto del año 2015 y febrero del año 2016.
- Informe técnico de cobertura y resultados de logros del proceso terapéutico que deberán realizar SENDA y el Ministerio de Salud, durante el mes de agosto del año 2015, que contempla la información disponible desde el 01 de enero al 30 de junio, en base a los sistemas de información disponibles y a observaciones del monitoreo que faciliten la evaluación general de la implementación del proceso de atención a los beneficiarios de este Programa.
- Informe técnico de evaluación anual del Programa, que se deberá emitir en el mes de marzo de 2016 por parte de SENDA y el Ministerio de Salud y, que contempla la información disponible desde el 01 de enero al 31 de diciembre de 2015. Para cuyo efecto se tomarán en consideración las evaluaciones regionales anuales de los programas, la información disponible en el sistema de información y gestión de tratamiento (SISTRAT) u otros, integrando la información entregada por las Direcciones Regionales de SENDA y las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, según lo señalado en el documento denominado “Gestión de Calidad para los Centros de Tratamiento y Rehabilitación de Población Adulta General y Específica Mujeres”.
- Informes Regionales de Monitoreo de Resultados de Tratamiento, en los meses de Julio de 2015 y Enero de 2016. Para éstos se considerará la información disponible en SISTRAT.

Sin perjuicio de lo anterior, las partes comparecientes podrán emitir y entregar otros informes debidamente sustentados.

CUARTO: SENDA entregará recursos directamente a la Subsecretaría de Redes Asistenciales y a la Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud, los que estarán destinados a la contratación a honorarios de profesionales con dedicación exclusiva, con el fin de apoyar la implementación del Programa materia de este Convenio. Dichos profesionales realizarán labores de asesoría técnica y gestión, a fin de contribuir a la adecuada concordancia e integración del Programa con las políticas, planes y programas del Ministerio de Salud; al diseño, en conjunto con SENDA, de los planes de tratamiento y rehabilitación; a la integración y/o coordinación de los centros de tratamiento públicos y privados del Programa, con la red de atención de salud en el área territorial de competencia de cada Servicio de Salud; y a promover, gestionar y evaluar la calidad de la atención que se provea a los beneficiarios de este Programa.

Adicionalmente para la evaluación técnica del programa, específicamente para la aplicación de la pauta de evaluación a los centros de tratamiento, el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol entregará recursos directamente a la Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud, los que estarán destinados a la contratación de profesionales a honorarios por parte de las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud.

QUINTO: Los recursos que serán entregados, durante la vigencia del convenio, a la Subsecretaría de Redes Asistenciales y a la Subsecretaría de Salud Pública para la contratación de los profesionales señalados en el primer párrafo de la cláusula anterior por parte de SENDA, ascenderán a la suma total de \$36.337.392 (treinta y seis millones trescientos treinta y siete mil trescientos noventa y dos pesos), distribuidos de la siguiente manera: Un total de \$18.168.696 (dieciocho millones ciento sesenta y ocho mil seis ciento noventa y seis pesos) para la Subsecretaría de Redes Asistenciales y un total de \$ 18.168.696 (dieciocho millones ciento sesenta y ocho mil seis ciento noventa y seis pesos) para la Subsecretaría de Salud Pública. Las referidas sumas se entregarán en 6 cuotas, previa rendición de cuenta documentada de la remesa anteriormente entregada. Lo anterior, en la medida que la Ley de Presupuesto para el año 2016 contemple los recursos pertinentes. La primera de las cuotas antes señaladas, se realizará siempre que el acto administrativo que aprueba el presente Convenio se encuentre totalmente tramitado, deberá ser entregada a cada una de las Subsecretarías mencionadas, a más tardar el último día hábil del mes de abril del año 2015, y las siguientes, el último día hábil de los meses de junio, agosto, octubre, diciembre y febrero, del año 2016 Sin perjuicio de ello, el monto total de los recursos disponibles podrá ser entregado a la Subsecretaría de Redes Asistenciales y a la Subsecretaría de Salud Pública en más de seis cuotas dentro del año respectivo, considerando la disponibilidad presupuestaria de SENDA.

Para la contratación de los profesionales indicados en el párrafo segundo de la cláusula cuarta del presente instrumento, los recursos que serán entregados por SENDA a la Subsecretaría de Salud Pública ascenderán a la suma total de \$8.487.200.- (ocho millones

cuatrocientos ochenta y siete mil, doscientos pesos) los que serán entregados en una cuota, previa aprobación por acto administrativo totalmente tramitado, emitido por SENDA, del presente convenio.

SEXTO: SENDA deberá depositar los recursos financieros señalados en la cláusula quinta de este Convenio, directamente, en las cuentas corrientes que por escrito informe la Subsecretaría de Redes Asistenciales y la Subsecretaría de Salud Pública. Una vez efectuado el depósito, SENDA deberá comunicarlo vía fax o correo electrónico a la Sección Tesorería de la Subsecretaría de Redes Asistenciales y de la Subsecretaría de Salud Pública.

SEPTIMO: Los recursos que entregará SENDA a la Subsecretaría de Redes Asistenciales y Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud, en virtud del presente Convenio, serán manejados por dichas Subsecretarías de Estado por la vía de una Cuenta Complementaria de Administración de Fondos, cuenta contemplada en el Sistema de Contabilidad Gubernamental.

OCTAVO: Las partes dejan constancia que el presente convenio entrará en vigencia desde la total tramitación del último acto administrativo aprobatorio del mismo y hasta el total y completo cumplimiento de las obligaciones que de él derivan, incluyendo la aprobación del informe de evaluación anual del Programa, esto es, hasta el 31 de marzo de 2016.

Lo anterior es sin perjuicio de aquellas tareas y coordinaciones que, por razones de buen servicio y para efectos de una eficaz implementación del programa, las partes se han comprometido a iniciar a partir de la fecha del presente instrumento.

Con todo, en ningún caso el SENDA transferirá recursos a la Subsecretaría de Salud Pública y a la Subsecretaría de Redes Asistenciales, mientras no esté totalmente tramitado el acto administrativo dictado por SENDA, que apruebe el presente convenio.

Las partes dejan constancia que podrán poner término anticipado al convenio en cualquier momento, por medio de una carta certificada, debidamente fundada que deberá hacer llegar a la otra, con a lo menos, noventa días corridos de anticipación a la fecha de término del mismo.

NOVENO: Ninguna de las partes contrae obligación alguna de carácter laboral, previsional y de salud, en relación con las personas contratadas a honorarios que ejecutarán las funciones convenidas en el presente Convenio.

DÉCIMO: La propiedad intelectual de los productos que se originen con ocasión de la ejecución de este Convenio, pertenecerán conjuntamente a SENDA y al Ministerio de Salud, los cuales arbitrarán las medidas pertinentes para cautelar su dominio, reservándose el derecho para autorizar su producción o difusión.

DÉCIMO PRIMERO: El Ministerio de Salud se obliga a rendir cuenta documentada en lo que respecta a la inversión de recursos recibidos en virtud del presente Convenio, en los términos dispuestos por la Resolución N° 759, de 23 de diciembre de 2003, publicada en el Diario Oficial de 17 de enero de 2004, de la Contraloría General de la República, que fija normas de procedimiento sobre rendición de cuentas de los organismos o entidades que administran fondos públicos, o por la normativa que la modifique. Estas rendiciones deberán ser presentadas dentro de los primeros cinco días hábiles del mes siguiente a aquel en que se efectuó el gasto.

DECIMO SEGUNDO: Las partes declaran que se encuentran domiciliadas en la comuna de Santiago y que se someten a la jurisdicción de sus Tribunales Ordinarios de Justicia.

DECIMO TERCERO: Las partes dejan constancia que los anexos que a continuación se detallan forman parte integrante del presente convenio, y son conocidos y aceptados por ellas:

1. Norma y Orientaciones Técnicas 2015.
2. Gestión de Calidad 2015.
3. Orientaciones de Diagnósticos de Necesidades de Integración Social 2015.
4. Supervisión Administrativa Financiera.
5. Pauta Administrativa Financiera Pública.
6. Pauta Administrativa Financiera Privados.
7. Glosario Técnico SISTRAT.
8. Glosario Ficha de Demanda.

DECIMO CUARTO: PERSONERÍAS

La representación con la que comparece por SENDA, doña Lidia Amarales Osorio, consta de lo dispuesto en Decreto Supremo N° 1.086, de 14 de mayo de 2014, del Ministerio del Interior y Seguridad Pública, en relación a lo dispuesto en los artículos 79 y siguientes del D.F.L N° 29, de 2004, del Ministerio de Hacienda, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley 18.834 sobre Estatuto Administrativo.

El nombramiento de don, Jaime Burrows Oyarzún como Subsecretario de Salud Pública consta en Decreto Supremo N° 47, de 17 de marzo de 2014, del Ministerio de Salud.

El nombramiento de doña Angélica Verdugo Sobral como Subsecretaria de Redes Asistenciales, se encuentra contenido en Decreto Supremo N° 32, de 17 de marzo de 2014, del Ministerio de Salud.

Siendo ampliamente conocidas de las partes las personerías antedichas, éstas han estimado innecesaria la inserción de los documentos de sus respectivas designaciones en el presente instrumento.

DECIMO CUARTO: EJEMPLARES

Se deja constancia por las partes que el presente Convenio se firma en tres ejemplares de idéntico tenor y contenido, quedando una copia de éste en poder de cada compareciente.

Firman: Jorge Burrows Oyarzún. Subsecretario de Salud pública. Ministerio de Salud. Angélica Verdugo Sobral. Subsecretaria de Redes Asistenciales. Ministerio de Salud. Lidia Amarales Osorio. Directora Nacional (TP). Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA.

ANÓTESE, REFRÉNDESE Y COMUNÍQUESE




MARIANO MONTENEGRO CORONA
DIRECTOR NACIONAL
SERVICIO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y
REHABILITACIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS Y ALCOHOL, SENDA.



**SERVICIO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y REHABILITACIÓN DEL CONSUMO
DE DROGAS Y ALCOHOL
(05-09-01)**

CERTIFICADO DE IMPUTACIÓN Y DISPONIBILIDADES PRESUPUESTARIAS

**CERTIFICADO N° 725
FECHA 30-06-2015**

Se certifica que se cuenta con la disponibilidad presupuestaria en el rubro de gasto que se indica, con la cual se podrá financiar el compromiso que se tramita en el siguiente documento:

IDENTIFICACIÓN DEL DOCUMENTO QUE SE REFRENDA	
TIPO	Resolución Exenta
N°	2278
DETALLE	Aprueba Convenio de Colaboración Técnica y Financiera entre el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, y el Ministerio de Salud para la Implementación de un Programa de Apoyo a Planes de Tratamiento y Rehabilitación de Personas con Problemas derivados del consumo de drogas y alcohol.

REFRENDACIÓN	
IMPUTACIÓN PRESUPUESTARIA	24.03.001
TIPO DE FINANCIAMIENTO	APORTE FISCAL
Presupuesto Vigente	41.403.518.000
Comprometido	37.833.020.006
Presente Documento Resolución Exenta	36.337.392
Saldo Disponible	3.534.160.602



**JORGE TORO REVECO
JEFE DE FINANZAS**



**MINISTERIO DE SALUD
DIVISION JURÍDICA**

OPT

ORD.: N° A15/ 1814 /

ANT.: Ordinario N° 0740 de fecha 23 de abril de 2015 de Directora Nacional (TP) Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de drogas y Alcohol (SENDA).

MAT.: Remite tres ejemplares del Convenio de Colaboración Técnica y Financiera SENDA-MINSAL, sobre Programa de Planes de Tratamiento y Rehabilitación de personas con problemas derivados del consumo de drogas y alcohol, debidamente firmados.

SANTIAGO, **24 JUN. 2015**

DE: JEFE DIVISION JURIDICA MINISTERIO DE SALUD.
A : JEFE DIVISIÓN JURÍDICA.
SERVICIO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y REHABILITACIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS Y ALCOHOL (SENDA).

Mediante el documento del antecedente, se enviaron tres ejemplares del Convenio de Colaboración Técnica y Financiera SENDA-MINSAL para las firmas respectivas, que corresponde a la ejecución, control y financiamiento del Programa de Planes de Tratamiento y Rehabilitación de personas con problemas derivados del consumo de drogas y alcohol.

Por tanto, se adjuntan los tres ejemplares del Convenio ya referido entre SENDA-MINSAL, debidamente firmados por la Subsecretaria de Redes Asistenciales y por el Subsecretario de Salud Pública para la dictación del acto administrativo respectivo. Posteriormente, se solicita a usted, el envío de los ejemplares correspondientes a esta Cartera Ministerial para continuar su tramitación.

Sin otro particular, saluda atentamente a Ud.

Por orden del Sr. Subsecretario de Salud Pública



**EDUARDO ALVAREZ REYES
JEFE DIVISION JURIDICA
MINISTERIO DE SALUD**

**24 JUN 2015
E07153**

Distribución:

- Gabinete Subsecretaria de Salud Pública.
- Gabinete Subsecretaria de Redes Asistenciales.
- División Jurídica Minsal.
- Oficina de Partes.

CONVENIO DE COLABORACIÓN TÉCNICA Y FINANCIERA
SERVICIO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y
REHABILITACIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS Y ALCOHOL
(SENDA)
Y
MINISTERIO DE SALUD

PROGRAMA DE PLANES DE TRATAMIENTO Y
REHABILITACIÓN DE PERSONAS CON PROBLEMAS
DERIVADOS DEL CONSUMO DE DROGAS Y ALCOHOL

En Santiago de Chile, a 01 de abril de 2015 , entre el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA), RUT N° 61.980.170-9, representado por su Directora Nacional (TP) doña Lidia Amarales Osorio, ambos domiciliados en Agustinas N° 1235, piso 9, Santiago, en adelante "SENDA", y el Ministerio de Salud, RUT N° 61.601.000-K, representado para estos efectos por el Subsecretario de Salud Pública, don Jaime Burrows Oyarzún y por la Subsecretaria de Redes Asistenciales, doña Angélica Verdugo Sobral , ambos domiciliados en Mac-Iver N° 541, Santiago, han acordado el siguiente Convenio de Colaboración Técnica y Financiera:

PRIMERO: ANTECEDENTES GENERALES DEL CONVENIO

1. Considerando que existe en el país una creciente demanda por atenciones para personas con problemas derivados del consumo de drogas y alcohol, la que supera la capacidad de respuesta específica desde los sistemas de salud públicos o privados, el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, en adelante "SENDA", Servicio público descentralizado, creado por Ley 20.502, - que tiene por finalidad la ejecución de las políticas en materia de prevención del consumo de estupefacientes, sustancias psicotrópicas, e ingestión abusiva de alcohol y de tratamiento, rehabilitación y reinserción social de las personas afectadas por dichos estupefacientes y sustancias psicotrópicas- requiere implementar acciones vinculadas al tratamiento y rehabilitación de personas con problemas derivados del consumo de drogas u otras sustancias estupefacientes o sicotrópicas, para cuyo efecto puede, en virtud de los Principios de coordinación, eficacia y eficiencia que rige el actuar de la Administración Pública, solicitar a cualquiera de las instituciones, organismos o servicios de la Administración del Estado, la

colaboración, información y asesoría técnica y profesional que estime necesaria para el cumplimiento de sus funciones.

2. A su vez, al Ministerio de Salud, de acuerdo al Libro I del DFL 1, de 2005, del Ministerio de Salud, le corresponde formular, fijar y controlar las políticas de salud, lo que incluye, entre otras funciones, ejercer la rectoría del sector salud, la cual comprende, entre otras materias:

- a) La formulación, control y evaluación de planes y programas generales en materia de salud.
- b) La definición de objetivos sanitarios nacionales.
- c) La coordinación sectorial e intersectorial para el logro de los objetivos sanitarios.
- d) La coordinación y cooperación internacional en salud.
- e) La dirección y orientación de todas las actividades del Estado relativas a la provisión de acciones de salud, de acuerdo con las políticas fijadas.

Dentro de estas funciones de rectoría se cuenta con el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría. Este plan incluye, como uno de sus componentes y prioridades, el Programa de Salud Mental, aprobado por Resolución Exenta N° 544, de 1 de marzo de 2000, del Ministerio de Salud. Dicho Programa tiene por objetivo proveer tratamiento y rehabilitación, en todo el territorio nacional, a las personas, beneficiarias del Libro II del D.F.L. N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, afectadas por problemas de salud asociados al consumo de drogas y alcohol. El citado Programa de Salud Mental es ejecutado por los Servicios de Salud, a través de sus establecimientos propios, de los establecimientos pertenecientes a la atención primaria municipal y no municipal, y de otros establecimientos privados, asociados bajo convenio celebrados con los Servicios de Salud o por FONASA, en la red de atención territorial correspondiente a cada uno de ellos.

3. En este contexto, SENDA y el Ministerio de Salud, han acordado suscribir el presente Convenio de Colaboración Técnica y Financiera, en adelante “el Convenio”, cuyo objeto es implementar en forma coordinada y conjunta un Programa de Planes de Tratamiento y Rehabilitación de Personas con Problemas Derivados del Consumo de Drogas y Alcohol, en adelante “el Programa”.

4. El Programa de Planes de Tratamiento y Rehabilitación, tiene como objetivo general otorgar acceso y cobertura de calidad, libre de copago, a la atención de personas, beneficiarias del libro II del D.F.L. N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, que consultan por problemas derivados del consumo de drogas y alcohol, en los

establecimientos públicos y privados que hayan celebrado contratos de compra de servicios para ello con SENDA.

5. El Programa contempla dos subprogramas. Uno para población adulta general (hombres y mujeres) y otro específico para mujeres. Asimismo, comprende, a su vez, las siguientes modalidades de intervención: Tratamiento Ambulatorio Básico, Tratamiento Ambulatorio Intensivo, Tratamiento Residencial y Hospitalización de Corta Estadía, según se detalla en la “Norma y Orientaciones Técnicas de Planes de Tratamiento y Rehabilitación para Personas con Problemas Derivados del Consumo de Drogas” y en el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría.

Las partes dejan constancia que las siguientes modalidades de atención: Tratamiento ambulatorio básico, Tratamiento ambulatorio intensivo y Tratamiento residencial, corresponden a lo que en adelante se denomina “Meses de Planes de Tratamiento y Rehabilitación”.

6. Del mismo modo, el Programa contempla además la atención de los siguientes beneficiarios:

a) Personas que han infringido la ley bajo supervisión judicial, comprendidas dentro del programa de Tribunales de Tratamiento de Droga y que presentan consumo problemático de sustancias, y respecto de las cuales se ha decretado su ingreso a un programa de tratamiento, mediante la resolución judicial que aprueba la suspensión condicional del procedimiento. El tratamiento de estas personas se otorga a través de planes preferenciales, no exclusivos, en centros de tratamiento públicos y privados.

b) Personas que han sido condenadas a las penas de libertad vigilada o libertad vigilada intensiva, como penas sustitutivas a la privación de libertad, que presenten un consumo problemático de drogas o alcohol y, respecto de los cuales, el tribunal les haya impuesto la obligación de asistir a programas de tratamiento de rehabilitación en dichas sustancias, de acuerdo al artículo 17 bis de la Ley 18.216, introducido por la Ley N° 20.603.

El tratamiento de estas personas podrá brindarse en modalidad ambulatoria o residencial, quedando sujeto el cumplimiento de esta condición al control periódico del tribunal, mediante audiencias de seguimiento e informes elaborados por el delegado de Gendarmería de Chile, encargado de efectuar el control de la condena.

El tratamiento de estas personas se otorga a través de planes preferenciales, no exclusivos, en centros de tratamiento públicos y privados.

7. Cada Plan de Tratamiento y Rehabilitación incluye un conjunto de intervenciones y prestaciones recomendables asociadas al cumplimiento de los objetivos terapéuticos del mismo, las cuales se encuentran detalladas en los documentos denominados “Norma y Orientaciones Técnicas de planes de tratamiento y rehabilitación para personas con problemas derivados del consumo de drogas”, en adelante “Norma y Orientaciones Técnicas”.

Los objetivos del presente convenio son:

- Apoyar, en lo pertinente, al Programa de Salud Mental del Ministerio de Salud que se lleva a cabo como parte del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría a través de los Servicios de Salud y los centros de atención públicos y privados regulados por el Ministerio precedentemente mencionado.
- Velar por la calidad de los tratamientos de rehabilitación y tratamiento de personas afectadas por el consumo de drogas y alcohol.
- Fortalecer el trabajo de la red existente en este ámbito.
- Mejorar el acceso a tratamiento de rehabilitación para las personas más vulnerables.
- Establecer las obligaciones y funciones de las partes comparecientes, los procedimientos operativos, administrativos, de asesoría y seguimiento y evaluación y supervisión de la ejecución del Programa de Planes de Tratamiento y Rehabilitación de Personas con Problemas derivados del Consumo de Drogas y Alcohol.

8. En virtud de este Convenio, SENDA se compromete a destinar parte de sus recursos asignados en la respectiva Ley de Presupuestos, para apoyar el desarrollo del Programa de Salud Mental que, en materia de rehabilitación y tratamiento de personas afectadas por el consumo de drogas y alcohol, forma parte de las políticas y planes definidos en dicha materia por el Ministerio de Salud y la “Norma y Orientaciones Técnicas”. Para tal efecto, SENDA podrá suscribir contratos con las entidades públicas y privadas en la forma prescrita en el ordenamiento jurídico y contando con la asesoría técnica del Ministerio de Salud.

9. Para los efectos de la coordinación y la toma de las decisiones relativas al funcionamiento y operación, que se requieran en la implementación conjunta de este

Programa, cada una de las partes, se obliga a designar un representante, según se señala a continuación:

- Por el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA): Jefa(e) de la División Programática de SENDA o quien ésta(e) designe, y
- Por el Ministerio de Salud (MINSAL): Jefe(a) del Departamento de Salud Mental de la División de Prevención y Control de Enfermedades de la Subsecretaría de Salud Pública y por el (la) Jefe(a) del Departamento de Gestión de Procesos Clínicos Integrados de la División de Gestión de Redes Asistenciales, de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, o quienes éstos(as) designen.

Cualquier cambio que una de las partes comparecientes resuelva realizar a este respecto, deberá comunicarlo oportunamente por escrito a la otra.

La implementación conjunta de este Programa requiere también la participación comprometida de la red asistencial de cada Servicio de Salud, constituida como dispone el artículo 17 del D.F.L. N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, para responder de manera integral a las necesidades de las personas, quienes ejecutarán las diversas modalidades de atención contempladas en el Programa, de acuerdo a los convenios o contratos celebrados con SENDA, asociados a la red de atención de salud local.

10. En lo sucesivo, se entenderá como “Establecimiento” todo centro o institución, pública o privada, que ejecute los meses de planes de tratamiento y rehabilitación o la hospitalización de corta estadía contemplados en este Programa.

SEGUNDO: DE LAS OBLIGACIONES Y FUNCIONES DE LAS PARTES COMPARECIENTES

I.- Las partes que suscriben el presente Convenio, tendrán como obligaciones y funciones comunes las siguientes:

- a) Diseñar conjuntamente los planes de tratamiento y rehabilitación para personas con problemas derivados del consumo de drogas y alcohol beneficiarias de este Programa
- b) Realizar conjuntamente la asesoría y evaluación técnica, conforme a lo dispuesto en el documento denominado “Gestión de Calidad para los Centros de Tratamiento y Rehabilitación de Población Adulta General y Específica de

Mujeres” a los establecimientos públicos y privados, que ejecuten u otorguen meses de planes de tratamiento y rehabilitación u Hospitalización de Corta Estadía de conformidad a lo dispuesto en los respectivos convenios o contratos de compra de servicios que haya celebrado SENDA en el marco del Programa, velando por la óptima calidad de las prestaciones que se brinden a los usuarios.

- c) Definir y/o evaluar conjuntamente, en concordancia con el ordenamiento jurídico vigente, la incorporación o eliminación de los establecimientos públicos y privados que ejecutarán u otorgarán las modalidades de atención contempladas en el Programa, de conformidad a lo dispuesto en los respectivos convenios o contratos de compra de servicios que se hayan celebrado en el marco del Programa.
- d) Diseñar en conjunto los procedimientos operativos, administrativos, de supervisión administrativo-financiera y asesoría técnica, seguimiento y evaluación de la ejecución de este Programa.
- e) Evaluar, con la información al mes de junio de 2015, el nivel de ejecución de los convenios de compra de meses de planes de tratamiento y rehabilitación celebrados con los prestadores privados y públicos, con el objeto de realizar las modificaciones al convenio suscrito con el prestador, en términos de disminuir o aumentar la cantidad de meses de planes de tratamiento anuales y mensuales contratados, cuando corresponda.
- f) Evaluar, con la información a diciembre de 2015, el nivel de ejecución de los convenios de compra de meses de planes de tratamiento y rehabilitación celebrados con los prestadores privados, con el objeto de realizar las modificaciones al convenio suscrito con el prestador, en términos de disminuir o aumentar la cantidad de meses de planes de tratamiento anuales y mensuales contratados, cuando corresponda.
- g) Aprobar conjuntamente en el mes de julio de 2015 la asignación y reasignaciones de los meses de planes de tratamiento y rehabilitación a ser ejecutados por los establecimientos públicos y privados, y en el mes de enero de 2016 la reasignación de los meses de planes de tratamiento y rehabilitación a ser ejecutados por los establecimientos privados, para los efectos que sean celebradas las contrataciones o modificaciones de contrato de conformidad a la Ley N° 19.886 y su Reglamento, y a las demás normas legales pertinentes.

- h) Definir las líneas de servicio para establecimientos privados que otorgarán tratamiento y rehabilitación, según el procedimiento establecido en la Cláusula Tercera N° 2 de este Convenio denominada “De la Selección y Continuidad de los Establecimientos de Tratamiento y Rehabilitación”, todo ello, en consideración a la información que las Direcciones Regionales de SENDA y los Servicios de Salud hayan hecho llegar a los niveles centrales.
- i) Realizar, durante el mes de agosto del año 2015, un informe técnico de cobertura y resultados de logros del proceso terapéutico, que contempla la información disponible desde el 01 de enero al 30 de junio de 2015 en base a sistemas de información disponibles y a observaciones del monitoreo que faciliten la evaluación general de la implementación del proceso de atención a los beneficiarios de este Programa.
- j) Evaluar, durante el último cuatrimestre del año 2015, los aspectos técnicos del Programa, a través de las Direcciones Regionales de SENDA y las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, según el documento denominado “Gestión de Calidad de los Centros de Tratamiento y Rehabilitación “.
- k) Realizar en el mes de marzo del año 2016 un informe técnico de evaluación anual del Programa. Para tal efecto se tomarán en consideración la información disponible desde el 01 de enero al 31 de diciembre de 2015 en el sistema de información y gestión de tratamiento (SISTRAT), las evaluaciones regionales anuales de los programas, u otros.
- l) Analizar conjuntamente, los antecedentes que pudiesen dar lugar a la aplicación de multas con entidades privadas o términos anticipados de convenio con entidades privadas o públicas, todo ello, en consideración a la información que las Direcciones Regionales de SENDA, los Servicios de Salud, u otros, hayan hecho llegar a los niveles centrales.

II.- Obligaciones propias de SENDA:

- a) Elaborar, celebrar, modificar, aplicar multas y poner término, cuando corresponda, a los Convenios celebrados con las entidades públicas y privadas mediante los cuales se financien las diversas modalidades de atención incluidas en el Programa, de conformidad a las facultades y procedimientos contemplados en la legislación vigente.

- b) Pagar a las entidades públicas y privadas con las cuales haya celebrado Contratos de Compra de Servicios, para el otorgamiento de los meses de planes de tratamiento y rehabilitación contemplados en este Programa.
- c) Administrar y mantener disponible el Sistema de Información y Gestión de Tratamiento (SISTRAT) que contiene la información de los registros de prestaciones y reportes asociados a dichos registros. En el evento que por cualquier circunstancia no sea posible utilizar el referido sistema, se obliga a disponer de una planilla en formato Excel como mecanismo alternativo para respaldar y acceder a los referidos registros.
- d) Realizar la supervisión administrativa y financiera del Programa a fin de resguardar que los meses de planes de tratamiento y rehabilitación ejecutados por los establecimientos públicos y privados, se desarrollen de acuerdo a lo establecido en los convenios suscritos con SENDA.
- e) Emitir y enviar durante el mes de agosto del año 2015 y febrero del año 2016, al MINSAL, informes de sistematización de los aspectos administrativos y financieros de este Programa.
- f) Realizar, a través de sus Direcciones regionales, un informe de monitoreo de resultados de tratamiento por centro, considerando la información disponible en el “Sistema de Información y Gestión de Tratamiento” (SISTRAT) en el mes de julio del año 2015 y enero del año 2016
- g) Realizar fiscalización a la ejecución de planes de tratamiento, mediante visitas de inspección, destinadas a cautelar el cumplimiento de las obligaciones contractuales, legales y reglamentarias, que regulan el desarrollo de los programas de tratamiento.
- h) Adoptar las medidas administrativas orientadas a poner en conocimiento de la autoridad competente, el resultado de las visitas realizadas, y subsanar las observaciones advertidas.
- i) Iniciar de oficio, las acciones administrativas y judiciales que procedan, incluyendo la ejecución de las garantías, cuando exista incumplimiento de las obligaciones contraídas por las entidades públicas y privadas con las cuales haya celebrado convenios.

- j) Entregar al Ministerio de Salud, los recursos necesarios para la contratación a honorarios de profesionales a fin de apoyar la implementación del Programa materia de este convenio, de conformidad a lo establecido en las cláusulas cuarta y quinta de este instrumento.
- k) Comunicar al Ministerio de Salud, en cuanto se encuentre disponible, la información recopilada de otras entidades públicas y privadas, de la sociedad en general, o proveniente de estudios especialmente realizados, acerca de los aspectos en los que el Programa materia de este Convenio, deba acentuar su acción y alcances, de modo de ampliar la cobertura en forma priorizada y focalizada.

III. Obligaciones propias del Ministerio de Salud:

El Ministerio de Salud, en su rol de ente normativo y regulador de las políticas nacionales de salud y de supervisor de la articulación y gestión de las redes asistenciales, tendrá a través del Departamento de Salud Mental de la División de Prevención y Control de Enfermedades, de la Subsecretaría de Salud Pública y del Departamento de Gestión de Procesos Clínicos Integrados de la División de Gestión de la Red Asistencial, de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, como funciones u obligaciones las siguientes:

- a) Supervigilar, de conformidad a lo dispuesto en el artículo 16 del D.F.L. N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, a los Servicios de Salud, a través de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, para que en su calidad de gestores de redes, transfieran los recursos a los establecimientos de su red asistencial, de acuerdo a contratos que se suscriban entre los respectivos Servicios de Salud y dichos establecimientos, todo ello, en el marco de las disposiciones de este Convenio y de la "Norma y Orientaciones Técnicas de los Planes de Tratamiento y Rehabilitación para Personas con Problemas Derivados del Consumo de Drogas". En este sentido, dicho Ministerio velará porque los recursos que SENDA transfiera a los Servicios de Salud sean, a su vez, transferidos por éstos a los establecimientos de su red asistencial, cuando corresponda.
- b) Emitir y entregar a SENDA, dentro de los cinco días hábiles siguientes al mes que corresponda, las rendiciones de gastos de los recursos financieros entregados para la contratación de los profesionales a honorarios para la ejecución del Programa, de conformidad a lo establecido en la Resolución N°

759, de 23 de diciembre de 2003, publicada en el Diario Oficial de 17 de enero de 2004, de la Contraloría General de la República o las normas que la reemplacen.

- c) Colaborar y facilitar en los procesos de supervisión administrativa y financiera que SENDA deba realizar en el marco de la implementación y ejecución del Programa de Apoyo a Planes de Tratamiento y Rehabilitación del consumo de drogas y alcohol, en virtud de los convenios o contratos de compra suscritos en el contexto del presente acuerdo de voluntades.
- d) Colaborar técnicamente en el diseño de los procesos de licitación pública para la compra de meses de planes de tratamiento y rehabilitación, conforme a lo señalado en el numeral 2.1 de la cláusula tercera. Asimismo, participará, si fuere necesario con asesores técnicos para el proceso de evaluación de las propuestas presentadas por los respectivos oferentes.

TERCERO: DE LOS PROCEDIMIENTOS DE IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA.

1. Del Diseño y Elaboración de Planes de Tratamiento y Rehabilitación

Dentro de las competencias y atribuciones que le confiere al Ministerio de Salud el D.F.L. N° 1, de 2005, del mismo Ministerio, que fijó el texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N° 2763, de 1979 y de las leyes N° 18.933 y N° 18.469, y en apoyo del Programa de Salud Mental y Psiquiatría del Ministerio de Salud, los meses de planes y demás modalidades de tratamiento y rehabilitación para personas con problemas derivados del consumo de drogas y alcohol, que serán otorgados por los establecimientos públicos y privados en convenio, serán los diseñados por SENDA y el Ministerio de Salud.

El Programa contempla la ejecución de meses de planes de tratamiento, a través de establecimientos públicos y privados de la red asistencial, mediante las siguientes modalidades de intervención: Tratamiento Ambulatorio Básico, Tratamiento Ambulatorio Intensivo y Tratamiento Residencial, según se detalla en la “Norma y Orientaciones Técnicas de los Planes de Tratamiento y Rehabilitación para Personas con Problemas Derivados del Consumo de Drogas”, anexos a este convenio.

Contempla además la suscripción de convenios con los Servicios de Salud, con el fin de implementar la modalidad de hospitalización de corta estadía, cuando estos últimos cuenten con las condiciones e infraestructura para estos efectos.

Cada plan de tratamiento y rehabilitación incluye un conjunto de intervenciones y prestaciones recomendables asociadas al cumplimiento de los objetivos terapéuticos del mismo, las cuales se encuentran detalladas en el documento denominado “Norma y Orientaciones Técnicas”, anexos a este convenio.

Para el caso de los convenios de compra de servicios, el servicio que comprará el SENDA a las entidades públicas y privadas es un mes de plan de tratamiento y rehabilitación.

En el caso de los convenios suscritos con Servicios de Salud, el financiamiento incluye la contratación de recurso humano especializado, así como equipamiento, gastos operacionales y financiamiento de actividades para cada modalidad de intervención específica.

2. De la Selección y Continuidad de los Establecimientos de Tratamiento y Rehabilitación.

El Programa de Planes de Tratamiento y Rehabilitación contempla un mecanismo de compra de servicios por parte de SENDA a entidades públicas y privadas para que ejecuten los meses de planes de tratamiento y rehabilitación señalados anteriormente. Para tal efecto, SENDA con la colaboración del Ministerio de Salud, realizará, cuando corresponda, la(s) licitación(es) pública(s) a fin de determinar las entidades privadas que ejecutarán los meses de planes de tratamiento y, cuando corresponda, la contratación directa de los planes, debiendo en tal caso fundamentarse la causal para proceder de tal forma, de conformidad a lo dispuesto en la Ley N° 19.886 y su Reglamento.

Por su parte, el Programa contemplado en este instrumento considera para su implementación, tal como se señaló en el número 1 anterior, la suscripción de convenios con entidades públicas a fin de otorgar, hospitalización de corta estadía, cuando estos últimos cuenten con las condiciones e infraestructura para estos efectos.

2.1 De la Selección y Continuidad de los Establecimientos Privados para ejecutar los planes de tratamiento durante el año 2015.

Para los años 2015 y 2016 y a objeto de dar mayor transparencia a la implementación del Programa materia de este Convenio, SENDA dispuso en su oportunidad que la selección de los establecimientos privados se efectuara mediante licitación pública para la compra de meses de planes de tratamiento, cuyas bases fueron aprobadas mediante Resolución N°180, de fecha 28 de junio de 2014. A través de este proceso de compra se adjudicaron los establecimientos privados que prestarían los servicios durante los años 2015 y 2016, suscribiéndose y aprobándose por actos administrativos los contratos de compra de planes de tratamiento, por veinticuatro meses y que tienen vigencia hasta el 31 de diciembre del año 2016. Del mismo modo, en el marco de dicho proceso concursal y de acuerdo a las normas de la ley 19.886 y a su Reglamento, se procedieron a celebrar contrataciones directas para la compra de meses de planes de tratamiento y rehabilitación con ciertos establecimientos privados, por la cantidad de meses que en cada instrumento se acuerda y con vigencia hasta el 31 de diciembre de 2016.

Con todo, las partes dejan constancia que, por razones de buen servicio y funcionamiento del Programa, SENDA, en la medida que cuente con las disponibilidades presupuestarias, podrá disponer de nuevas licitaciones para el año 2015. Lo anterior es sin perjuicio de los casos en que sea necesario acudir al trato directo, conforme a las normas de la ley N° 19.886 y su reglamento. En estos casos, SENDA determinará las entidades privadas que ejecutarán los planes de tratamiento y rehabilitación adicionales a los adjudicados en los procesos de licitación, pudiendo considerar antecedentes como las evaluaciones del programa existentes a la fecha, la opinión de la Mesa Nacional establecida en el punto 5.4 del presente instrumento, entre otros.

2.2 De la Selección y Continuidad de los Establecimientos Públicos para Ejecutar los Meses de Planes de Tratamiento y Rehabilitación para el año 2015.

Para los años 2014 y 2015, SENDA y MINSAL dispusieron en su oportunidad, en virtud del Convenio de Colaboración Técnica suscrito entre SENDA, MINSAL aprobado por Res. Ex. N°304, del 30 de enero de 2014, a razón de brindar un mejor servicio y teniendo en cuenta además la necesidad de aumentar las posibilidades de logros terapéuticos sostenibles en el tiempo, considerando que es deber del Estado otorgar una atención oportuna, integral y de calidad para la población con problemas de drogas y alcohol, capaz de asegurar la continuidad en su rehabilitación, que los establecimientos públicos que ejecutarán los meses de planes de tratamiento y rehabilitación lo harían durante los años 2014 y 2015, suscribiéndose y aprobándose

por actos administrativos los contratos de compra de planes de tratamiento, por veinticuatro meses y que tienen vigencia hasta el 31 de diciembre del año 2015.

No obstante lo anterior, por razones de buen servicio y funcionamiento del Programa, SENDA, en la medida que tenga las disponibilidades presupuestarias, podrá suscribir nuevos convenios con establecimientos públicos, tras evaluar, en conjunto con MINSAL, la necesidad y factibilidad de la oferta de tratamiento y definir los programas que prestarán el servicio.

2.3 De la Selección y Continuidad de los Establecimientos Públicos para Ejecutar los Meses de Planes de Tratamiento y Rehabilitación para los años 2016 - 2017.

Respecto a la selección y continuidad para los años 2016-2017 de los establecimientos públicos, SENDA y el Ministerio de Salud deberán evaluar técnicamente el cumplimiento y ejecución del Programa a diciembre de 2015 y definir aquellos establecimientos públicos que iniciarán o continuarán ejecutando las prestaciones contratadas por SENDA durante los años 2016 y 2017, con el detalle de tipo de plan y la asignación de la cantidad de meses de planes de tratamiento y rehabilitación a ejecutar por establecimientos.

No obstante lo anterior, por razones de buen servicio y funcionamiento del Programa, SENDA, en la medida que tenga las disponibilidades presupuestarias, podrá suscribir nuevos convenios con establecimientos públicos, tras evaluar en conjunto con MINSAL la necesidad y factibilidad de la oferta de tratamiento, y definir los programas que prestarán el servicio.

2.4. De la Selección y Continuidad de los Establecimientos Públicos para la Ejecución de las Modalidades de Atención de Hospitalización de Corta Estadía durante el año 2015.

Para el año 2015, a objeto de implementar el Programa materia de este Convenio, SENDA, celebrará convenios con establecimientos públicos, a fin que se otorgue Hospitalización de Corta Estadía.

En estos casos, SENDA en conjunto con MINSAL determinarán las entidades públicas que ejecutarán las señaladas modalidades de atención, en consideración a las evaluaciones del programa existentes a la fecha correspondiente.

3. De los Criterios de Selección.

Sin perjuicio de lo establecido en los párrafos anteriores, durante la selección de los establecimientos públicos o privados que ejecuten los meses de planes de tratamiento requeridos, en la medida de lo posible, se deberá considerar:

- a) La variabilidad con que se presenta regionalmente el problema;
- b) La caracterización del consumo de alcohol y otras drogas (tipo de drogas, edad de inicio, compromiso biopsicosocial);
- c) Brecha existente entre demanda y oferta de tratamiento para esta población;
- d) Necesidad de completar circuitos de modalidades de tratamiento (considerando oferta pública y privada);
- e) Accesibilidad física
- f) Número de personas máximo y mínimo que facilite el adecuado desarrollo del programa y el logro de los objetivos terapéuticos.
- g) Información de demanda potencial de atención en cada provincia, región y/o jurisdicción del Servicio de Salud correspondiente.
- h) Resultados de la evaluación técnica de los establecimientos realizada por SENDA, a través de sus Direcciones Regionales y el Ministerio de Salud a través de los Servicios de Salud y las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud.
- i) Evaluación financiera que realice SENDA, de cada uno de los establecimientos públicos que ejecutan los meses de planes de tratamiento y rehabilitación materia de este Programa.
- j) Una favorable opinión de SENDA y del Ministerio de Salud que fundamente por escrito la selección de los establecimientos.
- k) La opinión y propuestas de las Mesas Regionales
- l) La aprobación del Subsecretario de Redes Asistenciales

4. Del Mecanismo de Financiamiento, Facturación y Pago de los Meses de Planes de Tratamiento y Rehabilitación

1. SENDA comprará los meses de Planes de Tratamiento y Rehabilitación incluidos en el Programa, exclusivamente a entidades públicas y privadas que hayan resultado seleccionadas conforme al procedimiento señalado en el número 2 anterior.

2. SENDA suscribirá Contratos de Compra de Servicios directamente con los establecimientos públicos y con las entidades privadas que hayan resultado seleccionadas en el proceso de licitación respectivo o mediante su contratación directa, de conformidad a lo dispuesto en la Ley N° 19.886 y su Reglamento, y a los

procedimientos señalados en el número 2 anterior, los cuales otorgarán los meses de planes de tratamiento y rehabilitación, a través de los establecimientos de su dependencia o administrados por ellos. Para todos los efectos, la entidad pública o privada que haya celebrado el respectivo contrato de compra de servicios será la responsable de pagar los meses de planes de tratamiento y rehabilitación que ejecuten sus respectivos establecimientos prestadores.

3. SENDA comprará los meses de planes de tratamiento y rehabilitación, por tipo de plan, a los precios unitarios que, para estos efectos, estarán definidos en los contratos de compra de servicios que suscribirá con las entidades públicas y privadas.

4. Se entenderá por mes de plan de tratamiento y rehabilitación efectivamente ejecutado, cuando se cumpla la condición de persona beneficiaria de FONASA (que sean beneficiarios del D.F.L. N° 1, Libro II, de 2005 del Ministerio de Salud), y tenga el registro mensual en el Sistema de Gestión de Tratamiento (SISTRAT), de las prestaciones mencionadas en el documento: “Norma y Orientaciones Técnicas de los Planes de Tratamiento y rehabilitación para personas con Problemas Derivados del Consumo de Drogas”, establecido para cada uno de los planes de tratamiento y rehabilitación definidos por el SENDA, conjuntamente con el Ministerio de Salud.

5. SENDA pagará los meses de planes de tratamiento y rehabilitación contemplados en el presente Convenio efectivamente ejecutados por cada entidad prestadora, contra presentación de la factura respectiva de cada mes, así como de la pre-facturación entregada por el sistema SISTRAT.

6. El proceso de pago al prestador se realizará mensualmente, en la medida que SENDA reciba las facturas debidamente emitidas y los documentos complementarios que se exijan acompañar a los prestadores.

5. Del Sistema de Registro, Control y Gestión

5.1 Sobre los Registros

Los establecimientos públicos o las entidades privadas, que ejecuten los meses de planes de tratamiento y rehabilitación, deberán llevar registros de las atenciones otorgadas a las personas beneficiarias del Programa de Planes de Tratamiento y Rehabilitación.

Para tal efecto, deberán registrar las prestaciones entregadas a todas las personas atendidas en el período del mes correspondiente. Con tal objetivo, tales establecimientos tendrán a su disposición un software denominado “Sistema de Información y Gestión de Tratamiento”, o también “SISTRAT”, con su respectivo Glosario que permite registrar e informar los meses de planes de tratamiento y rehabilitación realizados mensualmente, las prestaciones realizadas, los indicadores del proceso terapéutico y la demanda de tratamiento. En este sentido, el SISTRAT se constituye en: a) un instrumento de monitoreo y seguimiento técnico del programa, (b) instrumento de control del cumplimiento de los contratos suscritos por SENDA con las entidades públicas y privadas, y (c) una fuente de información periódica acerca de los resultados del programa y de otros antecedentes necesarios para los procesos de asignación y reasignación que el presente Convenio establece.

En el evento que el Sistema de Información y Gestión de Tratamiento (SISTRAT) no se encuentre disponible por causas atribuibles a la administración del mismo, el establecimiento deberá enviar a la Dirección Regional de SENDA correspondiente, la información requerida a través de una planilla Excel de registro diseñada especialmente para estos efectos, a través de correo electrónico, u otro medio magnético, denominada “Planilla de Registro e Instructivo Llenado Planilla de Registros”. Dicha planilla será sólo excepcionalmente utilizada y, una vez regularizado el acceso al software destinado para el registro de la información, el prestador deberá poner al día el registro de la actividad realizada en la herramienta destinada para ello.

5.2 Sobre la Supervisión Administrativa y Financiera del Programa de Planes de Tratamiento y Rehabilitación.

SENDA, realizará la supervisión administrativa y financiera a los Centros de Tratamiento que ejecuten los meses de planes de tratamiento y rehabilitación contratados, en conformidad a lo establecido en el documento denominado “Pauta de Supervisión Administrativa y Financiera para Centros de Tratamiento y Rehabilitación de Población General / Mujeres y Adolescentes Infractores de Ley”.

SENDA se obliga a elaborar y entregar al Ministerio de Salud, durante el mes de agosto de 2015 y febrero de 2016, un informe semestral de la gestión administrativa y financiera de los Centros de Tratamiento que hayan celebrado convenios de compra de servicios con SENDA. Estos reportes podrán apoyarse basándose en la información registrada en el Sistema de Información y Gestión de Tratamiento (SISTRAT) al 30 de junio de 2015 y al 31 de diciembre de 2015 respectivamente.

5.3 Fiscalización de Programas de Planes de Tratamiento y Rehabilitación.

SENDA, realizará visitas de inspección destinadas a supervisar el correcto cumplimiento de los convenios y de las normas que regulan la prestación de meses de planes de tratamiento. El objetivo de esta visita observará fundamentalmente el Recurso Humano, la infraestructura, el registro de las prestaciones realizadas y, en general, todo aquello que fuere relevante y pertinente para el correcto funcionamiento del centro, de acuerdo a los contratos establecidos.

5.4 De la Coordinación de la Gestión del Programa de Apoyo a Planes de Tratamiento y Rehabilitación

Para coordinar la gestión del Programa de Tratamiento y Rehabilitación, habrá una mesa nacional que estará conformada por:

- El Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA): Representado por el(la) Jefe(a) de la División Programática de SENDA o quien éste(a) designe, y
- El Ministerio de Salud: Representado por el(la) Jefe(a) del Departamento de Salud Mental de la División de Prevención y Control de Enfermedades de la Subsecretaría de Salud Pública y por el(la) Jefe(a) del Departamento de Gestión de Procesos Clínicos Integrados de la División de Gestión de Redes Asistenciales, de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, o por quienes éstos(as) designen.

En el caso que algún representante designe a otro para su participación en esta Mesa, deberá informar esto a los integrantes de la Mesa Nacional, en un plazo máximo de 15 días posteriores a la total tramitación del presente convenio.

Las funciones de la referida mesa nacional serán las siguientes:

- a) Acompañar la implementación general del programa y gestionar todo lo relacionado a su buen funcionamiento, en los aspectos técnicos, clínicos y administrativos operacionales.
- b) Participar en el diseño y definiciones de los programas de tratamiento y rehabilitación y modalidades de intervención, de acuerdo a la evidencia científica nacional e internacional, a la experiencia empírica y a sus resultados, entre otros.
- c) Participar en el diseño y definiciones de orientaciones o lineamientos técnicos, que aporten al desarrollo del Programa, de acuerdo a la evidencia científica internacional y nacional, experiencia empírica y sus resultados, entre otros.

- d) Analizar y apoyar la resolución de dificultades o problemas que surjan en la implementación del programa materia de este convenio y que superen la gestión regional.
- e) Realizar un seguimiento, presencial y a distancia, de los equipos regionales y de los Servicios de Salud en relación con la implementación de los programas a lo largo del país; y asesorar a tales equipos y servicios en esta materia.
- f) Formular la opinión técnica para la definición de la incorporación y asignación anual de los meses de planes de tratamiento y rehabilitación a ser ejecutados por los prestadores de establecimientos públicos, de acuerdo a las evaluaciones técnicas y de gestión (prevalencia, brechas, necesidades locales, determinantes sociodemográficos, entre otras). Asimismo, formular la opinión técnica para la definición y elaboración de las bases técnicas para la asignación de recursos a ser ejecutados por establecimientos privados.
- g) Entregar la opinión técnica sobre eventuales reasignaciones, modificaciones de contratos y/o términos de contratos, según el procedimiento establecido en los contratos de compra de servicios con los prestadores públicos y privados, en su caso, en consideración a la información que emane de las Direcciones Regionales de SENDA y de los Servicios de Salud respectivos.
- h) Evaluar el Programa semestralmente, en los meses de agosto 2015 y marzo 2016, en sus aspectos de gestión técnica y administrativo – financiera (cobertura, coordinación intersectorial, aspectos técnicos – clínicos, entre otros), en consideración a la información que emane del seguimiento de la gestión, de los sistemas de información elaborados por los equipos regionales del SENDA, Servicios de Salud, el SISTRAT y del Proceso de Evaluación.

La periodicidad de sesiones de esta mesa de coordinación nacional será de una vez por semana, sin perjuicio de las gestiones y acuerdos asumidos que impliquen presencia a nivel regional en reuniones de asesoría a equipos de SENDA y del Ministerio de Salud. Lo anterior, no obstante mantener coordinaciones permanentes, a través de contactos telefónicos, por correo electrónico u otros medios.

Asimismo, habrán mesas regionales de coordinación, que estarán conformadas por:

- Representante(s) del Área de Tratamiento de la Dirección Regional de SENDA.
- Representante(s) de la Unidad de Salud Mental de él o los Servicios de Salud respectivos.
- Referentes de Salud Mental o Encargados de Drogas y Alcohol de las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud

Las partes deberán nombrar a sus respectivos representantes en las mesas regionales en un plazo máximo de 15 días posteriores a la total tramitación del presente convenio.

Las funciones de las referidas mesas regionales serán las siguientes:

- a) Elaborar un plan de trabajo para el año, que incluya contenidos, metas y productos a lograr, con sus respectivos plazos.
- b) Realizar el seguimiento y apoyo a la implementación y gestión técnica del programa.
- c) Realizar un análisis y evaluación de la ejecución y del desarrollo del programa de tratamiento en los centros de prestadores públicos y privados en el marco del presente convenio.
- d) Realizar un análisis del monitoreo de resultados de tratamiento en virtud de los informes semestrales
- e) Organizar y gestionar una respuesta integral al tratamiento del consumo problemático de sustancias e integrada a la red de salud de tratamiento de la región respectiva.
- f) Formular propuestas y opiniones técnicas al nivel central del Ministerio de Salud y de SENDA, para la definición de la asignación anual de los meses de planes de tratamiento y rehabilitación a ser ejecutados por los establecimientos públicos, de acuerdo a las evaluaciones e indicadores establecidos (prevalencia, brechas, necesidades locales, determinantes sociodemográficos, entre otras).
- g) Formular propuestas al nivel central del Ministerio de Salud y de SENDA, de eventuales reasignaciones, modificaciones y/o términos de contratos, según el procedimiento establecido en los respectivos contratos de compra de servicios.
- h) Fortalecer la red de tratamiento de alcohol y drogas, a fin de completar los circuitos de atención, mediante la ampliación de la oferta de tratamiento y rehabilitación en la respectiva Región.

La periodicidad de sesiones de estas mesas regionales deberá ser de al menos una vez al mes y de acuerdo a las necesidades del desarrollo de la red de tratamiento. Lo anterior, sin perjuicio de mantener coordinaciones permanentes, a través de contactos telefónicos, por correo electrónico u otros medios.

La convocatoria a ambas mesas de trabajo, nacional y regionales, será de responsabilidad de SENDA.

6. Del Proceso de Asignación, Reasignación y Término de Contrato

6.1 Del Proceso de Asignación y Reasignación de Meses de Planes de Tratamiento y Rehabilitación

Se entenderá por asignación el listado de meses de planes de tratamiento y rehabilitación asignados para cada establecimiento y, por reasignación, las modificaciones en los meses de planes de tratamiento y rehabilitación originalmente asignados que existieren durante la ejecución de este Programa, derivadas de la supervisión y asesoría efectuada a cada establecimiento, así como de la evaluación del nivel de cumplimiento en la ejecución de los meses de planes de tratamiento contratados. La asignación de los establecimientos públicos que ejecutarán el programa como la reasignación de establecimientos públicos y privados serán propuestas por las Mesas Regionales de Gestión del Convenio y enviados al nivel central del MINSAL y del SENDA, quienes evaluarán la propuesta y definirán la asignación o reasignación definitiva según corresponda, debiendo contarse además con la aprobación de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

Para la asignación de establecimiento públicos y reasignación se tendrán en consideración los resultados y tendencias que surjan del proceso de supervisión y asesoría técnica, considerando la información emanada de las Direcciones Regionales de SENDA y de los Servicios de Salud y de los informes de supervisión administrativa y financiera que realice SENDA, además de otras informaciones que se estimen relevantes.

En los meses de julio de 2015 y enero de 2016, se efectuará una evaluación semestral de los meses de planes de tratamiento y rehabilitación ejecutados, en los establecimientos privados hasta el 30 de junio de 2015 y el 31 de diciembre de 2016 respectivamente. En base a dichas evaluaciones, SENDA y el Ministerio de Salud, podrá efectuar reasignaciones de los meses de planes de tratamiento y rehabilitación asignados a estas instituciones.

En el caso de los establecimientos públicos, considerando que los convenios actualmente vigentes contemplan la ejecución de los meses de planes de tratamiento hasta el mes de diciembre del 2015, sólo aquella evaluación realizada en el mes de julio de 2015 servirá de base para efectuar las reasignaciones que correspondan, sin perjuicio de la evaluación que se debe efectuar en diciembre de 2015 y que sirve de base para el proceso de asignación de enero del año 2016.

Una vez resuelta la reasignación por SENDA en conjunto con Ministerio de Salud, aquél Servicio informará a la entidad pública o privada que corresponda y realizará la modificación al respectivo Contrato de Compra de Servicios, de acuerdo a lo previsto

en la Ley N° 19.886 y su Reglamento, en lo que resulte aplicable. En el caso de establecimientos dependientes o subcontratados por los Servicios de Salud, será el respectivo servicio de salud el encargado de informar a los establecimientos sujetos a asignación o reasignación, con copia a las Direcciones Regionales de SENDA.

6.2 Del Término de los Contratos con las Entidades Ejecutoras

En los contratos de Compra de Servicios, así como en los convenios de transferencias de recursos o colaboración celebrados con entidades públicas, SENDA deberá establecer cláusulas reservándose el derecho de poner término en forma anticipada al respectivo contrato que haya celebrado con la entidad pública o privada, pudiendo invocar, entre otras, las siguientes causales: resciliación o mutuo acuerdo entre las partes; por exigirlo el interés público o la seguridad nacional; caso fortuito o fuerza mayor, comprendiéndose dentro de ellas razones de ley o de autoridad que hagan imperativo terminarlo; revocación o ausencia de la autorización sanitaria cuando corresponde; falta de disponibilidad presupuestaria para cubrir el pago de las prestaciones contratadas; cobros improcedentes a los usuarios y al SENDA cobro por las prestaciones realizadas a las personas beneficiarias de los planes contratados y el incumplimiento grave de obligaciones contractuales, entendiéndose por tales aquellas que pongan en riesgo el oportuno y adecuado otorgamiento de los meses de planes de tratamiento y rehabilitación contratados.

Con todo, SENDA deberá además establecer cláusulas que establezcan los mecanismos necesarios de resguardo del patrimonio fiscal, para el caso de producirse el término anticipado del contrato o convenio.

Para los efectos anteriormente mencionados se considerará como fuente de información, entre otras, los resultados del seguimiento y monitoreo de la gestión técnica, administrativa y financiera, practicada a los establecimientos públicos y privados, de acuerdo a lo establecido en los documentos “Gestión de Calidad para los Centros de Tratamiento y Rehabilitación para Población General y Específica de Mujeres” y “Supervisión Administrativa y Financiera a los Centros de Tratamiento y Rehabilitación para Población General, Población Mujeres e Infractores de Ley”, respaldada además por la información levantada en las mesas regionales y en la mesa nacional de gestión del Convenio.

7. De la Evaluación del Programa

La evaluación del Programa se realizará con la participación de las dos partes comparecientes que suscriben este Convenio, mediante la emisión de los siguientes informes:

- Informes de evaluación de los aspectos administrativos y financieros realizados a los centros de tratamiento que ejecuten los meses de planes de tratamiento y rehabilitación contratados, durante el mes de agosto del año 2015 y febrero del año 2016.
- Informe técnico de cobertura y resultados de logros del proceso terapéutico que deberán realizar SENDA y el Ministerio de Salud, durante el mes de agosto del año 2015, que contempla la información disponible desde el 01 de enero al 30 de junio, en base a los sistemas de información disponibles y a observaciones del monitoreo que faciliten la evaluación general de la implementación del proceso de atención a los beneficiarios de este Programa.
- Informe técnico de evaluación anual del Programa, que se deberá emitir en el mes de marzo de 2016 por parte de SENDA y el Ministerio de Salud y, que contempla la información disponible desde el 01 de enero al 31 de diciembre de 2015. Para cuyo efecto se tomarán en consideración las evaluaciones regionales anuales de los programas, la información disponible en el sistema de información y gestión de tratamiento (SISTRAT) u otros, integrando la información entregada por las Direcciones Regionales de SENDA y las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, según lo señalado en el documento denominado “Gestión de Calidad para los Centros de Tratamiento y Rehabilitación de Población Adulta General y Específica Mujeres”.
- Informes Regionales de Monitoreo de Resultados de Tratamiento, en los meses de Julio de 2015 y Enero de 2016. Para éstos se considerará la información disponible en SISTRAT.

Sin perjuicio de lo anterior, las partes comparecientes podrán emitir y entregar otros informes debidamente sustentados.

CUARTO: SENDA entregará recursos directamente a la Subsecretaría de Redes Asistenciales y a la Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud, los que estarán destinados a la contratación a honorarios de profesionales con dedicación exclusiva, con el fin de apoyar la implementación del Programa materia de este Convenio. Dichos profesionales realizarán labores de asesoría técnica y gestión, a fin de contribuir a la adecuada concordancia e integración del Programa con las políticas, planes y programas del Ministerio de Salud; al diseño, en conjunto con SENDA, de los planes de tratamiento y rehabilitación; a la integración y/o

coordinación de los centros de tratamiento públicos y privados del Programa, con la red de atención de salud en el área territorial de competencia de cada Servicio de Salud; y a promover, gestionar y evaluar la calidad de la atención que se provea a los beneficiarios de este Programa.

Adicionalmente para la evaluación técnica del programa, específicamente para la aplicación de la pauta de evaluación a los centros de tratamiento, el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol entregará recursos directamente a la Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud, los que estarán destinados a la contratación de profesionales a honorarios por parte de las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud.

QUINTO: Los recursos que serán entregados, durante la vigencia del convenio, a la Subsecretaría de Redes Asistenciales y a la Subsecretaría de Salud Pública para la contratación de los profesionales señalados en el primer párrafo de la cláusula anterior por parte de SENDA, ascenderán a la suma total de \$36.337.392 (treinta y seis millones trescientos treinta y siete mil trescientos noventa y dos pesos), distribuidos de la siguiente manera: Un total de \$18.168.696 (dieciocho millones ciento sesenta y ocho mil seis ciento noventa y seis pesos) para la Subsecretaría de Redes Asistenciales y un total de \$ 18.168.696 (dieciocho millones ciento sesenta y ocho mil seis ciento noventa y seis pesos) para la Subsecretaría de Salud Pública. Las referidas sumas se entregarán en 6 cuotas, previa rendición de cuenta documentada de la remesa anteriormente entregada. Lo anterior, en la medida que la Ley de Presupuesto para el año 2016 contemple los recursos pertinentes.

La primera de las cuotas antes señaladas, se realizará siempre que el acto administrativo que aprueba el presente Convenio se encuentre totalmente tramitado, deberá ser entregada a cada una de las Subsecretarías mencionadas, a más tardar el último día hábil del mes de abril del año 2015, y las siguientes, el último día hábil de los meses de junio, agosto, octubre, diciembre y febrero, del año 2016 Sin perjuicio de ello, el monto total de los recursos disponibles podrá ser entregado a la Subsecretaría de Redes Asistenciales y a la Subsecretaría de Salud Pública en más de seis cuotas dentro del año respectivo, considerando la disponibilidad presupuestaria de SENDA.

Para la contratación de los profesionales indicados en el párrafo segundo de la cláusula cuarta del presente instrumento, los recursos que serán entregados por SENDA a la Subsecretaría de Salud Pública ascenderán a la suma total de \$8.487.200.- (ocho millones cuatrocientos ochenta y siete mil, doscientos pesos) los

que serán entregados en una cuota, previa aprobación por acto administrativo totalmente tramitado, emitido por SENDA, del presente convenio.

SEXTO: SENDA deberá depositar los recursos financieros señalados en la cláusula quinta de este Convenio, directamente, en las cuentas corrientes que por escrito informe la Subsecretaría de Redes Asistenciales y la Subsecretaría de Salud Pública. Una vez efectuado el depósito, SENDA deberá comunicarlo vía fax o correo electrónico a la Sección Tesorería de la Subsecretaría de Redes Asistenciales y de la Subsecretaría de Salud Pública.

SEPTIMO: Los recursos que entregará SENDA a la Subsecretaría de Redes Asistenciales y Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud, en virtud del presente Convenio, serán manejados por dichas Subsecretarías de Estado por la vía de una Cuenta Complementaria de Administración de Fondos, cuenta contemplada en el Sistema de Contabilidad Gubernamental.

OCTAVO: Las partes dejan constancia que el presente convenio entrará en vigencia desde la total tramitación del último acto administrativo aprobatorio del mismo y hasta el total y completo cumplimiento de las obligaciones que de él derivan, incluyendo la aprobación del informe de evaluación anual del Programa, esto es, hasta el 31 de marzo de 2016.

Lo anterior es sin perjuicio de aquellas tareas y coordinaciones que, por razones de buen servicio y para efectos de una eficaz implementación del programa, las partes se han comprometido a iniciar a partir de la fecha del presente instrumento.

Con todo, en ningún caso el SENDA transferirá recursos a la Subsecretaría de Salud Pública y a la Subsecretaría de Redes Asistenciales, mientras no esté totalmente tramitado el acto administrativo dictado por SENDA, que apruebe el presente convenio.

Las partes dejan constancia que podrán poner término anticipado al convenio en cualquier momento, por medio de una carta certificada, debidamente fundada que deberá hacer llegar a la otra, con a lo menos, noventa días corridos de anticipación a la fecha de término del mismo.

NOVENO: Ninguna de las partes contrae obligación alguna de carácter laboral, previsional y de salud, en relación con las personas contratadas a honorarios que ejecutarán las funciones convenidas en el presente Convenio.

DÉCIMO: La propiedad intelectual de los productos que se originen con ocasión de la ejecución de este Convenio, pertenecerán conjuntamente a SENDA y al Ministerio de Salud, los cuales arbitrarán las medidas pertinentes para cautelar su dominio, reservándose el derecho para autorizar su producción o difusión.

DÉCIMO PRIMERO: El Ministerio de Salud se obliga a rendir cuenta documentada en lo que respecta a la inversión de recursos recibidos en virtud del presente Convenio, en los términos dispuestos por la Resolución N° 759, de 23 de diciembre de 2003, publicada en el Diario Oficial de 17 de enero de 2004, de la Contraloría General de la República, que fija normas de procedimiento sobre rendición de cuentas de los organismos o entidades que administran fondos públicos, o por la normativa que la modifique. Estas rendiciones deberán ser presentadas dentro de los primeros cinco días hábiles del mes siguiente a aquel en que se efectuó el gasto.

DECIMO SEGUNDO: Las partes declaran que se encuentran domiciliadas en la comuna de Santiago y que se someten a la jurisdicción de sus Tribunales Ordinarios de Justicia.

DECIMO TERCERO: Las partes dejan constancia que los anexos que a continuación se detallan forman parte integrante del presente convenio, y son conocidos y aceptados por ellas:

1. Norma y Orientaciones Técnicas 2015.
2. Gestión de Calidad 2015.
3. Orientaciones de Diagnósticos de Necesidades de Integración Social 2015.
4. Supervisión Administrativas Financiera.
5. Pauta Administrativa Financiera Pública.
6. Pauta Administrativa Financiera Privados.
7. Glosario Técnico SISTRAT.
8. Glosario Ficha de Demanda.

DECIMO CUARTO: PERSONERÍAS

La representación con la que comparece por SENDA, doña Lidia Amarales Osorio, consta de lo dispuesto en Decreto Supremo N° 1.086, de 14 de mayo de 2014, del Ministerio del Interior y Seguridad Pública, en relación a lo dispuesto en los artículos 79 y siguientes del D.F.L N° 29, de 2004, del Ministerio de Hacienda, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley 18.834 sobre Estatuto Administrativo.

El nombramiento de don, Jaime Burrows Oyarzún como Subsecretario de Salud Pública consta en Decreto Supremo N° 47, de 17 de marzo de 2014, del Ministerio de Salud.

El nombramiento de doña Angélica Verdugo Sobral como Subsecretaria de Redes Asistenciales, se encuentra contenido en Decreto Supremo N° 32, de 17 de marzo de 2014, del Ministerio de Salud.

Siendo ampliamente conocidas de las partes las personerías antedichas, éstas han estimado innecesaria la inserción de los documentos de sus respectivas designaciones en el presente instrumento.

DECIMO CUARTO: EJEMPLARES

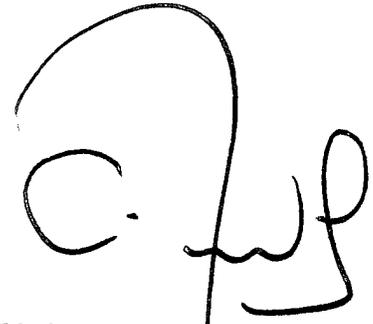
Se deja constancia por las partes que el presente Convenio se firma en tres ejemplares de idéntico tenor y contenido, quedando una copia de éste en poder de cada compareciente.



JAIMÉ BURROWS OYARZÚN
SUBSECRETARIO DE SALUD PÚBLICA
MINISTERIO DE SALUD



ANGÉLICA VERDUGO SOBRAL
SUBSECRETARIA REDES ASISTENCIALES
MINISTERIO DE SALUD



LIDIA AMARALES OSORIO
DIRECTORA NACIONAL (TP)
SERVICIO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y REHABILITACIÓN
DEL CONSUMO DE DROGAS Y ALCOHOL
SENDA





ORIENTACIONES PARA LA INCORPORACIÓN DE LA DIMENSIÓN DE INTEGRACIÓN SOCIAL EN EL DIAGNÓSTICO INTEGRAL

Área de Integración Social
SEDA
2015

I. INTRODUCCION

El área de Integración de SENDA, en el contexto del proceso de *Diagnóstico Integral que se realiza a las personas* que ingresan a un programa de tratamiento por consumo problemático de sustancias, pone a disposición de los equipos técnicos de tratamiento, y de dispositivos de integración social, el instrumento de ***diagnóstico de necesidades de integración social***, con el propósito de poner a disposición herramientas técnicas que faciliten el trabajo de exploración y evaluación de las condiciones de integración social que presentan las personas que ingresan a programas de tratamiento, de acuerdo a lo que se señala en el documento: ***“Norma y Orientaciones Técnicas de Los Programas de Tratamiento Y Rehabilitación para Personas Adultas con Problemas Derivados del Consumo de Drogas” (SENDA-MINSAL)***.

El propósito de esta propuesta metodológica de exploración en las necesidades de integración social, es que junto con realizar un diagnóstico en un momento determinado, los equipos de tratamiento conozcan más en profundidad los recursos y dificultades con que cuentan las personas, y analicen estas necesidades junto a las otras variables del diagnóstico integral de manera de incluirlas en la comprensión del problema de consulta, como en *el plan de intervención* a desarrollar con la persona durante su proceso terapéutico.

En este contexto, la descripción y diagnóstico de necesidades propone una valoración tanto, de la magnitud de los efectos o consecuencias del consumo problemático de sustancias, en la condición de integración social de la persona; como al mismo tiempo, valorar los recursos con que cuentan las personas para el logro de su plena integración social, en un proceso de recuperación.

Esta herramienta exploratoria, trata que a través de un instrumento cualitativo organizado, no estandarizado (el diseño no contempla una valoración estadística), se espera que en cada caso, el equipo pueda definir o considerar si la situación o condición que presenta la persona, corresponde a *necesidades altas, medias o bajas para lograr su integración social*. Un criterio posible para esta definición, es considerar que si existe una proporción igual o mayor al 50 % de las variables presentes en la misma categoría (alta, media o bajas necesidades), se podría estimar el nivel de necesidades de integración social de una persona, en ese momento. Aun así, es importante destacar que será relevante prestar especial atención a todas aquellas variables que sean consignadas como de alta necesidad, pues deberán ser atendidas en el plan de intervención individual, aun cuando globalmente una persona pueda ser evaluada como con bajas necesidades de integración social.

La situación o condición de una persona, en relación a necesidades de integración social, así como de otros ámbitos, podrá tener variaciones considerando el dinamismo de un proceso de cambio, por lo que es necesario reevaluar cada vez que sea necesario y así incluir las modificaciones pertinentes, al Plan de Tratamiento Integral (PTI).

Es importante señalar que este instrumento se ha diseñado para orientar a los equipos y ***ser utilizado a través del análisis integral de caso en reunión clínica***, o instancia similar, que permita recoger los aportes y opiniones técnicas, de todas las personas integrantes del equipo interdisciplinario, así como de toda la información aportada por la persona usuaria, durante todo el proceso de diagnóstico integral.

El presente documento tiene por propósito entregar una guía u orientación a los equipos de tratamiento, respecto de qué elementos de la dimensión de integración social, se debieran incluir en un proceso de diagnóstico y descripción integral.

II. OBJETIVO DEL DIAGNOSTICO DE NECESIDADES DE INTEGRACION SOCIAL

Para comprender el aporte del uso de esta metodología, es necesario volver a señalar que el *diagnóstico integral* incluye todos los ámbitos de la vida de la persona, es decir, los aspectos clínicos del problema de consumo, y del estado de salud mental, por una parte, la valoración del contexto familiar y social de la persona afectada directamente por el consumo; y, una evaluación de sus intereses, competencias y habilidades para su integración social.

El propósito de profundizar en la identificación de las necesidades particulares en Integración Social, permitirán incluir, en el diseño del Plan Individualizado de Tratamiento, itinerarios personalizados con cada persona, tomando en consideración el nivel de Integración Social, las expectativas de las personas, y las posibles trayectorias relacionadas.

Evaluar las necesidades de integración social, como parte de un diagnóstico integral, se sustenta en la consideración de que para apoyar la mantención de los logros terapéuticos, es relevante aportar a las personas en acciones encaminadas a su plena integración social.

Los procesos de Integración Social son procesos interactivos en que tanto la sociedad como la persona en cuestión, participan activamente para aumentar sus niveles de autonomía personal, de participación ciudadana y capitales de recuperación involucrados. El objetivo entonces radica en mejorar las condiciones de vida permitiendo así contribuir a la superación de la situación de exclusión social, que en el caso de ser mantenidas en el tiempo, obstaculizarían la posibilidad de una recuperación sostenida, aumentando el riesgo de avanzar en su proyecto vital y las consecuencias individuales, familiares y sociales que éste involucra.

En general, realizar una adecuada evaluación de la dimensión de Integración Social, en el marco del diagnóstico Integral, permitirá que un equipo de tratamiento pueda:

- a. Identificar las necesidades de Integración Social de las personas usuarias de centros de tratamiento.
- b. Identificar las fortalezas y obstáculos que faciliten y/o dificulten los procesos de Integración de cada persona.
- c. Obtener información pertinente para la construcción del Plan de Intervención Individual, que permita introducir actividades y acciones que contribuyan a una integración social efectiva de la persona.

III. ÁREAS A INCLUIR EN LA EVALUACIÓN DE LAS NECESIDADES

La condición de integración social de la persona, así como sus intereses, competencias y habilidades para integrarse socialmente, pueden ser analizadas a la luz de los recursos y condiciones objetivas que la persona ha demostrado en su vida. Por lo que es necesario e importante; conocer en profundidad, además de su relación con la sustancia, cuáles son sus expectativas, recursos y condiciones de vida, que harán que pueda transitar desde condiciones de mayor exclusión hacia condiciones de integración social.

Para ello, la propuesta técnica de SENDA es identificar los **capitales (o recursos) de recuperación** de la persona (Sumnall & Brotherhood, 2012), para posteriormente potenciarlos.

Un capital de recuperación se define como “la amplitud y profundidad de los recursos externos e internos de una persona, que pueden servir de base para iniciar y sostener la recuperación de problemas graves por alcohol u otras drogas” (White & Cloud, 2008) los cuales han sido categorizados en: Capital Cultural, Capital Físico, Capital Humano y Capital Social (Cloud & Granfield, 2008).

En adelante se describen en mayor detalle cada uno de estos capitales.

CAPITAL CULTURAL: El capital cultural será entendido como un concepto amplio que *busca identificar un conjunto de valores, creencias, disposiciones y actitudes* que proceden de la pertenencia a un determinado grupo cultural, considerando la variable de género, el espacio o territorio geográfico que habita, origen étnico, siempre entendiendo que la idea es comprender a la persona para favorecer el proceso de integración social en el contexto del consumo problemático de sustancias. En este sentido, el capital cultural y sus diferentes componentes deben ser entendidos como elementos transversales para la evaluación de la dimensión de integración social, que cruza y está siempre presente en el análisis de la valoración de todos los otros componentes de los recursos o capitales físicos, humano y social (Sumnall & Brotherhood, 2012).

Dentro de los ámbitos identificados en esta propuesta, y que debieran ser considerados a la hora de realizar una evaluación de la dimensión de integración social, se encuentra la identidad de género y la pertenencia a un grupo religioso, étnico, comunitario y/o territorial. Lo relevante es identificar los distintos componentes de cada ámbito y conocer cuál es la relevancia de ellos en la biografía de las personas y de qué forma podría estar obstaculizando o favoreciendo un proceso de recuperación. El objetivo es incorporar en la evaluación de los demás capitales un componente cualitativo que refleje dimensiones que son difíciles de clasificar en categorías cerradas (ej. Identidad de género), pero centrales en la construcción de la identidad de las personas y en el rol social que ellas cumplen.

CAPITAL	AMBITO	COMPONENTES
Cultural	Género	Identidad Rol Expectativas
	Etnia, Religión, Comunidad, territorio.	Identidad Práctica Participación

CAPITAL SOCIAL: Se define como la suma de los recursos, reales o virtuales, que se acumulan en una persona o un grupo, en virtud de poseer una red duradera de relaciones más o menos institucionalizadas, en noción de mutuo reconocimiento. El capital social puede proveer recursos, información, opciones y apoyos disponibles para la búsqueda de solución a los problemas y superación de obstáculos (Castro, Campero, & Hernández, 1997; Gallo & Garrido, 2009; Poblete, Sapag, & Bossert, 2008).

En base a la revisión de instrumentos que miden el Capital Social y que han mostrado poseer evidencias psicométrica suficientes (Groshkova, Best, & White, 2013; Parada & Rivera, 2011; Poblete, et al., 2008) para discriminar la dimensión de capital Social se ha determinado que los ámbitos críticos de evaluar e intervenir en post de la Integración social de un usuario son: el apoyo social, el grado de involucramiento en políticas estatales, ocio y tiempo libre, competencias familiares y comunitarias para la integración social. Además en cada uno de estos ámbitos se encuentran componentes que deben ser observados de manera particular, permitiendo así tener una visión global respecto de cómo es el capital social de la persona usuaria y por tanto guiar hacia qué aspectos incluir posteriormente en un plan de intervención individual.

El detalle de ámbitos y componentes es el siguiente:

CAPITAL	AMBITO	COMPONENTES
Capital Social	Apoyo social	Redes familiares
		Redes Comunitarias
		Participación en organizaciones Sociales
	Involucramiento en políticas estatales	Participación Decisoria
		Participación Consultiva
		Participación Ejecutora
		Participación Instrumental
	Ocio y tiempo libre	Planificación del tiempo libre
		Calidad y vivencia respecto del tiempo libre
Conocimiento e información respecto de las actividades de tiempo libre		
Frecuencia de las actividades de tiempo libre		
		Disponibilidad de medios para las actividades de tiempo libre

CAPITAL FÍSICO: Se entiende como el capital económico o financiero, que se expresa en los ingresos, propiedades, ahorros y otros activos tangibles que se pueden convertir en dinero, otorgando mayores posibilidades de recuperación, como la vivienda y los ingresos económicos. Este capital se asocia a que las personas usuarias tengan mayor libertad de decisión.

Particularmente desde una mirada de integración social, será relevante conocer la situación financiera y la habitabilidad de la persona usuaria. Ambos ámbitos son fundamentales para poder apoyar un proceso de recuperación y hacer que los cambios alcanzados durante el proceso de tratamiento permanezcan en el tiempo.

En el siguiente recuadro se resume estos ámbitos y los componentes en que se desglosan cada uno de ellos:

CAPITAL	AMBITO	COMPONENTES
Físico	Situación Financiera	Ingreso monetario Ingreso autónomo per cápita del hogar Situación de endeudamiento Percepción de la tensión financiera

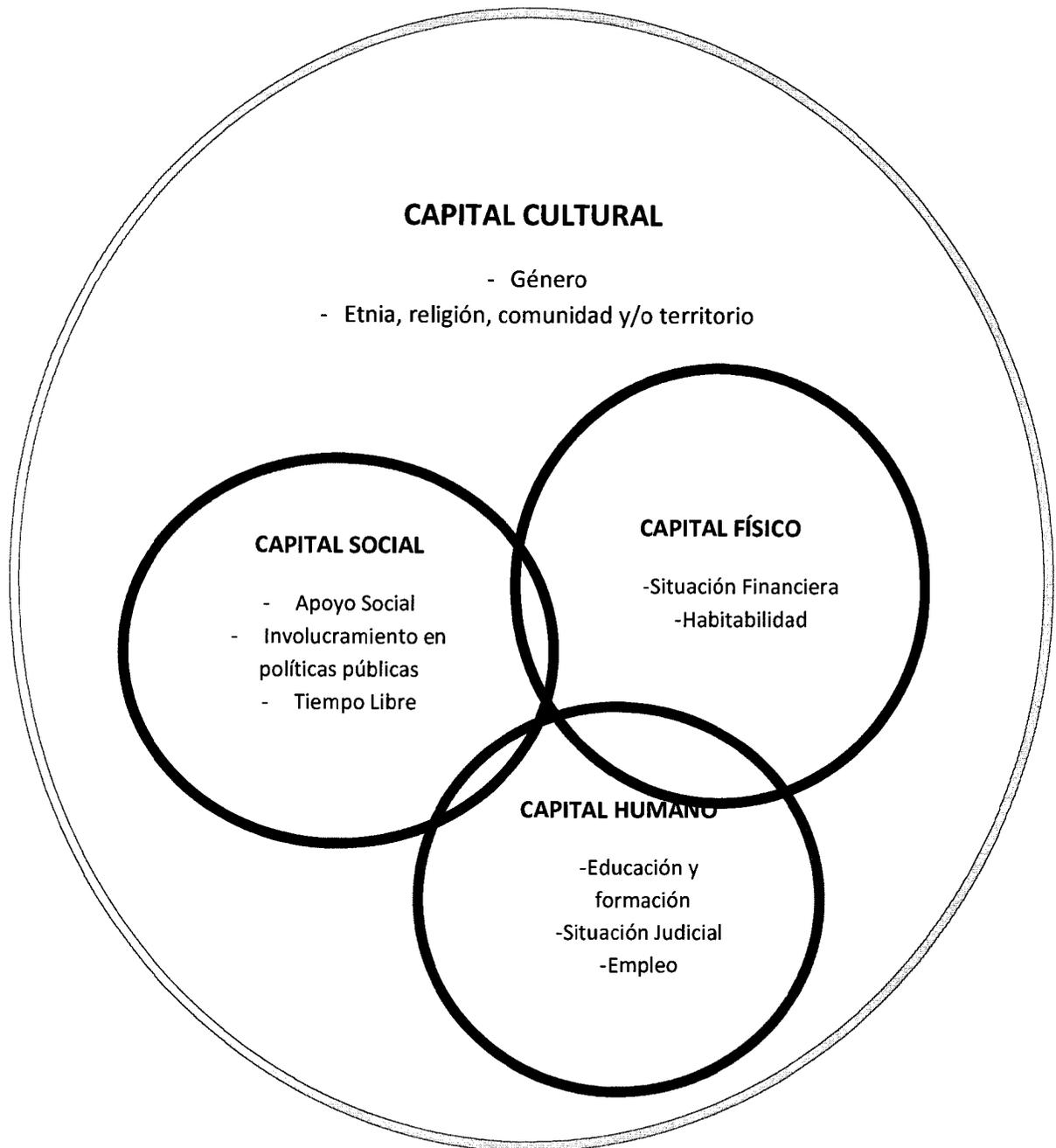
Habitabilidad	Tipo de vivienda Tenencia de la vivienda Percepción de seguridad del barrio Percepción de seguridad de la vivienda
----------------------	---

CAPITAL HUMANO: Características personales de un individuo que pueden ser utilizadas como recursos en su enfrentamiento a los problemas de dependencia a sustancias, en la medida que permiten al individuo negociar, resolver conflictos y alcanzar metas, en la vida cotidiana. Este capital se vincula directamente con el empoderamiento.

Los ámbitos que pudieran componer el capital humano de las personas usuarias son amplios y variados. Entre ellos se encuentran su condición de salud tanto física como mental, así como también recursos psicológicos como la capacidad de afrontamiento, etc., todos elementos que son evaluados o intervenidos como parte del proceso psicoterapéutico en un proceso de tratamiento y rehabilitación. Por lo tanto el énfasis aquí es indagar respecto de aquellos ámbitos y componentes que contribuyen directamente a un proceso de inclusión social, y se han definido de la siguiente manera:

CAPITAL	AMBITO	COMPONENTES
Humano	Educación y Formación	Nivel de escolaridad
		Capacitaciones
		Aptitudes vocacionales (orientación vocacional)
		Interés por aumentar formación o capacitación.
	Empleo	Experiencia laboral anterior
		Condición ocupacional
		Nivel de precariedad y condiciones laborales
		Competencias de empleabilidad.
	Situación Judicial	Causas pendientes o en proceso
		Existencia de antecedentes penales

ESQUEMA 1: Capitales de Recuperación y ámbitos de evaluación.



Si bien para efectos didácticos se han dividido cada uno de los capitales (RECURSOS) es importante resaltar que estos se influyen mutuamente, por ejemplo la condición de la situación financiera de una persona (capital físico) media o determina por ejemplo, su interés por capacitarse (capital humano).

Esto es particularmente relevante en cuanto al capital cultural, ya que al tratarse de un ámbito con un alto contenido simbólico es transversal a los demás capitales, por lo tanto no se trata de evaluar aisladamente cada uno de estos ámbitos pues, para una cabal comprensión de la dimensión de necesidades de integración social de una persona, necesariamente los profesionales a cargo del diagnóstico integral, deberán realizar una evaluación integral de la situación de dicha persona, manteniendo una mirada holística de todos estos aspectos.

IV. INSTRUMENTO DE DESCRIPCIÓN DE NECESIDADES DE INTEGRACIÓN SOCIAL

a) Explicación General del Instrumento:

Del análisis de cada uno de los ámbitos y dimensiones se ha elaborado una tabla que **guíe u oriente** el diagnóstico de necesidades de integración social. Es un instrumento descriptivo, cualitativo, no estandarizado, cuyo diseño no contempla una valoración estadística. Más bien, en cada caso, se espera que el equipo pueda definir o considerar si la situación o condición que presenta la persona, corresponde a necesidades altas, medias o bajas para apoyar su integración social.

Este instrumento sirve de orientación y se ha diseñado para ser completado por el equipo de profesionales del Centro de tratamiento, a través del análisis clínico del caso y se espera que sea un complemento del proceso de **Diagnóstico integral**. No se trata de una pauta de entrevista o de un instrumento estandarizado que pueda arrojar una categoría, por ello se sugiere sea completado y analizado a través, por ejemplo, de una reunión clínica, en la cual todos los integrantes del equipo puedan aportar con su conocimiento del caso.

En este instrumento se han agrupado cada una de las dimensiones y componentes descritos anteriormente, otorgando elementos que permitan discriminar y asignar una evaluación que va desde bajas necesidades a altas necesidades de integración social. Se espera que los profesionales del equipo, mediante su criterio clínico interdisciplinario y producto de las entrevistas y la aplicación de otros instrumentos del proceso diagnóstico, puedan realizar una **valoración clínica** respecto de cómo se presentan dichos componentes en la persona usuaria, analizando cada uno de los capitales de recuperación.

b) Modo de aplicación:

Por cada Capital analizado se deberá llegar a una conclusión respecto del nivel de necesidades de integración social que presenta la persona en dicha dimensión. Al finalizar, se espera que el equipo pueda entregar una valoración final del estado de las necesidades de integración de la persona usuaria, para ello, un criterio posible, es considerar que si existe una proporción igual o mayor al 50 % de las variables presentes en la misma categoría (alta, media o bajas necesidades), es posible estimar el nivel de necesidades de integración social de una persona en ese momento. Aun así, es importante destacar que será relevante **prestar especial atención a todas aquellas variables que sean consignadas como de alta necesidad**, pues deberán ser atendidas en el plan de intervención individual, aun cuando globalmente una persona pueda ser evaluada como con bajas necesidades de integración social.

Finalizada la evaluación de cada uno de los capitales, se sugiere que se realice una síntesis de la evaluación en su conjunto, en la cual el equipo consigne aquellas necesidades que surgen como prioritarias y que sirvan de guía para la elaboración del plan de intervención individualizado.

Es importante destacar que al igual que con otras variables, la dimensión de integración social es un aspecto que presenta variaciones a lo largo de un proceso terapéutico, por tanto es plausible pensar que **ésta evaluación requerirá de sucesivas actualizaciones**, las cuales podrán dar pie a modificaciones en las priorizaciones a trabajar con las personas en los aspectos contenidos en los planes de intervención.

en un momento posterior. Lo importante es no olvidar incluirlo, dada su complementariedad e importancia en el proceso de recuperación.

c) Instrumento de descripción de Necesidades de Integración Social:

Instrumento de Descripción de Necesidades de Integración Social

AMBITO	COMPONENTES	BAJA NECESIDAD	MEDIANA NECESIDAD	ALTA NECESIDAD
Capital Social	Redes Familiares	<input checked="" type="checkbox"/> Puede compartir con sus familiares tan a menudo como quiere, y cuando necesita apoyo en el proceso de recuperación sabe que puede contar con ellos.	<input checked="" type="checkbox"/> Pocas veces comparte con sus familiares, y cuando necesita algo, a veces le pueden ayudar y apoyar.	<input checked="" type="checkbox"/> Nunca o casi nunca comparte con sus familiares, y cuando necesita algo nunca le ayudan o apoyan en su proceso de recuperación.
	Redes Comunitarias (Sociales)	<input checked="" type="checkbox"/> Comparte y cuenta con redes sociales, amistades que ayudan y apoyan el proceso de recuperación.	<input checked="" type="checkbox"/> Pocas veces comparte con sus redes o amigos que apoyen su proceso de recuperación, y a veces cuenta con ellos cuando tiene problemas.	<input checked="" type="checkbox"/> No tiene redes sociales ni amistades que apoyen su proceso de recuperación.
	Participación en organizaciones sociales (Juntas de vecinos, clubes sociales o deportivos, asociaciones, agrupaciones políticas etc.)	<input checked="" type="checkbox"/> Comparte y participa en algún grupo, club u organización regularmente, lo apoyan en el proceso de recuperación y sabe que puede contar con ellos cuando tiene problemas.	<input checked="" type="checkbox"/> Pocas veces comparte y participa en algún grupo, club u organización, y a veces cuenta con ellos cuando tiene problemas.	<input checked="" type="checkbox"/> No comparte ni participa en ninguna organización, agrupación, club o asociación.
	Participación en grupos de autoayuda	<input checked="" type="checkbox"/> Comparte y participa en algún grupo de autoayuda regularmente y sabe que puede contar con la ayuda y apoyo cuando tiene problemas.	<input checked="" type="checkbox"/> Pocas veces comparte y participa en algún grupo de autoayuda, y cuando tiene problemas a veces cuenta con ellos.	<input checked="" type="checkbox"/> No comparte ni participa en ningún grupo de autoayuda
	Participación Decisoria	<input checked="" type="checkbox"/> Participa de la toma de decisiones de las políticas públicas de su barrio o a un nivel más amplio (fondos concursables, mejoramientos públicos, forma parte de directivas de organizaciones locales, políticas, entre otras).	<input checked="" type="checkbox"/> Pocas veces participa en la toma de decisiones de las políticas públicas de su barrio o a un nivel más amplio (fondos concursables, mejoramientos públicos, forma parte de directivas de organizaciones locales, políticas, entre otras).	<input checked="" type="checkbox"/> No participa en ninguna actividad decisoria pública, ninguna organización y de ningún servicio público.
	Participación Consultiva	<input checked="" type="checkbox"/> Participa de los espacios consultivos públicos de su comuna, región o país, tales como los cabildos, consultas ciudadanas o las cuentas públicas del consultorio, de la municipalidad, entre otras.	<input checked="" type="checkbox"/> Pocas veces participa en los espacios consultivos públicos de su comuna, región o país, tales como los cabildos, consultas ciudadanas o las cuentas públicas del consultorio, de la municipalidad, entre otras.	<input checked="" type="checkbox"/> No participa en ninguna actividad decisoria pública, y de ningún servicio público.
	Participación Ejecutora	<input checked="" type="checkbox"/> Participa o apoya la ejecución de algún programa en su barrio o comuna, ya sea como interlocutor con la autoridad pública, como ejecutor o voluntario (Ejemplo: programas de seguridad en el barrio, hermooseamiento áreas verdes del barrio, talleres sociales, etc.).	<input checked="" type="checkbox"/> Pocas veces participa o apoya la ejecución de algún programa en su barrio o comuna, ya sea como interlocutor con la autoridad pública, como ejecutor o voluntario (Ejemplo: programas de seguridad en el barrio, hermooseamiento áreas verdes del barrio, talleres sociales, etc.).	<input checked="" type="checkbox"/> No participa en ninguna actividad pública en su comunidad o barrio.
	Participación Instrumental	<input checked="" type="checkbox"/> Se involucra e informa activamente de los servicios públicos que le afectan para aprovechar al máximo los beneficios que tiene (Bonos, beneficios en salud, beneficios en educación, vivienda, etc).	<input checked="" type="checkbox"/> Pocas veces se involucra e informa activamente de los servicios públicos que le afectan para aprovechar algún beneficio al que tenga derecho.	<input checked="" type="checkbox"/> No se involucra ni informa respecto a los derechos que le corresponden en los servicios públicos.
	Planificación del Tiempo Libre	<input checked="" type="checkbox"/> Planifica regularmente sus actividades de tiempo libre, como por ejemplo deja un día a la semana para una actividad en especial.	<input checked="" type="checkbox"/> Pocas veces planifica sus actividades de tiempo libre, depende de lo que pase en el día.	<input checked="" type="checkbox"/> Por no planificar sus actividades, no las realiza o, no tiene ninguna actividad de tiempo libre.
	Calidad y vivencia respecto del Tiempo Libre	<input checked="" type="checkbox"/> Disfruta mucho de sus actividades de tiempo libre (Deportiva, social, entretenimiento, espiritual, voluntariado, ambiental, política, entre otras).	<input checked="" type="checkbox"/> Pocas veces disfruta de la(s) actividad(es) de tiempo libre que realiza, por lo que no le entusiasman lo suficiente para practicarlas regularmente.	<input checked="" type="checkbox"/> No realiza ninguna actividad de tiempo libre que disfrute, por lo que no realiza ninguna.
Conocimiento e información respecto de las actividades de tiempo libre	<input checked="" type="checkbox"/> Conoce y está informado/a de las actividades de tiempo libre disponibles en su barrio, comuna o ciudad.	<input checked="" type="checkbox"/> Pocas veces se informa de las actividades de tiempo libre disponibles de su barrio, comuna o ciudad.	<input checked="" type="checkbox"/> No le interesa informarse ya que no tiene ninguna actividad de tiempo libre.	
Frecuencia de las actividades de tiempo libre	<input checked="" type="checkbox"/> Diaria, semanal, mensual.	<input checked="" type="checkbox"/> Pocas veces realiza alguna actividad de tiempo libre.	<input checked="" type="checkbox"/> No realiza ninguna actividad de tiempo libre.	
Disponibilidad de medios para las actividades de tiempo libre	<input checked="" type="checkbox"/> Tiene las facilidades para tener una actividad de tiempo libre, ya sea la disponibilidad de tiempo, dinero, cercanía, apoyo y acceso a la información.	<input checked="" type="checkbox"/> Tiene dificultades para realizar una actividad de tiempo libre, a veces puede que le falte el tiempo, o el dinero, o el apoyo.	<input checked="" type="checkbox"/> Tiene grandes dificultades para tener una actividad de tiempo libre, muchas veces le falta el tiempo, o el dinero, o el apoyo.	
NIVEL DE NECESIDAD DEL CAPITAL SOCIAL		<input type="radio"/> BAJA NECESIDAD DEL CAPITAL SOCIAL	<input type="radio"/> MEDIANA NECESIDAD DEL CAPITAL SOCIAL	<input type="radio"/> ALTA NECESIDAD DEL CAPITAL SOCIAL

Observaciones:

Orientaciones para la clasificación
 Seleccionar Nivel de Necesidad con mayor número de componentes en su categoría o al menos el 50%, mediante siempre la apreciación clínica del entrevistador y considerando los componentes de alta necesidad.

Nota: Puede haber personas que no aplique consignar algún componente o no convengan contestar, por ello dejar en blanco y no considerar para la sumatoria y clasificación del nivel de necesidad. No obstante, se puede consignar en las observaciones. Toda la información recopilada debe ser voluntaria y CONFIDENCIAL.

Situación Financiera	Ingreso autónomo per cápita del hogar (Mensual) (Suma de todos los ingresos autónomos del hogar dividido por el número de integrantes)	Ingreso per cápita familiar mayor a \$228.621.	Ingreso per cápita familiar entre \$228.621 y \$85.741.	Ingreso per cápita familiar menor de \$85.741.
Habitabilidad	Situación de endeudamiento Percepción de la tensión financiera: ¿Cuál frase representa mejor la situación del hogar? Tipo de vivienda Tenencia de la vivienda Percepción y satisfacción del barrio Percepción y satisfacción respecto de la vivienda	Sin endeudamiento Les alcanza para pagar las cuentas sin grandes dificultades. Casa / Departamento/Residencial/ Pensión u Hostal Arrendada / Propia El barrio se percibe como seguro y ayuda al proceso recuperación La vivienda es un espacio seguro, brinda los elementos para satisfacer las necesidades básicas (lugar con privacidad para dormir, cocinar, asearse, etc.) y ayuda al proceso de recuperación.	En situación de endeudamiento, pero es capaz de pagarlas (Deudas; dividendos, arriendo, tarjetas comerciales, servicios básicos, no superan el 25% de sueldo líquido) NO les alcanza para pagar las cuentas y tienen dificultades. Mediagua/ Pieza dentro de una vivienda Allogado/a El barrio se percibe como seguro y no afecta al proceso recuperación La vivienda brinda los elementos para satisfacer las necesidades básicas (lugar para dormir, cocinar, asearse, etc.) pero NO contribuye al proceso de recuperación (Ejemplo: Familiares con consumo problemático de sustancias)	En situación de sobreendeudamiento (Incapacidad de pagar sus obligaciones; deudas, servicios básicos, salud, colegios, etc.) NO les alcanza para pagar las cuentas y tienen grandes dificultades. Hospedería / Caleta o punto de calle Ocupación irregular El barrio se percibe como inseguro y es una amenaza para el proceso recuperación La vivienda no es un espacio seguro, no brinda los elementos básicos para satisfacer las necesidades básicas (lugar para dormir, cocinar, asearse, etc.) y no ayuda al proceso de recuperación (Ejemplo: Familiares con consumo problemático de sustancias, violencia doméstica, violencia de pareja).

NIVEL DE NECESIDAD DEL CAPITAL FÍSICO		NIVEL DE NECESIDAD DEL CAPITAL FÍSICO		NIVEL DE NECESIDAD DEL CAPITAL FÍSICO	
Observaciones		Observaciones		Observaciones	
AMBITO	COMPONENTES	BAJA NECESIDAD	MEDIANA NECESIDAD	ALTA NECESIDAD	
Educación y Formación	Nivel de escolaridad	<input checked="" type="checkbox"/> Educación Universitaria / Técnica/Educación media completa	<input type="checkbox"/> Educación Media Incompleta	<input type="checkbox"/> Educación Básica (Completa o Incompleta / Sin estudios Sin formación ni capacitación alguna	
	Capacitaciones	Formación y/o capacitación certificada	Tiene capacitación no certificada		
Situación Judicial	Orientación Vocacional y Laboral	Conocimiento de sus aptitudes profesionales y vocacionales, y cuenta con el interés necesario.	Mediano conocimiento de sus aptitudes profesionales y vocacionales y/o cuenta con el interés necesario.	Bajo conocimiento de sus aptitudes profesionales y vocacionales	
	Causas pendientes o en proceso	No tiene causas judiciales pendientes o en proceso.	Mantiene causas judiciales en proceso, sin causa pendientes.	Mantiene causas judiciales pendientes.	
Empleo	Experiencia de antecedentes penales	Sin existencia de antecedentes penales	Existencia de antecedentes penales con posibilidad de eliminar.	Existencia de antecedentes penales sin posibilidad de eliminar.	
	Experiencia laboral anterior	Con ocupaciones previas de trabajo estable.	Con experiencia previa pero con trabajos inestables y esporádicos	Con largos períodos de cesantía y/o sin historia laboral previa	
Percepción del lugar de Trabajo o de Estudios	Condicción ocupacional	Con trabajo actualmente - Estudiante-/ Jubilado/a- Pensionado/a- Incapacitado/a permanentemente para trabajar	Cesante / Busca trabajo	Cesante y no busca trabajo.	
	Nivel de precariedad y condiciones laborales	Contrato indefinido, con pago de imposiciones (AFP+ FONASA o ISAPRE)	Contrato por faenas o penados cortos de tiempo, estacional u ocasional.	Trabaja sin contrato y sin pago de imposiciones (AFP+ FONASA o ISAPRE)	
Percepción del lugar de Trabajo o de Estudios	Percepción de apoyo al proceso de recuperación	El trabajo o el lugar donde realiza estudios lo percibe como seguro y ayuda al proceso recuperación (recibe apoyo de compañeros(as))	El trabajo o el lugar donde realiza estudios lo percibe como seguro pero no ayuda al proceso recuperación (Ejemplo: Compañeros/as con consumo problemático de sustancias	El trabajo o el lugar donde realiza estudios lo percibe como inseguro y es una amenaza para el proceso recuperación (Ejemplo: Compañeros con consumo problemático de sustancias)	
		<input type="checkbox"/> BAJA NECESIDAD DEL CAPITAL HUMANO	<input type="checkbox"/> MEDIANA NECESIDAD DEL CAPITAL HUMANO	<input type="checkbox"/> ALTA NECESIDAD DEL CAPITAL HUMANO	

SINTESIS EVALUACIÓN	Resumen de la evaluación comprensiva y orientada al plan individual (Con sugerencias y recomendaciones)
----------------------------	--

	/	/	Nombre de la persona	Nombre del entrevistador	
--	---	---	----------------------	--------------------------	--

VI. SUGERENCIAS PARA EL DIAGNÓSTICO: En adelante, se propone algunos aspectos a considerar para analizar las condiciones que presenta la persona en los componentes y ámbitos de los diferentes capitales a analizar. Se plantean algunas sugerencias acerca de cómo o qué aspectos se indaguen en los contextos de entrevistas o instancias de conversación de la etapa diagnóstica y durante el proceso, de manera de orientar la discusión y análisis del equipo, para que facilite las conclusiones en el contexto del diagnóstico integral, en relación a los tópicos relacionados con la Integración Social.

Se presentan estas sugerencias, siguiendo la lógica del formato del instrumento, a modo de facilitar el análisis.

CAPITAL	ÁMBITO	COMPONENTES	Sugerencias para la descripción de Necesidades de Integración Social
	Apoyo Social	Redes Familiares	<p>Indagar respecto a la presencia (o ausencia) de redes familiares y la frecuencia con la que puede compartir. Por otro lado, también se puede indagar respecto a la percepción del apoyo familiar al proceso de recuperación del consumo de alcohol y drogas.</p> <p>El apoyo al proceso de recuperación se puede entender, como el fomento de las conductas saludables, el no consumo de sustancias en el entorno y el estímulo de la adherencia al tratamiento. Existen evidencias de mayores logros en el proceso de recuperación cuando la persona cuenta con el soporte y apoyo familiar (Hawkins & Catalano, 1985; Higgins & Petry, 1999; Sumnall & Brotherhood, 2012)</p>
		Redes Comunitarias (Sociales)	<p>Indagar respecto a la presencia (o ausencia) de redes sociales y la frecuencia con la que puede compartir con sus amistades y redes sociales. Por otro lado también se puede indagar respecto a la percepción del apoyo al proceso de recuperación del consumo de alcohol y drogas. Este apoyo se entiende como el fomento de las conductas saludables, el no consumo de sustancias en el entorno y el estímulo de la adherencia al tratamiento. Existen evidencias de mayores logros en el proceso de recuperación, particularmente en la abstinencia, cuando la persona cuenta con el soporte y apoyo social de sus redes (Garmendia, Alvarado, Montenegro, & Pino, 2008; Groshkova, et al., 2013; Sumnall & Brotherhood, 2012).</p>
		Organizaciones Sociales Participación en organizaciones sociales	<p>Indagar respecto a la participación regular en organizaciones sociales, tales como Juntas de vecinos, clubes sociales o deportivos, asociaciones, agrupaciones políticas, agrupaciones ecológicas, entre otras. Por otro lado, también se puede indagar respecto a la percepción del apoyo al proceso de recuperación del consumo de alcohol y drogas. Existen evidencias de mayores logros en el proceso de recuperación, particularmente en la mantención de logros en patrón de consumo (abstinencia), cuando la persona cuenta con el soporte social (Castro, et al., 1997; Groshkova, et al., 2013; López & Chacón, 1990; Sumnall & Brotherhood, 2012; White, 2009).</p>
		Participación en grupos de autoayuda	<p>Indagar respecto a la participación en grupos de autoayuda. Existen evidencias de mayores logros en el proceso de recuperación y menor probabilidad de recaídas, cuando la persona es parte de un grupo formal de autoayuda (SAMHSA, 2009; Sumnall & Brotherhood, 2012; White, 2009).</p>
	Involucramiento en Políticas Públicas	Participación Decisoria	<p>El proceso de recuperación de las personas con consumo problemático de sustancias también está relacionado con su involucramiento en las políticas públicas y su experiencia de su ciudadanía (Sumnall & Brotherhood, 2012), por ello existen instrumentos que ayudan a medir esta dimensión y evaluarla (Groshkova, et al., 2013).</p> <p>Al respecto es importante indagar el nivel de participación en la toma de decisiones de las políticas públicas y su participación ciudadana, independiente del nivel donde se realice, puede ser en su barrio, una organización, o a un nivel más amplio. Como ejemplos, la participación en la selección de fondos concursables, mejoramientos de espacios públicos, el involucramiento en directivas de organizaciones locales, políticas, etc. (Henríquez, Navarrete, Hidalgo, & Zanzi, 2010; Márquez et al., 2001; Mujica, Ferrari, Sanhueza, Lauzán, & Delpiano, 2008).</p>
	Participación Consultiva	<p>Indagar respecto a la participación de los espacios consultivos públicos de su comuna, región o país, tales como los cabildos, consultas ciudadanas o las cuentas públicas del centro de salud, de la municipalidad, entre otras. (Henríquez, et al., 2010; Márquez, et al., 2001; Mujica, et al., 2008).</p>	
	Participación Ejecutora	<p>Indagar respecto a la participación en la ejecución de algún programa en su barrio o comuna, ya sea como interlocutando con la autoridad pública, ejecutando o formando parte de voluntariados, como por ejemplo la participación en programas de heroseamiento de áreas verdes del barrio, talleres sociales, de seguridad en el barrio, entre otras. (Henríquez, et al., 2010; Márquez, et al., 2001; Mujica, et al., 2008).</p>	
Participación Instrumental	<p>Indagar respecto a la participación instrumental de los servicios públicos que le afectan para aprovechar al máximo los beneficios que tiene derecho, por ejemplo: conoce y aprovecha</p>		

Tiempo Libre Actividades que contribuyan al proceso de recuperación	Planificación del Tiempo Libre	<p>bonos de beneficios sociales del estado o municipalidad, beneficios en salud, beneficios en educación, vivienda, otros. (Henríquez, et al., 2010; Márquez, et al., 2001; Mujica, et al., 2008).</p> <p>Las actividades de tiempo libre son importantes para el proceso de recuperación y está asociado al éxito del mismo (Babín et al., 2007; Sumnall & Brotherhood, 2012). Existen instrumentos como el Assessment of Recovery Capital (ARC) que evalúa la dimensión de tiempo libre y ocio entre otros (Best, Simpson, & White, 2010; Groshkova, et al., 2013). No obstante, para la presente pauta se consideraron los componentes más significativos para la dimensión, por ello es importante indagar respecto a las actividades de tiempo libre que realice la persona, y que contribuya al proceso de recuperación, es decir, que el contexto y el entorno que rodea al desarrollo de las actividades fomenten conductas saludables y no estén ligadas al consumo de sustancias. Por lo anterior, es importante indagar respecto a la planificación regular de sus actividades de tiempo libre, como por ejemplo dejar un día a la semana para una actividad en particular.</p>
	Calidad y vivencia respecto del Tiempo Libre	<p>Indagar la percepción de la persona respecto a las actividades de tiempo libre: deportivas, culturales, sociales, lúdicas, de entretenimiento, religiosas, de voluntariado, ambientales, políticas, etc. Es importante identificar si las percibe como placenteras y en qué medida lo son y lo vivencia (Babín, et al., 2007; Best, et al., 2010).</p>
	Conocimiento e información respecto de las actividades de tiempo libre	<p>Indagar si conoce y tiene información de las actividades de tiempo libre disponibles en su barrio, comuna o ciudad. Esto puede ser una instancia que estimule a la persona a buscar alguna actividad, y que están asociada a indicadores de mayor abstinencia (Best, et al., 2010)</p>
	Frecuencia de las actividades de tiempo libre	<p>Si practica alguna actividad, identificar la frecuencia con que la realiza, (diariamente, semanalmente o mensualmente) (Babín, et al., 2007; Best, et al., 2010). Por otro lado, se puede indagar en actividades que la persona haya realizado y que haya abandonado por causa del consumo, ello puede ayudar a que busque nuevamente desarrollarla y sea una contribución a su proceso de recuperación.</p>
	Disponibilidad de medios para las actividades de tiempo libre	<p>Indagar en las facilidades para tener una actividad de tiempo libre: la disponibilidad de tiempo, dinero, cercanía, apoyo y acceso a la información (Babín, et al., 2007; Best, et al., 2010). Esto puede ser importante para identificar alternativas que le ayuden a desarrollar alguna actividad y que sea una contribución a su proceso de recuperación.</p>

AMBITO	COMPONENTES	Sugerencias para la descripción de Necesidades de Integración Social
Situación Financiera	Ingreso autónomo per cápita del hogar	<p>Indagar respecto al ingreso mensual que tiene la persona y su familia. Su cálculo se hace en base a la suma de todos los ingresos autónomos que tengan las personas del hogar dividido por el número de integrantes, en base a ello se pueden clasificar en tres grupos asociados a los deciles de ingreso en la población chilena (CASEN, 2011). El corte del primer grupo es para familias con un ingreso per cápita mayor a \$228.621, el segundo grupo con ingresos per cápita familiar entre \$228.621 y \$85.741, y el grupo con mayor vulnerabilidad con un ingreso per cápita familiar menor de \$85.741.</p>
	Situación de endeudamiento	<p>Los problemas legales por causa de sobreendeudamiento son aspectos importante para la recuperación de las personas por consumo problemático de drogas y alcohol (Sumnall & Brotherhood, 2012), por ello es importante conocer su situación y eventualmente asesorar o derivar con los dispositivos correspondientes.</p> <p>La situación de endeudamiento es aquella en la que la persona es capaz de pagar sus deudas, ya sea, por ejemplo el pago del dividendo, el arriendo, tarjetas comerciales, servicios básicos, entre otras. Asimismo estas deudas no superan el 25% del sueldo líquido.</p> <p>La situación de <u>sobreendeudamiento</u> es la incapacidad de pagar las obligaciones o deudas como de servicios básicos, salud, colegios, arriendo, tarjetas comerciales, etc. (Banco Central, 2012; SERNAC, 2013).</p>
	Percepción de la tensión financiera:	<p>Indagar respecto a cuál frase representa mejor la situación del hogar de la persona en recuperación, ¿Les alcanza para pagar las cuentas sin grandes dificultades?, les alcanza con dificultad, no les alcanza.</p>
	Habitabilidad	Tipo de vivienda

CAPITAL	L		Tenencia de la vivienda	Indagar las categorías en base a las registradas en SISTRAT (SENDA, 2013): <ul style="list-style-type: none"> • Arriendo / Propia • Allegado - Allegada • Ocupación irregular
			Percepción y satisfacción del barrio	Los aspectos asociados a los saludable y seguro del barrio está relacionado con el proceso de recuperación de la persona (Sumnall & Brotherhood, 2012), por ello es importante indagar en este componente.
			Percepción y satisfacción respecto de la vivienda	Los aspectos asociados a los saludable y seguro de la vivienda está relacionado con el proceso de recuperación de la persona (Sumnall & Brotherhood, 2012), por ello es importante indagar si la vivienda es un espacio seguro que brinda los elementos para satisfacer las necesidades básicas (lugar para dormir, cocinar, asearse, etc.) y ayuda al proceso de recuperación.
GAPITA		AMBITO	COMPONENTES	Sugerencias para la descripción de Necesidades de Integración Social
Capital Humano	Educación y Formación		Nivel de escolaridad	Indagar las categorías en base a las registradas en SISTRAT (SENDA, 2013): <ul style="list-style-type: none"> • Educación Universitaria / Técnica/Educación media completa • Educación Media Incompleta • Educación Básica (Completa o Incompleta / Sin estudios
			Capacitaciones	Indagar respecto a la formación y/o capacitación de la persona. Tipos de disciplina, temáticas, tipo oficios, percepción de satisfacción de la persona al respecto.
			Orientación Vocacional y Laboral	Indagar respecto a los conocimientos, aptitudes profesionales y vocacionales que cuenta la persona, e indagar en su nivel de interés en capacitarse o estudiar.
		Situación Judicial	Causas pendientes o en proceso	Los aspecto relacionados con la transgresión a la norma social están asociados al proceso de recuperación en las personas con consumo problemático de drogas y alcohol y que hayan tenido alguna experiencia al respecto, diversos instrumentos miden y evalúan esta dimensión(Groshkova, et al., 2013; Sumnall & Brotherhood, 2012) . Por lo anterior es importante indagar si la persona tiene antecedentes o causas judiciales pendientes o en proceso, para orientar y asesorar a su gestión.
			Existencia de antecedentes penales	Los aspecto relacionados con el trabajo están asociados al proceso de recuperación en las personas adultas con consumo problemático de drogas y alcohol, por ello es importante evaluar todos los aspecto relacionados con ello y la estabilidad asociada (Sumnall & Brotherhood, 2012).
		Empleo Trabajo (Independiente o Dependiente)	Experiencia laboral anterior	Indagar las categorías en base a las registradas en SISTRAT (SENDA, 2013): <ul style="list-style-type: none"> • Con trabajo actualmente / Estudiante / Jubilado-Pensionado / Incapacitado permanente para trabajar • Cesante / Busca trabajo • Cesante y no busca trabajo.
			Condición ocupacional	Indagar si situación el nivel de precariedad laboral <ul style="list-style-type: none"> • Con contrato indefinido con pagos de imposiciones (AFP+ FONASA o ISAPRE) • Con contrato por faenas o periodos cortos de tiempo, estacional u ocasional. • Sin contrato y sin pago de imposiciones (AFP+ FONASA o ISAPRE)
	Nivel de precariedad y condiciones laborales		Indagar respecto a la percepción que tiene la persona del trabajo o el lugar donde realiza estudios: como por ejemplo si lo percibe seguro y que ayuda a su proceso recuperación; o por el contrario considera que el contexto organizacional le pone en riesgo (horarios, sistemas de turnos, acoso laboral, presencia o consumo de riesgo de personas compañeras de trabajo).	
	Percepción del lugar de Trabajo o de Estudios	Percepción de apoyo al proceso de recuperación		
NIVEL DE NECESIDAD DEL CAPITAL (Social, Humano y físico)		<p>Orientaciones para la clasificación: Es importante destacar que para seleccionar el Nivel de Necesidad de cada capital se deben sumar los componentes en cada columna y aquella con mayor número de componentes en su categoría, o al menos el 50%, se sugiere seleccionar. Es importante considerar que la clasificación siempre debe estar mediada por la apreciación clínica de integrantes del equipo que participa del proceso de tratamiento con la persona usuarias y considerando los componentes de alta necesidad.</p> <p style="text-align: center;"> <input type="radio"/> BAJA NECESIDAD DEL CAPITAL <input type="radio"/> MEDIANA NECESIDAD DEL CAPITAL <input type="radio"/> ALTA NECESIDAD DEL CAPITAL </p>		
<p>Observacione En este espacio se deben consignar las principales observaciones y especificidades que se consideren importantes respecto al capital evaluado. Se pueden consignar, a partir de las necesidades observadas, los aspectos principales asociados a sus capitales de recuperación.</p>				
<p>Nota: El espacio ideal para desarrollar la Evaluación del diagnóstico de las necesidades de la persona, es el de las reuniones clínicas o instancias similares, una vez que quienes estén a cargo, se hayan entrevistado con la persona. Si eventualmente existiesen dudas en alguna información específica para evaluar algún componente, se sugiere consultar directamente con la persona. Puede haber personas que no aplique consignar algún componente o no convengan entregar información al respecto, por ello dejar en blanco y no considerar para la sumatoria y clasificación del nivel de necesidad. No obstante, se puede consignar en las observaciones. Toda la información recopilada debe ser VOLUNTARIA Y CONFIDENCIAL.</p>				
Resumen de la evaluación comprehensiva y orientada al plan individual (Con sugerencias y recomendaciones)				

El resumen debe sintetizar una evaluación comprensiva y orientada al plan individual de la persona considerando los capitales evaluados. También puede contener sugerencias y recomendaciones respecto a las áreas con mayor potencial para desarrollar y una priorización de los capitales o sus ámbitos y componentes con mayor necesidad.

VII. REFERENCIAS

- Babín, F., Herrero, M., Brasal, M., Bustos, M., Calvo, C., Cuesta, S., . . . Tercero, M. (2007). *Programa de Integración Social a través del ocio*. Madrid: Instituto de Adicciones de Madrid Salud.
- Banco_Central. (2012). *Endeudamiento de los hogares: aspectos conceptuales y revisión de la literatura*. Santiago: Informe de Estabilidad Financiera, Banco Central.
- Best, D., Simpson, D., & White, W. (2010). *Treatment Process Model, Manual Recovery for Lanarkshire*: University of the West of Scotland.
- CASEN. (2011). *Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional*. Santiago de Chile: Ministerio de Desarrollo Social, Gobierno de Chile.
- Castro, R., Campero, L., & Hernández, B. (1997). La investigación sobre apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos. *Rev. Saúde Pública*, 31(4), 425-435.
- Cloud, W., & Granfield, R. (2008). Conceptualizing Recovery Capital: Expansion of a Theoretical Construct *Substance Use & Misuse*, 43(12-13), 1971-1986.
- CONACE-Fundación_Chile. (2010). *Portafolio Metodológico, Desarrollo de competencias de empleabilidad para las transiciones laborales*. Santiago de Chile: Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes-Centro de Innovación en Capital Humano de Fundación Chile.
- Gallo, M., & Garrido, R. (2009). *El Capital Social, ¿Que es y por qué importa?* Madrid.
- Garmendia, M. L., Alvarado, M. E., Montenegro, M., & Pino, P. (2008). Importancia del apoyo social en la permanencia de la abstinencia del consumo de drogas. *Revista médica de Chile*, 136, 169-178.
- Groshkova, T., Best, D., & White, W. (2013). The Assessment of Recovery Capital: Properties and psychometrics of a measure of addiction recovery strengths. *Drug and Alcohol Review*, 32, 187-194. doi: 10.1111/j.1465-3362.2012.00489.x
- Hawkins, D., & Catalano, R. (1985). Aftercare in Drug Abuse Treatment *Substance Use & Misuse*, 20(6-7), 917-945
- Henríquez, O., Navarrete, E., Hidalgo, L., & Zanzi, C. (2010). *Manual Guía para la Participación Ciudadana en la Elaboración de las Políticas Públicas Regionales*. Santiago: Departamento de Políticas y Descentralización, División de Políticas y Estudios, Subsecretaría de Desarrollo Regional y Administrativo, Ministerio del Interior.
- Higgins, S., & Petry, N. (1999). Contingency Management. *Alcohol Research & Health*, 23(2).
- López, A., & Chacón, F. (1990). Apoyo social percibido: su efecto protector frente a los acontecimientos vitales estresantes *Revista de Psicología Social*, 7(1), 53-59.
- Márquez, F., Sanhueza, A., Ferrari, M. D., Mujica, P., Gonzalez, R., & Cáceres, M. (2001). *Participación Ciudadana en la Gestión Pública, Marco Conceptual*. Santiago: Ministerio Secretaría General de la Republica, Gobierno de Chile.
- Mujica, P., Ferrari, J. M. D., Sanhueza, A., Lauzán, S., & Delpiano, C. (2008). *Manual de Participación Ciudadana*. Santiago: Corporación PARTICIPA.
- Parada, M. O., & Rivera, M. J. B. (2011). Psychometric Properties of a Scale Designed to Measure Perceived Social Support in Chilean Patients with Type 2 Diabetes. *Universitas Psychologica*, 10(1), 189-196.
- Poblete, F., Sapag, J., & Bossert, T. (2008). Capital social y salud mental en comunidades urbanas de nivel socioeconómico bajo, en Santiago, Chile. Nuevas formas de entender la relación comunidad-salud. *Rev Méd Chile* 136, 230-239.
- SAMHSA. (2009). *Center for Substance Abuse Treatment, What Are Peer Recovery Support Services?* Rockville, MD.: Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA).
- SENDA-MINSAL. (2013). Norma y orientaciones técnicas de los planes de tratamiento y rehabilitación para personas adultas con problemas derivados del consumo de drogas *Convenio SENDA-MINSAL*
- SENDA. (2013). *SISTRAT, Base personas adultas en tratamiento 2012*. Santiago.
- SERNAC. (2013). Carga Financiera máxima, 2013, from <http://www.sernacfinanciero.cl/calculadora-de-endeudamiento-familiar/>
- Sumnall, H., & Brotherhood, A. (2012). Social reintegration and employment: evidence and interventions for drug users in treatment In O. European (Ed.). Luxembourg: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA).
- White, W. (2009). *Peer-based addiction recovery support: History, theory, practice, and scientific evaluation*. Chicago.
- White, W., & Cloud, W. (2008). Recovery capital: A primer for addictions professionals. *Counselor*, 9(5), 22-27.



Jaime Burrows
JAIMÉ BURROWS OYARZÚN
SUBSECRETARIO DE SALUD PÚBLICA
MINISTERIO DE SALUD



Ángela Verdugo Sobral
ANGÉLICA VERDUGO SOBRAL
SUBSECRETARIA REDES ASISTENCIALES
MINISTERIO DE SALUD

Lidia Amarales Osorio



LIDIA AMARALES OSORIO
DIRECTORA NACIONAL (TP)
SERVICIO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y REHABILITACIÓN
DEL CONSUMO DE DROGAS Y ALCOHOL
SENDA

KMS

**NORMA Y ORIENTACIONES TÉCNICAS DE LOS PLANES DE
TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN PARA PERSONAS ADULTAS CON
PROBLEMAS DERIVADOS DEL CONSUMO DE DROGAS Y ALCOHOL**

**CONVENIO
SENDA – MINSAL**

2015

NORMA ORIENTACIONES TÉCNICAS DE LOS PLANES DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN PARA PERSONAS CON PROBLEMAS DERIVADOS DEL CONSUMO DE DROGAS Y ALCOHOL 2015

Con el objeto de orientar la organización de los programas de tratamiento y rehabilitación de manera de aumentar su efectividad, es que se recomiendan intervenciones de tipo multi e interdisciplinarias necesarias para realizar un plan de tratamiento y rehabilitación.

Los diferentes planes de tratamiento y rehabilitación comprenden objetivos terapéuticos a desarrollar progresivamente en la medida que se avanza en el proceso de tratamiento y rehabilitación, estos objetivos deben estar ajustados a las características y necesidades de las personas, y deben ser identificados en forma conjunta entre el equipo, la persona usuaria y su familia.

Las intervenciones terapéuticas se realizan en concentración y frecuencias diversas, donde la mayor intensidad del proceso, se produce en la segunda etapa correspondiente a la fase de tratamiento y rehabilitación abordando en profundidad los factores intervinientes en el inicio y mantención del problema de consumo.

A. PLANES DE TRATAMIENTO Y REHABILITACION PARA POBLACION GENERAL.

1. PLAN DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN AMBULATORIO BÁSICO

Constituye un conjunto de intervenciones y prestaciones recomendables para el logro de los objetivos terapéuticos, para personas que presentan consumo perjudicial a sustancias psicoactivas y compromiso biopsicosocial moderado, donde resalta la existencia de una actividad ocupacional (laboral o educacional) parcial o total y la existencia de soporte familiar.

Los objetivos terapéuticos del Plan Ambulatorio Básico son los siguientes:

- Apoyar y fortalecer el proceso de motivación al cambio
- Propiciar la problematización de los factores que facilitan y mantienen el consumo
- Fortalecer los factores protectores que permitan el logro del proceso de cambio
- Apoyar y fortalecer estrategias de prevención de recaídas
- Apoyar el desarrollo de competencias de integración social.
- Orientar y apoyar el proceso de integración social
- Apoyar y orientar el propósito de cambio en el estilo de vida
- Facilitar el proceso de preparación para el egreso de acuerdo a los criterios definidos.
- Realizar seguimiento del proceso de cambio posterior al egreso

Centros para su Implementación:

- **Establecimientos Públicos de Salud:** Establecimientos de Atención Primaria y Centros de Salud Mental Comunitaria (COSAM) con infraestructura necesaria para el desarrollo de las intervenciones que contempla el plan, es decir, con superficie suficiente para trabajo individual y grupal; con adecuada, ventilación, iluminación, aislamiento, climatización, y sistemas de seguridad.
- **Establecimientos privados asociados a la red de salud:** Organizaciones No Gubernamentales (ONGs), fundaciones, sociedades de profesionales u otros, debidamente autorizados por la Autoridad Sanitaria Regional correspondiente, con infraestructura necesaria para el desarrollo de las intervenciones que contempla el plan, con superficie suficiente para trabajo individual y grupal; con adecuada, ventilación, iluminación, aislamiento, climatización, y sistemas de seguridad.

Recurso Humano: multidisciplinario, con capacitación y competencias clínicas de acuerdo a la complejidad del plan de tratamiento y rehabilitación y al tipo de población a atender, con asignación horaria necesaria para dar cumplimiento a las prestaciones requeridas por el plan.

Prestaciones: incluye un conjunto de prestaciones e intervenciones, que no pueden estar ausentes para el logro de los objetivos terapéuticos, tales como: consulta médica, consulta psiquiátrica, consulta de salud mental, intervención psicosocial de grupo, consulta psicológica, psicoterapia individual, psicoterapia de grupo, psicodiagnóstico, visita domiciliaria, exámenes de laboratorio que se requieran y medicamentos si corresponde.

Los exámenes y medicamentos que se requiera indicar a las personas en tratamiento de acuerdo a su estado y necesidades de salud, están incluidos en los planes correspondientes.

Duración del Plan: El tiempo estimado para lograr los objetivos del proceso de tratamiento y rehabilitación, corresponde a la necesidad de cada persona. Un grupo de expertos sugiere una duración aproximada de 6 meses, con una frecuencia de asistencia de 2 días por semana, con 2 a 4 horas de permanencia cada vez, y una concentración de 1 a 2 intervenciones por día. Se puede desarrollar en horario diurno o vespertino.

Etapas del Plan: Se sugiere distinguir cuatro etapas en el desarrollo del plan de tratamiento y rehabilitación, para el logro progresivo de los objetivos terapéuticos específicos definidos en el plan de intervención individual. Para cada etapa se define una duración estimada.

1ª etapa: contempla la acogida, contención emocional, el diagnóstico integral del problema, considerando todas las áreas de la vida de la persona, afectadas por el consumo, abordaje del proceso de desintoxicación inmediato; y apoyo a la profundización de la motivación al cambio y valoración de las necesidades de integración social, así como de sus intereses, competencias y habilidades para integrarse socialmente.

Este diagnóstico incluye los aspectos clínicos del consumo, estado de salud general, de salud mental y psiquiátrico, junto con la valoración del compromiso biopsicosocial de la persona afectada directamente por el consumo;

2ª etapa: está abocada principalmente al abordaje en **profundidad** de los factores que intervienen en el inicio y mantención del consumo problemático, apoyo al proceso de desintoxicación a mediano y largo plazo, evaluación y al fortalecimiento y desarrollo de competencias de integración social (conocimientos, habilidades y actitudes), Además de fomentar la vinculación y derivación a redes de apoyo según las necesidades de integración social detectadas. E incorporar estrategias de prevención de recaídas.

3ª etapa: es la preparación para el egreso del plan y corresponde principalmente al periodo en que se espera que las personas estén concretando la incorporación a las, diferentes instancias y actividades que el permiten hacer realidad los cambios en su proyecto de vida donde se fortalecen estos cambios terapéuticos y se profundiza en los aspectos vinculados a las alternativas reales de integración, con énfasis en la vinculación a redes de apoyo personal e institucional.

4ª etapa: corresponde a un período de seguimiento, no inferior a un año, posterior al alta terapéutica del plan, en el cual se realizan intervenciones individuales, familiares o grupales, con una frecuencia que se va distanciando progresivamente en la medida que avanza el plazo de un año, con el objeto de evaluar la mantención de los cambios terapéuticos logrados, ofreciendo estrategias de apoyo en el caso de presentarse dificultades.

2. PLAN DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN AMBULATORIO INTENSIVO

Constituye un conjunto de intervenciones y prestaciones recomendables para el logro de los objetivos terapéuticos, destinado a personas con diagnóstico de consumo perjudicial o dependencia a sustancias psicoactivas y compromiso biopsicosocial moderado o severo, (especialmente con comorbilidad psiquiátrica o somática leve, sin actividad ocupacional y con soporte familiar).

Los objetivos terapéuticos del Plan Ambulatorio Intensivo son los siguientes:

- Apoyar y fortalecer el proceso de motivación al cambio.
- Propiciar la problematización de los factores que facilitan y mantienen el consumo.
- Fortalecer los factores protectores que permitan el logro del proceso de cambio.
- Apoyar y fortalecer estrategias de prevención de recaídas.
- Apoyar el desarrollo de competencias de integración social.
- Orientar y apoyar el proceso de integración social.
- Apoyar y orientar el propósito de cambio en el estilo de vida.
- Facilitar el proceso de preparación para el egreso de acuerdo a los criterios definidos.
- Realizar acciones de seguimiento posterior al egreso del plan.

Centros para su implementación

- **Establecimientos de salud de nivel de especialidad ambulatoria** tales como COSAM, CRS, CDT, Hospital de Día, con infraestructura suficiente que garantice el desarrollo adecuado de las intervenciones individuales, familiares, grupales, tanto en superficie como en lugares de espera, descanso y recreación, con espacios que posibiliten la atención simultánea de hombres y mujeres, si el programa es mixto, con vías de escape, iluminación, ventilación, privacidad y climatización.
- **Comunidades Terapéuticas Ambulatorias**, debidamente autorizadas por la autoridad sanitaria regional, con infraestructura necesaria que garantice el desarrollo adecuado de las intervenciones individuales, familiares y grupales tanto en superficie como en lugares de espera, descanso y recreación, con espacios que posibiliten la atención simultánea de hombres y mujeres, si el programa es mixto, con vías de escape, iluminación, ventilación, privacidad y climatización.

Recurso Humano: multidisciplinario, con capacitación y competencias clínicas y de acuerdo a la complejidad del plan de tratamiento y rehabilitación, de acuerdo a la población a atender, con asignación horaria suficiente para dar cumplimiento a las prestaciones requeridas por el plan.

Prestaciones: incluye un conjunto de prestaciones e intervenciones que técnicamente, no pueden estar ausentes para el logro de los objetivos terapéuticos, tales como: consulta de salud mental, consulta médica, consulta psiquiátrica, consulta psicológica, intervención psicosocial de grupo, psicoterapia individual, psicoterapia de grupo, psicodiagnóstico, visita domiciliaria, exámenes de laboratorio que se requieran y medicamentos si corresponde.

Los exámenes y medicamentos que se requiera indicar a las pertenecieran beneficiarias de acuerdo a su estado y necesidades de salud, están incluidos en los aranceles de los planes correspondientes.

Duración del Plan: El tiempo estimado para lograr los objetivos del proceso de tratamiento, corresponde a la necesidad de cada persona. Un grupo de expertos sugiere una duración aproximada de 8 meses, con una frecuencia de asistencia de 5 días a la semana, entre 4 a 6 horas de permanencia diaria, y una concentración de 3 a 4 prestaciones por día.

Etapas del Plan: Se sugiere distinguir cuatro etapas en el desarrollo del plan de tratamiento y rehabilitación, para el logro progresivo de los objetivos terapéuticos específicos definidos en el plan de intervención individual. Para cada etapa se define una duración estimada.

1ª etapa: contempla la acogida, contención emocional y el diagnóstico integral del problema que incluye los aspectos clínicos del consumo, estado de salud mental y psiquiátrico junto con la valoración de las necesidades de integración social y compromiso biopsicosocial de la persona afectada directamente por el consumo; abordaje del proceso de desintoxicación inmediato; contención emocional y apoyo a profundización de la motivación al cambio y una evaluación del estado de inserción social de la persona usuaria, así como de sus intereses, competencias y habilidades para integrarse socialmente.

2ª etapa: etapa abocada principalmente al abordaje en profundidad de los factores que intervienen en el inicio y mantención del consumo problemático, apoyo al proceso de desintoxicación a mediano y largo plazo, evaluación y apoyo al fortalecimiento y desarrollo de competencias de integración social (conocimientos, habilidades y actitudes), Además de fomentar la vinculación y derivación a redes de apoyo según las necesidades de integración social detectadas. E incorporar estrategias de prevención de recaídas.

3ª etapa: es la preparación para el egreso del plan y corresponde principalmente al período en que se espera que las personas estén concretando la incorporación a las, diferentes instancias y actividades que el permiten hacer realidad los cambios en su proyecto de vida donde se fortalecen estos cambios terapéuticos y se profundiza en los aspectos vinculados a las alternativas reales de integración, con énfasis en la vinculación a redes de apoyo personal e institucional.

4ª etapa: corresponde a un período de seguimiento no inferior a un año posterior al alta terapéutica del plan, en el cual se realizan intervenciones individuales, familiares o grupales, con una frecuencia que se va distanciando progresivamente en la medida que avanza el plazo de un año, con el objeto de evaluar la mantención de los cambios terapéuticos logrados, ofreciendo estrategias de apoyo en el caso de presentarse dificultades.

3. PLAN DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN RESIDENCIAL

Este plan constituye un conjunto de intervenciones y prestaciones recomendables para el logro de los objetivos terapéuticos, el cual está destinado a personas con dependencia a sustancias psicoactivas y compromiso biopsicosocial severo (múltiples tratamientos previos, consumo en miembros de la familia, red de apoyo familiar y social inexistente o con gran deterioro, con trastorno psiquiátrico severo compensado y una percepción de autoeficacia disminuida o ausente).

Los objetivos terapéuticos del Plan Residencial son los siguientes:

- Apoyar y fortalecer el proceso de motivación al cambio.
- Propiciar la problematización de los factores que facilitan y mantienen el consumo.
- Fortalecer los factores protectores que permitan el logro del proceso de cambio.
- Apoyar y fortalecer estrategias de prevención de recaídas.
- Apoyar el desarrollo de competencias de integración social.
- Orientar y apoyar el proceso de integración social.
- Apoyar y orientar el propósito de cambio en el estilo de vida.
- Facilitar el proceso de preparación para el egreso de acuerdo a los criterios definidos.
- Realizar acciones de seguimiento posterior al egreso del plan.

Centros para su implementación:

Establecimientos públicos: con infraestructura necesaria que garantice el desarrollo adecuado de las intervenciones individuales, familiares y grupales, tanto en metros cuadrados de superficie de salas de trabajo terapéutico como de espacios de descanso, recreación, y hotelería; que considere la implementación de una sala de procedimientos médicos y/o de enfermería, cuando corresponda. Asimismo, debe contar con hotelería adecuada a las necesidades para una adecuada permanencia, (tamaño y superficie de las salas, dormitorios, comedor, espacios de descanso y recreación). Si el programa es mixto, contar con espacios de dormitorio, baños y salas de estar, diferenciados para hombres y mujeres.

Nota: En el Sector Salud no deberán destinarse a este propósito las unidades de internación psiquiátrica.

Establecimientos Privados: Centros de Tratamiento Residencial, Comunidades Terapéuticas u otros autorizados por la Autoridad Sanitaria Regional correspondiente, con infraestructura necesaria que garantice el desarrollo adecuado de las intervenciones individuales, familiares y grupales, tanto en metros cuadrados de superficie de salas de trabajo terapéutico como de espacios de descanso, recreación, y hotelería; que considere la implementación de una sala de procedimientos médicos y/o de enfermería, cuando corresponda. Asimismo, debe contar con hotelería adecuada a las necesidades para una adecuada permanencia (tamaño y superficie de las salas, dormitorios, comedor, espacios de descanso y recreación). Si el programa es mixto, contar con espacios de dormitorio, baños y salas de estar, diferenciados para hombres y mujeres

Recurso Humano: multidisciplinario, capacitado y con competencias clínicas de acuerdo a la complejidad de la atención del plan y a la intervención terapéutica de acuerdo a la población a atender, con asignación horaria suficiente para dar cumplimiento a las prestaciones requeridas por el plan.

Prestaciones: incluye un conjunto de prestaciones que técnicamente no pueden estar ausentes para el logro de los objetivos terapéuticos, tales como: consulta de salud mental, consulta médica, consulta psiquiátrica, intervención psicosocial de grupo, consulta psicológica, psicoterapia individual, psicoterapia de grupo, psicodiagnóstico, visita domiciliaria, exámenes de laboratorio que se requieran y medicamentos según corresponda.

Los exámenes y medicamentos que se requiera indicar a las personas beneficiarias de acuerdo a su estado y necesidades de salud, están incluidos en los aranceles de los planes correspondientes.

Duración del Plan: El tiempo estimado para lograr los objetivos del proceso de tratamiento, corresponde a la necesidad de cada persona. Un grupo de expertos sugiere una duración aproximada de 12 meses (estimado), con permanencia de 7 días, con una jornada terapéutica de 5 a 7 horas cada día, y una concentración de intervenciones diarias no menor a 5 (incorpora permisos fines de semana u otros similares).

Etapas del Plan: Se sugiere distinguir cuatro etapas en el desarrollo del plan de tratamiento y rehabilitación, para el logro progresivo de los objetivos terapéuticos específicos definidos en el plan de intervención individual. Para cada etapa se define una duración estimada.

1ª etapa: contempla la acogida, contención emocional, diagnóstico integral del problema en los aspectos clínicos del consumo, estado de salud mental y psiquiátrico junto con la valoración de las necesidades de integración social y compromiso biopsicosocial de la persona; abordaje del proceso de desintoxicación inmediato; y profundización de la motivación al cambio y una evaluación del estado de inserción social de la persona usuaria, así como de sus intereses, competencias y habilidades para integrarse socialmente.

2ª etapa: abocada principalmente al abordaje **en profundidad** de los factores que intervienen en el inicio y mantención del consumo problemático, apoyo al proceso de desintoxicación a mediano y largo plazo, prevención de recaídas; restablecimiento de vínculos saludables. Asimismo, debe considerar reparación de experiencias traumáticas, elaboración de duelos, redefinición de roles e identidad de género; fortalecimiento de factores protectores, evaluación y apoyo al fortalecimiento y desarrollo de competencias de integración social (conocimientos, habilidades y actitudes). Además de fomentar la vinculación y derivación a redes de apoyo según las necesidades de integración social detectadas.

3ª etapa: es la preparación para el egreso del plan y corresponde principalmente al periodo en que se espera que las personas estén concretando la incorporación a las, diferentes instancias y actividades que el permiten hacer realidad los cambios en su proyecto de vida donde se fortalecen estos cambios terapéuticos y se profundiza en los aspectos vinculados a las alternativas reales de integración, con énfasis en la vinculación a redes de apoyo personal e institucional.

4ª etapa: corresponde a un período de seguimiento no inferior a un año, posterior al alta terapéutica del plan, en el cual se realizan intervenciones individuales, familiares o grupales, con una frecuencia que se distancia progresivamente en la medida que avanza el plazo de un año, con el objeto de evaluar la mantención de los cambios terapéuticos logrados, ofreciendo estrategias de apoyo en el caso de presentarse dificultades.

Criterios e Indicadores de Calidad de la Atención para Programa de Planes de Tratamiento y Rehabilitación del Consumo Problemático de Drogas

La información entregada en la literatura acerca de la evaluación de la eficacia de los distintos tipos de tratamientos para el abordaje de los problemas de consumo de drogas, señala que en general está determinada por las características de las personas, los procedimientos aplicados, las variables intervinientes en el fenómeno del consumo y todo ello relacionado con la estructura del programa.

La efectividad o eficacia en salud, se ha definido como el grado en que una acción, en este caso un programa de tratamiento, alcanza sus objetivos.

Dado que las intervenciones en el tratamiento del consumo problemático de drogas se basan mayoritariamente en conceptos abstractos, la mejor manera de medirlas es transformándolas en variables cuantificables, es decir en indicadores (cualitativos y cuantitativos) que permitan medir el efecto de la acción terapéutica en la población usuaria del servicio.

La incorporación de estos indicadores de tratamiento, tiene por objeto contribuir en el desarrollo de la práctica clínica, promoviendo la realización y registro de las acciones que aumenten la probabilidad de logro terapéutico.

Para facilitar la sistematización y el análisis comparativo de programas de tratamiento en nuestro país, las variables antes mencionadas se registran en el Sistema de Información y Gestión de Tratamiento de la gestión del Programa (SISTRAT), disponible en la página web de SENDA.

Categorías Diagnósticas

1.- Trastornos mentales por consumo de sustancias psicoactivas (CIE – 10)

Consumo Perjudicial:

- Patrón de consumo de una sustancia que provoca daños a la salud física o psicológica. Los daños (hepático, depresión) deben ser causados por la sustancia misma (daño hepático por el alcohol), por las formas de uso (infecciones por uso de drogas inyectables o por las consecuencias sobre el equilibrio psicológico (depresión post privación de estimulantes o del alcohol).
- Las personas con diagnóstico de consumo perjudicial reciben a menudo críticas por ello y experimentan consecuencias sociales adversas de variados tipos.
- En todo caso el solo hecho que una forma de consumo sea criticada por el entorno en general, no es por sí misma indicativa de consumo perjudicial.¹

¹ En el caso del alcohol, en Chile utilizamos con fines de tamizaje o detección precoz, la categoría "Beber Problema" que coincide y amplifica la categoría de consumo nocivo de la CIE 10. Incluye la presencia de problemas de salud, más

Se trata de una forma de consumo que afecta a la salud física (como en los casos de hepatitis por administración de sustancias psicotrópicas por vía parenteral) o mental, como por ejemplo, los episodios de trastornos depresivos secundarios al consumo excesivo de alcohol.

El consumo perjudicial no debe diagnosticarse si están presentes un síndrome de dependencia, un trastorno psicótico u otras formas específicas de trastornos relacionados con alcohol u otras sustancias psicotrópicas.

Dependencia:

Se trata de un conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en el cual el consumo de una droga, o de un tipo de ellas, adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tuvieron el valor más alto. La manifestación característica del síndrome de dependencia es el deseo (a menudo fuerte y a veces insuperable) de ingerir sustancias psicotrópicas (aún cuando hayan sido prescritas por un médico), alcohol o tabaco. La recaída en el consumo de una sustancia después de un período de abstinencia lleva a la instauración más rápida del resto de las características del síndrome de lo que sucede en individuos no dependientes.

El diagnóstico de dependencia sólo debe hacerse si, en algún momento durante los doce meses previos o de un modo continuo, han estado presente tres (3) o más de los siguientes rasgos:

- Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir la sustancia.
- Disminución de la capacidad para controlar el consumo de una sustancia, unas veces para controlar el comienzo del consumo y otras para detenerlo o disminuir la cantidad consumida.
- Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia cuando el consumo de la sustancia se reduzca o cese, se confirman por el conjunto de síntomas característicos de la sustancia o por el consumo de la misma sustancia que lo provoca con la intención de aliviar los síntomas.
- Tolerancia: se requiere de un aumento progresivo de la dosis de la sustancia para lograr el mismo efecto que originalmente se producían con dosis más bajas.
- Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversión, a causa del consumo de la sustancia, aumento del tiempo necesario para obtener o administrarse la sustancia o para recuperarse de sus efectos.
- Persistencia en el consumo a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales, como daños somáticos, estados de ánimo depresivos consecutivos a períodos de consumo de alguna sustancia, o deterioro cognitivo secundario al consumo.

problemas familiares, económicos, laborales, con la justicia y cualquier otro que sea atribuible a la modalidad o patrón de ingestión de alcohol. Durante varios años se ha utilizado la Escala Breve de Beber Anormal (EBBA) para detectar consumo perjudicial y/o de dependencia al alcohol. Hoy se utiliza el Cuestionario de Autodiagnóstico sobre riesgos en el uso del alcohol (AUDIT).

En el Anexo N° 3 se incluye la Tabla de Alerta Temprana en Drogas que se asemeja a la EBBA, pero que aún no ha sido validada.

2.- Diagnóstico de comorbilidad psiquiátrica: trastorno psiquiátrico asociado al consumo perjudicial o dependencia a sustancia, no solamente referido a un trastorno dual.

A continuación se presentan las principales categorías diagnósticas CIE 10 y DSM 4. Chile ha adscrito como fuente de información estadística oficial del país la CIE – 10, como lo recomienda la OMS, sin embargo en la práctica clínica se ha observado el uso de las categorías del DSM IV.

Clasificación CIE 10

- Trastornos mentales orgánicos
- Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes
- Trastornos del humor (afectivos).
- Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos
- Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos
- Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto
- Retraso Mental
- Trastornos del Desarrollo Psicológico
- Trs. del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia
- En estudio

Clasificación DSM-IV

- Trastornos del estado de ánimo
- Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos
- Trastornos de ansiedad
- Trastornos de la personalidad
- Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos
- Trastornos de la conducta alimentaria
- Trastornos disociativos
- Trastornos somatomorfos
- Trastornos sexuales y de la identidad sexual
- Trastornos facticios
- Trastornos del sueño
- Trastornos adaptativos
- Trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados
- Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia
- Trastornos mentales debidos a enfermedad médica
- En estudio

3.- Diagnóstico de comorbilidad física: presencia simultánea de un trastorno por consumo de sustancias (consumo perjudicial o dependencia) y una o más patologías somáticas severas asociadas.

- Hepatitis alcohólica subaguda
- Hepatitis crónica
- Enfermedades somáticas

3- Diagnóstico Estadio Motivacional: la motivación es un estado de disponibilidad o deseo de cambiar, el cual puede fluctuar de un momento a otro o de una situación a otra. Dicho estado se puede ver influido por múltiples factores. A partir del modelo Transteórico de Prochaska y Di Clemente, los autores señalan que la motivación puede entenderse como el estado presente de una persona o la etapa de preparación para el cambio y agregan que es un estado interno influido por varios factores externos.

La diferenciación del proceso de cambio en estadios implica que un terapeuta puede utilizar diferentes tácticas con un paciente, dependiendo del momento del proceso de cambio en que éste se encuentre. De esta manera, se necesitarán diferentes habilidades de acuerdo al estadio en que se encuentre el paciente. Los problemas que se derivan de que los pacientes se encuentren “no motivados” o se resistan, surgen cuando el terapeuta está utilizando estrategias inadecuadas para la etapa real en el proceso de cambio en la que se encuentra dicho paciente.

Lo que parece predecir el cambio es que una persona efectivamente siga un tratamiento o un plan terapéutico. Por ejemplo, es más probable que se recuperen aquellos que toman una medicación que se les ha prescrito, que aquellos que no cumplen con el consejo que se les ha dado, incluso cuando el fármaco es un placebo sin ingrediente activo alguno. Seguir el consejo del terapeuta o, de forma más general, seguir un programa estructurado a fin de cambiar, está asociado con resultados positivos.

De acuerdo a estos hechos, los autores consideran **la motivación** de un modo más pragmático y la definen **como la probabilidad de que una persona inicie, continúe y se comprometa con una estrategia específica para cambiar.**

- **Precontemplación:** es un estadio durante el cual las personas no piensan seriamente en cambiar, por lo menos durante los próximos seis meses.
- **Contemplación:** es el período en el que las personas están pensando seriamente en cambiar, en el plazo comprendido en los próximos seis meses. Es el estadio de mayor ambivalencia, de manera que pueden permanecer en él por años y transformarse en contempladores crónicos.
- **Preparación:** es el estadio en que las personas se encuentran preparados para emprender acciones de cambio en un breve plazo, normalmente un mes.
- **Actuación:** es el estadio en que se produce la modificación de la conducta. La idea es que las personas logren un objetivo concreto en un tiempo determinado. Este estadio es el más difícil para la persona y requiere de un tiempo mínimo que los estudios sitúan en alrededor de seis meses.
- **Mantenimiento:** empieza a los seis meses posteriores al momento en que se produjo el cambio de la conducta adictiva y termina cuando el deseo de consumir se ha extinguido. La duración de este estadio aún no está definida completamente.

Consentimiento Informado

El consentimiento informado se entiende como la aceptación firmada por la persona usuaria, (o familiares, ante la imposibilidad de consentir del usuario o usuaria), sobre determinadas actuaciones clínicas, después de tener la suficiente información sobre su conveniencia, ventajas, riesgos y alternativas. Este documento carece de valor sin la información previa pertinente. El consentimiento informado se debe expresar en un documento que debe estar en la ficha clínica o carpeta individual del usuario.

El consentimiento informado debe reunir al menos cuatro requisitos fundamentales.

a) La **voluntariedad** del individuo le permite decidir libremente y sin coacción si quiere someterse a un estudio o tratamiento. Este carácter voluntario se incumple cuando se solicita desde la autoridad o no se brinda el tiempo necesario para que el paciente o sus familiares puedan reflexionar y tomar una decisión. Además se debería brindar la posibilidad de contar con el asesoramiento de una persona experta en la materia.

b) La función de la **información** es proporcionar los datos adecuados y necesarios a quien debe tomar una elección para que pueda hacerlo sin sesgos.

c) Confidencialidad de la información, se debe explicitar que la información personal del usuario será manejada con total **confidencialidad** y en ningún caso se publicará o divulgará información personal que lo (la) pudieran identificar.

d) El tipo de información debe ser **comprensible y completa**, y debe incluir los objetivos, los beneficios, los riesgos reales o potenciales que se puedan derivar y la opción claramente especificada de rechazar el tratamiento o estudio en cualquier momento sin que por ello le afecte en otros tratamientos.

Contrato terapéutico

Es una estrategia útil para **explicitar por escrito las condiciones del tratamiento**, en el cual la persona y su familia, se comprometen a respetar las normas y recomendaciones en el marco del plan de tratamiento y rehabilitación; al igual que **el equipo terapéutico, se compromete** a brindar las atenciones e información necesaria para contribuir al alivio de las molestias (somáticas y emocionales) como a la superación del problema.

Plan de Tratamiento Individual (PTI)

Corresponde al diseño estratégico de intervención para cada usuario, que se elabora en base al motivo de consulta y a la evaluación integral realizada por el equipo de tratamiento.

Este plan incluye metas y plazos a cumplir; un calendario de asistencia a determinadas actividades o prestaciones; una fecha de evaluación previa al alta donde se toman las decisiones finales.

Los objetivos del PTI deben ser relevantes para el usuario, específicos, mensurables, realizables y de duración determinada

Para cada uno de los objetivos se debe diseñar una estrategia de intervención y una estrategia que permita valorar su cumplimiento

En este plan deben quedar plenamente identificados y registrados los objetivos terapéuticos a ser alcanzados con el usuario y su familia, quienes -como parte de la elaboración de éste- deben conocer íntegramente dichos objetivos y las actividades y estrategias que se concertarán para su cumplimiento (contrato terapéutico).

Asimismo, deben registrarse los resultados de las evaluaciones periódicas que los equipos realicen en conjunto con el usuario y familia.

El plan facilita la conducción y orientación del proceso terapéutico en el usuario y su familia, por lo cual:

- Debe ser **consensuado** con el usuario y su familia, enfatizando la participación activa en su elaboración.
- Ser **elaborado y utilizado** por la totalidad de los integrantes del equipo tratante.
- **Flexible**, en cuanto a que las evaluaciones periódicas identifiquen situaciones particulares del proceso del tratamiento, que indiquen al equipo modificar, ajustar o cambiar modalidades de intervenciones.
- Debe **estar registrado en la ficha clínica**

Registrar todas las intervenciones realizadas por el equipo en la ficha permite:

- Evaluación periódica de los logros alcanzados por el usuario en su proceso de cambio.
- Identificar nudos críticos que obstaculizan el cumplimiento de los objetivos.
- Facilita la incorporación de integrantes nuevos al equipo.
- La continuidad del plan, aun cuando se hayan integrado nuevo miembros al equipo y, por lo tanto, asegurar la continuidad del tratamiento planificado con el usuario.

El PTI debe considerar desde su inicio la diferenciación de las intervenciones y sus especificidades por género, en todas las áreas definidas a ser intervenidas terapéuticamente.

Se debe asignar explícitamente el referente técnico que será responsable de la coordinación de las acciones terapéuticas y del seguimiento de la evolución clínica del usuario y su familia, durante todo el proceso de tratamiento y seguimiento.

Adherencia al programa de tratamiento

Se ha definido como el grado en que una persona cumple con las indicaciones y recomendaciones del equipo tratante para abordar su problema de consumo.

En este sentido, buscar la participación y acuerdo de la persona con el plan que se propone, aumenta la posibilidad de su ejecución.

Influyen en la adherencia a tratamiento variable de la propia persona, tales como las expectativas con que llega al tratamiento, sus creencias, su estadio motivacional en relación a la problemática del consumo; variable del programa y del equipo, como la capacidad del equipo de establecer vínculo terapéutico. Facilita esto la actitud del o la terapeuta en las entrevistas iniciales de acogida donde demuestre capacidad de escuchar de manera atenta y activa a la persona ya que es importante, ser percibido/a como una persona competente, confiable y empática, por quien solicita ayuda.

Rescate

Acciones encaminadas a conocer la situación de una persona inasistente o que ha abandonado el programa, con el objeto de evaluar las razones de la interrupción de la asistencia y estimular que retome el proceso terapéutico.

Evaluación durante el proceso terapéutico

Corresponde a evaluaciones parciales de los cambios que experimenta la persona durante el proceso de tratamiento. Se medirán en períodos definidos, cada 3 meses a partir de la fecha de ingreso al plan terapéutico. Las variables a evaluar son las siguientes

- **Patrón de consumo:** el tipo de sustancia, la dosis, la frecuencia y tiempo de consumo, el contexto de consumo, vale decir, la forma de acceso a la sustancia, si el consumo es en compañía o en solitario, qué situaciones rodean el consumo y entre otros.
- **Situación familiar:** calidad de las relaciones al interior del grupo de referencia y la actitud de familia o cercanos en relación al consumo.
- **Relaciones interpersonales:** calidad de relaciones entre sus pares en un contexto general; y asociado al problema de consumo.
- **Situación ocupacional:** tipo de ocupación y nivel de inserción laboral, que incluye además estudios y uso del tiempo libre (u ocio).
- **Trasgresión a la norma social:** actitudes y conductas personales que violan principios, normas y expectativas sociales, que incluye la comisión de faltas o delitos
- **Estado de salud mental:** existencia de algún problema de salud mental diagnosticado por CIE – 10 o DSM – 4
- **Estado de salud física** (incluye control natalidad, control embarazo y sexualidad responsable): existencia de algún problema de salud diagnosticado por CIE

Para homologar criterios para la evaluación y registrarla en la carpeta o ficha personal del proceso de tratamiento de las personas, se definen tres categorías de consenso para

evaluar los logros en la evolución del proceso terapéutico de acuerdo a la apreciación clínica.

Con avances: Cuando ocurra cualquier cambio favorable en relación a las variables señaladas, que contribuya al logro de los objetivos planteados.

Sin avances: se mantienen los indicadores sin modificación respecto de la evaluación anterior.

Con retroceso: Cuando ocurra cualquier cambio desfavorable en relación a las variables señaladas, que obstaculicen o disminuyan las probabilidades de lograr los objetivos del proceso terapéutico

Monitoreo de Resultados Terapéuticos (TOP)

Ante la necesidad de disponer de una metodología que permita a los equipos de tratamiento realizar un seguimiento de los avances terapéuticos de sus usuarios, SENDA validó para la población chilena un instrumento desarrollado por la National Treatment Agency for Substance Misuse (NTA) de Reino Unido, denominado TOP, por sus siglas en inglés (*Treatment Outcomes Profile*), cuya traducción al español es **Perfil de Resultados de Tratamiento**.

El TOP es una herramienta que permite a los equipos de tratamiento realizar un seguimiento de los avances terapéuticos de las personas en tratamiento, utilizando medidas objetivas y comparando el comportamiento pre - intra y post tratamiento. Contiene un conjunto de preguntas que recopilan información sobre el consumo de drogas y alcohol, la salud física y psicológica, la transgresión a las normas sociales y el funcionamiento social del usuario.

Este instrumento se aplica a personas mayores de 16 años que ingresan a un programa estructurado de tratamiento producto de su consumo problemático de drogas y/o alcohol. El TOP ha sido desarrollado como una entrevista breve entre un miembro del equipo de tratamiento y el usuario, y como parte de un plan intervención terapéutico², la información recogida puede ser utilizada como una fuente adicional para el desarrollo y monitoreo del Plan de Tratamiento Individual (PTI).

Los programas de tratamiento deben aplicar el TOP al ingreso (dentro de las dos primeras semanas) y cada tres meses hasta el egreso, se recomienda igualmente utilizarlo durante la fase de seguimiento.

Egreso

Término de la relación entre la persona y el centro de tratamiento. Se considerarán motivos de egreso de un programa, las

² Se adjunta anexo con instrumento TOP

- **Alta Terapéutica:** cumplimiento de objetivos terapéuticos Evaluación realizada por equipo tratante en acuerdo con la persona.
- **Alta Administrativa:** Decisión del equipo tratante de egresar a la persona del programa por incumplimiento grave a las normas de convivencia como robo, tráfico al interior del centro, agresión, etc. También procede en caso de traslado de domicilio o fallecimiento.
- **Derivación:** traslado por indicación o sugerencia del equipo, a otro centro que resuelva su motivo de consulta; por cambio de domicilio, u otra razón justificada.
- **Abandono:** inasistencia y/o pérdida de contacto de la persona en tratamiento por un tiempo igual o mayor a 60 días, habiéndose realizado a lo menos dos acciones de rescate, estas acciones permiten evaluar las razones de la interrupción de la asistencia y estimular que el usuario retome su tratamiento.

Evaluación del proceso terapéutico al egreso

Corresponde a la apreciación clínica que hace el equipo o profesional tratante, la persona en tratamiento y su familia, del nivel alcanzado de logro de los objetivos terapéuticos planteados al inicio del proceso y descritos en el plan de tratamiento personalizado. Los criterios incluyen la evaluación del estado clínico y psicosocial al momento del egreso y una apreciación pronóstica del equipo tratante.

Las categorías de consenso son:

Logro alto: alcance de la totalidad de los objetivos planteados. La persona se encuentra en condiciones de integrarse al medio de manera satisfactoria. Se aprecia la decisión por consolidar un cambio favorable en su estilo de vida.

Logro intermedio: alcance parcial de los objetivos, requeriría de un período de apoyo para una integración social satisfactoria. Se aprecia una débil disposición y preparación para sostener un cambio de estilo de vida.

Logro Mínimo: con alcance mínimo de logros de los objetivos planteados. Se mantienen sin modificación la generalidad de las variables personales y del contexto que hacen pensar que la persona se encuentra en riesgo de una probable recaída. Se aprecia una débil o nula disposición al cambio en estilo de vida.

Para su evaluación, se utilizará el mismo criterio y categorías de consenso empleadas para evaluar los logros en la evolución del proceso terapéutico,

Metas /objetivos	Logro alto	Logro intermedio	Logro mínimo
1-			
2-			
3 -			
4 -			
5 -			
6 -			
7-			

Indicadores de seguimiento: conocer la situación de la persona posterior al alta terapéutica del programa, en relación a la mantención de los logros terapéuticos alcanzados.

- **Patrón de consumo:** el tipo de sustancia, la dosis, la frecuencia y tiempo de consumo, el contexto de consumo, vale decir, forma de acceso a la sustancia, consumo en compañía o en solitario, entre otros.
- **Situación familiar:** calidad de las relaciones al interior del grupo de referencia y la actitud de familia o cercanos en relación al consumo.
- **Relaciones interpersonales:** calidad de relaciones entre sus pares en el contexto general, y el referido al problema de consumo.
- **Situación ocupacional:** de la experiencia laboral, de estudios y del tiempo libre (u ocio).
- **Trasgresión a la norma social:** actitudes conductas personales que violan principios, normas y expectativas sociales, que incluye la comisión de faltas o delitos
- **Estado de salud mental:** existencia de algún problema de salud mental diagnosticado por CIE – 10 o DSM - 4
- **Estado de salud física** (incluye control natalidad, control embarazo y sexualidad responsable): existencia de algún problema de salud diagnosticado por CIE

ORIENTACIONES Y PRINCIPIOS PARA LOS EQUIPOS DE LOS CENTROS EN LA REALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN DEL CONSUMO PROBLEMÁTICO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

I.- COMPRENSIÓN DEL FENÓMENO DEL CONSUMO

Desde una mirada ecológica, el desarrollo humano se entiende como la progresiva acomodación mutua entre un ser humano activo y las propiedades cambiantes de los diferentes entornos donde se desarrolla.

El modelo ecológico, más allá de las variables clásicas que se circunscriben al microsistema de la persona, quiere incidir en los diferentes *medios* donde esta persona interactúa, ya que precisamente el análisis y la transformación en positivo de estas interacciones aportarán más crecimiento personal, desarrollo humano y, en última instancia, una vida más digna y de calidad.

El uso de sustancias psicoactivas puede transformarse en un problema cuando altera el equilibrio en la interacción de la persona y los diferentes sistemas.

En concordancia con este enfoque, la atención integral de las personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas, consiste en abordar las necesidades y problemas de salud, individuales, familiares y colectivos, en una sociedad concreta, que define las condiciones de vida, perfilando un determinado nivel de salud en los grupos sociales que la conforman. Por lo tanto, posee características propias del sexo, de la etnia y género; su propia historia de vida; una particular condición social y económica que caracteriza su entorno, sus condiciones de vida y desde ahí, sus particularidades y necesidades de salud.

II.- GÉNERO

Reconocer que el género es un hecho diferencial, y que se requiere entregar atención terapéutica a través de un programa personalizado y estructurado que considere las variables de identidad y normas de género, como marco teórico a la base, incorporando actividades terapéuticas que posibiliten la conciencia de problema personal, en un contexto social y cultural, parece cada vez más necesario, para lograr eficacia en las intervenciones.

III.- ÉTNIA

El contexto en que se produce el consumo es esencial en el proceso, por ejemplo, podemos pensar en el consumo de alcohol en un bar urbano en Chile con gran cantidad de personas colombianas o en un grupo de escolares que comparten un cigarro de marihuana en una plaza, o en un hombre que se inyecta heroína en la soledad de un callejón. El uso de drogas puede marcar el paso a la edad adulta o dotar de significado a ciertas culturas.

El acceso a los programas de tratamiento y rehabilitación y otros servicios vinculados con salud mental por parte de personas de diferentes minorías étnicas es un tema de interés. Dicho acceso ha de ser tenido en cuenta a la hora de desarrollar eficazmente programas sobre este tipo de trastorno y centrados en este grupo específico de la población. Al igual como se ha tenido la precaución de considerar otras variables en el diseño y flexibilización del acceso a programas a personas de acuerdo a sus necesidades así también, se debe incorporar a personas de minorías étnicas dentro de este colectivo, derribando una serie de barreras en el acceso:

Es muy importante por lo tanto, sensibilizar adecuadamente a los equipos de tratamiento, provocando un cambio actitudinal, para que se trabaje con una perspectiva más abierta y se evite cualquier tipo de prejuicio.

En los programas donde se incluye personas de minorías étnicas ha de tenerse en cuenta algunos elementos de estrés como ciertas experiencias vitales a las que han podido estar expuestas las personas, incluyendo las relativas a la pre y post migración, ya sea del campo a la ciudad, como desde otra nación, en caso de haberse llevado a cabo.

IV.- CICLO VITAL INDIVIDUAL Y FAMILIAR

Ciclo Vital Individual

El ciclo vital representa las etapas por las que pasan todos los seres humanos desde que nacen hasta que mueren,

Las teorías del ciclo vital se basan en distintos supuestos:

- a. El desarrollo tiene lugar en etapas consecutivas y claramente definidas, que tienen un orden determinado en la vida de las personas.
- b. Cada etapa del ciclo vital se caracteriza por acontecimientos o crisis que deben resolverse de forma correcta para que el desarrollo prosiga normalmente. Si la resolución no se logra en un período determinado este fracaso se verá reflejado en etapas posteriores como una inadaptación física, cognitiva, social y/o emocional.
- c. Cada etapa del ciclo tiene un rasgo predominante, una crisis distinta a resolver que puede generar fuertes vivencias de estrés en el individuo.

El ciclo vital comprende las siguientes etapas:

1. Período prenatal
Desde la implantación del óvulo hasta el nacimiento.

En este período la persona está expuesta al estrés que la madre pueda sufrir así como al consumo de sustancias por parte de la madre.

2. Lactancia

Desde el nacimiento hasta los 15 meses.

En este período se desarrolla una intensa relación psicológica entre el/la niño/a y su madre (relación de apego) que es fundamental para el futuro desarrollo del autoconcepto y el sí mismo.

3. Infancia

Se divide en tres periodos: Primera infancia (de los 15 meses a los 2 años y medio), Preescolar (de los 2 años y medio a los 5 años) y Escolar (de 6 a 12 años).

Esta etapa se caracteriza por el desarrollo motor e intelectual, crecimiento físico y emocional y el inicio de la educación formal y las exigencias de aprendizaje y rendimiento escolar se convierten en determinantes importantes del desarrollo posterior de la personalidad. Por otra parte, se produce la interiorización de normas, la relación con los pares y el desarrollo del rol sexual.

4. Adolescencia

Se divide en tres períodos: Temprana (11 – 14 años), Media (14 – 17 años) y Tardía (17 – 20 años).

Es una etapa de profundos cambios biológicos psicológicos y sociales. A nivel biológico se produce un crecimiento óseo acelerado y aparecen los caracteres sexuales secundarios, en el plano psicológico se aceleran los procesos cognitivos y se consolida el proceso de formación de la personalidad y a nivel social es un periodo de intensa preparación para el futuro del rol del adulto joven. Los profundos cambios que se producen en esta etapa pueden llevar a desestabilizaciones importantes que pueden generar graves problemas de conducta, embarazos no deseados, comportamientos temerarios, violencia, consumo de drogas, etc.

5. Adultez

Se divide en tres grandes períodos: Adultez temprana o adulto joven (20 – 40 años), adultez media (40 – 65 años) y la adultez tardía o vejez (a partir de los 65 años).

La adultez es la etapa más prolongada de la vida y en ella se va a producir hechos muy importantes como la vida en pareja de forma estable, el nacimiento y crianza de los hijos, la adquisición de mayor importancia del trabajo. Es una etapa de continuos cambios, que va a exigir continuas adaptaciones que pueden llevar a desequilibrios importantes en personas con deficiencias en etapas anteriores, como es el caso de las personas con trastorno por abuso de sustancias u otros trastornos de salud mental.

Ciclo Vital Familiar

El ciclo vital familiar se constituye en un marco de referencia para la comprensión de las familias a partir del proceso de desarrollo que experimentan a lo largo del tiempo.

Este ciclo consiste en una serie de etapas que atraviesa la familia que al estar marcadas por la evolución natural y progresiva de sus miembros, están cargadas de situaciones nuevas que implican toma de decisiones, redefinición de acuerdos y tareas así como cambios en cuanto a la estructura y dinámica familiar.

A continuación se detallan algunos aspectos de cada etapa:

1. **Noviazgo, galanteo**

Es la etapa en la cual un hombre y una mujer se disponen a construir una relación de pareja. La identidad de pareja que se construya a través del análisis y confrontación mutua de los valores, las historias personales, deseos, costumbres, expectativas hacia el futuro, determinarán la consolidación de la relación o el término del proyecto de pareja.

2. **La pareja conviviente**

En esta etapa la convivencia de la pareja pone en evidencia las expectativas y cuestiona los acuerdos hechos durante el noviazgo, lo que puede significar un alto monto de estrés debido a la necesidad de definir y/o redefinir acuerdos relacionados con la vida doméstica, las actividades sociales, el manejo de la economía, la sexualidad, etc.

3. **Nacimiento del primer hijo:**

Esta etapa comprende las experiencias que rodean el embarazo, el parto, el crecimiento y desarrollo del primer hijo hasta que comienza la etapa preescolar.

El nacimiento del primer hijo modifica la estructura, dinámica y funcionamiento de la familia instala la relación triangular y los múltiples ajustes que derivan de este cambio como la redefinición de acuerdos que respondan a las necesidades tanto del subsistema conyugal como del subsistema parental.

4. **Hijos en etapa escolar:**

La incorporación del primer hijo/a al sistema escolar se constituye en la primera instancia en que el niño/a comparte nuevas experiencias de socialización y encuentra en sus compañeros nuevos modelos de interacción humana. Además, es la primera aproximación que hace la familia a la institución escolar, que en adelante demandará acuerdos y apoyo mutuo en el proyecto de socialización y aprendizaje del niño/a.

Por lo anterior, se entrevén las adaptaciones que suscita esta etapa tanto en el escolar como en la familia, por la nueva interacción con la institución educativa y por las "otras versiones", que el hijo introduce al sistema familiar desde la nueva experiencia socializadora.

5. **Hijos adolescentes:**

Es una etapa que vive la familia y está marcada por la edad del primer hijo comprendida aproximadamente entre los 12 y los 18 años.

Esta etapa del desarrollo evolutivo del hijo/a implica cambios en las dimensiones física, hormonal, emocional, sexual, intelectual, social, etc. y refleja el paso de la niñez a la adultez con la autonomía e independencia que esto conlleva.

El adolescente está construyendo su identidad desde su autoconocimiento, su opción profesional, su definición sexual, su interacción con los pares (amigos (as) de su misma edad) y cuestiona su relación con los padres y otros adultos que han representado la autoridad mediatizada en las normas.

Durante esta etapa la familia vive momentos de alta tensión en la medida en que solo realice esfuerzos hacia la estabilidad sin reconocer el momento de máxima inestabilidad por la que atraviesa el hijo adolescente.

6. Salida de los hijos:

Etapa que se inicia cuando sale uno de los hijos y finaliza cuando sale el último de ellos. Se caracteriza porque los hijos están dispuestos a independizarse de la familia como parte de un proceso natural del que se pueden derivar o no, en la conformación de nuevas familias. La emancipación de los hijos genera sentimientos de pérdida en los padres por no tener el control sobre los hijos y coincide con la etapa de madurez de la pareja, cuando sus fuerzas empiezan a menguar. Esta etapa también anuncia a la pareja una oportunidad para el reencuentro cuando ya no estén los hijos, lo que estará conectado con la historia que haya vivido la pareja y la interacción que sostuvieron a pesar de las demandas de la crianza.

7. Jubilación y vejez "Nido vacío":

La familia se reduce generalmente a la pareja en pleno retiro del mundo laboral. La tensión se presenta en el cambio de roles pues los padres ya no son la autoridad ni los proveedores, pasando a ser dependientes de los hijos y en la reacomodación de la pareja que nuevamente se encuentra cara a cara. En esta etapa también es posible, a través de la relación con los hijos y las hijas con nueras, yernos y nietos, un encuentro intergeneracional en el que los abuelos son acogidos solidaria y afectuosamente.

V.- INTEGRACIÓN SOCIAL

Los avances en las metodologías y marcos conceptuales referentes al tratamiento del consumo problemático de sustancias, ponen de manifiesto la necesidad de potenciar procesos de recuperación, en los cuales las personas usuarias reciban los apoyos necesarios para hacer sostenibles en el tiempo los logros que alcanzan durante las diversas fases de tratamiento. El comprender que un proceso de tratamiento no es suficiente para sostener estos cambios en el tiempo, conlleva el desafío de propiciar a lo largo de todas las intervenciones, nuevas o mejores capacidades en las personas usuarias para enfrentar las demandas del medio, pero también supone la asociación con otros y con el contexto para hacer de este un espacio potenciador y acogedor para las personas que han pasado por programas de tratamiento.

En este sentido la **Integración Social** se entiende, como un proceso con diferentes niveles de intensidad dónde se busca que la persona pueda desarrollarse y pueda ser aceptada y considerada como ciudadano/a sujeto de derechos y deberes.

Para considerar a una persona integrada socialmente, existen tres elementos claves:

1. Que tenga cubiertas sus necesidades básicas: es decir que tenga unas condiciones de vida dignas en el ámbito de vivienda, salud, educación y recursos económicos.
2. Que tenga un sistema de relaciones adecuadas que le permitan desarrollar vínculos afectivos y por tanto le permitan sentirse parte de la comunidad.
3. Que pueda desarrollar una serie de actividades que le permitan ser reconocido socialmente: participar de espacios públicos, de ocio y en funciones de producción.

Por equiparación de oportunidades se entiende el proceso mediante el cual los diversos sistemas de la sociedad se ponen a disposición de todos, especialmente de las personas con desventaja social y está basada en los siguientes principios:

- a) Principio de integración como reconocimiento de las necesidades y potencialidades específicas de cada individuo y grupos sociales.
- b) Principio de accesibilidad como condición necesaria para que las personas vulnerables disfruten de oportunidades sociales equiparables a las de sus conciudadanos.
- c) Principio de participación y autonomía como reconocimiento del derecho de todas las personas a participar en la vida social, económica y cultural de su comunidad.

Por lo tanto, la integración debe entenderse como poner a disposición de una persona un conjunto de recursos que le permitan responder adecuadamente a las necesidades que de forma transitoria o permanente se puedan presentar, teniendo en cuenta no sólo sus limitaciones y dificultades sino sobre todo sus potencialidades posibilidades de desarrollo y participación.

La integración social es un concepto interactivo que implica cambios mutuos tanto por parte de la propia persona como de la sociedad. Supone la contribución de los afectados y de la comunidad para lograr una equiparación de oportunidades, que permita la igualdad y plena participación de las personas con problemas de drogodependencias en la vida y el desarrollo social.

De esta manera, entonces, el proceso de integración social se convierte en un eje en el tratamiento, y que es transversal a todas las etapas que lo componen.

Las acciones que se lleven a cabo en el desarrollo del proceso terapéutico, en el marco de la recuperación del consumo problemático de sustancias, deben estar orientadas fundamentalmente a potenciar y reforzar las capacidades personales, otorgar oportunidades de acceso real a diferentes instancias que apoyen la integración social y que trasciendan el momento del egreso del plan terapéutico, aumentando las probabilidades de consolidación del proceso de recuperación.

Desde el eje de integración social se pueden destacar entonces, como necesarias la aplicación de las siguientes metodologías a lo largo de todo el proceso de intervención:

1) Diagnóstico Integral:³ para fortalecer y complementar esta evaluación integral y amplia de todas las dimensiones de la vida de una persona afectada por el consumo problemático de sustancias, es importante la identificación de sus necesidades particulares en Integración Social, aportando de esta manera al diseño del Plan Individualizado de Tratamiento, que incluya itinerarios personalizados, que favorezcan procesos de recuperación que se sostengan en el tiempo.

Evaluar las necesidades de integración social, como parte de un diagnóstico integral, se sustenta en la consideración de que para la mantención de los logros terapéuticos, es relevante aportar y apoyar a las personas en acciones concretas encaminadas a su plena integración social.

Los procesos de Integración Social son procesos interactivos en que tanto la sociedad como la persona en cuestión, participan activamente para aumentar sus niveles de autonomía personal, de participación ciudadana y capitales de recuperación involucrados. El objetivo entonces radica en mejorar las condiciones de vida permitiendo así contribuir a la superación de la situación de exclusión social, que en el caso de ser mantenidas en el tiempo obstaculizarían la posibilidad de una recuperación sostenida, aumentando el riesgo de consumo y las consecuencias individuales, familiares y sociales que éste involucra.

En general, realizar una adecuada evaluación de la dimensión de Integración Social, permitirá que un equipo de tratamiento pueda:

- a. Evaluar las necesidades de Integración Social de las personas usuarias de centros de tratamiento.
- b. Identificar las fortalezas y obstáculos que faciliten y/o dificulten los procesos de Integración de cada persona usuaria.
- c. Obtener información pertinente para la construcción del Plan de Intervención Individual, que permita introducir actividades y acciones que contribuyan a una integración social efectiva de la persona usuaria.

Las Áreas incluidas en la evaluación y análisis de las necesidades de integración social de cada persona, contempla intereses, competencias y habilidades que favorezcan su proceso de integración social, a la luz de los recursos y condiciones objetivas que la persona ha demostrado en su vida y en este proceso de cambio.

Se propone, que junto con conocer cómo es la relación entre la persona y la, o las sustancias, también se conozcan cuáles son sus expectativas, recursos y condiciones de vida, que harán que pueda transitar desde condiciones de mayor exclusión hacia condiciones de integración social.

Para ello, como se ha señalado anteriormente, se propone identificar los capitales de recuperación de la persona (Sumnall & Brotherhood, 2012), promoviendo así, la identificación de estos recursos, para posteriormente potenciarlos.

³ Se adjunta anexo que detalla la metodología de diagnóstico de necesidades de integración social. Documento denominado: "Orientaciones para la incorporación de la dimensión de Integración Social en el diagnóstico integral."

Un capital de recuperación se define como “la amplitud y profundidad de los recursos externos e internos que pueden servir de base para iniciar y sostener la recuperación de problemas graves por alcohol u otras drogas” (White & Cloud, 2008) los cuales han sido categorizados en: Capital Físico, Capital Humano, Capital Social y Capital Cultural (Cloud & Granfield, 2008).

- **Capital cultural:** El capital cultural será entendido como un concepto amplio que busca identificar un conjunto de valores, creencias, disposiciones y actitudes que proceden de la pertenencia a un determinado grupo cultural, considerando la variable de género, el espacio o territorio geográfico que habita, origen étnico, siempre entendiendo que la idea es comprender a la persona para favorecer el proceso de integración social en el contexto del consumo problemático de sustancias.
- **Capital humano:** Características personales de un individuo que pueden ser utilizadas como recursos en su enfrentamiento a los problemas de dependencia a sustancias, en la medida que permiten al individuo negociar, resolver conflictos y alcanzar metas, en la vida cotidiana. Este capital se vincula directamente con el empoderamiento
- **Capital social:** la suma de los recursos, reales o virtuales, que se acumulan en una persona o un grupo, en virtud de poseer una red duradera de relaciones más o menos institucionalizadas, en noción de mutuo reconocimiento. El capital social puede proveer recursos, información, opciones y apoyos disponibles para la búsqueda de solución a los problemas y superación de obstáculos (Castro, Campero, & Hernández, 1997; Gallo & Garrido, 2009; Poblete, Sapag, & Bossert, 2008)
- **Capital físico:** Se entiende como el capital económico o financiero, que se expresa en los ingresos, propiedades, ahorros y otros activos tangibles que se pueden convertir en dinero, otorgando mayores posibilidades de recuperación, como la vivienda y los ingresos económicos. Este capital se asocia a que las personas usuarias tengan mayor libertad de decisión.

2) Habilitación en Competencias Para la Integración Social:

Con el propósito de que las personas logren recuperar y superar los déficits más relevantes dentro de cada dimensión del capital de recuperación, compuesto por el capital físico (ingreso, vivienda, etc.), el capital humano (competencias, habilidades y destrezas personales, familiares y comunitarias, acceso a salud, educación, empleo, etc.), el capital social (relaciones sociales próximas y con el entorno; etc.) y el capital cultural (valores y creencias, visión de mundo, etc.), se propone la **estrategia metodológica de las competencias para la Integración Social** contenida en el portafolio de Competencias de Integración Social⁴, el cual reúne y articula diferentes enfoques teóricos y prácticos que abordan la problemática de la exclusión social de personas con consumo problemático de sustancias, empoderándolas como protagonistas de sus vidas, apoyándolos así en aumentar sus competencias para sostener de mejor manera los logros alcanzados en el proceso de tratamiento, y potenciando el aprendizaje a lo largo de la vida.

⁴ El detalle de esta estrategia metodológica, sus componentes y el detalle de cada una de las actividades e aprendizaje propuestas, se encuentra descrita en el Portafolio de Competencias para la Integración Social, disponibles en todos los centros de tratamiento que forman parte de este convenio. Durante el año 2013 se formó y se hizo entrega de este material a dichos centros en todas las regiones del país.

Los déficits mencionados, pueden ocurrir debido a la pérdida de capacidades y habilidades, atribuibles al consumo problemático de sustancias, o debido al desarrollo de capacidades disfuncionales que dificultan la integración social.

Particularmente, el enfoque de competencias, a través del desarrollo de habilidades y capacidades en las personas en procesos de recuperación, se propone por una parte, proporcionar estrategias que les permitan generar sistemas adecuados de relaciones con sí mismos(as) y con otros(as), potenciando los vínculos afectivos y familiares, y por otra, que se sientan parte de sus comunidades, que participen en espacios públicos y de ocio, ganando confianza en sí mismos y valorándose y siendo valorados y valoradas desde una perspectiva diferente. Todo lo anterior, en el contexto de los requerimientos para sostener sus logros y cambios en su proceso de recuperación a largo plazo.

¿Cómo se realiza la habilitación? Lo interesante de los modelos por competencias, es que pueden objetivarse en conductas observables y medibles, asociadas a contextos particulares, explicitando las conductas que se esperan en un contexto determinado, con estándares, en este caso, aplicables a mujeres y hombres. Se entiende que se logra competencia en un ámbito o dimensión determinada, cuando es posible constatar desempeños exitosos en actividades o acciones concretas y sostenidas en el tiempo.

El último nivel de desagregación de las competencias son los llamados indicadores conductuales (conductas que se espera que las personas demuestren en situaciones específicas), que permiten evaluar su desarrollo, estableciendo las brechas existentes y los correspondientes planes de desarrollo.

El recurso utilizado para la adquisición y puesta en práctica de las competencias, son las Actividades de Aprendizaje, en las que las primeras, se han traducido en aprendizajes esperados. Se propone, desde un paradigma constructivista, sean los propios participantes quienes construyan sus propios aprendizajes, mediados por un facilitador(a) o mediador(a).

En este sentido el rol de quien facilita el proceso reflexivo y acompaña la experiencia, es clave para gatillar aprendizajes significativos, en base a relaciones cercanas y de confianza. Es por esto que se releva el proceso de formación de quienes ejercen esta función de facilitación (profesionales de Centros de Tratamiento), y de igual manera, una vez realizada la capacitación, se releva el acompañamiento de la implementación, con el propósito de asegurar la utilización de las herramientas de manera adecuada y, reforzar la apropiación de la metodología.

En su diseño, las Actividades de Aprendizaje grupales, incluyeron aspectos lúdicos, prácticos e innovadores, que se complementaron con un uso diverso de recursos materiales y pedagógicos.

Finalmente, dado que el enfoque de competencias considera la transferencia de capacidades como un proceso de enseñanza/aprendizaje centrado en las necesidades de cada persona, la estrategia de evaluación y la aplicación de instrumentos debiera permitir trazar una ruta formativa que considere las necesidades y recursos de cada una de ellas y ellos, facilitando la identificación de brechas de conocimientos, habilidades y actitudes que se requieren para desempeñarse exitosamente en la vida social.

VI.- NORMA SOCIAL Y SU TRANSGRESIÓN.

La distinción entre el bien y el mal constituye una necesidad humana tan antigua como universal, en toda sociedad pueden encontrarse normas sociales, pautas que regulan el comportamiento de sus integrantes y que definen las conductas aceptables y aquellas inadmisibles, que afectan o pueden afectar la convivencia y el bienestar común.

La necesidad de un orden social implica siempre la definición de aquello que lo perturba, lo extraño o desviado que escapa del orden establecido.

Las normas regulan casi todo el ámbito de actividades humanas, por lo que el concepto de desviación incluye un amplio espectro de conductas. La sociedad moderna contempla normas formales o escritas, cuya trasgresión se denomina delito y otras normas no formales, que no están escritas pero actúan implícitas en la vida social, siendo sancionadas a través de la burla, el rumor o la exclusión. Es así como, por ejemplo, el ejercicio de la prostitución puede no constituir un delito en el marco legal de una nación, sin embargo, la sanción social asociada a esa conducta puede determinar importantes condiciones de marginación social para quien la ejerce.

La definición de lo normal en una conducta no es un hecho inequívoco ni universal. Canguilhem (1970) distingue dos dimensiones para el término normal, por un lado, puede comprenderse como aquello que es como *debe ser* y, por otro lado, aquello que se encuentran en la *mayoría* de los casos. Se trata, de ese modo, de un término equivoco, que presenta dos definiciones que no siempre se corresponden, pues un hecho que se presenta con alta frecuencia no siempre coincide con aquello que una sociedad espera.

Por otro lado, la trasgresión a la norma social no comprende sólo conductas explícitamente negativas ni conlleva necesariamente un daño a terceros. En algunos casos la desviación a la norma pone en cuestión los límites de las libertades individuales en conflicto con el consenso social o con los valores de los grupos predominantes.

Se debe considerar que normalidad y desviación son construcciones sociales históricamente determinadas y esto implica que su sentido y vigencia solo tienen validez dentro del contexto social específico que las define. *Ningún acto es desviante en y por sí mismo. Más bien, la desviación es un proceso interactivo por medio del cual una sociedad, o un grupo dentro de ella, define cierta conducta como desviante, etiqueta como desviantes a las personas que practican esa conducta y luego las trata como parias o excluidos* (Gelles & Levine, 1997).

Una misma conducta puede ser considerada normal por una sociedad y puede resultar inaceptable para otro grupo social o incluso para ese mismo grupo, en otro momento histórico. A su vez, en toda sociedad existen procesos estructurales de cambios normativos, en los cuales el cumplimiento de las normas vigentes disminuye y surgen nuevas pautas de conducta que comienzan a reemplazarlas.

Para Durkheim, (2001) la desviación cumple una función social muy importante, ya que posibilita la reflexión de la sociedad sobre la necesidad o la conveniencia de la norma. En algunos casos, contribuye a consolidar los valores y las normas culturales, permitiendo que el grupo social reaccione reafirmando el valor de sus normas. Mientras que en otras ocasiones, la desviación favorecería al cambio social, ya que una conducta que inicialmente aparece como trasgresión, puede representar un modelo de conducta alternativo que llegue a convertirse en un estilo mayoritario o aceptado socialmente.

En el estudio de los fenómenos que explican la desviación a la norma social, se han presentado diferentes enfoques.

Algunos desarrollos teóricos se han centrado en las diferencias individuales que explicarían por qué algunas personas presentan conductas desviadas de la norma, centrándose en una perspectiva biológica, como los desarrollados a fines del siglo XIX que intentaban encontrar diferencias físicas en los individuos que presentaban conductas trasgresoras, o bien basados en teorías psicológicas, como las hipótesis de mediados del siglo XX que se referían a alteraciones de la personalidad o a la socialización fallida que obstaculizaría la adecuada internalización de la norma en estos individuos.

Sin embargo, la mayoría de los desarrollos dan un énfasis importante a la consideración del contexto social en que se presentan el fenómeno de la trasgresión. El estudio de la conducta desviada exige estudiar el entorno social donde viven los individuos, pues ahí es donde se define lo que es delito y desviación, y donde se refuerzan o coartan tales conductas.

Merton, señala que la desviación está determinada por el grado en que los miembros de una sociedad pueden lograr sus objetivos a través de mecanismos institucionalizados. Esta teoría permite comprender aspectos presentes específicamente en los delitos contra la propiedad.

En un contexto social en que la presión por el éxito económico es una constante, las oportunidades para algunos individuos pueden ser mínimas y los medios legitimados por su grupo social para alcanzar el éxito pueden resultar muy insuficientes, por tanto, la frustración y el deseo por llegar al mismo fin puede propiciar en esos individuos la consideración de medios no legitimados, incluso castigados por su sociedad, como el robo o el hurto, para conseguir esos bienes deseados.

Desde otra perspectiva, la teoría de la subcultura de Edwin Lemert (1951, 1972) establece una distinción entre desviación primaria y secundaria. Dentro de la primaria se encontrarían aquellos incumplimientos de las normas en que su autor no llega a sentirse desviado, ni tampoco es catalogado socialmente por esa conducta.

En realidad, prácticamente, todas las personas han cometido actos desviados que trasgreden alguna norma social a lo largo de su vida, hecho que puede presentarse con mayor frecuencia en la adolescencia, cuando la trasgresión a la norma social se constituye en una de las tareas del desarrollo. Sin embargo, un hecho distintivo de la desviación primaria es que las personas no son catalogadas ni definen su identidad en relación a partir de esa conducta.

La desviación secundaria, en cambio, refiere a los incumplimientos que hacen cambiar la concepción que los demás tienen del autor, etiquetándolo como desviado. Este etiquetamiento provocará que el autor reorganice la percepción de sí mismo asumiendo la nueva definición.

La desviación secundaria está muy relacionada con el concepto de estigma desarrollado por Erving Goffman, definido como una marca social negativa usada para definir a una persona. Una vez que una persona ya tiene adjudicado un estigma, esto es una marca social, que tiene connotaciones negativas y de la cual se sirve la sociedad para definir a una persona) es difícil salir de él y adquirir una identidad distinta.

El estigma se convierte en un rol dominante del individuo y todos los actos pasados empiezan a reinterpretarse bajo la perspectiva del nuevo estigma, en un proceso de distorsión biográfica conocido como etiquetaje retrospectivo.

Goffman señala que al estigmatizar a alguien se activan una serie de mecanismos, como el rechazo social, que impulsaran a la persona a buscar compañía entre quienes no le censuran ni marginan, otros individuos estigmatizados como él, reforzando así la identidad de "desviado" e impulsándole a continuar con su conducta, como por ejemplo, una carrera delictiva o el consumo de drogas.

Conceptualizaciones jurídicas de Infracción De Ley.

Como se ha señalado, un tipo de conductas consideradas como desviadas corresponden a la trasgresión de normas jurídicas por parte de los individuos. El delito supone una tipificación y especificación del castigo, a través de un cuerpo especializado, un sistema jurídico que define y establece la sanción, a través de penas y medidas judiciales.

John Macdonis identifica cuatro funciones que, en distintas sociedades o épocas, se han asociado al castigo y han justificado su existencia asociado a la comisión de un delito.

La primera, y más antigua, sería denominada como *Desquite* refiere a la idea de recuperar el orden interrumpido, por lo que, se aplica al infractor un sufrimiento proporcional al ocasionado por el delito. Demanda de venganza desde la sociedad. Está idea contenida en la ley de Talión, en el principio bíblico del *ojo por ojo, diente por diente*.

La segunda, conocida como *Disuasión* refiere a la idea castigo desincentiva el delito. Refleja la doctrina ilustrada del siglo XVIII, con la concepción del ser humano como un ser racional, movido por cálculos de coste y beneficio. Las personas evitaran la comisión del delito cuando el castigo sea mayor que el beneficio que puedan obtener infringiendo la ley. Tiene un doble efecto, la disuasión específica sobre la persona que intenta infringir la ley y una disuasión general sobre el conjunto de la población que recibe el ejemplo.

La tercera es la Rehabilitación que señala la intervención que pretenden modificar las pautas de conductas desviadas del individuo. Toma auge en el siglo XIX con la aparición de las ciencias sociales y los distintos estudios científicos sobre la conducta humana. Propósito de reformar al delincuente y evitar así la repetición del delito primeros sociólogos que llegan a la conclusión que el delito era provocado por condiciones de pobreza y falta de tutela familiar efectiva. Si delincuencia es conducta aprendida, entonces también se puede aprender a respetar la ley La rehabilitación esta orientada a la mejora constructiva de la conducta

A diferencia del desquite que exige una pena proporcional al delito, la rehabilitación refiere a un castigo de acuerdo al perfil del infractor, por lo que un mismo delito puede ser castigado de distintas formas.

Por último, la *Protección de la sociedad* define la separación de la persona del resto de la sociedad, a través del encierro, extrañamiento o destierro. Evitar que el delincuente vuelva a ser una amenaza para la sociedad.

En la actualidad, los distintos cuerpos legales pueden considerar una combinación entre las distintas funciones asociadas al castigo, pudiendo, por ejemplo, contemplar una pena privativa de libertad (*Protección de la sociedad*) que contemple una intervención en los factores de riesgo de reincidencia delictiva (Rehabilitación)

La derivación a tratamiento de consumo problemático de alcohol y drogas que se genera en el marco del cumplimiento de una medida o sanción judicial, habitualmente, se presenta asociada a una función de Rehabilitación. En estos casos, el supuesto básico no siempre explícito para los equipos sanitarios, es que la problemática de consumo podría influir en la probabilidad de que la persona reincida en el delito.

La legislación chilena define que la pena es una consecuencia jurídica que se impone al responsable de un delito, cuyo fin es lograr efectos de prevención general y específica, de manera de proteger los bienes jurídicos que la sociedad estima más valiosos.

La pena debe ser declarada a través de una sentencia condenatoria, pronunciada por un tribunal competente, en virtud de un proceso previo legalmente tramitado.

La pena se traduce en una restricción o pérdida de determinados derechos del individuo. En nuestro ordenamiento jurídico los derechos que pueden ser objeto de restricción o privación en virtud de una sanción penal son:

- la libertad personal (por ej. la reclusión, extrañamiento, destierro);
- la libertad de trabajo y la igualdad ante los cargos públicos (ej. inhabilitación y suspensión para cargos públicos o profesiones titulares);
- el derecho a sufragio y el derecho a ser elegido (ej. inhabilitación para derechos políticos);
- y la propiedad (ej. multas, comiso).⁵

¿Cuándo una sanción o medida judicial puede relacionarse con una instancia de tratamiento?

En el marco de la legislación chilena es posible que ingresen a programas de tratamiento por su consumo problemático de drogas, personas derivadas del sistema jurídico por infracción de ley, **en diferentes condiciones:**

- **Imposición de una pena.**

Como se ha señalado, la consecuencia jurídica de un delito estará dada por la imposición de una pena. Nuestro sistema penal se caracteriza por su heterogeneidad, es decir, existe no una sino varias clases de penas, aunque en la práctica se da un predominio de las penas privativas de libertad⁶ por sobre las otras clases de pena, como, por ejemplo, las penas restrictivas de libertad⁷.

⁵ El Artículo 1º del Código Penal señala que "Es delito toda acción u omisión voluntaria penada por la ley. "Art. 3.º Los delitos, atendida su gravedad, se dividen en crímenes, simples delitos y faltas y se califican de tales según la pena que les está asignada en la escala general del artículo 21."

⁶ Penas Privativas de Libertad: Aquellas que privan al delincuente completamente de su libertad por un tiempo determinado o por toda la vida. Ejemplo: Presidio Perpetuo Calificado

⁷ Penas Restrictivas de Libertad: Aquellas que no privan al delincuente completamente de su libertad sino que sólo la restringen.

Cuando el individuo está cumpliendo una pena de privación de libertad, podrá acceder a tratamiento de consumo problemático de drogas por su voluntad si existe la instancia o programa de tratamiento intra penitenciario.

Si la persona cumple una pena en el medio abierto, como una condena de libertad vigilada, podrá acceder a tratamiento en el marco de su condena, de acuerdo a lo establecido en la ley 20.603.

- **Suspensión condicional de procedimiento (SCP)**

Otra posibilidad en la cual una persona en proceso pueda ser enviada a tratamiento por parte del juez es la Suspensión Condicional de Tratamiento.

En términos generales, se puede definir la suspensión condicional del procedimiento como una salida alternativa, consistente en suspender el procedimiento, a petición del fiscal y con acuerdo de la persona imputada, previa aprobación del juez de garantía, quien establece las condiciones a las que deberá someterse durante el plazo que se determine, el que no puede ser inferior a un año y no superior a tres.

Una de las condiciones posibles para suspender el procedimiento es el ingreso a tratamiento de consumo problemático de drogas.

Tribunales de Tratamiento de Drogas (TTD)

En el marco legal de la suspensión condicional del procedimiento, con la condición de someterse a tratamiento, desde el año 2004 se desarrolla en nuestro país el programa Tribunales de Tratamiento de Drogas

Esta iniciativa se convierte en una alternativa a la sanción que busca intervenir en la reducción del consumo problemático y en la inserción social de la persona.

Se configura una metodología en la cual intervienen profesionales tanto del ámbito jurídico (jueces, defensores y fiscales) como del ámbito sanitario (prestadores de tratamiento), así como equipos biopsicosociales con conocimiento en consumo problemático de drogas, insertos en el ámbito jurídico. Se busca favorecer la consistencia de la toma de decisiones judiciales que favorezcan la adherencia a tratamiento. Cada uno de los actores mencionados orientan su actuar en función de obtener logros tanto terapéuticos como resultados judiciales, esto sin abandonar los roles que cada uno tiene asignado en el ordenamiento jurídico y sanitario.

La UNODC⁸ establece 12 principios que guían la implementación de los TTD en la actualidad.⁹

⁸ Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito.

⁹ María Mercedes Dueñas Asesora UNODC Colombia. 2007

- **Unión entre el Tratamiento y los Tribunales.**

La integración del equipo de justicia y de salud contempla la colaboración de ambos sistemas más allá del funcionamiento independiente de cada uno de manera tal de que el tratamiento pueda ser inmediato y con supervisión judicial permanente.

- **Acercamiento entre los opuestos para las decisiones.**

Todos los miembros del equipo conocen en una reunión previa (*pre- corte*) que la prioridad para el Tribunal es discutir sobre cada persona implicada. Las decisiones son usualmente tomadas por consenso, siendo el juez, miembro del equipo, quien tiene la última palabra.

- **Identificación y pronta ubicación en el programa de las personas imputadas elegibles**

Luego del arresto, se decide si la persona es o no candidata elegible para T.T.D. La decisión sobre elegibilidad debe incluir seguridad pública y conveniencia para el tratamiento, siendo este último una atención que debe comenzar lo antes posible.

- **Servicios de Tratamiento**

La atención en tratamiento requiere un conjunto de prestaciones las cuales se espera estén disponibles de asegurar su atención.

- **Supervisión permanente mediante pruebas (test) de drogas**

Es posible Asegurar el cumplimiento por medio de examen de orina aplicados en forma regular y aleatorio. Este punto debe ser sólo una parte de una estrategia comprehensiva para los T.T.D y no un fin en sí mismo.

- **Estímulos y sanciones**

Una gama en escala de estímulos y sanciones debe ser desarrollada. Las sanciones deben ser rápidas y firmes, pero flexibles si es necesario.

- **Supervisión Judicial Continua**

Una supervisión permanente que contemple la interacción cara a cara con cada participante es esencial para esta metodología.

- **Evaluación para medir el éxito del programa**

Referida a la evaluación de proceso y de impacto como parte del programa.

- **Capacitación interdisciplinaria**

Los miembros de los T.T.D deben ser entrenados para trabajar en equipo, así como también tener un buen conocimiento sobre adicciones y sus posibles Tratamientos.

- **Asociaciones con la Comunidad**

Con esta asociación se realzan la efectividad del programa y generan apoyos locales de manera tal de organizar de mejor forma los recursos existentes en la comunidad.

- **La importancia del Manejo del Caso**

Como parte de su recuperación, el participante deberá tener acceso al cuidado de la salud, a la vivienda y empleo o capacitación. Cada participante en el programa debe tener un administrador del caso quien lo asiste para la reintegración a la comunidad.

- **El programa debe ser flexible**

El tratamiento debe ser respuesta a las necesidades del participante adecuándose a ellas por ejemplo; mujer con hijos entra al programa de T.T.D. Dentro de la flexibilidad esta la variable duración del tratamiento conjugada con la duración de la sanción.

Es importante aclarar que la participación del individuo es *voluntaria*, ya que se requiere el acuerdo del sujeto para decretar la suspensión condicional del procedimiento (salida legal utilizada) y además manifestar explícitamente su voluntad de someterse a las diferentes intervenciones terapéuticas (consentimiento informado), que incluyen los exámenes de drogas al azar.

Los desafíos permanentes en este programa, considerando la experiencia nacional, serían un permanente esfuerzo por lograr comprensiones comunes de conceptos tanto desde el ámbito jurídico como del ámbito sanitario. Así como también conjugar intereses distintos que eviten obstaculizar el proceso, tanto al interior del mismo sistema judicial como del sistema sanitario.

Consideraciones sobre la relación entre el consumo de drogas y el delito

La gran mayoría de las personas que presentan consumo problemático de drogas, no cometen delitos, sin embargo, un porcentaje importante de la población que comete delito presenta problemas de consumo de drogas. Lo anterior ha provocado que en los últimos años, se haya puesto sobre la mesa la discusión, análisis y reflexión de las posibles relaciones y asociaciones existentes entre la comisión de delitos y el consumo de drogas.

La investigación internacional y nacional ha mostrado que la población penal presenta una *elevada prevalencia de consumo abusivo de drogas*, significativamente superior a la de la población general (Andrews y Bonta, 2010a; CICAD, 2011; CONACE, 2002;).

No se ha establecido un acuerdo en el debate académico acerca de la relación del consumo de drogas y la comisión de delitos, dado que no existe evidencia científica suficiente que respalde una relación causal directa entre ambos fenómenos.

Sin embargo, existen diferentes desarrollos conceptuales que pueden acercarse a la realidad presentada por algunos individuos o grupos particulares, por lo que su pertinencia debe ser consideradas en cada caso:

- 1) El primer grupo de teorías plantea la existencia de una relación de causalidad entre ambos fenómenos, que puede presentarse en dos direcciones: *el consumo de drogas ocasiona la comisión de delitos* (Goldstein, 1995), o bien, *la delincuencia ocasiona el consumo de drogas* (Menard, Mihalic y Huizinga, 2001; en Bennett y Holloway, 2005).

El enfoque de Goldstein plantea tres relaciones posibles: los consumidores problemáticos de drogas recurren a comportamientos ilegales para financiar el consumo de sustancias que no logran costear por medio de actividades legítimas, (*modelo de compulsión económica relacionado principalmente con los delitos contra la propiedad*). A su vez, señala que algunos individuos cometen delitos contra las personas debido a las

alteraciones cognitivas crónicas producidas por intoxicación con sustancias psicoactivas (*modelo psicofarmacológico*) y se refiere a los delitos contra las personas que se presentan con frecuencia en el mercado ilegal de las drogas entre individuos que se han involucrado en ese negocio (*modelo de la violencia sistémica*).

Menard, Mihalic y Huizinga (2001; en Bennett, 2005) sostienen que los individuos infractores de ley consumen drogas con fines recreativos para celebrar sus hazañas delictuales.

2) El segundo grupo de teorías sostiene que *hay una causa común entre el consumo de drogas y la vida delictual*: factores psicológicos, sociológicos y ambientales. Por ejemplo, la teoría de Gottfredson y Hirschi (1990; en Bennett y Holloway, 2005) sostiene que ni las drogas conducen al delito o viceversa, sino que ambos comportamientos se producen por un bajo auto-control de los individuos.

3) El tercer grupo de teorías argumenta que *no existe un vínculo causal entre el consumo de drogas y la comisión de delitos*, sino que la relación es el resultado de la coexistencia de comportamientos problema, a los que algunos autores han denominado un estilo de vida desviado. Es decir, el consumo de drogas y la infracción de ley son problemas complejos, y para su adecuada comprensión deben considerarse los *factores de riesgo y factores protectores* en la vida del individuo.

Respecto al *consumo problemático de alcohol*, específicamente, en el mundo occidental el consumo excesivo de alcohol ha sido asociado a la comisión de delitos violentos. Marteau (2008) indica que el alcohol puede ser un catalizador de la violencia, debido al efecto desinhibidor del comportamiento; por lo que un individuo intoxicado puede estar más propenso a perder el control. También se ha indicado que el *consumo abusivo de alcohol está relacionado con el delito de violencia doméstica* (violencia intrafamiliar) y se ha indicado que el consumo abusivo de alcohol está correlacionado con nuevos eventos violentos en hombres que se encuentran en tratamiento por Violencia Intrafamiliar.

Pese a lo anterior, los autores señalan que el alcohol por sí mismo no precipita la violencia en el individuo intoxicado, sino que ésta se relaciona con otras variables individuales y de su entorno cultural.

En términos generales, se puede concluir que, tanto respecto a delitos contra las personas como a delitos contra la propiedad, no se cuenta con evidencia que respalde la hipótesis de una relación causal del consumo de sustancias y la comisión de delitos.

En ese sentido, si bien la investigación ha mostrado que *el consumo abusivo de drogas y de alcohol no tratado de la población infractora de ley los expone a la reincidencia delictual*, y resulta fundamental la intervención en esta área, se debe contemplar siempre la intervención en otros ámbitos de la vida de la persona que influyen en la generación de la conducta infractora.

En esa línea, el modelo Riesgo, Necesidad, Receptividad (RNR) Andrews y Bonta, que intenta determinar los factores de riesgo para la reincidencia del delito en la población infractora de ley, contempla que el consumo de sustancias puede constituirse en un riesgo de reincidencia, pero no es el principal de estos factores.

El modelo RNR define como “riesgos dinámicos” o “necesidades criminógenas”, a aquellos factores asociados con el comportamiento infractor que pueden cambiar cuando se implementan estrategias adecuadas, y cuya intervención se asocia con la disminución de reincidencia delictual. Los autores distinguen “Cuatro Grandes” necesidades o riesgos para la reincidencia, sobre los que resulta fundamental intervenir:

- Trayectoria delictual;
- Cogniciones, es decir: actitudes, valores, creencias, racionalización e identidad del individuo que apoyan la comisión de delitos;
- Asociación con pares infractores de ley o con otros que apoyan la comisión de delitos; y
- Pautas antisociales de la personalidad.

Andrews y Bonta (2010a) advierten que el consumo abusivo de drogas y de alcohol en los individuos infractores de ley está relacionado con otros riesgos dinámicos de reincidencia. Por ejemplo, el abuso de drogas expone al individuo al contacto con otros sujetos que sostienen actitudes antisociales, como pueden ser los *dealers*; a su vez, el consumo crónico de sustancias, dificulta el desempeño laboral y puede llevar a dificultades financieras.

De este modo, el consumo problemático de drogas debe ser considerado en la intervención con población que infringe la ley como un posible factor dinámico que influya en la reincidencia delictiva, pero si se pretende alcanzar una disminución de la reincidencia del delito, el tratamiento de la problemática de salud mental debe efectuarse en complementariedad de otras intervenciones dirigidas a abordar otras variables criminógenas involucradas.

ORIENTACIONES Y SUGERENCIAS PARA LA INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

En el tratamiento del consumo problemático de alcohol y drogas resulta importante considerar la variable de trasgresión a la norma en un sentido amplio, contemplando aspectos referidos a la desviación de normas no formales como también al delito.

Una persona puede tener un estilo de vida que no necesariamente trasgrede las leyes, pero que si presenta valores, normas, medios y oportunidades brindadas por su grupo de pertenencia, por ejemplo, el grupo de consumidores donde se encuentra inserto y que pudiesen entrar en conflicto con las normas que rigen en un contexto social más amplio, como su familia de origen u otros grupos sociales relevantes que podrían obstaculizar su proceso de integración social.

En este sentido, lo relevante es considerar aquellos aspectos de la trasgresión a la norma social que pudiesen constituir un factor de riesgo importante para la persona o bien que podrían implicar un daño a terceros.

En algunos casos, las personas llegan a tratamiento motivadas o bien presionadas por una situación de trasgresión social asociada a la situación de consumo que generó importantes dificultades al interior de su familia o comunidad. En ese sentido, esta

dimensión del funcionamiento del individuo debe ser integrado en el proceso de diagnóstico, considerándolo como un posible factor de cambio o problematización que facilite la generación de un pedido de ayuda por parte del usuario en tratamiento.

Para entender la situación de trasgresión se debe considerar que la conducta que trasgrede las normas no es sólo una conducta individual, sino que se sitúa en un contexto social. De ese modo, la comprensión de este fenómeno implica situar la conducta en la biografía de la persona, en el contexto histórico y social en que ella se encuentra y ha desarrollado su comportamiento.

Por otro lado, se debe contemplar la problemática del etiquetamiento y las consecuencias sociales que el consumo de drogas y otras conductas trasgresoras puedan haber generado para la vida de la persona y su entorno o que pueden afectar sus posibilidades de cambio.

Se sugiere utilizar la observación empática, como lo señala Howard S. Becker, en *Outsiders* (1966) que indica que algunas personas que no viven según las normas sociales del grupo son etiquetados como extraños, pero algunos pueden pensar que están siendo juzgados injustamente y como respuesta a ese etiquetamiento pueden desarrollar ideologías que justifican y refuerzan su comportamiento trasgresor.

En relación a la trasgresión a la ley o delito, la intervención terapéutica con personas consumidoras problemáticas de drogas que son formalizadas por un delito, debe ser similar en términos generales, al tratamiento de personas que no presentan comisión de delitos. Sin embargo, dada la evidencia que existe respecto de las características observadas en esta población, se sugiere dar un mayor énfasis al desarrollo y reforzamiento del pensamiento y valores pro sociales.¹⁰

La intervención en esta área, se debe orientar principalmente a favorecer y facilitar que la persona problematice la conducta delictual, tome conciencia del daño o mal causado a terceros, se responsabilice de su comportamiento y repare si es necesario, con el objetivo de prevenir comportamientos similares futuros.

Un aspecto fundamental del tratamiento de las personas con consumo problemático que han infringido la ley, tiene relación con la dimensión de exclusión social. En este sentido, se requiere intervenir especialmente en las variables asociadas a la integración laboral y comunitaria de estas personas.

Sugerencias para el diagnóstico

¹⁰ " El pensamiento Prosocial "Una guía de trabajo para la prevención y el tratamiento de la delincuencia y la drogodependencia " Robert R. Ross, Vicente Garrido, Elizabeth Fabiani, Ana M. Gómez Universidad de Ottawa, Canadá Universidad de Valencia España

Cuando una persona es derivada a tratamiento, en el contexto de una medida o sanción judicial, es pertinente en el diagnóstico integral abordar directamente la comisión de los delitos por lo cuáles ha sido formalizado.

En la o las entrevistas es recomendable indagar respecto de

a.- Recoger su versión del delito:

- Recoger relato textual (¿actuó sólo?, ¿estado?, ¿motivo?, ¿cómo fue aprehendido?, ¿violencia?, ¿lo había hecho antes?)
- Recoger las hipótesis que la persona tiene sobre factores predisponentes y desencadenantes.

b.- Observar actitud frente al delito:

- Conciencia de Delito: (dimensión cognitiva valores vulnerados, atribuciones, locus de control, afectiva, disposición a la acción)
- Conciencia del Mal Causado
- Disposición al Cambio

c.- Identificar conciencia de delito y del daño causado:

Considerar aspectos tales como:

- Reconocimiento del grado de participación en el delito (asumirlo en primera persona)
- Negación, minimización, difusión de la responsabilidad en el hecho, auto-justificación. Atribución de responsabilidad a la víctima
- Juicio crítico, valoración de los hechos, autocrítica
- Concordancia ideo-afectiva ante el delito
- Discordancia, trivialización del hecho, indiferencia.
- Expresiones de culpa, pesar, arrepentimiento, dolor o similares
- Capacidad de ponerse en el lugar de la víctima (empatía, resonancia afectiva, egocentrismo)
- Necesidad de reparación a las víctimas, a familiares o a terceros
- Reconocimiento del daño social que implica el delito

La presencia de una actitud empática frente a la víctima, arrepentimiento coherente entre el discurso y el tono emocional y ausencia de minimización frente al hecho, son señales relevantes para considerar que la persona está en condiciones de asumir la responsabilidad y la consecuencia del acto.

VII.- SEGUIMIENTO POSTERIOR AL EGRESO DE TRATAMIENTO

Seguimiento y Reforzamiento

Lograr una efectiva recuperación del consumo problemático de sustancias requiere de cambios profundos, que se inician en el proceso terapéutico al interior de un centro con el apoyo de un equipo especialista y continuarán llevándose a cabo a lo largo de la vida. Se estima que en un tiempo no menor a 3 años después del egreso se logra la consolidación y mantención de los cambios en el estilo de vida.

El tratamiento no termina con el egreso del plan, pues se necesita un tiempo largo de observación y acompañamiento para la consolidación de los cambios.

Se recomienda, realizar intervenciones (entrevistas individuales, familiares y grupales), durante los doce meses siguientes al alta terapéutica del programa de tratamiento, con el objeto de evaluar la mantención de los logros terapéuticos, fortalecer factores protectores de la mantención de los mismos, fortalecer estrategias de resolución de conflictos y acoger en casos que se presenten recaídas.

Se sugiere una frecuencia cuatrimestral, y de acuerdo al ritmo y las necesidades de las personas, se pueden espaciar los encuentros terapéuticos.

Se espera que dentro de este proceso, las personas se incorporen a instancias de participación como en Grupos de Autoayuda.

Cada día se acumula más evidencia sobre el papel acerca del soporte social como factor protector en la vida de las personas: en referencia por una parte, al acceso a conocimientos que faciliten la adaptación o transformación de la realidad inmediata de cada persona; al acceso a bienes y servicios para la satisfacción de las necesidades físicas y como soporte emocional a aquella ayuda que facilite la salud mental de la persona y que se expresa en relaciones de amistad o camaradería.

La experiencia de autoayuda en los grupos en el contexto de los problemas de consumo de sustancias psicoactivas, los mostrado como espacios nutritivos y aportadores en el cultivo de vínculos y apoyo psicosocial, en la generación de bienestar subjetivo, generación de proyectos personales y colectivos, además de ser espacios que favorecen la mantención de la abstinencia y otros indicadores de logro terapéutico.

Las redes de soporte social pueden ser también una estrategia eficaz para reconstruir el tejido social deteriorado.

Para las personas residentes lejos del Centro de Tratamiento, en la medida de lo posible, se sugiere establecer una conexión con terapeutas concedores del modelo, en los centros de salud de atención primaria cerca del domicilio de las personas, para efectuar este seguimiento y apoyo.

Para realizar el seguimiento, se sugiere diseñar un programa en base a acciones y técnicas específicas de observación, evaluación y fortalecimiento de los avances, progresos y/o dificultades del proceso de rehabilitación, como también del proceso de incorporación social diseñado y ejecutado en la etapa de egreso del tratamiento.

MATRIZ DE INTERVENCIÓN DE LOS PLANES DE TRATAMIENTO

PLAN AMBULATORIO BASICO				
Mes	Objetivos Terapéuticos	Tipo de prestaciones FONASA	Responsables de la Intervención	Indicadores de Verificación
1°	1. Acoger y otorgar contención emocional 2. Evaluar y Confirmar diagnóstico 3. Abordaje de complicaciones médicas 4. Apoyar proceso de desintoxicación 5. Iniciar motivación a tratamiento	Consulta salud mental individual	Profesional / T. Rehabilitación a Psiquiatra Médico/a general Psicólogo/a Psicólogo/a Profesional a cargo Psicólogo/a Tec. Rehab / Profesional a cargo As. Social Equipo SM Nivel Secundario	- Diagnóstico consumo - Diagnóstico biopsicosocial - Diagnóstico comorbilidad - Evaluación estado motivacional - Consentimiento informado - Consultorías realizadas - Referencia asistida realizada - Abandono - Rescate realizado
		Consulta psiquiátrica individual		
		Consulta médica individual		
		Consulta psicológica individual		
		Psicodiagnóstico		
2° al 5°	1. Fortalecer motivación y adherencia a tratamiento 2. Intervenir en los factores mantenedores del consumo 3. Prevención de recaídas 4. Manejo de proceso dx. de mediano plazo 5. Fortalecer factores protectores del cambio de conducta 6. Evaluación y entrenamiento en habilidades socio ocupacionales	Consulta salud mental individual	Profesional / T. Rehabilitación Psiquiatra Médico/a general Psicólogo/a Psicólogo/a Profesional / T. Rehabilitación Psicólogo/a Profesional / T. Rehabilitación Psicólogo/a Profesional / T. Rehabilitación Psicólogo/a As. Social Equipo SM Nivel Secundario	- Plan de tratamiento formulado - Asistencia semanal - Indicadores de proceso - Interconsultas realizadas - Consultorías realizadas - Abandono - Rescate realizado
		Consulta psiquiátrica individual		
		Consulta médica individual		
		Consulta psicológica individual		
		Psicoterapia individual		
		Consulta salud mental familiar		
		Consulta psicológica familiar		
		Intervención Psicosocial grupal familiar.		
		Interv. Psicosocial grupo pares		
		Psicoterapia grupo pares		
Visita domiciliaria				
6°	1. Orientar reestructuración de proyecto de vida 2. Resignificación de situaciones de consumo 3. Fortalecer percepción de auto eficacia 4. Propiciar y apoyar la vinculación a redes sociales de apoyo	Consulta salud mental individual	Profesional / T. Rehabilitación Psiquiatra Médico/a general Profesional / T. Rehabilitación Psicólogo/a Profesional / T. Rehabilitación Psicólogo/a Profesional / T. Rehabilitación Psicólogo/a As. Social Equipo SM Nivel Secundario	- Asistencia semanal - Indicadores de proceso: con relevancia en los familiares y de reinserción - Consultorías realizadas - Abandono - Rescate realizado - Permisos cumplidos satisfactoriamente
		Consulta psiquiátrica individual		
		Consulta psicológica individual		
		Consulta salud mental familiar.		
		Interv. Psicosocial grupo pares		
POST ALTA	1. Evaluar mantención de logros terapéuticos 2. Reforzar proceso de incorporación social 3. Reforzar estrategias de solución de riesgo	Consulta salud mental individual	Profesional/ T. Rehabilitación Asistente Social	- Consumo - relaciones de pares - relaciones familiares - Salud física, Salud mental - Incorporación laboral, académica, cultural, recreativa - Situación legal
		Consulta salud mental familiar		
		Interv psicosocial de grupo Visita domiciliaria		

PLAN AMBULATORIO INTENSIVO				
Mes	Objetivos Terapéuticos	Tipo de prestaciones FONASA	Responsables de la Intervención	Indicadores de verificación
1°	<ol style="list-style-type: none"> 1. Acoger y otorgar contención emocional 2. Evaluar y Confirmar diagnósticos 3. Abordaje de complicaciones médicas 4. Apoyar proceso de desintoxicación 5. Iniciar motivación a tratamiento 	Consulta salud mental individual Consulta psiquiátrica individual Consulta médica individual Consulta psicológica individual psicodiagnóstico Consulta salud mental familiar Consulta psicológica familiar Interv. Psicosoc. Grupo pares Visita domiciliaria	Profesional / T. Rehabilitación a Psiquiatra Médico/a general Psicólogo/a Psicólogo/a Profesional / T. Rehabilitación Psicólogo/a Tec. Rehab / Profesional As. Social Equipo SM Nivel Secundario	<ul style="list-style-type: none"> o Diagnóstico consumo o Diagnóstico biopsicosocial o Diagnóstico comorbilidad o Evaluación estado motivacional o Consentimiento informado o Consultoría realizadas o Referencia asistida realizada o Abandono o Rescate realizado
2° al 6°	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fortalecer motivación y adherencia a tratamiento 2. Intervenir en los factores mantenedores del consumo 3. Prevención de recaídas 4. Manejo de proceso dx. de mediano plazo 5. Fortalecer factores protectores del cambio de conducta 6. Evaluación y entrenamiento en habilidades socio ocupacionales 	Consultoría Salud Mental Consulta salud mental individual Consulta psiquiátrica individual Consulta médica individual Psicoterapia individual Consulta salud mental familiar Consulta psicológica familiar Interv. Psicosocial Grupo familiar Interv. Psicosocial Grupo pares Psicoterapia grupo pares Visita domiciliaria Consultoría Salud Mental	Profesional / T. Rehabilitación Psiquiatra Médico/a general Psicólogo/a Profesional / T. Rehabilitación Psicólogo/a Profesional / T. Rehabilitación Profesional / T. Rehabilitación Psicólogo/a As. Social Equipo SM Nivel Secundario	<ul style="list-style-type: none"> o Plan de tratamiento formulado o Asistencia semanal o Indicadores de progreso terapéutico o Interconsultas realizadas o Consultorías realizadas o Abandono o Rescate realizado
7° al 8°	<ol style="list-style-type: none"> 1. Orientar reestructuración de proyecto de vida 2. Resignificación de situaciones de consumo 3. Fortalecer percepción de auto eficacia 4. Propiciar y apoyar la vinculación a redes sociales de apoyo 	Consulta salud mental individual Consulta psiquiátrica individual Consulta médica individual Consulta psicológica individual Consulta salud mental familiar Consulta psicológica familiar Interv. Psicosocial Grupo pares Interv. Psicosocial. Grupo familiar. Visita domiciliaria Consultoría salud mental	Profesional / T. Rehabilitación Psiquiatra Médico/a general Psicólogo/a Profesional / T. Rehabilitación Psicólogo/a Profesional / T. Rehabilitación Profesional / T. Rehabilitación As. Social Equipo SM Nivel Secundario	<ul style="list-style-type: none"> o Asistencia semanal o Indicadores de proceso con énfasis en los familiares y de reinserción o Interconsultas realizadas o Consultorías realizadas o Abandono o Rescate realizado o Permisos satisfactoriamente cumplidos o Indicadores de egreso
POST ALTA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluar mantención de logros terapéuticos 2. Reforzar proceso de reintegración 3. Reforzar estrategias de solución de riesgo 	Consultoría salud mental Consulta salud mental individual Consulta salud mental familiar Intervención psicosocial de grupo Visita domiciliaria	Equipo SM Nivel Secundario Profesional a cargo / T. Rehabilitación Asistente Social	<ul style="list-style-type: none"> o Consumo relaciones de pares familiares o Salud física o Salud mental o reinserción laboral /académica o Situación con la justicia

PLAN RESIDENCIAL				
Mes	Objetivos Terapéuticos	Tipo de prestaciones FONASA	Responsables Intervención	Indicadores verificación
1º	<ol style="list-style-type: none"> 1. Acoger y otorgar contención emocional 2. Evaluar y Confirmar diagnóstico 3. Abordaje de complicaciones médicas 4. Apoyar proceso de desintoxicación 5. Iniciar motivación a tratamiento 	Consulta salud mental individual	Profesional / T. Rehabilitación a Psiquiatra Médico/a general Psicólogo/a Psicólogo/a Profesional a cargo Psicólogo/a Tec. Rehab / Profesional a cargo As. Social Equipo SM Nivel Secundario	<ul style="list-style-type: none"> o Diagnóstico consumo o Diagnóstico biopsicosocial o Diagnóstico comorbilidad o Estado motivacional o Consentimiento informado o Consultorías realizadas o Referencia asistida realizada o Abandono o Rescate
		Consulta psiquiátrica individual		
		Consulta médica individual		
		Consulta psicológica individual		
		Psicodiagnóstico		
2º al 9º	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fortalecer motivación y adherencia a tratamiento 2. Intervenir en los factores mantenedores del consumo 3. Prevención de recaídas 4. Manejo de proceso dx. de mediano plazo 5. Fortalecer factores protectores del cambio de conducta 6. Evaluación y entrenamiento en habilidades socio ocupacionales 	Consulta salud mental individual	Profesional / T. Rehabilitación Psiquiatra Médico/a general Psicólogo/a Psicólogo/a Profesional / T. Rehabilitación Psicólogo/a Profesional / T. Rehabilitación Profesional / T. Rehabilitación Psicólogo/a As. Social Equipo SM Nivel Secundario	<ul style="list-style-type: none"> o Plan de tratamiento formulado o Asistencia semanal o Indicadores de proceso con énfasis en los personales o Interconsultas realizadas o Consultorías realizadas o Abandono o Rescate realizado
		Consulta psiquiátrica individual		
		Consulta médica individual		
		Consulta psicológica individual		
		Psicoterapia individual		
		Consulta salud mental familiar		
10º al 12º	<ol style="list-style-type: none"> 1. Orientar reestructuración de proyecto de vida 2. Resignificación de situaciones de consumo 3. Fortalecer percepción de auto eficacia 4. Propiciar y apoyar la vinculación a redes sociales de apoyo 	Consulta salud mental individual	Profesional / T. Rehabilitación Psiquiatra Médico/a general Psicólogo/a Profesional / T. Rehabilitación Profesional / T. Rehabilitación Profesional / T. Rehabilitación Psicólogo/a As. Social Equipo SM Nivel Secundario	<ul style="list-style-type: none"> o Asistencia semanal o Indicadores de proceso: con énfasis en los familiares y de reinserción o Interconsultas realizadas o Consultorías realizadas o Abandono o Rescate realizado o Permisos cumplidos satisfactoriamente o Indicadores de egreso
		Consulta psiquiátrica individual		
		Consulta médica individual		
		Consulta psicológica individual		
POST ALTA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluar mantención de logros terapéuticos 2. Reforzar proceso de reintegración 3. Reforzar estrategias de solución de riesgo 	Consulta salud mental familiar	Profesional / T. Rehabilitación Asistente Social Equipo SM Nivel Secundario	<ul style="list-style-type: none"> o Consumo o relaciones de pares o relaciones familiares o Salud física o Salud mental o reinserción laboral /académica o Situación con justicia
		Interv psicosoal grupo pares		
		Visita domiciliaria		
		Consulta salud mental individual		
		Interv psicosoal de grupo		

B. PLANES DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN PARA MUJERES ADULTAS CON PROBLEMAS DERIVADOS DEL CONSUMO DE DROGAS.

Estos planes de tratamiento permiten que mujeres adultas en cualquier circunstancia o situación, incluido en estado de embarazo, con y sin hijas / hijos, ingresen a un programa de tratamiento y rehabilitación del consumo problemático, derribando de esta manera una de las barreras de acceso, más complejas para el propósito de un cambio en esta población.

1. PLAN DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN AMBULATORIO INTENSIVO

Constituye un conjunto de intervenciones y prestaciones a realizar dirigido al logro de los objetivos terapéuticos, de carácter resolutivo, destinado a mujeres adultas, con diagnóstico de consumo perjudicial o dependencia a sustancias psicoactivas con y sin hijos, embarazadas o no y compromiso biopsicosocial moderado a severo, (especialmente con comorbilidad psiquiátrica o somática moderada, sin actividad ocupacional y con algún grado de soporte familiar).

El carácter resolutivo del Plan Ambulatorio Intensivo, está dado porque cumple los siguientes objetivos:

- Establece diagnóstico integral.
- Define plan de intervención según diagnóstico, ejecuta intervenciones terapéuticas y educativas, dirigidas a la mujer afectada, su familia y a la relación entre ellos, priorizando el binomio madre-hijo
- Promueve y acompaña el proceso de motivación al cambio
- Interviene sobre los factores que facilitan y mantienen el consumo
- Fortalece los factores protectores que permitan el logro del proceso de cambio
- Fortalece estrategias de prevención de recaídas
- Fortalece y repara las relaciones vinculares significativas
- Apoya el desarrollo de competencias de integración social
- Orienta y Fomenta la integración social y ocupacional
- Contribuye a reestructurar los estilos de vida
- Fomenta estilos de crianza saludables
- Facilitar relaciones saludables de la díada madre hijo, cuando corresponda

Centros para su implementación

- **Establecimientos de salud de nivel secundario** COSAM, CRS, CDT, Hospital de Día. Con infraestructura suficiente que garantice el desarrollo adecuado de las intervenciones individuales, familiares y grupales tanto en salas como en espacios de espera, descanso y recreación y con espacios que posibiliten privacidad para mujeres, si el programa es mixto, con especial énfasis en sistemas de seguridad exterior tales como, iluminación, zonas despejadas y proximidad a vías de transporte y que posibiliten la tenencia de los hijos, Esta tenencia será transitoria y durante el período de tiempo en que la madre estando físicamente en el centro, se encuentra en actividad terapéutica, sin desmedro de ello, es necesario que se establezca coordinación estrecha con algún centro especializado de la red (Ver anexo 3). Para
- **Comunidades Terapéuticas Ambulatorias**, debidamente acreditadas por la Autoridad de salud Regional, con infraestructura suficiente que garantice el desarrollo adecuado de las intervenciones individuales, familiares y grupales tanto en salas como en espacios de espera, descanso y recreación con espacios que posibiliten privacidad para mujeres, si el programa es mixto, con especial énfasis en sistemas de seguridad exterior tales como, iluminación, zonas despejadas y proximidad a vías de transporte y que posibilite la tenencia de los hijos, Esta tenencia será transitoria y durante el período de tiempo en que la madre estando físicamente en el centro, se encuentra en actividad terapéutica, sin desmedro de ello, es necesario que se establezca coordinación estrecha con algún centro especializado de la red (Ver anexo 3)

Recurso Humano: con capacitación y competencias clínicas de acuerdo a la complejidad de la atención del plan y a la intervención terapéutica desde una perspectiva de género, con asignación horaria suficiente para dar cumplimiento a las prestaciones definidas para el plan.

Se debe incluir personal femenino en el centro.

Prestaciones¹¹ : El Plan de tratamiento ambulatorio intensivo, incluye la alimentación diaria y todos los procedimientos terapéuticos y de rehabilitación que se efectúan con estas usuarias durante su permanencia en el establecimiento y que técnicamente no pueden estar ausentes para el logro de los objetivos terapéuticos: consulta médico psiquiátrica, consulta psicológica individual y familiar, consultas de salud mental, intervención psicosocial de grupo, visitas domiciliarias, psicoterapia individual, y grupal, psicodiagnóstico (Incluye aplicación de test psicológicos si corresponde), exámenes de laboratorio que se requieran y medicamentos si corresponde.

Duración del Plan: Tanto la duración del plan, como la frecuencia de las prestaciones entregadas deben corresponder a lo que la usuaria necesita. Un panel de expertos sugiere una duración aproximada de ocho meses, con una frecuencia de asistencia de 5 días a la semana, entre 4 a 6 horas de permanencia diaria, y una concentración de 4 a 5 prestaciones por día.

¹¹ Ver anexo 1

Etapas del Plan: Se sugiere distinguir cuatro etapas en el desarrollo del plan de tratamiento, que abordan una progresión de objetivos terapéuticos específicos. Cada etapa tiene una duración estimada.

1ª etapa: contempla la acogida y contención emocional, el diagnóstico integral o confirmación diagnóstica del problema, que incluye: aspectos clínicos del consumo; estado de salud general y ginecobstétrica; estado de salud mental; valoración del compromiso biopsicosocial de la usuaria afectada directamente por el consumo; valoración de la identidad y rol de género; abordaje del proceso de desintoxicación inmediato y las complicaciones asociadas, para ella y su hijo en caso de estar embarazada; apoyo y profundización de la motivación al cambio; valoración de las necesidades de integración social; el cuidado y custodia de los hijos, durante el período de permanencia en el plan; inclusión de la familia como parte del proceso.

2ª etapa: etapa intermedia que interviene los factores que inician y mantienen el consumo problemático; apoya el proceso de desintoxicación a mediano y largo plazo y de prevención de recaídas; entrena en la relación de apego y establecimiento de vínculos saludables con los hijos y el sistema intrafamiliar; interviene en la reparación de experiencias traumáticas, elaboración de duelos, redefinición de roles e identidad de género; fortalece factores protectores y apoyo al fortalecimiento y desarrollo de competencias de integración social (conocimientos, habilidades y actitudes). Además de fomentar la vinculación y derivación a redes de apoyo según las necesidades de integración social detectadas.

3ª etapa: es la preparación para el egreso del plan. Es la preparación para el egreso del plan y corresponde principalmente al periodo en que se espera que las personas estén concretando la incorporación a las, diferentes instancias y actividades que el permiten hacer realidad los cambios en su proyecto de vida donde se fortalecen estos cambios terapéuticos y se profundiza en los aspectos vinculados a las alternativas reales de integración, con énfasis en la vinculación a redes de apoyo personal e institucional

4ª etapa: corresponde a un período de seguimiento no inferior a un año posterior al alta terapéutica del plan, en el cual se realizan intervenciones individuales, familiares o grupales, con una frecuencia que se va distanciando progresivamente en la medida que avanza el plazo de un año, con el objeto de evaluar la mantención de los cambios terapéuticos logrados, ofreciendo estrategias de apoyo en el caso de presentarse dificultades.

2. PLAN DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN RESIDENCIAL

Este plan constituye un conjunto de intervenciones y prestaciones que se realizan en un régimen de internación de 24 horas, preferentemente en una modalidad de comunidad terapéutica, para obtener el logro de los objetivos terapéuticos, destinado a mujeres adultas con diagnóstico de consumo perjudicial o dependencia a sustancias psicoactivas con y sin hijos, embarazadas o no, con compromiso biopsicosocial severo (múltiples tratamientos previos, consumo y/o tráfico en miembros de la familia, sin red de apoyo familiar y social, con trastorno psiquiátrico severo compensado, percepción disminuida o ausente de autoeficacia).

El carácter resolutivo del Plan Residencial, está dado porque cumple los siguientes objetivos:

- Establece diagnóstico integral.
- Define plan de intervención según diagnóstico, ejecuta intervenciones terapéuticas y educativas, dirigidas a la mujer afectada, su familia y a la relación entre ellos, priorizando el binomio madre-hijo/a
- Promueve y acompaña el proceso de motivación al cambio
- Interviene sobre los factores que facilitan y mantienen el consumo
- Fortalece los factores protectores que permitan el logro del proceso de cambio
- Entrena y/o fortalece estrategias de prevención de recaídas
- Fortalece y repara las relaciones vinculares significativas
- Apoyar el desarrollo de competencias de integración social
- Orienta y Fomenta la integración social y ocupacional
- Contribuye a reestructurar los estilos de vida
- Fomenta estilos de crianza saludables
- Facilitar relaciones saludables de la díada madre hijo, cuando corresponda

Centros para su implementación:

Establecimientos privados: Comunidades Terapéuticas y similares, acreditadas por el Servicio de Salud correspondiente, con infraestructura suficiente que garantice el desarrollo adecuado de las intervenciones terapéuticas (individuales, familiares y grupales) hotelería, (tamaño y superficie de las salas, dormitorios, comedor, espacios de descanso y recreación), espacios de espera, y que posibilite la permanencia de los hijos/as, en caso de ser necesario.

Para la permanencia de los niños/niñas menores de cinco años requiere equipamiento adecuado (cunas, colchonetas extendidas para reemplazar corrales, tina para la ducha, mudadores, sediles para preparación de mamaderas, sala de juegos. Además se requiere establecer coordinación con algún centro especializado de la red (ver anexo3). Para la manipulación y preparación de mamaderas existe una normativa del MINSAL disponible en la página web.

Si el programa es mixto, el espacio físico en donde permanezcan las usuarias debe estar separado de los varones, con dormitorios, baños y salas de estar privados para mujeres.

Establecimientos públicos: Con infraestructura suficiente e indispensable que garantice el desarrollo adecuado de las intervenciones individuales, familiares y grupales, tanto en metros cuadrados de superficie de salas de trabajo terapéutico como de espacios de descanso, recreación, hotelería y que posibilite la permanencia de los hijos de ser necesario.

Para la permanencia de los niños menores de cinco años requiere equipamiento adecuado (cunas, colchonetas extendidas para reemplazar corrales, tina para la ducha, mudadores, sediles para preparación de mamaderas, sala de juegos). Se requiere establecer coordinación con algún centro especializado de la red (ver anexo3. Para la manipulación y preparación de mamaderas existe una normativa del MINSAL disponible en la página web.

Si el programa es mixto, el espacio físico en donde permanezcan las usuarias debe estar separado de los varones, con dormitorios, baños y salas de estar privados para mujeres.

Recurso Humano: capacitado de acuerdo a la complejidad de la atención del plan y a la intervención terapéutica desde una perspectiva de género, con asignación horaria suficiente para dar cumplimiento a las prestaciones definidas para el plan. Se debe incluir personal femenino en el centro, tanto en el día como, en los turnos de noche.

Prestaciones¹²: El Plan de tratamiento residencial incluye el día cama y todos los procedimientos terapéuticos y de rehabilitación que se efectúan con estas usuarias durante su permanencia en el establecimiento y que técnicamente no pueden estar ausentes para el logro de los objetivos terapéuticos: consulta médico psiquiátrica, consulta psicológica individual y familiar, consultas de salud mental, intervención psicosocial de grupo, visitas domiciliarias, psicoterapia individual y grupal, psicodiagnóstico (Incluye aplicación de test psicológicos si corresponde), exámenes de laboratorio que se requieran y medicamentos si corresponde.

Duración del Plan: Tanto la duración del plan, como la frecuencia de las prestaciones entregadas deben corresponder a lo que la usuaria necesita. Un panel de expertos sugiere una duración aproximada de 12 meses con permanencia de 7 días, en una jornada terapéutica de 5 a 7 horas cada día, y una concentración de intervenciones diarias no menor a 5 (incorpora permisos fines de semana u otros similares).

Etapas del Plan: Se sugiere distinguir cuatro etapas en el desarrollo del plan de tratamiento, que abordan una progresión de objetivos terapéuticos específicos. Cada etapa tiene una duración estimada.

1ª etapa: contempla la acogida y contención emocional de la mujer, el diagnóstico integral o confirmación diagnóstica del problema, que incluye: aspectos clínicos del consumo; estado de salud general y ginecobstétrica; estado de salud mental; valoración del compromiso biopsicosocial de la usuaria afectada directamente por el consumo; valoración de la identidad y rol de género; abordaje del proceso de desintoxicación inmediato y las complicaciones asociadas, para ella y su hijo en caso de estar embarazada; apoyo y profundización de la motivación al cambio; valoración de las necesidades de integración social; custodia de los hijos, durante el período de permanencia en el plan; inclusión de la familia como parte del proceso.

¹² ver sección 1

2ª etapa: etapa intermedia que interviene los factores que inician y mantienen el consumo problemático; apoya el proceso de desintoxicación a mediano y largo plazo y de prevención de recaídas; entrena en la relación de apego y establecimiento de vínculos saludables con los hijos y el sistema intra familiar; interviene en la reparación de experiencias traumáticas, elaboración de duelos, redefinición de roles e identidad de género; fortalece factores protectores y apoyo al fortalecimiento y desarrollo de competencias de integración social (conocimientos, habilidades y actitudes). Además de fomentar la vinculación y derivación a redes de apoyo según las necesidades de integración social detectadas.

3ª etapa: Es la preparación para el egreso del plan y corresponde principalmente al período en que se espera que las personas estén concretando la incorporación a las, diferentes instancias y actividades que el permiten hacer realidad los cambios en su proyecto de vida donde se fortalecen estos cambios terapéuticos y se profundiza en los aspectos vinculados a las alternativas reales de integración, con énfasis en la vinculación a redes de apoyo personal e institucional

4ª etapa: corresponde a un período de seguimiento no inferior a un año posterior al alta terapéutica del plan, en el cual se realizan intervenciones individuales, familiares o grupales, con una frecuencia que se distancia progresivamente en la medida que avanza el plazo de un año, con el objeto de evaluar la mantención de los cambios terapéuticos logrados, ofreciendo estrategias de apoyo en el caso de presentarse dificultades.

ORIENTACIONES PARA EL REQUERIMIENTO Y APLICACIÓN DE EXAMENES DE LABORATORIO EN MUJERES

En relación a los exámenes de laboratorio, se han incluido aquellos considerados indispensables para un diagnóstico integral y adecuado a las necesidades de la complejidad del problema

1. Las pruebas biológicas recomendables en mujeres con dependencia a Alcohol son las siguientes:

- Hemograma completo y VHS.
- Perfil bioquímico: Glicemia, creatininemia, uremia, uricemia.
 - ELP
 - CPK
 - Perfil lipídico
 - Perfil hepático: SGOT, SGPT, GGT, fosfatasas alcalinas, bilirrubina total.
- VDRL y VIH.
- PAP.

2.-Pruebas biológicas recomendables en mujeres con dependencia a drogas no endovenosas;

- Hemograma completo.
- Perfil bioquímico general:

Función hepática
▪ Función renal
▪ LDH
▪ Perfil lipídico completo
▪ Glicemia, creatininemia, uremia
- Análisis de orina.
- VHS (Velocidad de sedimentación).
- Serología luética (VDRL).
- Radiografía de tórax en usuarios/as de PBC.
- PAP.

3.-Pruebas biológicas recomendables en mujeres con ADVP:

- Hemograma completo.
- Perfil bioquímico general:

Función hepática
▪ Función renal
▪ LDH
▪ Perfil lipídico completo
▪ Glicemia, creatininemia, uremia
- Análisis de orina.
- VHS (Velocidad de sedimentación).
- Serología luética (VDRL).
- Serología Hepatitis B, C y Delta.
- Determinación de anticuerpos anti-HIV.
- PAP.

ORIENTACIONES PARA LA ADMINISTRACIÓN DE PSICOFÁRMACOS

En lo que se refiera a la prescripción de antidepresivos para mujeres con consumo problemático de drogas, se sugieren los ISRS por su posología (monodosis), su seguridad (en caso de sobredosis no pone en riesgo vital a la usuaria), e inicio de acción más rápido que los tricíclicos (con excepción de la fluoxetina).

Además, dado que la serotonina parece estar implicada en la conducta compulsiva (de búsqueda de droga inducida por cocaína y pasta base de cocaína, los atracones y vómitos compulsivos en la bulimia), el uso de ISRS reduce el comportamiento obsesivo-compulsivo, además de bloquear la recaptación de serotonina e hiposensibilizar los receptores postsinápticos (down regulation) con el consecuente aumento del ánimo.

No se debe olvidar que inicialmente la fluoxetina produce una disminución del apetito (durante 2 meses aproximadamente) y un aumento de la ansiedad.

La sertralina es la molécula ideal en mujeres embarazadas con un trastorno afectivo y consumo problemático de Sustancias Psicoactivas. Su uso está indicado en Episodios Depresivos Mayores moderados a severos, con riesgo suicida; inclusive durante el primer trimestre de embarazo. También es el antidepresivo de elección en puérperas en esta misma condición, dado que sólo un mínimo porcentaje pasa a la leche materna.

Estas recomendaciones deben seguirse en aquellas mujeres que no han respondido a psicoterapia de contención y cuya sintomatología las expone en cuanto a su salud física y mental, así como también al feto y/o recién nacido.

La amitriptilina es una molécula relativamente bien tolerada a dosis bajas. Se utiliza cuando coexisten alteraciones del sueño y cuadros psicósomáticos como: jaqueca mixta, colopatía funcional, bruxismo, dorsolumbalgia, fibromialgia, etc. Los inconvenientes son sus efectos adversos inducidos por el bloqueo de los receptores L1, H1 y M1; y la estimulación de receptores como consecuencia de la inhibición de la recaptación de noradrenalina y serotonina: sedación, sequedad bucal, constipación, diplopia, retención urinaria, hipotensión ortostática, taquicardia, sudoración, temblor, trastornos cardíacos, hipertensión arterial, convulsiones, disfunción sexual, etc.

Otros tri o tetracíclicos (clomipramina, desipramina), Duales (venlafaxina), tienen una mayor eficacia de acción tanto sobre los síntomas depresivos como ansiosos, y en estudios científicos a largo plazo presentan una menor sintomatología residual y recurrencia. Sin embargo, los duales tienen un mejor perfil de tolerabilidad y por lo tanto, mejoran la adherencia a tratamiento. Además, actúan sobre los síntomas somáticos de la depresión: dorsalgia, cefalea, síntomas gastrointestinales (pesadez, cólicos, distensión abdominal).

La trazodona es bien tolerada, permite aprovechar su efecto hipnoinductor que no altera la arquitectura del sueño cuando se usa como.

Los ansiolíticos deben usarse con gran precaución en esta población y por el menor tiempo posible. Para disminuir el riesgo de dependencia se sugiere el uso de ansiolíticos de vida media intermedia y/o larga, como clonazepam y diazepam, y no exceder los 4 meses de tratamiento continuo.

Cuando se desarrolla, el aumento de la tolerancia aparece a las 2 semanas para el efecto sedante y a las 4-5 semanas para el efecto hipnótico.

Otro efecto adverso del uso prolongado de benzodiazepinas es la alteración de la memoria (reversible) y del sueño (insomnio de rebote por aumento de la latencia del sueño No-REM, aumento del tiempo de vigilia, fragmentación y disminución del horario total del sueño, y aumento de la actividad onírica).

Su uso está recomendado para tratar el síndrome de privación, en especial por alcohol; así como también, en comorbilidad diagnóstica (T. de pánico, T. depresivo mayor con síntomas de angustia o crisis de pánico, T. ansioso generalizado, Fobias, T. de personalidad, etc.).

En caso de insomnio, es preferible usar zopiclona y/o zolpidem. En especial esta última, porque no altera la arquitectura del sueño. Siempre deben asociarse estrategias de higiene del sueño.

En el grupo de los neurolépticos, la clorpromazina sigue siendo una muy buena opción, para disminuir intensidad de episodios micropsicóticos y reducir la ansiedad en usuarias con trastorno de personalidad límite. Sin embargo, su uso prolongado, presenta muchos efectos secundarios: aplanamiento afectivo, anergia psíquica, síntomas extrapiramidales, sedación, hipotensión ortostática, aumento de peso, sequedad bucal, visión borrosa, constipación, taquicardia, etc.

La risperidona tiene menos efectos secundarios, pero puede ser muy activante en algunas mujeres.

Otros neurolépticos, como quetiapina y flupentixol, en bajas dosis, son muy útiles en el manejo del control de impulsos.

Como estabilizadores del ánimo y anti-impulsivos se sugiere: gabapentina, lamotrigina. La segunda tiene además un potente efecto antidepresivo

Se ha sugerido el uso de gabapentina, en atención a que, además de disminuir el craving (deseo irrefrenable) a cocaína, tiene un efecto ansiolítico por su acción inhibitoria del sistema glutamato. También tiene acción antiepiléptica, eutimizante y facilitador del control de impulsos.

En el caso de usuarias con mayor compromiso sintomático o conductual o en situaciones que plantean emergencias, podrá ser necesario utilizar otros fármacos, cuya prescripción requiere de un análisis cuidadoso por el especialista, y prestando debida atención a los protocolos de utilización y la disponibilidad.

Finalmente, hay fármacos en los que se han postulado acciones anticraving como Naltrexona y el Acamprosato. El primero reduce los consumos de alcohol, y evita el craving a cocaína. El Acamprosato se recomienda para reducir el deseo de beber alcohol y la disforia ligada a la abstinencia.

ORIENTACIONES TECNICAS Y CRITERIOS DE CALIDAD EN LA ATENCIÓN DE MUJERES ADULTAS CON CONSUMO PROBLEMATICO DE DROGAS.

La literatura especializada señala que la eficacia de los distintos tipos de tratamientos para los trastornos mentales y del comportamiento por consumo de sustancias psicoactivas, está determinada por las características de las personas, los procedimientos aplicados, las variables intervinientes en el fenómeno del consumo y relacionada con la estructura del programa.

La efectividad o eficacia en salud, se ha definido como el grado en que una acción, en este caso un programa de tratamiento, alcanza sus objetivos.

La literatura internacional y evidencia empírica clínica, en el tratamiento y la rehabilitación de mujeres en nuestro país y países occidentales, plantea que los programas de tratamiento para población femenina deben ser sensibles al género, es decir tener en cuenta las necesidades de la mujer en todos los aspectos, tanto en el diseño como en su ejecución

Los planes de tratamiento buscan desarrollar objetivos terapéuticos progresivos y relativamente específicos, a lo largo de sucesivas etapas del proceso de tratamiento, diseñado de acuerdo a los requerimientos de las usuarias (plan de tratamiento individualizado).

Las diversas actividades o prestaciones se realizan en concentración y frecuencia diversas en cada etapa.

La primera de ellas, destinada principalmente a la construcción de la alianza terapéutica y la elaboración del diagnóstico integral, tiene una duración estimada de hasta dos meses, dada la evidencia respecto de la dificultad que presentan las mujeres para relacionarse con confianza frente a un equipo terapéutico, debido a las múltiples experiencias de rechazo y estigmatización social vividas por su condición de consumidoras de drogas.

La segunda etapa, intermedia, es la de mayor intensidad del proceso. En ella se abordan en profundidad los factores intervinientes en el inicio y mantención del consumo.

La tercera etapa, está preferentemente destinada al entrenamiento de habilidades y competencias ocupacionales y elaboración de un proyecto de vida saludable que favorezca la integración social.

Finalmente la última etapa, se dedica al seguimiento y afianzamiento del estilo de vida con supresión o disminución franca del consumo.

Cada una de las etapas previamente mencionadas, conlleva adicionalmente el cuidado y tenencia de los hijos, cuando sea necesario y actividades terapéuticas y educativas compartidas entre madres e hijos, independientemente de la tenencia y cuidado, en el contexto de favorecer el desarrollo de relaciones de apego y vinculares saludables, en el binomio madre hijo.

CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

GÉNERO

PNUD define Género como los atributos sociales y las oportunidades asociadas con el ser femenino y masculino y las relaciones entre mujeres y hombres, y niñas y niños. Estos atributos, oportunidades y relaciones están construidas socialmente y varían según el contexto social y temporal. El género determina lo que puede esperarse, lo que es permitido y valorado en una mujer o en un hombre en un contexto dado (PNUD, 2000)

En el marco de la política pública, considerar el tratamiento desde una perspectiva de género, es trabajar con las diferentes formas en que las nociones de varón y mujer son construidas, siendo éstas un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen a los sexos.

La igualdad de género supone que los diferentes comportamientos, aspiraciones y necesidades de las mujeres y los hombres se consideren, valoren y promuevan de igual manera. Ello no significa que mujeres y hombres deban convertirse en iguales, sino que sus derechos, responsabilidades y oportunidades no dependan de si han nacido hombres o mujeres.

La igualdad de género implica que todos los seres humanos, hombres y mujeres, son libres para desarrollar sus capacidades personales y para tomar decisiones. El medio para lograr la igualdad es la equidad de género, entendida como la justicia en el tratamiento a mujeres y hombres de acuerdo a sus respectivas necesidades.

Desde una perspectiva Biopsicosocial, no nacemos con una identidad de género diferenciada, no nacemos hechos psicológicamente como hombres o mujeres, ni siquiera nos formamos como simple evolución vital, sino que la adopción de una identidad es el resultado de un proceso largo y complejo.

La perspectiva de género debe buscar no solo dar igualdad de oportunidades, debe considerar las barreras que impiden una igualdad de participación, con el objeto de lograr equidad en el impacto, lo cual significa poner énfasis en uno de los géneros en aquellos casos en los que sea necesario.

Reconocer que el género es un hecho diferencial, y que se requiere entregar atención terapéutica a través de un programa personalizado y estructurado que considere las variables de identidad y normas de género, como marco teórico a la base, incorporando actividades terapéuticas que posibiliten la conciencia de problema personal, en un contexto social y cultural en donde la mujer, ha adquirido pautas y comportamientos socialmente aceptados, pero no necesariamente afines a sus necesidades de autonomía y desarrollo personal

ENFOQUE BIOPSIICOSOCIAL

Abordar lo biológico, lo psicológico y lo social, de cada una de las usuarias en tratamiento, de forma integral y complementaria.

En lo biológico dará cuenta de los problemas específicos asociados al consumo de sustancias en mujeres y potenciará el desarrollo de una situación de salud favorable.

En lo psicológico trabajará con aspectos intrapsíquicos, reparación de duelos y traumas, resolución de conflictos, habilidades y entrenamiento en destrezas sociales, autoestima y valoración personal, autoimagen y relaciones vinculares.

En lo social, deberá trabajar con una mirada que integre a la familia y que posibilite el desempeño de roles con objetivos y propósitos personales definidos, con satisfacción personal y en concordancia con los ambientes en que se desempeña

ENFOQUE EN RED

Integrar la atención terapéutica en el conjunto de los planes y acciones socio sanitarias existentes para la población en general. Otorgar tratamiento y rehabilitación de forma integral, utilizando todos los recursos existentes que sean necesarios, enlazándolos y promocionando la autonomía, la integración social, y la construcción de un estilo de vida saludable

Conectar permanentemente los programas y equipos de tratamiento con niveles de atención más básicos y generales, cercano a los lugares de vida, interrelacionados con la comunidad local, territorial, esto es, la Atención Primaria de Salud y referir o contrarreferir a ellos, a las consultantes y sus hijos, cuando corresponda, tan pronto como sea posible.

ENFOQUE INTERDISCIPLINARIO

Asegurar la participación de varias disciplinas complementarias y sinérgicas entre sí, otorgando los espacios correspondientes para que cada técnico y profesional aporte desde su quehacer, hacia una meta común, utilizando un modelo democrático de intercambio de información y de integración de distintas terapias, pero con un equipo que comparte un mismo enfoque y conceptos respecto de la usuaria y con un tratamiento mas bien basado en la experiencia del equipo, que en la opinión individual de cada uno de sus miembros

ENFOQUE RELACIONAL

Numerosos autores (Finkelstein y otros, Jean Baker Miller,)¹³ han planteado que la motivación principal de la mujer es la necesidad de crear un sentido de enlace con los demás y la noción de sí misma y de su propia valía; las mujeres entonces, asumen la responsabilidad del cultivo y la conservación de las relaciones.

¹³ S,S Covington y J.Surey The Relational Model of Women's Psychological development: Implications for Substances abuse., mayor información, consultar en www.stephaniecovington.com.

Las relaciones, su calidad y más aun, su disolución, cumplen una función determinante en el consumo de sustancias en la mujer. Como señala la práctica clínica, las mujeres pueden consumir drogas para conservar relaciones (por ejemplo, con una pareja que también lo hace), para colmar el vacío creado por una relación insatisfactoria o malograda, o para soportar el dolor de una relación abusiva.

La incorporación del enfoque relacional en las intervenciones de tratamiento para la mujer permite reconocer que en su vida es esencial establecer y mantener relaciones y por ello es necesario incorporar componentes y medios que permitan pasar revista a sus relaciones anteriores y actuales y aprender a establecer y mantener relaciones sanas¹⁴

Además, se reconoce la importancia de los vínculos de la mujer con sus hijos y la función que puede cumplir un firme apoyo social para que se recupere de los problemas de consumo de sustancias, siendo relevante el trabajo con la familia, para intentar nuevos equilibrios y relaciones.

INCLUSIÓN DE HIJOS E HIJAS AL TRATAMIENTO

La inclusión y el trabajo con hijos de personas en tratamiento por consumo de alcohol y/o drogas, surge a partir de la necesidad de derribar una de las barreras para el ingreso a tratamiento de algunas mujeres y la necesidad de los hijos e hijas de estar con sus madres, especialmente en sus primeros años de vida.

La atención de mujeres con problemas de drogas, debe incorporar cuando corresponda, la atención y acompañamiento en el cuidado y tenencia de los hijos, en el entendido que los niños, en ocasiones suelen constituir un aspecto limitante para el ingreso a programas de tratamiento tradicionales que no contemplan espacio para ellos

La incorporación de los hijos al programa de tratamiento¹⁵, permite desde la observación natural, generar un ambiente familiar, abrir la posibilidad de redefinir roles entre usuarias y terapeutas; así como también la posibilidad de gatillar dinámicas más profundas en las mujeres, que deben ser abordadas en terapia individual o grupal según la necesidad específica.

En el caso específico de las mujeres, se ha observado que la incorporación de la díada madre-hijo, puede tener un fuerte valor motivacional para la madre y preventivo para el hijo de ésta.

En este sentido, se sugiere que los hijos ingresen luego que la usuaria haya pasado la etapa de desintoxicación, se encuentre estabilizada y/o en un estadio motivacional de preparación o acción. De acuerdo a la experiencia clínica acumulada, no es recomendable que usuarias en estado contemplativo o pre contemplativo ingresen a tratamiento con sus hijos.

¹⁴ Citado en Tratamiento del Abuso de sustancias y atención para la mujer. Estudios monográficos y experiencia adquirida, publicado por Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito Viena 2005

Existen mujeres que en el inicio del proceso terapéutico, no están en condiciones emocionales de tener a sus hijos con ellas en tratamiento, sin embargo, al avanzar en el proceso de desintoxicación biológica y emocional, y al ver a otras mujeres con sus hijos, aparece la necesidad de un vínculo más próximo con ellos/as. Para generar un espacio real de encuentro de las usuarias con sus hijos/as, tanto en modalidad residencial o ambulatoria, es necesario primero crear un espacio mental tanto en ellas como en cada una de las personas que conforman el equipo terapéutico.

Al incluir los niños se trae a la práctica y la realidad, la relación más primaria que es la de madre-hijo y su consecuencia es que transporta tanto a la usuaria como al equipo tratante hacia “las relaciones”, por lo que técnicamente se pone el énfasis en ello y lleva ineludiblemente a trabajar más con la familia.

En relación a aquellos aspectos a considerar en el caso de incorporarse niñas o niños en el tratamiento, como acompañantes del proceso de tratamiento, es importante regirse por lo establecido en la Convención de los Derechos del Niño, ratificada por Chile en el año 1990 y que señala los siguientes principios:

- **No Discriminación:** en el cual se establece que los derechos de la infancia son aplicables a todos los niños y niñas, sin distinción de género, raza o de cualquier condición biológica, sociocultural, económica y/o política, etc. En este sentido no pueden ser causa de exclusión de este dispositivo condiciones de los hijos e hijas de las mujeres usuarias, como por ejemplo condiciones de salud tanto física como mentales (déficit atencional, discapacidad mental o física, enfermedades crónicas, etc.)
- **Interés superior del niño:** se refiere a que todas las acciones que se emprendan en torno a la vida de un niño/a deben realizarse en favor de su interés superior, lo que incluye todas las decisiones que le afectan y que son tomadas por los garantes (familia, comunidad, instituciones de la sociedad civil y el estado), se trata de promover la protección y desarrollo de la autonomía del niño en ejercicio de sus derechos, por lo tanto las facultades del estado, organizaciones sociales, familia, etc. Se encuentran limitadas por esta función u objetivo. En este sentido debe tenerse especial cuidado que al ingresar a Mujer y sus hijos a tratamiento, no solo se debe considerar lo beneficioso que este proceso pudiera resultar en su condición de salud, sino que también incorporar el análisis de las necesidades e interés del bienestar de ese hijo o hija.
- **Supervivencia y Desarrollo:** la convención de los derechos del niño/a establece que si bien los niños y niñas, especialmente los más jóvenes, son vulnerables y requieren protección, todas y todos ellos tienen derecho a la vida, a desarrollar plenamente su potencial y a recibir apoyo para tales efectos. Este principio general reconoce también, el derecho de todo niño o niña a explorar, interactuar y pensar por sí mismo, llevando consigo un concepto de “desarrollo de las capacidades” que apunta a tomar en consideración la edad y madurez de la niña y el niño, al determinar su nivel de autodeterminación y libertad. Desde esta perspectiva, el desarrollo de la niñez es un concepto integral que demanda la consideración del niño y la niña en su totalidad, es decir, considerar y valorar igualmente los aspectos físicos, cognoscitivos, emocionales, sociales, culturales y espirituales. Por lo tanto, el equipo de tratamiento debe contar con las condiciones necesarias para respetar este principio, favoreciendo espacios que potencie las capacidades de los niños y niñas, respetando su autodeterminación y brindando intervenciones integrales para resguardar su bienestar y desarrollo en

aspectos de crecimiento físico, posibilidades de relación con otros, estudios, actividades recreativas, relación con sus otros familiares, etc.

- **Participación:** los niños y niñas tienen el derecho a formar su propio juicio, expresar libremente su opinión, a asociarse y celebrar reuniones pacíficas. Ellos y ellas tienen una visión de mundo y una perspectiva de futuro que deben ser escuchadas, en definitiva, una “voz” entendida como toda forma de expresión que tenga poder para modificar situaciones. Es importante que los profesionales no decidan por ellos, sino que los escuchen y den un espacio de real participación en aquellas decisiones que afectan su vida y su cotidianeidad, todo esto teniendo en cuenta la edad y etapa del desarrollo en que estos niños y niñas se encuentran.

El enfoque de buen trato en la infancia: El Buen Trato en las relaciones, y particularmente con niños y niñas pequeños (as), no es sólo la ausencia de situaciones de maltrato. Hablar de Buen Trato, invita a una reflexión profunda respecto a cómo las personas adultas se relacionan con ellos/as cotidianamente al interior de las familias, en la comunidad, e inclusive en espacios públicos.

El Buen Trato, antes que todo, es una forma particular de relación entre las personas, que se basa en un profundo sentimiento de respeto y valoración hacia la dignidad del otro (a). Se caracteriza por el uso de la empatía para entender y dar sentido a las necesidades de los demás, la comunicación efectiva entre las personas a fin de compartir genuinamente las necesidades, la resolución no violenta de conflictos, y un adecuado ejercicio de la jerarquía y del poder en las relaciones.

INTEGRACIÓN SOCIAL

Los avances en las metodologías y marcos conceptuales referentes al tratamiento del consumo problemático de sustancias, ponen de manifiesto la necesidad de potenciar procesos de recuperación, en los cuales las personas usuarias reciban los apoyos necesarios para hacer sostenibles en el tiempo los logros que alcanzan durante las diversas fases de tratamiento. El comprender que un proceso de tratamiento no es suficiente para sostener estos cambios en el tiempo, conlleva el desafío de propiciar a lo largo de todas las intervenciones, nuevas o mejores capacidades en las personas usuarias para enfrentar las demandas del medio, pero también supone la asociación con otros y con el contexto para hacer de este un espacio potenciador y acogedor para las personas que han pasado por programas de tratamiento.

En este sentido la **Integración Social** se entiende, como un proceso con diferentes niveles de intensidad dónde se busca que la persona pueda desarrollarse y pueda ser aceptada y considerada como ciudadano/a sujeto de derechos y deberes.

Para considerar a una persona integrada socialmente, existen tres elementos claves:

1. Que tenga cubiertas sus necesidades básicas: es decir que tenga unas condiciones de vida dignas en el ámbito de vivienda, salud, educación y recursos económicos.

2. Que tenga un sistema de relaciones adecuadas que le permitan desarrollar vínculos afectivos y por tanto le permitan sentirse parte de la comunidad.
3. Que pueda desarrollar una serie de actividades que le permitan ser reconocido socialmente: participar de espacios públicos, de ocio y en funciones de producción.

Por equiparación de oportunidades se entiende el proceso mediante el cual los diversos sistemas de la sociedad se ponen a disposición de todos, especialmente de las personas con desventaja social y está basada en los siguientes principios:

- a) Principio de integración como reconocimiento de las necesidades y potencialidades específicas de cada individuo y grupos sociales.
- b) Principio de accesibilidad como condición necesaria para que las personas vulnerables disfruten de oportunidades sociales equiparables a las de sus conciudadanos.
- c) Principio de participación y autonomía como reconocimiento del derecho de todas las personas a participar en la vida social, económica y cultural de su comunidad.

Por lo tanto, la integración debe entenderse como poner a disposición de una persona un conjunto de recursos que le permitan responder adecuadamente a las necesidades que de forma transitoria o permanente se puedan presentar, teniendo en cuenta no sólo sus limitaciones y dificultades sino sobre todo sus potencialidades posibilidades de desarrollo y participación.

La integración social es un concepto interactivo que implica cambios mutuos tanto por parte de la propia persona como de la sociedad. Supone la contribución de los afectados y de la comunidad para lograr una equiparación de oportunidades, que permita la igualdad y plena participación de las personas con problemas de drogodependencias en la vida y el desarrollo social.

De esta manera, entonces, el proceso de integración social se convierte en un eje en el tratamiento, y que es transversal a todas las etapas que lo componen.

Las acciones que se lleven a cabo en el desarrollo del proceso terapéutico, en el marco de la recuperación del consumo problemático de sustancias, deben estar orientadas fundamentalmente a potenciar y reforzar las capacidades personales, otorgar oportunidades de acceso real a diferentes instancias que apoyen la integración social y que trasciendan el momento del egreso del plan terapéutico, aumentando las probabilidades de consolidación del proceso de recuperación.

Desde el eje de integración social se pueden destacar entonces, como necesarias la aplicación de las siguientes metodologías a lo largo de todo el proceso de intervención:

1) Diagnóstico Integral:¹⁶ para fortalecer y complementar esta evaluación integral y amplia de todas las dimensiones de la vida de una persona afectada por el consumo problemático de sustancias, es importante la identificación de sus necesidades particulares en Integración Social, aportando de esta manera al diseño del Plan Individualizado de Tratamiento, que incluya itinerarios personalizados, que favorezcan procesos de recuperación que se sostengan en el tiempo.

Evaluar las necesidades de integración social, como parte de un diagnóstico integral, se sustenta en la consideración de que para la mantención de los logros terapéuticos, es relevante aportar y apoyar a las personas en acciones concretas encaminadas a su plena integración social.

Los procesos de Integración Social son procesos interactivos en que tanto la sociedad como la persona en cuestión, participan activamente para aumentar sus niveles de autonomía personal, de participación ciudadana y capitales de recuperación involucrados. El objetivo entonces radica en mejorar las condiciones de vida permitiendo así contribuir a la superación de la situación de exclusión social, que en el caso de ser mantenidas en el tiempo obstaculizarían la posibilidad de una recuperación sostenida, aumentando el riesgo de consumo y las consecuencias individuales, familiares y sociales que éste involucra.

En general, realizar una adecuada evaluación de la dimensión de Integración Social, permitirá que un equipo de tratamiento pueda:

- a) Evaluar las necesidades de Integración Social de las personas usuarias de centros de tratamiento.
- b) Identificar las fortalezas y obstáculos que faciliten y/o dificulten los procesos de Integración de cada persona usuaria.
- c) Obtener información pertinente para la construcción del Plan de Intervención Individual, que permita introducir actividades y acciones que contribuyan a una integración social efectiva de la persona usuaria.

Las Áreas incluidas en la evaluación y análisis de las necesidades de integración social de cada persona, contempla intereses, competencias y habilidades que favorezcan su proceso de integración social, a la luz de los recursos y condiciones objetivas que la persona ha demostrado en su vida y en este proceso de cambio.

Se propone, que junto con conocer cómo es la relación entre la persona y la, o las sustancias, también se conozcan cuáles son sus expectativas, recursos y condiciones de vida, que harán que pueda transitar desde condiciones de mayor exclusión hacia condiciones de integración social.

Para ello, como se ha señalado anteriormente, se propone identificar los capitales de recuperación de la persona (Sumnall & Brotherhood, 2012), promoviendo así, la identificación de estos recursos, para posteriormente potenciarlos.

¹⁶ Se adjunta anexo que detalla la metodología de diagnóstico de necesidades de integración social. Documento denominado: "Orientaciones para la incorporación de la dimensión de Integración Social en el diagnóstico integral."

Un capital de recuperación se define como “la amplitud y profundidad de los recursos externos e internos que pueden servir de base para iniciar y sostener la recuperación de problemas graves por alcohol u otras drogas” (White & Cloud, 2008) los cuales han sido categorizados en: Capital Físico, Capital Humano, Capital Social y Capital Cultural (Cloud & Granfield, 2008).

- **Capital cultural:** El capital cultural será entendido como un concepto amplio que busca identificar un conjunto de valores, creencias, disposiciones y actitudes que proceden de la pertenencia a un determinado grupo cultural, considerando la variable de género, el espacio o territorio geográfico que habita, origen étnico, siempre entendiendo que la idea es comprender a la persona para favorecer el proceso de integración social en el contexto del consumo problemático de sustancias.
- **Capital humano:** Características personales de un individuo que pueden ser utilizadas como recursos en su enfrentamiento a los problemas de dependencia a sustancias, en la medida que permiten al individuo negociar, resolver conflictos y alcanzar metas, en la vida cotidiana. Este capital se vincula directamente con el empoderamiento
- **Capital social:** la suma de los recursos, reales o virtuales, que se acumulan en una persona o un grupo, en virtud de poseer una red duradera de relaciones más o menos institucionalizadas, en noción de mutuo reconocimiento. El capital social puede proveer recursos, información, opciones y apoyos disponibles para la búsqueda de solución a los problemas y superación de obstáculos (Castro, Campero, & Hernández, 1997; Gallo & Garrido, 2009; Poblete, Sapag, & Bossert, 2008)
- **Capital físico:** Se entiende como el capital económico o financiero, que se expresa en los ingresos, propiedades, ahorros y otros activos tangibles que se pueden convertir en dinero, otorgando mayores posibilidades de recuperación, como la vivienda y los ingresos económicos. Este capital se asocia a que las personas usuarias tengan mayor libertad de decisión.

2) Habilitación en Competencias Para la Integración Social:

Con el propósito de que las personas logren recuperar y superar los déficits más relevantes dentro de cada dimensión del capital de recuperación, compuesto por el capital físico (ingreso, vivienda, etc.), el capital humano (competencias, habilidades y destrezas personales, familiares y comunitarias, acceso a salud, educación, empleo, etc.), el capital social (relaciones sociales próximas y con el entorno; etc.) y el capital cultural (valores y creencias, visión de mundo, etc.), se propone la **estrategia metodológica de las competencias para la Integración Social** contenida en el portafolio de Competencias de Integración Social¹⁷, el cual reúne y articula diferentes enfoques teóricos y prácticos

¹⁷ El detalle de esta estrategia metodológica, sus componentes y el detalle de cada una de las actividades e aprendizaje propuestas, se encuentra descrita en el Portafolio de Competencias para la Integración Social, disponibles en todos los centros de tratamiento que forman parte de este convenio. Durante el año 2013 se formó y se hizo entrega de este material a dichos centros en todas las regiones del país.

que abordan la problemática de la exclusión social de personas con consumo problemático de sustancias, empoderándolas como protagonistas de sus vidas, apoyándolos así en aumentar sus competencias para sostener de mejor manera los logros alcanzados en el proceso de tratamiento, y potenciando el aprendizaje a lo largo de la vida.

Los déficits mencionados, pueden ocurrir debido a la pérdida de capacidades y habilidades, atribuibles al consumo problemático de sustancias, o debido al desarrollo de capacidades disfuncionales que dificultan la integración social.

Particularmente, el enfoque de competencias, a través del desarrollo de habilidades y capacidades en las personas en procesos de recuperación, se propone por una parte, proporcionar estrategias que les permitan generar sistemas adecuados de relaciones con sí mismos(as) y con otros(as), potenciando los vínculos afectivos y familiares, y por otra, que se sientan parte de sus comunidades, que participen en espacios públicos y de ocio, ganando confianza en sí mismos y valorándose y siendo valorados y valoradas desde una perspectiva diferente. Todo lo anterior, en el contexto de los requerimientos para sostener sus logros y cambios en su proceso de recuperación a largo plazo.

¿Cómo se realiza la habilitación? Lo interesante de los modelos por competencias, es que pueden objetivarse en conductas observables y medibles, asociadas a contextos particulares, explicitando las conductas que se esperan en un contexto determinado, con estándares, en este caso, aplicables a mujeres y hombres. Se entiende que se logra competencia en un ámbito o dimensión determinada, cuando es posible constatar desempeños exitosos en actividades o acciones concretas y sostenidas en el tiempo.

El último nivel de desagregación de las competencias son los llamados indicadores conductuales (conductas que se espera que las personas demuestren en situaciones específicas), que permiten evaluar su desarrollo, estableciendo las brechas existentes y los correspondientes planes de desarrollo.

El recurso utilizado para la adquisición y puesta en práctica de las competencias, son las Actividades de Aprendizaje, en las que las primeras, se han traducido en aprendizajes esperados. Se propone, desde un paradigma constructivista, sean los propios participantes quienes construyan sus propios aprendizajes, mediados por un facilitador(a) o mediador(a).

En este sentido el rol de quien facilita el proceso reflexivo y acompaña la experiencia, es clave para gatillar aprendizajes significativos, en base a relaciones cercanas y de confianza. Es por esto que se releva el proceso de formación de quienes ejercen esta función de facilitación (profesionales de Centros de Tratamiento), y de igual manera, una vez realizada la capacitación, se releva el acompañamiento de la implementación, con el propósito de asegurar la utilización de las herramientas de manera adecuada y, reforzar la apropiación de la metodología.

En su diseño, las Actividades de Aprendizaje grupales, incluyeron aspectos lúdicos, prácticos e innovadores, que se complementaron con un uso diverso de recursos materiales y pedagógicos.

Finalmente, dado que el enfoque de competencias considera la transferencia de capacidades como un proceso de enseñanza/aprendizaje centrado en las necesidades de

cada persona, la estrategia de evaluación y la aplicación de instrumentos debiera permitir trazar una ruta formativa que considere las necesidades y recursos de cada una de ellas y ellos, facilitando la identificación de brechas de conocimientos, habilidades y actitudes que se requieren para desempeñarse exitosamente en la vida social.

SEGUIMIENTO POSTERIOR AL EGRESO DE TRATAMIENTO

Seguimiento y Reforzamiento

Lograr una efectiva recuperación del consumo problemático de sustancias requiere de cambios profundos, que se inician en el proceso terapéutico al interior de un centro con el apoyo de un equipo especialista y continuarán llevándose a cabo a lo largo de la vida. Se estima que en un tiempo no menor a 3 años después del egreso se logra la consolidación y mantención de los cambios en el estilo de vida.

El tratamiento no termina con el egreso del plan, pues se necesita un tiempo largo de observación y acompañamiento para la consolidación de los cambios.

Se recomienda, realizar intervenciones (entrevistas individuales, familiares y grupales), durante los doce meses siguientes al alta terapéutica del programa de tratamiento, con el objeto de evaluar la mantención de los logros terapéuticos, fortalecer factores protectores de la mantención de los mismos, fortalecer estrategias de resolución de conflictos y acoger en casos que se presenten recaídas.

Se sugiere una frecuencia cuatrimestral, y de acuerdo al ritmo y las necesidades de las personas, se pueden espaciar los encuentros terapéuticos.

Se espera que dentro de este proceso, las personas se incorporen a instancias de participación como en Grupos de Autoayuda.

Cada día se acumula más evidencia sobre el papel acerca del soporte social como factor protector en la vida de las personas: en referencia por una parte, al acceso a conocimientos que faciliten la adaptación o transformación de la realidad inmediata de cada persona; al acceso a bienes y servicios para la satisfacción de las necesidades físicas y como soporte emocional a aquella ayuda que facilite la salud mental de la persona y que se expresa en relaciones de amistad o camaradería.

La experiencia de autoayuda en los grupos en el contexto de los problemas de consumo de sustancias psicoactivas, los mostrados como espacios nutritivos y aportadores en el cultivo de vínculos y apoyo psicosocial, en la generación de bienestar subjetivo, generación de proyectos personales y colectivos, además de ser espacios que favorecen la mantención de la abstinencia y otros indicadores de logro terapéutico.

Las redes de soporte social pueden ser también una estrategia eficaz para reconstruir el tejido social deteriorado.

Para las personas residentes lejos del Centro de Tratamiento, en la medida de lo posible, se sugiere establecer una conexión con terapeutas conocedores del modelo, en los centros de salud de atención primaria cerca del domicilio de las personas, para efectuar este seguimiento y apoyo.

Para realizar el seguimiento, se sugiere diseñar un programa en base a acciones y técnicas específicas de observación, evaluación y fortalecimiento de los avances, progresos y/o dificultades del proceso de rehabilitación, como también del proceso de incorporación social diseñado y ejecutado en la etapa de egreso del tratamiento.

CATEGORÍAS DIAGNÓSTICAS

1. Trastornos mentales por consumo de sustancias psicoactivas (CIE – 10)

Consumo Perjudicial:

- Patrón de consumo de una sustancia que provoca daños a la salud física o psicológica. Los daños (hepático, depresión) deben ser causados por la sustancia misma (daño hepático por el alcohol), por las formas de uso (infecciones por uso de drogas inyectables o por las consecuencias sobre el equilibrio psicológico (depresión post privación de estimulantes o del alcohol).
- Las personas con diagnóstico de consumo perjudicial reciben a menudo críticas por ello y experimentan consecuencias sociales adversas de variados tipos.
- En todo caso el solo hecho que una forma de consumo sea criticada por el entorno en general, no es por sí misma indicativa de consumo perjudicial.¹⁸

Se trata de una forma de consumo que afecta a la salud física (como en los casos de hepatitis por administración de sustancias psicotrópicas por vía parenteral) o mental, como por ejemplo, los episodios de trastornos depresivos secundarios al consumo excesivo de alcohol.

El consumo perjudicial no debe diagnosticarse si están presentes un síndrome de dependencia, un trastorno psicótico u otras formas específicas de trastornos relacionados con alcohol u otras sustancias psicotrópicas.

2. Dependencia:

Se trata de un conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en el cual el consumo de una droga, o de un tipo de ellas, adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tuvieron el valor más alto. La manifestación características de síndrome de dependencia es el deseo (a menudo fuerte y a veces insuperable) de ingerir sustancias psicotrópicas (aun cuando hayan sido prescritas por un médico), alcohol o tabaco. La recaída en el consumo de una sustancia después de un período de abstinencia lleva a la instauración más rápida del resto de las características del síndrome de lo que sucede en individuos no dependientes.

¹⁸ En el caso del alcohol, en Chile utilizamos con fines de tamizaje. El Cuestionario de Autodiagnóstico de Riesgos en el Uso de Alcohol (AUDIT), permite reconocer, tanto en hombres como en mujeres, las categorías "Consumo en riesgo", "Consumo perjudicial" y "Dependencia" del alcohol.

El diagnóstico de dependencia sólo debe hacerse si, en algún momento durante los doce meses previos o de un modo continuo, han estado presente tres (3) o más de los siguientes rasgos:

- Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir la sustancia
- Disminución de la capacidad para controlar el consumo de una sustancia, unas veces para controlar el comienzo del consumo y otras para detenerlo o disminuir la cantidad consumida
- Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia cuando el consumo de la sustancia se reduzca o cese, se confirman por el conjunto de síntomas característicos de la sustancia o por el consumo de la misma sustancia que lo provoca con la intención de aliviar los síntomas.
- Tolerancia: se requiere de un aumento progresivo de la dosis de la sustancia para lograr el mismo efecto que originalmente se producían con dosis más bajas
- Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversión, a causa del consumo de la sustancia, aumento del tiempo necesario para obtener o administrarse la sustancia o para recuperarse de sus efectos.
- Persistencia en el consumo a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales, como daños somáticos, estados de ánimo depresivos consecutivos a períodos de consumo de alguna sustancia, o deterioro cognitivo secundario al consumo.

3. Diagnóstico de comorbilidad psiquiátrica: trastorno psiquiátrico asociado al consumo perjudicial (abuso) o dependencia a sustancia, no solamente referido a un trastorno dual.

- Trastornos mentales orgánicos
- Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes
- Trastornos del humor (afectivos).
- Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos
- Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos
- Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto
- Retraso Mental
- Trastornos del Desarrollo Psicológico
- Trs. del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia
- En estudio

4.- Diagnóstico de comorbilidad física: presencia simultánea de un trastorno por consumo de sustancias (consumo perjudicial o dependencia) y una o más patologías somáticas severas.

- Hepatitis alcohólica subaguda
- Hepatitis crónica
- Enfermedades somáticas
- Hepatitis B, C, D
- ETS
- VIH - SIDA
- Otras Enfermedades o Condiciones de Riesgo Vital
- Infecciosas relacionadas con uso de sustancias
- Traumatismos y secuelas secundarios
- Otras enfermedades o condiciones Físicas Limitantes
- Patología de la gestión y del niño intrauterino
- Anemia: megaloblástica y ferropénica
- Cardiopatías: miocardiopatía dilatada por OH, arritmias, HTA
- Patología Bucal
- En estudio

5.- Otros problemas de salud mental:

- Violencia Intrafamiliar
- Abuso Sexual
- otros

Compromiso biopsicosocial: Se refiere a una apreciación de la magnitud de los efectos o consecuencias negativas del consumo de sustancias en las distintas áreas de la vida de las personas que consumen y de su entorno.

A continuación se presenta una tabla que consta de 18 variables, que permite, apreciar el grado y complejidad del compromiso biopsicosocial. No es susceptible de una puntuación cuantitativa y consiste en una adaptación para la población femenina de la original elaborada por MINSAL, Servicio Salud Metropolitano Norte y Área Técnica de Tratamiento de SENDA, para población general.

En cada caso, se deberá considerar y decidir si la situación o condición que presenta la mujer pertenece a un compromiso de nivel leve, moderado o severo.

Un criterio posible para la evaluación del compromiso biopsicosocial, es considerar que si existe una proporción igual o mayor al 50 % de las variables presentes (7 o más variables) en la misma categoría, ello corresponde al nivel de compromiso biopsicosocial de esa usuaria, en ese momento.

VARIABLES BIOPSIICOSOCIALES	GRADO DE COMPROMISO BIOPSIICOSOCIAL EN POBLACIÓN FEMENINA ¹⁹		
	Leve	Moderado	Severo
1. Tipo sustancia, vía administración y frecuencia de consumo	- Una sola sustancia - En forma esporádica - vía oral, o respiratoria	- 2 ó más sustancias - semanal o fin de semana - vía oral y/o respiratoria	- 2 ó más sustancias - consumo en la semana y fines de semana, con crisis de ingestión - se agregar vía inyectable
2.-Diagnostico de consumo de sustancias C.I.E. 10	Consumo perjudicial	Consumo perjudicial ó desde 3 criterios para dependencia	Más de 3 criterios para dependencia
3.-Síndrome de abstinencia	Ausente	Con molestias que puede controlar de manera ambulatoria	Requiere de apoyo y soporte especializado para tolerar las molestias y síntomas.
4.-Patología psiquiátrica concurrente	Descartada	Trastorno psiquiátrico leve a moderado	Con trastorno psiquiátrico severo
5.-Percepción de problemas de salud físicas asociadas	Leves o ausentes	Presentes, pero no limitantes,	Presentes y limitantes
6.-Contexto del motivo de consulta	Voluntario	Condicionado por familia u otros	Obligado por ámbito judicial
7. Motivación al cambio	convinciente en su propósito de iniciar un proceso de cambio	Ambivalente y contradictoria (etapa de contemplación)	Muy contradictoria, débil o ausente (etapa precontemplativa)
8. Tratamientos anteriores	Ninguno	1 ó 3 incompletos	Más de tres tratamientos. Abandonos antes de los tres meses
9. Intentos de abstinencia sin tratamiento	Si, con logros parciales	Ha intentado sin éxitos. Con recaídas.	Sin intentos. O, con intentos, pero sin ningún periodo de abstinencia.
10. Percepción de autoeficacia	Con percepción de obtención de logros en resolución de problemas	Percepción de bajo control del medio y de la conducta de consumo problemático.	Auto percepción de muy bajo control del medio, y/o ineficacia en el control del consumo.
11. Situación Ocupacional	Mantiene su trabajo, estudio o actividades de casa	Ha discontinuado su actividad o asiste en forma intermitente	Despidos laborales, Interrupción de estudios, abandono actividades laborales (fuera o dentro del hogar)
12.-Consumo y/o tráfico en otros Familiares	Descartados ambos	Presente el consumo, sin tráfico	Presente ambos, en uno o más de sus miembros.
13.-Violencia intrafamiliar,	Ausencia de VIF	Antecedentes de VIF (ejerce o es víctima)	Presencia actual de VIF (ejerce o es víctima)
14.-Problemas judiciales asociados	Sin detenciones, imputaciones o condenas	Detenciones, imputaciones y/o condenas por faltas o delitos leves	Detenciones, imputaciones y/o condenas por faltas o delitos graves.
15.-Red de apoyo familiar	Existe familia que le apoya	Familia o cercanos dispuesta a participar, pero con reparos	Ausente, o con gran conflicto relacional.
16.-Relación y cuidado de los hijos	Mantenión y cuidado de los hijos /hijas , no presenta cambios por conducta de consumo	Descuidos, o cuidado irregular de los hijos /hijas por conducta de consumo	Negligencia o abandono de los hijos /hijas por conducta de consumo
17.-Consumo durante embarazos	No hay consumo en periodos gestacionales	Disminución del consumo en periodos gestacionales	Mantenión o aumento de consumo en periodos gestacionales
18.-Desempeño Ocupacional	Espera el éxito Acepta responsabilidades Ha realizado elecciones ocupacionales. Organiza su tiempo libre Mantiene hábitos	Dudosa capacidad para lograr el autocontrol Presenta dificultad para organizar las rutinas diarias	Incapacidad para lograr el autocontrol. Gran inseguridad frente al éxito Se frustra fácilmente al enfrentar desafíos Percepción de fracaso al organizar su rutina Mantiene un estilo de vida altamente estresante

¹⁹ Pauta adaptada del original, por equipo de asesoras de proyectos de tratamiento para mujeres con consumo problemático de drogas, SENDA 2005.

Diagnóstico Estadio Motivacional:²⁰ la motivación es un *estado* de disponibilidad o deseo de cambiar, el cual puede fluctuar de un momento a otro o de una situación a otra. Dicho estado se puede ver influido por múltiples factores. A partir del modelo Transteórico de Prochaska y Di Clemente, los autores señalan que la motivación puede entenderse como el estado presente de una persona o la etapa de preparación para el cambio y agregan que es un estado interno influido por varios factores externos.

La diferenciación del proceso de cambio en estadios implica que un terapeuta puede utilizar diferentes tácticas con un paciente, dependiendo del momento del proceso de cambio en que éste se encuentre. De esta manera, se necesitarán diferentes habilidades de acuerdo al estadio en que se encuentre el paciente. Los problemas que se derivan de que los pacientes se encuentren “no motivados” o se resistan, surgen cuando el terapeuta está utilizando estrategias inadecuadas para la etapa real en el proceso de cambio en la que se encuentra dicho paciente.

Lo que parece predecir el cambio es que una persona efectivamente siga un tratamiento o un plan terapéutico. Por ejemplo, es más probable que se recuperen aquellos que toman una medicación que se les ha prescrito, que aquellos que no cumplen con el consejo que se les ha dado, incluso cuando el fármaco es un placebo sin ingrediente activo alguno. Seguir el consejo del terapeuta o, de forma más general, seguir un programa estructurado a fin de cambiar, está asociado con resultados positivos.

De acuerdo a estos hechos, los autores consideran la motivación de un modo más pragmático y la definen como la probabilidad de que una persona inicie, continúe y se comprometa con una estrategia específica para cambiar.

- Precontemplación: es un estadio durante el cual las personas no piensan seriamente en cambiar, por lo menos durante los próximos seis meses.
- Contemplación: es el período en el que las personas están pensando seriamente en cambiar, en el plazo comprendido en los próximos seis meses. Es el estadio de mayor ambivalencia, de manera que pueden permanecer en él por años y transformarse en contempladores crónicos.
- Preparación: es el estadio en que las personas se encuentran preparados para emprender acciones de cambio en un breve plazo, normalmente un mes
- Actuación: es el estadio en que se produce la modificación de la conducta. La idea es que las personas logren un objetivo concreto en un tiempo determinado. Este estadio es el más difícil para la persona y requiere de un tiempo mínimo que los estudios sitúan en alrededor de seis meses
- Mantenimiento: empieza a los seis meses posteriores al momento en que se produjo el cambio de la conducta adictiva y termina cuando el deseo de consumir se ha extinguido. La duración de este estadio aún no está definida completamente

Consentimiento Informado

El consentimiento informado se entiende como la aceptación firmada por la persona usuaria, (o familiares, ante la imposibilidad de consentir del usuario o usuaria), sobre determinadas actuaciones clínicas, después de tener la suficiente información sobre su

²⁰ Ver sección 3

conveniencia, ventajas, riesgos y alternativas. Este documento carece de valor sin la información previa pertinente. El consentimiento informado se debe expresar en un documento que debe estar en la ficha clínica o carpeta individual del usuario.

El consentimiento informado debe reunir al menos cuatro requisitos fundamentales.

a) La **voluntariedad** del individuo le permite decidir libremente y sin coacción si quiere someterse a un estudio o tratamiento. Este carácter voluntario se incumple cuando se solicita desde la autoridad o no se brinda el tiempo necesario para que el paciente o sus familiares puedan reflexionar y tomar una decisión. Además se debería brindar la posibilidad de contar con el asesoramiento de una persona experta en la materia.

b) La función de la **información** es proporcionar los datos adecuados y necesarios a quien debe tomar una elección para que pueda hacerlo sin sesgos.

c) Confidencialidad de la información, se debe explicitar que la información personal del usuario será manejada con total **confidencialidad** y en ningún caso se publicará o divulgará información personal que lo (la) pudieran identificar.

d) El tipo de información debe ser **comprensible y completa**, y debe incluir los objetivos, los beneficios, los riesgos reales o potenciales que se puedan derivar y la opción claramente especificada de rechazar el tratamiento o estudio en cualquier momento sin que por ello le afecte en otros tratamientos.

Contrato terapéutico:

Es una estrategia útil para **explicitar por escrito las condiciones del tratamiento**, en la cual la persona y su familia, se comprometen a respetar las normas y recomendaciones en el marco del plan de tratamiento y rehabilitación; al igual que **el equipo terapéutico, se compromete** a brindar las atenciones e información necesaria para contribuir al alivio de las molestias (somáticas y emocionales) como a la superación del problema.

Plan de Tratamiento Individual (PTI):

Corresponde al diseño estratégico de intervención para cada usuario, que se elabora en base al motivo de consulta y a la evaluación integral realizada por el equipo de tratamiento.

Este plan incluye metas y plazos a cumplir; un calendario de asistencia a determinadas actividades o prestaciones; una fecha de evaluación previa al alta donde se toman las decisiones finales.

Los objetivos del PTI deben ser relevantes para el usuario, específicos, mensurables, realizables y de duración determinada.

Para cada uno de los objetivos se debe diseñar una estrategia de intervención y una estrategia que permita valorar su cumplimiento.

En este plan deben quedar plenamente identificados y registrados los objetivos terapéuticos a ser alcanzados con el usuario y su familia, quienes -como parte de la elaboración de éste- deben conocer íntegramente dichos objetivos y las actividades y estrategias que se concertarán para su cumplimiento (contrato terapéutico).

Asimismo, deben registrarse los resultados de las evaluaciones periódicas que los equipos realicen en conjunto con el usuario y familia.

El plan facilita la conducción y orientación del proceso terapéutico en el usuario y su familia, por lo cual:

- Debe ser **consensuado** con el usuario y su familia, enfatizando la participación activa en su elaboración.
- Ser **elaborado y utilizado** por la totalidad de los integrantes del equipo tratante.
- **Flexible**, en cuanto a que las evaluaciones periódicas identifiquen situaciones particulares del proceso del tratamiento, que indiquen al equipo modificar, ajustar o cambiar modalidades de intervenciones.
- Debe **estar registrado en la ficha clínica**

Registrar todas las intervenciones realizadas por el equipo en la ficha permite:

- Evaluación periódica de los logros alcanzados por el usuario en su proceso de cambio.
- Identificar nudos críticos que obstaculizan el cumplimiento de los objetivos.
- Facilita la incorporación de integrantes nuevos al equipo.
- La continuidad del plan, aun cuando se hayan integrado nuevo miembros al equipo y, por lo tanto, asegurar la continuidad del tratamiento planificado con el usuario.

El PTI debe considerar desde su inicio la diferenciación de las intervenciones y sus especificidades por género, en todas las áreas definidas a ser intervenidas terapéuticamente.

Se debe asignar explícitamente el referente técnico que será responsable de la coordinación de las acciones terapéuticas y del seguimiento de la evolución clínica del usuario y su familia, durante todo el proceso de tratamiento y seguimiento.

Adherencia al programa de tratamiento: se ha definido como el grado en que una persona cumple con las indicaciones y recomendaciones del equipo tratante para abordar su problema de consumo.

En este sentido, buscar la participación y acuerdo de la persona con el plan que se propone, aumenta la posibilidad de su ejecución.

Influyen en la adherencia a tratamiento variable de la propia persona, tales como las expectativas con que llega al tratamiento, sus creencias, su estadio motivacional en relación a la problemática del consumo; variable del programa y del equipo, como la capacidad del equipo de establecer vínculo terapéutico. Facilita esto la actitud del o la terapeuta en las entrevistas iniciales de acogida donde demuestre capacidad de escuchar de manera atenta y activa a la persona ya que es importante, ser percibido/a como una persona competente, confiable y empática, por quien solicita ayuda.

Rescate: acciones encaminadas a conocer la situación de una persona inasistente o que ha abandonado el programa, con el objeto de evaluar las razones de la interrupción de la asistencia y estimular que retome el proceso terapéutico.

Evaluación durante el proceso terapéutico:

Corresponde a evaluaciones parciales de los cambios que experimenta la persona durante el proceso de tratamiento. Se medirán en períodos definidos, cada 3 meses a partir de la fecha de ingreso al plan terapéutico.

Las variables a evaluar son las siguientes

- **Patrón de consumo:** el tipo de sustancia, la dosis, la frecuencia y tiempo de consumo, el contexto de consumo, vale decir, la forma de acceso a la sustancia, si el consumo es en compañía o en solitario, qué situaciones rodean el consumo y entre otros.
- **Situación familiar:** calidad de las relaciones al interior del grupo de referencia y la actitud de familia o cercanos en relación al consumo.
- **Relaciones interpersonales:** calidad de relaciones entre sus pares en un contexto general; y asociado al problema de consumo.
- **Situación ocupacional:** tipo de ocupación y nivel de inserción laboral, que incluye además estudios y uso del tiempo libre (u ocio).
- **Trasgresión a la norma social:** actitudes y conductas personales que violan principios, normas y expectativas sociales, que incluye la comisión de faltas o delitos
- **Estado de salud mental:** existencia de algún problema de salud mental diagnosticado por CIE – 10 o DSM – 4
- **Estado de salud física** (incluye control natalidad, control embarazo y sexualidad responsable): existencia de algún problema de salud diagnosticado por CIE

Para homologar criterios para la evaluación y registrarla en la carpeta o ficha personal del proceso de tratamiento de las personas, se definen tres categorías de consenso para evaluar los logros en la evolución del proceso terapéutico de acuerdo a la apreciación clínica.

Con avances: Cuando ocurra cualquier cambio favorable en relación a las variables señaladas, que contribuya al logro de los objetivos planteados.

Sin avances: se mantienen los indicadores sin modificación respecto de la evaluación anterior.

Con retroceso: Cuando ocurra cualquier cambio desfavorable en relación a las variables señaladas, que obstaculicen o disminuyan las probabilidades de lograr los objetivos del proceso terapéutico

Egreso:

Término de la relación entre la persona y el centro de tratamiento. Se considerarán motivos de egreso de un programa, las

- **Alta Terapéutica:** cumplimiento de objetivos terapéuticos Evaluación realizada por equipo tratante en acuerdo con la persona.
- **Alta Administrativa:** Decisión del equipo tratante de egresar a la persona del programa por incumplimiento grave a las normas de convivencia como robo, tráfico al interior del centro, agresión, etc. También procede en caso de traslado de domicilio o fallecimiento.
- **Derivación:** traslado por indicación o sugerencia del equipo, a otro centro que resuelva su motivo de consulta; por cambio de domicilio, u otra razón justificada.
- **Abandono:** inasistencia y/o pérdida de contacto de la persona en tratamiento por un tiempo igual o mayor a 60 días, habiéndose realizado a lo menos dos acciones de rescate, estas acciones permiten evaluar las razones de la interrupción de la asistencia y estimular que el usuario retome su tratamiento.

Evaluación del proceso terapéutico al egreso:

Corresponde a la apreciación clínica que hace el equipo o profesional tratante, la persona en tratamiento y su familia, del nivel alcanzado de logro de los objetivos terapéuticos planteados al inicio del proceso y descritos en el plan de tratamiento personalizado. Los criterios incluyen la evaluación del estado clínico y psicosocial al momento del egreso y una apreciación pronóstica del equipo tratante.

Las categorías de consenso son:

Logro alto: alcance de la totalidad de los objetivos planteados. La persona se encuentra en condiciones de integrarse al medio de manera satisfactoria. Se aprecia la decisión por consolidar un cambio favorable en su estilo de vida.

Logro intermedio: alcance parcial de los objetivos, requeriría de un período de apoyo para una integración social satisfactoria. Se aprecia una débil disposición y preparación para sostener un cambio de estilo de vida.

Logro Mínimo: con alcance mínimo de logros de los objetivos planteados. Se mantienen sin modificación la generalidad de las variables personales y del contexto que hacen pensar que la persona se encuentra en riesgo de una probable recaída. Se aprecia una débil o nula disposición al cambio en estilo de vida.

Para su evaluación, se utilizará el mismo criterio y categorías de consenso empleadas para evaluar los logros en la evolución del proceso terapéutico,

Metas /objetivos	Logro alto	Logro intermedio	Logro mínimo
1-			
2-			
3 -			
4 -			
5 -			
6 -			
7-			

Indicadores de seguimiento: conocer la situación de la persona posterior al alta terapéutica del programa, en relación a la mantención de los logros terapéuticos alcanzados.

- **Patrón de consumo:** el tipo de sustancia, la dosis, la frecuencia y tiempo de consumo, el contexto de consumo, vale decir, forma de acceso a la sustancia, consumo en compañía o en solitario, entre otros.
- **Situación familiar:** calidad de las relaciones al interior del grupo de referencia y la actitud de familia o cercanos en relación al consumo.
- **Relaciones interpersonales:** calidad de relaciones entre sus pares en el contexto general, y el referido al problema de consumo.
- **Situación ocupacional:** de la experiencia laboral, de estudios y del tiempo libre (u ocio).
- **Trasgresión a la norma social:** actitudes conductas personales que violan principios, normas y expectativas sociales, que incluye la comisión de faltas o delitos
- **Estado de salud mental:** existencia de algún problema de salud mental diagnosticado por CIE – 10 o DSM - 4
- **Estado de salud física (incluye control natalidad, control embarazo y sexualidad responsable):** existencia de algún problema de salud diagnosticado por CIE

Plan Ambulatorio Intensivo

Mes	Objetivos Terapéuticos	Tipo de prestaciones FONASA	Responsables de la intervención	Indicadores de verificación
1º al 2º	<ol style="list-style-type: none"> 1. Acoger y otorgar contención emocional 2. Realizar Confirmación diagnóstica 3. Realizar evaluación médica de salud general y ginecoobstétrica 4. Abordar complicaciones médicas asociadas 5. Apoyar proceso de desintoxicación 6. Iniciar motivación a tratamiento 7. Construir alianza terapéutica 8. Apoyar el cuidado y custodia de los hijos 9. Evaluar y entrenar en competencias ocupacionales 	<p>Consulta salud mental individual Consulta médica Consulta psiquiátrica Consulta psicológica individual Psicodiagnóstico Psicoterapia individual Consulta salud mental familiar Consulta psicológica familiar Interv. Psicosoc. Grupo pares Interv. psicosocial filia Visita domiciliaria Consultoría salud mental</p>	<p>Profesional T.Reh Médico Psiquiatra Psicólogo/a Psicólogo/a Profesional / T. Reh Psicólogo/a Profesional / T. Reh Profesional / T. Reh As. Social</p>	<p>Diagnóstico consumo Diagnóstico biopsicosocial Diagnóstico comorbilidad Evaluación estado motivacional Consentimiento informado Consultorías realizadas Referencia asistida realizada Abandono Rescate realizado</p>
3º al 6	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fortalecer motivación y adherencia a tratamiento 2. Intervenir en los factores mantenedores del consumo 3. Implementar estrategias de prevención de recaídas 4. Favorecer relación de apego y vínculo saludable con los hijos 5. Facilitar la reparación de experiencias traumáticas y elaboración de duelos 6. Promover relaciones intrafamiliares saludables 7. Manejo de proceso dx. de mediano plazo 8. Fortalecer factores protectores del cambio de conducta 9. Entrenar competencias y habilidades ocupacionales 	<p>Consulta salud mental individual Consulta psiquiátrica Consulta psicológica individual Psicoterapia individual Consulta salud mental familiar Consulta psicológica familiar Interv. Psicosocial Grupo familiar Interv. Psicosocial Grupo pares Psicoterapia grupo pares Visita domiciliaria Consultoría salud mental</p>	<p>Profesional / T. Rehabilitación Psiquiatra Psicóloga Psicólogo/a Profesional / T. Reh Psicólogo/a Profesional / T. Reh Profesional / T. Reh Psicólogo/a As. Social</p>	<p>Plan de tratamiento formulado Asistencia semanal Indicadores de progreso terapéutico Interconsultas realizadas Consultorías realizadas Abandono Rescate realizado</p>
7º al 8º	<ol style="list-style-type: none"> 1. Orientar reestructuración de proyecto de vida 2. Resignificación de situaciones de consumo 3. Fortalecer percepción de auto eficacia 4. Propiciar estilos relacionales saludables 5. Propiciar y apoyar la vinculación a redes sociales de apoyo 6. Propiciar y apoyar la vinculación a actividades para el logro del mejoramiento de la situación socioeconómica 7. Implementar estrategias de prevención de recaídas 	<p>Consulta salud mental individual Consulta psiquiátrica Consulta psicológica individual Psicoterapia individual Consulta salud mental familiar Consulta psicológica familiar Interv. Psicosocial Grupo pares Interv. Psicosocial Grupo filiar. Psicoterapia grupo partes Visita domiciliaria Consultorías realizadas</p>	<p>Profesional / T. Rehabilitación Psiquiatra Psicólogo/a Psicólogo Profesional / T. Reh Psicólogo/a Profesional / T. Reh Profesional / T. Reh Psicólogo As. Social</p>	<p>- Asistencia semanal - Indicadores de proceso con énfasis en los familiares y de reinserción - Interconsultas realizadas - Abandono - Rescate realizado - Permisos cumplidos satisfactoriamente - Indicadores de egreso</p>
POST TTO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluar mantención de logros terapéuticos 2. Reforzar proceso de integración social 3. Reforzar estrategias de prevención de recaídas 	<p>Consulta salud mental individual Consulta salud mental familiar Interv. psicosocial de grupo Visita domiciliaria Profesional/ T. Reh Profesional/ T. Reh Profesional/ T. Reh Asistente Social</p>	<p>Consumo relaciones de pares relaciones familiares/hijos Salud física Salud mental reinserción laboral/académica Situación con la justicia</p>	

Mes	Objetivos Terapéuticos	Plan Residencial Tipo de prestaciones FONASA	Responsables Intervención	Indicadores verificación
1º al 2	<ol style="list-style-type: none"> 1. Acoger y otorgar contención emocional 2. Realizar Confirmación diagnóstica 3. Realizar evaluación médica de salud general y ginecoobstétrica 4. Abordar complicaciones médicas asociadas 5. Apoyar proceso de desintoxicación 6. Iniciar motivación a tratamiento 7. Construir alianza terapéutica 8. Apoyar el cuidado y custodia de los hijos 9. Evaluar y entrenar en competencias ocupacionales 	<p>Consulta salud mental individual Consulta médica Consulta psiquiátrica Consulta psicológica individual Psicodiagnóstico Psicoterapia individual Consulta salud mental familiar Consulta psicológica familiar Interv. Psicosos. Grupo pares Interv. Psicosos Familiar. Psicoterapia grupo Visita domiciliaria</p>	<p>Profesional / T. Rehabilitación Médico Psiquiatra Psicólogo/a Psicólogo Psicólogo a Profesional/T Reh Psicólogo/a Profesional/T Reh Profesional/T Reh Psicólogo(a) As. Social</p>	<ul style="list-style-type: none"> o Diagnóstico consumo o Diagnóstico biopsicosocial o Diagnóstico comorbilidad o Estado motivacional o Consentimiento informado o Referencia asistida realizada o Consultorias realizadas o Abandono o Rescate
3º al 9	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fortalecer motivación y adherencia a tratamiento 2. Intervenir en los factores mantenedores del consumo 3. Implementar estrategias de prevención de recaídas 4. Favorecer relación de apego y vínculo saludable con los hijos. 5. Facilitar la reparación de experiencias traumáticas y elaboración de duelos 6. Promover relaciones intrafamiliares saludables 7. Manejo de proceso dx. de mediano plazo 8. Fortalecer factores protectores del cambio de conducta 9. Entrenar competencias y habilidades ocupacionales 	<p>Consulta salud mental individual Consulta psiquiátrica Consulta psicológica individual Psicoterapia individual Consulta salud mental familiar Consulta psicológica familiar Interv Psicosos Grupo pares Interv Psicosos Grupo familiar Psicoterapia grupo pares Visita domiciliaria</p>	<p>Profesional /T. Reh Psiquiatra Psicólogo/a Psicólogo/a Profesional / T. Reh Psicólogo/a Profesional / T.Reh Profesional / T.Reh Psicólogo/a As. Social</p>	<ul style="list-style-type: none"> o Plan de tratamiento formulado o Asistencia semanal o Indicadores de proceso con énfasis en los personales o Interconsultas realizadas o Consultorias realizadas o Abandono o Rescate realizado
10º al 12º	<ol style="list-style-type: none"> 1. Orientar reestructuración de proyecto de vida 2. Resignificación de situaciones de consumo 3. Fortalecer percepción de auto eficacia 4. Propiciar estilos relacionales saludables 5. Propiciar y apoyar la vinculación a redes sociales de apoyo 6. Propiciar y apoyar la vinculación a actividades para el logro del mejoramiento de la situación socioeconómica 7. Implementar estrategias de prevención de recaídas 	<p>Consulta salud mental individual Consulta psiquiátrica Consulta psicológica individual Psicoterapia individual Consulta salud mental familiar Consulta psicológica familiar Interv. Psicosocial grupo pares Interv psicosocial grupo familiar Psicoterapia grupo pares Visita domiciliaria</p>	<p>Profesional / T. Rehabilitación Psiquiatra Psicólogo/a Psicólogo Profesional / T. Rehabilitación Psicóloga Profesional / T. Rehabilitación Profesional / T. Rehabilitación Psicólogo/a As. Social</p>	<ul style="list-style-type: none"> o Asistencia semanal o Indicadores de proceso: con énfasis en los familiares y de reinserción o Interconsultas realizadas o Consultorias realizadas o Abandono o Rescate realizado o Permisos cumplidos satisfactoriamente o Indicadores de egreso
POST TTO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluar mantención de logros terapéuticos 2. Reforzar proceso de integración 3. Reforzar estrategias de prevención de recaídas 	<p>Consulta salud mental individual Consulta salud mental familiar Interv psicosocial de grupo Visita domiciliaria</p>	<p>Profesional/ T. Reh Profesional/ T. Reh Profesional/ T. Reh Asistente Social</p>	<ul style="list-style-type: none"> o Consumo o relaciones de pares o relaciones familiares/hijos o Salud física o Salud mental o reinserción laboral /académica o Situación con justicia

ANEXO N° 2

PROCEDIMIENTOS SUGERIDOS PARA EL ABORDAJE DE SITUACIONES ESPECÍFICAS

EN RELACIÓN AL TRABAJO CON LOS NIÑOS y NIÑAS

- Velar por los derechos de los hijos de las usuarias.
- Evitar violencia física, verbal y psicológica hacia los niños propios y ajenos
- Derivar a las instituciones de salud pertinentes cuando se sospeche algún problema de salud física o mental de los niños, que requiera atención de especialidad
- Evitar que las mujeres se retiren del programa dejando al hijo al cuidado del centro. Esta es una situación excepcional, sin embargo en caso de presentarse, el procedimiento sugerido es informarle al familiar o significativo afectivo en forma inmediata, iniciar el rescate de la usuaria en forma paralela, en caso de existir alguna situación legal, informar al tribunal correspondiente o a la Asistente social con quien se haya mantenido el contacto del caso.
Se sugiere como procedimiento, toda vez que un niño ingresa a residir con la usuaria en el centro, realizar las gestiones necesarias correspondientes para tener claridad respecto de la situación legal del menor, para ello es imprescindible el contacto del centro con la Corporación de Asistencia Judicial correspondiente y con todas las instituciones y personas pertinentes,

ASPECTOS TECNICOS

La inclusión y el trabajo con hijos de mujeres en tratamiento y rehabilitación por consumo de sustancias, surge a partir de dos fuentes: la observación de que un número importante de mujeres no ingresa a tratamiento por no querer o no poder dejar a sus hijos; y la necesidad de los hijos de estar con sus madres, especialmente en sus primeros años de vida. Se ha observado que la incorporación de la díada madre-hijo al tratamiento de las adicciones en población femenina, tiene un fuerte valor motivacional para la madre y preventivo para el hijo de ésta. Puesto que cuando la madre presenta una adicción, los niños están en riesgo de ser abandonados afectivamente y en su cuidado, y vulnerables a reproducir la conducta adictiva.

El ingreso de los hijos a los programas de tratamiento debe ser evaluado en cada caso específico, pues no todas las usuarias se encuentran en condiciones de asumir las responsabilidades por el cuidado de sus hijos al inicio del programa. En este sentido, se sugiere que los hijos ingresen luego que la usuaria haya pasado la etapa de desintoxicación, se encuentre estabilizada y/o en un estadio motivacional de preparación o acción. De acuerdo a la experiencia clínica acumulada, no es recomendable que usuarias en estado contemplativo o precontemplativo ingresen a tratamiento con sus hijos.

El rol del equipo es cuidar a los niños y niñas, velar por sus derechos dentro del centro, observarlos y acudir/derivar a profesionales competentes en caso de dudas o problemas en su desarrollo (centro de salud, profesores o educadores de párvulos). No corresponde evaluarlos, ni aplicar baterías de psicodiagnóstico. Un aspecto central es generar las condiciones que permitan potenciar el desarrollo del rol materno a través de la observación de la interacción madre-hijo y posterior apoyo en las conductas positivas que la madre emprende.

El equipo debe permitir que los niños se desarrollen en un ambiente cercano a su contexto natural, y con el máximo de contacto con su familia. Así como también disponer de espacios físicos que le permitan al niño jugar y expresarse lúdicamente, velando por un adecuado cuidado y protección en concordancia con las normas sanitarias vigentes.

El equipo debe velar porque la usuaria inscriba a su hijo en el consultorio de atención primaria, asista con su hijo al Programa del Niño Sano y a todas las atenciones médicas indicadas por el pediatra y/o enfermera a cargo. Asimismo debe promover la vinculación con el sistema educativo, coordinándose con salas cuna y colegios. En caso contrario debe informar al familiar responsable y evaluar en conjunto con la usuaria la asunción de las responsabilidades del cuidado del niño. También debe aclararse la situación legal del menor, especialmente cuando existan medidas cautelares, las cuales deben ser explicitadas desde el contrato terapéutico.

Finalmente en la situación excepcional, de que la madre abandone el programa de tratamiento, dejando al hijo en el centro, el procedimiento sugerido es informarle al familiar o significativo afectivo en forma inmediata, iniciar el rescate de la usuaria en forma paralela, en caso de existir alguna situación legal, informar al tribunal correspondiente o a la Asistente social con quien se haya mantenido el contacto del caso.

ASPECTOS SANITARIOS Y DE SEGURIDAD

La lactancia natural es una forma sin parangón de proporcionar un alimento ideal para el crecimiento y el desarrollo sanos de los lactantes; también es parte integrante del proceso reproductivo, con repercusiones importantes en la salud de las madres. La leche materna es el único alimento capaz de satisfacer todos los requerimientos nutricionales durante los primeros 6 meses de vida, sin requerir otros alimentos agregados como agua o jugos.

Existe normativa vigente de MINSAL, respecto de preparación de mamaderas y alimentos disponible en página web

Es recomendable que los centros cuenten con diversos materiales educativos relativos a la alimentación, salud y características del desarrollo normal de lactantes y niños que viven en él.

EN RELACIÓN AL TRATAMIENTO CON MUJERES EMBARAZADAS

Se sugiere tener en consideración los siguientes puntos

- Restricciones al uso de tabaco.
- Mantener contacto permanente con el centro de salud correspondiente para el control del embarazo.
- Otorgar contención y apoyo psicosocial y psicoeducativo.
- No intervenir psicoterapéuticamente.
- Dar inicio al trabajo para favorecer la relación de apego²¹ con el hijo/a.

EN RELACION A LA PROMOCION DEL VINCULO MADRE HIJO/A

Según Calvo²²ⁱ, los efectos farmacológicos de las diversas sustancias y los ciclos de intoxicación-abstinencia pueden afectar a la interacción materno-infantil, al producir en la madre diversas alteraciones perceptivas, afectivas y conductuales y pudiendo reducir tanto su sensibilidad para percibir e interpretar las claves emitidas por el niño, como su habilidad para emitir claves apropiadas. Si a esto se une la posibilidad de que el niño sea de difícil manejo por encontrarse bajo los efectos agudos de la exposición prenatal a una droga o por presentar alteraciones neuroconductuales, la calidad del vínculo puede verse comprometida por ambos miembros de la díada.

La experiencia de la gestación y la maternidad es un aspecto que suele asociarse con una mayor motivación para la búsqueda de tratamiento. No obstante, la representación mental que la mujer tiene acerca de la maternidad, las expectativas que posee sobre sí misma en su rol de madre y las reacciones emocionales ante la perspectiva de la maternidad varían con cada mujer e, incluso, con cada embarazo para la misma mujer. No es infrecuente encontrar sentimientos cruzados de apego, ansiedad y rechazo hacia el neonato, lo que unido al miedo a la estigmatización social, produzca un alejamiento de los servicios sanitarios y sociales más que un acercamiento a los mismos.

En lo que se refiere a los estilos parentales, la adicción en mujeres madres se ha asociado con estilos educativos rígidos, inconsistentes y/o amenazantes, que a mediano o largo plazo pueden producir alteraciones conductuales o afectivas de diverso grado en el niño. Sin embargo, se debe tener presente también que los estilos parentales más rígidos se relacionan fuertemente con niveles socioeconómicos bajos y la falta de responsividad puede estar mediada por la presencia de comorbilidad psiquiátrica. En ausencia de trastorno adictivo, las madres afectadas de trastornos psicóticos o afectivos parecen poseer menor responsividad emocional hacia el niño y las madres depresivas parecen ser más hostiles e inconsistentes en su relación con éste. Dada que la presencia de patología dual puede llegar a ser muy elevada y que las madres afectadas de trastornos mentales

²¹ Mayor información en Manual de Intervención temprana para bebés en situación de riesgo (3 -12 meses). Manual del Cuidador. Unidad de Intervención temprana. Este manual, financiado por el Servicio Nacional de Menores y realizado por la Unidad de Apego y Salud Mental de la Universidad del Desarrollo en colaboración con la Fundación San José para la Adopción, no puede ser reproducido sin la autorización de sus autores.

²² Calvo, H. (2004) Maternidad, infancia y drogas: implicaciones clínicas. *Adicciones*, 16(4), 1-20.

en ausencia de drogodependencia pueden considerarse por sí mismas vulnerables, se trataría en estos casos de una doble vulnerabilidad para la madre y para el niño.

Es fundamental tener presente que la adicción no debe considerarse como parámetro de evaluación de las capacidades parentales de la mujer, ya que la disfuncionalidad en este rol puede estar mediada por diversos factores. Asimismo, la rehabilitación y reinserción social no garantiza la mejora automática de las funciones parentales.

En el tratamiento deben promoverse intervenciones motivacionales, no confrontativas y en contactos sucesivos. Existe acuerdo en que las aproximaciones de tipo confrontativo, rígido y persecutorias, no son constructivas para la madre ni para el niño.

Este mismo autor plantea que las responsabilidades derivadas de la maternidad constituyen a menudo un arma de doble filo: por una parte motivan para la rehabilitación y, por otra, compiten por los recursos de la mujer, en momentos especialmente críticos del proceso terapéutico. En este sentido es fundamental motivar al equipo a estar constantemente considerando la multiplicidad de roles que la mujer desempeña y, entre los cuales, la maternidad juega un papel fundamental. Por otra parte, la evaluación que la mujer hace de sus habilidades y capacidades como madre están mediadas, no sólo por la interacción con su hijo o hija, sino por el momento que atraviesa en su proceso adictivo y los mensajes que recibe del equipo tratante, la sociedad y la red de apoyo.

En el caso donde sea necesario que el hijo quede a resguardo de familiares y se genere un mayor apego a otras personas distintas de la madre, la intervención debe incluir el manejo por parte de la mujer del resentimiento o alejamiento emocional del menor, así como la comprensión de éste, si corresponde, de la problemática presentada por su madre desde una perspectiva apropiada para su nivel evolutivo. En casos extremos sería necesario para la mujer elaborar la comprensión y el duelo de la pérdida del rol de madre.

El vínculo madre-hijo se puede potenciar a través de actividades que permitan a la madre identificar las necesidades de su hijo, sus características como persona, sus intereses y gustos; y apoyar el rol de cuidado materno a través de:

- Entrega de información atinente en la metodología de charlas de expertos o talleres psicoeducativos: dieta saludable, apoyo escolar, inserción en la red de salud, inserción en el sistema educativo, alternativas de manejo conductual, los derechos de los niños, características y necesidades de cada etapa de desarrollo, etc.
- Reforzamiento contingente de conductas asertivas.
- Asunción de responsabilidad sobre el cuidado y desarrollo de sus hijos de manera gradual y con un acompañamiento físico paulatinamente decreciente.

Por otra parte, será fundamental incitar al equipo a validar a la madre y a tener una actitud de apoyo por sobre una de corrección e instrucción. Esto también permitirá generar en la madre la confianza en sí misma para desempeñar su rol materno.

EN RELACIÓN AL TRABAJO EN RED

Para realizar un trabajo coordinado y eficiente es necesario establecer los siguientes contactos:

- Matrona del consultorio o CESFAM más cercano al centro.
- Enfermera del programa de control del niño sano del consultorio o CESFAM más cercano al centro.
- Asistente social del consultorio o CESFAM más cercano al centro.
- Jardín Infantil de la Junta Nacional de Jardines infantiles, INTEGRA u otro, más cercano al centro.
- Previene de la comuna.
- Centro de derivación o referencia:

Debido a las pérdidas que se producen con las mujeres en la interfase que se genera entre la derivación y la llegada efectiva de la usuaria al centro de derivación.

Es preciso mantener estrecha relación con el centro que deriva, de tal modo de conocer los datos y antecedentes de la usuaria derivada y contactarse con ella previamente (vía telefónica o visitando el centro que deriva). Esta práctica facilita el establecimiento del vínculo con la nueva institución y posibilita la adherencia al centro que recibe.

ANEXOS

1. TOP
2. Diagnóstico de Necesidades de Integración Social
3. Orientaciones para el Diagnóstico de Integración Social

Perfil de Resultados del Tratamiento (TOP)

Acerca del TOP

El Perfil de Resultados del Tratamiento (TOP, siglas del inglés) es una nueva herramienta de monitoreo de resultados del tratamiento de drogas, fue desarrollada por la National Treatment Agency for Substance Misuse de Inglaterra, siendo autorizada su validación en Chile. Su utilización es recomendada para todas las modalidades estructuradas de tratamiento, a través de un conjunto simple de preguntas, este instrumento permitirá que usuarios y profesionales sean capaces de obtener datos objetivos y comparables sobre las mejoras reales en la vida de los usuarios, lo que incidirá en la información y mejoras en el desarrollo del plan de atención de éstos. El instrumento como no es autoaplicable debe ser aplicado con el usuario por algún integrante del equipo de tratamiento.

El TOP debe ser completado al inicio del tratamiento de cada usuario, para registrar una línea base de comportamiento en el mes previo a su aplicación. El seguimiento de los resultados debe ser registrado, como máximo, cada tres meses durante el tratamiento para capturar cambios conductuales. También debe ser completado al momento del egreso o alta del tratamiento y puede ser utilizado por algunos centros para medir resultados posteriores al alta (Seguimiento).

Como completar el TOP

- Comience por introducir:
- Nombre e identificador del usuario.
 - Nombre de quien aplica el instrumento
 - Fecha de la aplicación
 - Etapa en la que el TOP está siendo aplicado:
 - Ingreso / -En tratamiento / -Egreso o Alta / -Seguimiento

Tipos de Respuestas:

• **Cronología y Frecuencia:** Se le solicita al usuario recordar el número de días de las últimas 4 semanas, en los cuales realizaron alguna acción, por ejemplo, el número de días de consumo de cocaína. Luego, usted debe sumar e ingresar el total en el recuadro azul.

• **Si o No;** una marca sencilla de si o no, luego debe registrar "S" ó "N" en el recuadro azul.

• **Escala de calificación;** una escala de 20 puntos desde malo hasta bueno. Junto con el usuario, marque la escala en el lugar apropiado y luego escriba el puntaje correspondiente en el recuadro azul.

Usted debe intentar realizar el cuestionario completo. No deje ningún recuadro azul en blanco. Ingrese "NA" si el usuario se niega a contestar la pregunta o, después de intentarlo, no puede recordar.

Para mayor información, ver el Manual de aplicación del TOP.

Unidades de Conversión de Alcohol

CERVEZA (5° grados)	Lata (350 ml)	1 trago (13,6 gramos)
	Shot (50 ml)	1 trago y medio (19,6 gramos)
	Botella cerveza (1.000ml, 1 litro)	3 tragos (39,5 gramos)
VINO (14° grados)	Copa de vino (media caña, vaso chico, jote) (140 ml)	1 trago (15,5 gramos)
	Vaso de vino, caña (250 ml)	2 tragos (31 gramos)
	Botella de vino (750ml)	6 tragos (93 gramos)
	Caja, Tetrapack (1.000 ml, 1 litro)	8 tragos (113 gramos)
LICORES (40°) (Pisco, ron, vodka, whisky, etc.)	Canto (20 ml)	1 trago (12,6 gramos)
	Combinado simple (40 ml de licor, más bebidas en alcohol)	1 trago (12,6 gramos)
	Combinado fuerte, cabezón (80 ml de licor, más bebidas en alcohol)	2 tragos (25,3 gramos)
	Botella (750 ml)	17 tragos (237 gramos)

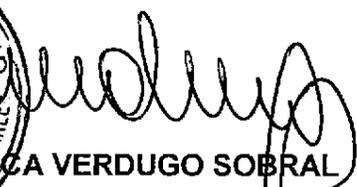
Gracias por su contribución al TOP

Diagnóstico de Necesidades de Integración Social

Ámbito	Descripción	Nivel Necesidad	Nivel Necesidad	Nivel Necesidad
Ámbito Social	<p>Redes Familiares</p> <p>Redes Comunitarias (Asociativas)</p> <p>Participación en grupos de apoyo mutuo</p>	<p>El individuo cuenta con una familia que le brinda apoyo social y emocional, pero en el proceso de recuperación se ha visto afectado por el consumo de drogas.</p> <p>El individuo cuenta con una familia que le brinda apoyo social y emocional, pero en el proceso de recuperación se ha visto afectado por el consumo de drogas.</p> <p>El individuo cuenta con una familia que le brinda apoyo social y emocional, pero en el proceso de recuperación se ha visto afectado por el consumo de drogas.</p>	<p>Puede verse afectado con sus familiares y amigos cercanos al inicio del consumo de drogas.</p> <p>Puede verse afectado con sus familiares y amigos cercanos al inicio del consumo de drogas.</p> <p>Puede verse afectado con sus familiares y amigos cercanos al inicio del consumo de drogas.</p>	<p>No se participa en grupos de apoyo mutuo.</p> <p>No se participa en grupos de apoyo mutuo.</p> <p>No se participa en grupos de apoyo mutuo.</p>
Ámbito Psicológico	<p>Autoconciencia</p> <p>Autoestima</p> <p>Autoeficacia</p>	<p>El individuo cuenta con una familia que le brinda apoyo social y emocional, pero en el proceso de recuperación se ha visto afectado por el consumo de drogas.</p> <p>El individuo cuenta con una familia que le brinda apoyo social y emocional, pero en el proceso de recuperación se ha visto afectado por el consumo de drogas.</p> <p>El individuo cuenta con una familia que le brinda apoyo social y emocional, pero en el proceso de recuperación se ha visto afectado por el consumo de drogas.</p>	<p>Puede verse afectado con sus familiares y amigos cercanos al inicio del consumo de drogas.</p> <p>Puede verse afectado con sus familiares y amigos cercanos al inicio del consumo de drogas.</p> <p>Puede verse afectado con sus familiares y amigos cercanos al inicio del consumo de drogas.</p>	<p>No se participa en grupos de apoyo mutuo.</p> <p>No se participa en grupos de apoyo mutuo.</p> <p>No se participa en grupos de apoyo mutuo.</p>
Ámbito Laboral	<p>Formación Profesional</p> <p>Formación Continua</p> <p>Formación Especializada</p>	<p>El individuo cuenta con una familia que le brinda apoyo social y emocional, pero en el proceso de recuperación se ha visto afectado por el consumo de drogas.</p> <p>El individuo cuenta con una familia que le brinda apoyo social y emocional, pero en el proceso de recuperación se ha visto afectado por el consumo de drogas.</p> <p>El individuo cuenta con una familia que le brinda apoyo social y emocional, pero en el proceso de recuperación se ha visto afectado por el consumo de drogas.</p>	<p>Puede verse afectado con sus familiares y amigos cercanos al inicio del consumo de drogas.</p> <p>Puede verse afectado con sus familiares y amigos cercanos al inicio del consumo de drogas.</p> <p>Puede verse afectado con sus familiares y amigos cercanos al inicio del consumo de drogas.</p>	<p>No se participa en grupos de apoyo mutuo.</p> <p>No se participa en grupos de apoyo mutuo.</p> <p>No se participa en grupos de apoyo mutuo.</p>
Ámbito Económico	<p>Formación Profesional</p> <p>Formación Continua</p> <p>Formación Especializada</p>	<p>El individuo cuenta con una familia que le brinda apoyo social y emocional, pero en el proceso de recuperación se ha visto afectado por el consumo de drogas.</p> <p>El individuo cuenta con una familia que le brinda apoyo social y emocional, pero en el proceso de recuperación se ha visto afectado por el consumo de drogas.</p> <p>El individuo cuenta con una familia que le brinda apoyo social y emocional, pero en el proceso de recuperación se ha visto afectado por el consumo de drogas.</p>	<p>Puede verse afectado con sus familiares y amigos cercanos al inicio del consumo de drogas.</p> <p>Puede verse afectado con sus familiares y amigos cercanos al inicio del consumo de drogas.</p> <p>Puede verse afectado con sus familiares y amigos cercanos al inicio del consumo de drogas.</p>	<p>No se participa en grupos de apoyo mutuo.</p> <p>No se participa en grupos de apoyo mutuo.</p> <p>No se participa en grupos de apoyo mutuo.</p>
Ámbito de Necesidades del Capital Social	<p>Formación Profesional</p> <p>Formación Continua</p> <p>Formación Especializada</p>	<p>El individuo cuenta con una familia que le brinda apoyo social y emocional, pero en el proceso de recuperación se ha visto afectado por el consumo de drogas.</p> <p>El individuo cuenta con una familia que le brinda apoyo social y emocional, pero en el proceso de recuperación se ha visto afectado por el consumo de drogas.</p> <p>El individuo cuenta con una familia que le brinda apoyo social y emocional, pero en el proceso de recuperación se ha visto afectado por el consumo de drogas.</p>	<p>Puede verse afectado con sus familiares y amigos cercanos al inicio del consumo de drogas.</p> <p>Puede verse afectado con sus familiares y amigos cercanos al inicio del consumo de drogas.</p> <p>Puede verse afectado con sus familiares y amigos cercanos al inicio del consumo de drogas.</p>	<p>No se participa en grupos de apoyo mutuo.</p> <p>No se participa en grupos de apoyo mutuo.</p> <p>No se participa en grupos de apoyo mutuo.</p>



JAIME BURROWS OYARZUN
SUBSECRETARIO DE SALUD PÚBLICA
MINISTERIO DE SALUD



ANGÉLICA VERDUGO SOBRAL
SUBSECRETARIA REDES ASISTENCIALES
MINISTERIO DE SALUD



LIDIA AMARALES OSORIO
DIRECTORA NACIONAL (TP)
SERVICIO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y REHABILITACIÓN
DEL CONSUMO DE DROGAS Y ALCOHOL
SENDA



Glosario Técnico Registro de Demanda de Atención de Tratamiento en Drogas

SENDA-MINSAL

2015

Variables

1. Nombre Usuario/Paciente

Nombre de la persona que presenta el problema de consumo de sustancias

2. 1er Apellido

Apellido paterno de la persona que presenta el problema de consumo de sustancias

3. 2do Apellido

Apellido materno de la persona que presenta el problema de consumo de sustancias

4. RUT

RUT de la persona que presenta el problema de consumo de sustancias

5. Sexo

Sexo de la persona que presenta el problema de consumo de sustancias

6. Fecha Nacimiento

Día, mes y año de nacimiento de la persona que presenta el problema de consumo de sustancias

Código Identificación: Se compone a partir de 3 fuentes de información, del nombre, sexo y año de nacimiento de la persona que presenta el problema de consumo de sustancias y se conforma de la siguiente manera:

Las dos primeras letras del primer nombre y del primer apellido

Si es hombre se coloca el número 1 y si es mujer un 2

Fecha de nacimiento

Ejemplo: Rafael Mendoza Lara nacido el 22 de octubre de 1978 = RAME122101978

7. Comuna Residencia y Región (últimos 30 días)

Lugar donde vivió la mayor parte de los días en los últimos 30 días previos a la consulta. Si la persona se encuentra o encontraba durante ese período en un centro privativo de libertad, considere los 30 días antes de ingresar al recinto privativo.

8. Teléfono Contacto

Teléfono de contacto principal que permitan ubicarlo, pueden ser el de la persona misma, de un familiar, trabajo, etc.

9. Teléfono Familiar

Teléfono de contacto de un familiar, que permitan ubicarlo.

10. Sustancia Principal

Se refiere a la sustancia que principalmente motiva la consulta.

1. Alcohol (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)
2. Marihuana (cannabis, pitos, hierba, hashish, etc.)
3. Cocaína
4. Pasta base
5. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Ravotril/Clonazepam, Alprazolam, Amparax/Lorazepam, Zopiclona, Dormonid/Midazolam, chicota/flunitrazepam, etc.)
6. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, cristal, etc.)
7. Opiáceos (codeína/jarabes, Tramal/Tramadol, morfina, metadona, heroína, petidina, etc.)
8. Inhalantes (neoprén, gasolina/bencina, pegamentos, solventes, poper, aerosoles, etc.)
9. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, peyote, ketamina, PCP, etc.)
10. Otros - especifique: (por ejemplo relajantes/sedantes, modafinilo/Mentix, esteroides, anabólicos, etc.)

11. N° de tratamientos previos

Respuesta a la siguiente pregunta "¿Cuántas veces ha sido tratado usted por su consumo de alcohol o drogas?"

Tratamiento: dentro o fuera del convenio, incluida corta estadía, consejería como paciente interno o externo, y A.A. (si asistió a 3 o más reuniones durante el período de un mes).

12. Fecha Solicitud de Atención en el Establecimiento

Día/Mes/Año en que se solicita la atención para tratamiento.

Existen casos en que los centros de tratamiento, para asignar una hora solicitan ciertos requisitos, como parte de su política interna, por ejemplo una hoja de interconsulta, un informe de evaluación, que la persona asista personalmente, etc. En estos casos la fecha de solicitud de atención corresponderá a la Fecha en que el centro recibe la solicitud con los requisitos necesarios para poder darle una hora de atención al usuario.

Esto es más frecuente en los casos de Derivación o Referencia desde Salud, Justicia u otra Institución, donde la fecha de solicitud corresponderá a la Fecha en que el centro Recepciona la Derivación, por ejemplo cuando recepcionó la hoja de derivación, o el oficio.

Ejemplo 1:

El centro A llama por teléfono al centro B para derivarle un paciente y solicitar hora, sin embargo el centro B, le indica que debe primero enviarle una interconsulta escrita, y que sólo una vez recepcionado el documento podrá asignarle una hora al paciente. En este caso la fecha de solicitud será el día/mes/año en que llega la interconsulta, no el día en que llamó el centro ni la fecha de emisión de

la interconsulta. Es decir hasta que no se cumpla con la exigencia del centro B, no se considera demanda real para el centro, pues no es responsabilidad del centro B el tiempo transcurrido entre el llamado telefónico y la entrega de la interconsulta, sino del centro A.

Ejemplo 2:

Si el centro A llama por teléfono al centro B para derivarle un paciente y solicitar hora, y el centro B, estima que con la información proporcionada está en condiciones de asignarle una hora, en este caso el día/mes/año en que se realizó el llamado será la *fecha de atención solicitada*.

Ejemplo 3:

Si el mismo usuario, o un familiar llaman por teléfono para pedir una hora al centro B, y este requiere que asista el propio paciente para asignarle la hora o atenderlo, en ese caso, sólo cuando llegue la persona al centro se considerará demanda real y será la fecha en que asista al centro la que se registre como *fecha de atención solicitada* y no cuándo llamó al centro B.

13. Tipo de Contacto

Se refiere a si la solicitud de atención en el centro de tratamiento fue de manera:

1. Presencial
2. Telefónica
3. Correo Postal
4. Digital (email o a través de la Web)
5. Otro

14. Quién Solicita la Hora

Se refiere a quién solicita la hora en el establecimiento:

1. El usuario directamente
2. Un familiar
3. Sector Justicia (fiscal, juzgado, consejero, etc.)
4. Otro centro de Salud,
5. Otro centro de Tratamiento
6. Previene
7. Empresa
8. Servicios Sociales (iglesia, servicios comunitarios, etc.)
9. Colegio
10. Otro Especificar

15. ¿Quién Deriva? Cómo acude al establecimiento en busca de tratamiento

Señalar si llega por

1. Demanda Espontanea
2. Derivado de otro centro de Salud
3. Derivado de otro centro de Tratamiento
4. Referido desde Sector Justicia (fiscal, juzgado, consejero, etc.)
5. Referido desde una Empresa, Colegio, etc.
6. Referido desde un Colegio
7. Referido desde algún Servicio Social (iglesia, servicios comunitarios, etc.)
8. Referido desde el Previene
9. Otro Especificar

Nota: La pregunta 14 y 15 pueden parecer muy similares, pero la diferencia está en que la primera se refiere a quién la persona o institución que toma contacto directamente con el establecimiento de tratamiento, mientras que la segunda está dirigida a conocer quién genera la solicitud. Por ejemplo una persona puede ser derivada a solitud de un profesional del consultorio, pero quien hace el pedido de hora es el familiar del usuario o el usuario mismo.

16. Fecha de Atención Ofrecida (citación) en el Establecimiento

Se refiera a la fecha en que se le atenderá en el programa de drogas

17. No Corresponde / No Pertinente

Cuando no es posible darle una hora de atención porque la solicitud no es pertinente o no corresponde al perfil de atención del centro, o porque no cumple con las exigencias técnicas o administrativas del establecimiento.

1. Previsión de Salud (Sólo atienden FONASA y la persona tiene ISAPRE)
2. Jurisdicción (La persona está inscrita en otro consultorio)
3. Diagnóstico (El perfil o complejidad del usuario excede las competencia del centro)
4. Otros (Consulta un hombre en un Centro sólo para mujeres, etc.)

18. Si no fue posible dar una hora de citación (Mes estimado de Atención)

Cuando el centro no está en condiciones de entregar una fecha precisa al solicitante de cuándo será atendido, por ejemplo, cuando se toman los datos y se acuerda llamar al usuario más adelante, en esos casos igualmente se debe registrar en la ficha una fecha estimada de atención (mes y año).

19. Fecha 1ra Atención Realizada

Se refiere a la fecha en que la persona recibe la primera atención de salud en el programa de tratamiento. Independientemente si corresponde a la fecha de atención ofrecida (por ejemplo, el usuario pudo haber faltado a la primera citación y reagendar una segunda hora). Aquí lo que importa es saber si la persona recibió atención y cuándo.

20. Fecha Ofrecida de Atención Resolutiva

Fecha (día/mes/año) en que se le ofrece al usuario la primera atención que mejor corresponde a su problemática. Por lo general coincide cuando ingresa formalmente al programa de tratamiento, por ejemplo cuando se firma el consentimiento informado o cuando finaliza el proceso de evaluación y la persona tiene acceso a una cama en un centro residencial. En algunos casos es posible que esta fecha coincida con la fecha de atención ofrecida y/o con la fecha de la primera atención realizada.

24. Informar si se realizaron intervenciones entre la primera atención de salud y la primera atención resolutive a) y b)

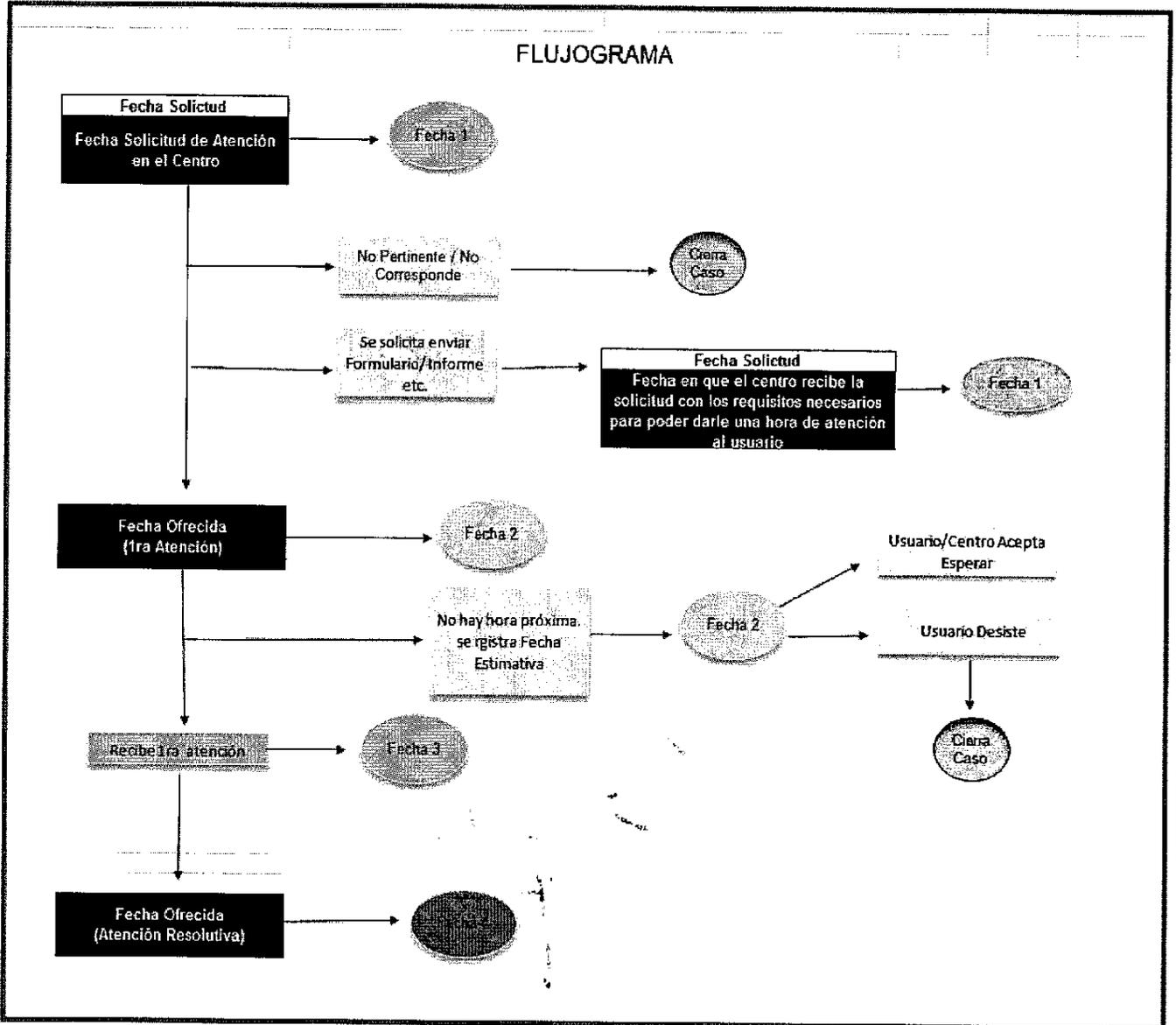
Informar si se realizaron intervenciones entre la primera atención de salud y la primera atención resolutive. Es importante señalar que la primera atención resolutive puede darse en el propio centro, o en otro, en caso de que el equipo haya decidido derivar al usuario.

24. Observaciones

Se debe registrar, cualquier información que resulte importante de mencionar, por ejemplo, que el usuario presentaba patología dual, o fue un ingreso por urgencia. Cuando presentan dificultades o aspectos que pueden explicar mejor la situación.

Flujograma

FLUJOGRAMA





JAIME BURROWS OYARZUN
SUBSECRETARIO DE SALUD PUBLICA
MINISTERIO DE SALUD



ANGELICA VERDUGO SOBRAL
SUBSECRETARIA REDES ASISTENCIALES
MINISTERIO DE SALUD



LIDIA AMARALES OSORIO
DIRECTORA NACIONAL (TP)


**SERVICIO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y REHABILITACIÓN
DEL CONSUMO DE DROGAS Y ALCOHOL**
SENDA



