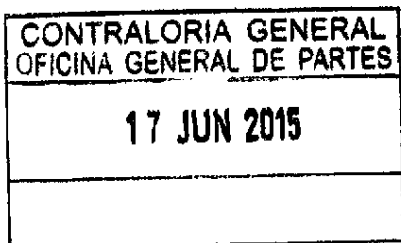


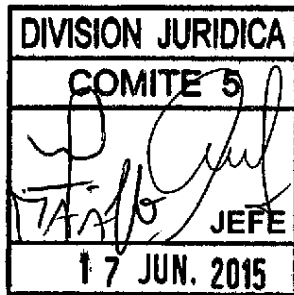


Aprueba Bases Administrativas y Técnicas de propuesta pública para contratar la compra de meses de planes de tratamiento para Niños, Niñas y Adolescentes con consumo problemático de drogas y alcohol (PAI) para el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol.



RESOLUCION N° 183

SANTIAGO, 02 DE JUNIO DE 2015



VISTO: Las facultades que me confiere el Decreto Supremo N° 611 de fecha 13 de Mayo de 2015 del Ministerio del Interior y Seguridad Pública; en lo previsto en el Decreto con Fuerza de Ley N° 1/19.653 del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, de 2000, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley N° 18.575, Orgánica Constitucional de Bases Generales de Administración del Estado; en la Ley N° 20.798, Ley de Presupuestos para el sector público, correspondiente al año 2015; en la Ley N° 19.886, de Bases sobre Contratos Administrativos de Suministro y Prestación de Servicios; en el Decreto Supremo N° 250, de Hacienda, de 2004 que estableció el Reglamento de la Ley individualizada precedentemente y sus modificaciones; en la Resolución N° 1.600, de 30 de octubre de 2008, de la Contraloría General de la República, que fija normas sobre exención del trámite de Toma de Razón; en la Ley N° 20.502 que crea el Ministerio del Interior y Seguridad Pública y el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del consumo de drogas y alcohol;



ACC/RPH/RAG/JTR/SCA/R/LG/JSD
DISTRIBUCIÓN:

1. Jefe de División Programática
 2. Área de Tratamiento
 3. Jefa de División de Administración y Finanzas
 4. Jefe de Área de Tratamiento
 5. Unidad de Compras y Contrataciones
 6. División Jurídica
 7. Unidad de Convenios
 8. Jefe Área de Finanzas
 9. Unidad de Fiscalización
 10. Partes
- S- 5336/15



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 el cumplimiento de sus objetivos, de acuerdo al artículo 19 letra j) de la Ley N° 20.502, el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol se encuentra facultado para celebrar contratos con entidades públicas y privadas destinadas a otorgar tratamiento y rehabilitar a personas afectadas por el consumo de alcohol y otras drogas.
3. Que, el consumo problemático de drogas y alcohol, es considerado como un problema de salud crónico o de duración prologada tratable, por lo que la oferta de tratamiento debe cautelar, tanto en su implementación como en su desarrollo, la continuidad en la atención de las personas que se someten a él, no sólo para evitar recaídas o fracasos, sino también en consideración a que los procesos terapéuticos son personales, no tienen un periodo de duración definido, sino que se trata de una trayectoria que se debe enfocar en las necesidades de cada individuo, lo que señala la necesidad de contar con ofertas de apoyo de acuerdo a estos perfiles.
4. Que, uno de los grupos cuyas necesidades de tratamiento no se encuentran totalmente cubiertas por la oferta pública y privada existente, lo constituyen aquellas niñas, niños y adolescentes que presentan consumo problemático de drogas y alcohol y que se encuentran envueltos en una situación de vulnerabilidad compleja, tanto por la naturaleza de los factores que inciden en su consumo, como porque para revertir esta situación, es preciso influir sobre variables de abordaje especializado, como la salud física, mental y la vinculación con redes sociales significativas e institucionales.
5. Que, considerando lo anterior, la oferta de tratamiento objeto de estos términos de referencia, viene a complementar y apoyar la atención entregada por el Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES) y por el Programa de Tratamiento para adolescentes que ingresan al sistema penal por la Ley N° 20.084. Lo anterior, considerando aquellas personas que, debido a las consecuencias de su consumo, presentan un perfil cuya complejidad, requiere un tratamiento de especialización distinta a los ofertados por los programas antes mencionados. Este programa considera una intervención para esta población con moderada a severa complejidad en el consumo de sustancias y, por ello, un abordaje terapéutico de alta intensidad.
6. Que, consecuentemente con lo indicado en los párrafos precedentes, 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 tratamiento y continuidad en su rehabilitación, y en miras a cumplir los principios de transparencia, probidad, libre concurrencia y trato igualitario a los oferentes, el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol se ha visto en la necesidad de iniciar un

proceso de propuesta pública mediante la presente resolución, para satisfacer la necesidad antes mencionada.

7. Que, por todo lo anterior, la superioridad de este Servicio ha resuelto licitar, a través de las presentes bases, **22 líneas de servicio** para la contratación de meses de planes de tratamiento para niños, niñas y adolescentes que presentan consumo problemático de drogas y alcohol, los que deberán ser prestados **durante 18 meses, a contar del mes de enero de 2016 y hasta junio de 2017**, dada la naturaleza, complejidad y objetivos de los mismos, y teniendo en cuenta además la necesidad de aumentar las posibilidades de logros terapéuticos sostenibles en el tiempo.

8. Que, el servicio que se requiere, no se encuentra dentro del catálogo de los servicios disponibles a través de convenio marco celebrados por la Dirección de Compras y Contratación Pública.

9. Que, por lo anterior, el servicio debe ser licitado en un proceso de propuesta pública, cuyas bases requieren de la expedición del correspondiente acto administrativo que las sancione y, por ende, vengo en dictar la siguiente:

RESOLUCIÓN

ARTÍCULO PRIMERO: Apruébense las Bases Administrativas y Técnicas y los documentos anexos a ella, para contratar la compra de meses de planes de tratamiento para Niños, Niñas y Adolescentes con consumo problemático de drogas y alcohol, para el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol.

ARTÍCULO SEGUNDO: Las bases que se aprueban por la presente Resolución son del tenor siguiente:

I. BASES ADMINISTRATIVAS

1. De los servicios requeridos.

El Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA, llama a licitación pública para contratar la compra de meses de planes de tratamiento para Niños, Niñas y Adolescentes que presentan un consumo problemático de drogas o alcohol, considerando las distintas características y particularidades de cada individuo, **durante 18 meses, a contar del mes de enero de 2016 y hasta junio de 2017**, para el Servicio Nacional para la Prevención y rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA.

Para efectos de este servicio, consumo problemático de drogas y alcohol, incluye el diagnóstico de consumo perjudicial (del Sistema de clasificación internacional de enfermedades, CIE 10), el diagnóstico de abuso (del Manual de Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales DSM IV) y el diagnóstico de dependencia (de ambas clasificaciones).

Si bien, el consumo de sustancias en niños y niñas, es decir, personas menores de 10 años, puede no presentar indicadores que definen una dependencia (como el síndrome de abstinencia, por ejemplo), el consumo en esta población es siempre categorizado como consumo problemático, pese a que si se presentara con las mismas características en una persona de mayor edad, correspondería a un consumo no problemático. Lo anterior debido a que se trata de un cuerpo y una mente en formación, por lo que todos sus sistemas se ven afectados en el presente y en su desarrollo por la presencia de sustancias, además porque se observa que el sentido detrás del consumo en la niñez tiene siempre una raíz relacionada con importantes carencias, tanto en el ámbito de las necesidades básicas y acceso a servicios, como en el ámbito vincular y de relaciones afectivas con su familia de origen.

El consumo problemático se caracteriza por un patrón desadaptativo de consumo de sustancias con consecuencias adversas en la esfera laboral/escolar, familiar y en la vida cotidiana y se presenta como una gran variedad de síntomas físicos, psicológicos y psiquiátricos, incluyendo los relacionados con los efectos farmacológicos directos de las sustancias, complicaciones médicas del consumo, conflictos familiares y psicosociales, por lo que el tratamiento de este trastorno implica realizar un abordaje con equipo multidisciplinario y que contemple todas esas áreas.

Para los efectos de la presente licitación pública, la unidad del objeto de contratación es un mes de plan de tratamiento.

Un mes de plan de tratamiento corresponde a un mes en que una persona con problemas de consumo de sustancias de alcohol y otras drogas participa de un plan de tratamiento y rehabilitación que contempla un conjunto de intervenciones y prestaciones recomendadas, asociadas al cumplimiento de los objetivos terapéuticos del mismo, de acuerdo al proceso terapéutico en que se encuentra.

Los meses de planes de tratamiento, corresponden a **Plan Ambulatorio Intensivo (PAI)**, que consiste en un tratamiento de carácter resolutivo, de alta intensidad y complejidad, que se desarrolla de manera ambulatoria. Este tratamiento está orientado al logro de los objetivos terapéuticos, dirigido a niños, niñas y adolescentes que presentan abuso y/o dependencia al alcohol y otras drogas, de riesgo moderado o alto, con compromiso biopsicosocial moderado a severo, con o sin comorbilidad psiquiátrica, la que en caso de existir, está compensada.

Así, se trata de un plan de tratamiento que procede cuando la adicción no puede ser cubierta por el Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES) o por el Programa de Tratamiento para adolescentes que ingresan al sistema penal por la Ley N° 20.084.

Esta alternativa de tratamiento debe ser cercana, oportuna y adecuada a las necesidades de cada persona, debe trabajar en terreno, donde habitan y se desenvuelven los usuarios. Además, mientras mayor sea el compromiso biopsicosocial del niño, niña o adolescente,

mayor trabajo en red y coordinación con otras instituciones, que pueden o no estar ya trabajando con ellos (residencias protegidas, equipos especializados o delegados SENAME, entre otros), de manera de contribuir a la solución de aquellos otros problemas que presentan los usuarios y de los que un programa de tratamiento por consumo problemático de sustancias no puede hacerse responsable. Es decir, esta modalidad de tratamiento ambulatoria intensiva, proveerá una intervención de tratamiento integral, que será complementaria e integrada a la que realiza el equipo o red psicosocial.

Esta modalidad constituye un conjunto de intervenciones individuales grupales y familiares, en terreno y en el centro, con el usuario o usuaria, su familia y su entorno cercano, de moderada o alta complejidad, dirigido al logro de los objetivos terapéuticos construidos con el usuario o usuaria. Es una modalidad de carácter resolutivo para su nivel de complejidad, que debe integrarse a la red o redes socio sanitarias correspondientes, de manera de facilitar que la persona acceda a todas las intervenciones que requiera y así mismo evitar la sobre intervención o duplicidad de acciones. Es relevante en este sentido, la coordinación y articulación en una misma red con otros programas de tratamiento del consumo de drogas, así como respecto de otras instancias locales que enriquezcan el proceso de desarrollo integral y la integración social de los niños, niñas y adolescentes en intervención.

Para la ejecución de los servicios, es necesario que se haga, durante el tratamiento, una diferenciación de roles entre los distintos equipos que puedan estar interviniendo, apuntando a la gestión complementaria de acciones y estrategias de alto impacto, dependiendo de la etapa en que se encuentre el niño, niña o adolescente. Ello, determinará la intensidad y frecuencia de las intervenciones por parte de cada uno de los equipos. Lo anterior se hace a partir del diagnóstico y elaboración del plan individual de tratamiento integral e integrado que se construirá y ejecutará promoviendo la participación activa de usuario o usuaria, conjugando las necesidades de intervención detectadas por los equipos y evitando la sobre intervención.

La duración del proceso terapéutico, para alcanzar los objetivos y metas propuestas, es variable. En base a la experiencia, se estima una duración de alrededor de 8 meses, cuando el perfil es de menor complejidad, y de hasta 24 meses en los casos más complejos. No obstante lo anterior, estos plazos son aproximados, pues no existen tiempo exactos, lo anterior para evitar que la intervención se transforme en una meta a lograr en sí misma y deje de lado las necesidades de las personas. Además se debe considerar que el tiempo que demora un niño, niña o adolescente en establecer un vínculo de confianza con un equipo terapéutico, que pueda llevar a producir un vínculo terapéutico, es variable, por lo que el rango de duración del tratamiento no puede establecerse a priori.

A la vez, es muy relevante que, cada 3 meses, se evalúe el proceso terapéutico de cada usuario o usuaria, de manera de corregir la intervención si no se han alcanzado los logros esperados, o evaluar la mantención de ellos.

El tipo de intervenciones y su frecuencia, incluidas en un mes de tratamiento, se desarrollan de manera progresiva en la medida que se avanza en el proceso de

tratamiento y rehabilitación, con el propósito de lograr los objetivos terapéuticos, de acuerdo a las características y necesidades de las personas usuarias. Éstas son las siguientes:

- Consulta médica.
- Consulta psiquiátrica.
- Consulta de salud mental (individual y familiar).
- Intervención psicosocial de grupo.
- Consulta psicológica.
- Psicoterapia individual.
- Psicoterapia de grupo.
- Psicodiagnóstico.
- Visita domiciliaria.
- Consultorías de salud mental.
- Exámenes de laboratorio que se requieran.
- Medicamentos si corresponde.

Se deberá proporcionar, todas y cualquiera de las intervenciones de acuerdo a las necesidades del niño, niña o adolescente, resguardando que las mismas se desarrollen con la calidad adecuada para alcanzar los objetivos terapéuticos acordados. Lo anterior, sin exigir al usuario y/o su familia algún tipo de pago por las atenciones que le serán otorgadas.

En el caso de existir complicaciones médicas, psiquiátricas o de cualquier otra índole o bien, si se requiere la realización de prestaciones no cubiertas por estas bases, la persona en tratamiento deberá ser derivada mediante interconsulta a un establecimiento de la red de salud pública, debiendo constar copia de dicho documento en la respectiva ficha clínica o, en su defecto, ser trasladada a un centro asistencial privado, siempre y cuando la persona o su familia opte por esta alternativa debiendo firmar un documento que explicita esta opción. Para todos los efectos, el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol no cubrirá ni financiará atenciones o prestaciones que no estén expresamente señaladas en el convenio respectivo.

Por otra parte, dadas las exigencias y la complejidad del perfil de las personas usuarias, se debe contar con un equipo técnico capaz de realizar la intervención considerando las necesidades e intereses de los niños, niñas y adolescentes usuarios. La intervención es de carácter especializada, por lo que el equipo de profesionales y técnicos debe tener formación, experiencia, características personales y salud mental adecuadas a la intervención que se requiere.

Consecuentemente, el servicio deberá contar con un equipo capacitado que se desempeñe en la intervención con niños, niñas y/o adolescentes en situación de vulnerabilidad; considerando variables del desarrollo, la potencial presencia de comorbilidad física o

psicológica, así como otras variables de índole psicosocial, todas estas, en interacción con el consumo problemático de alcohol y otras drogas.

La selección del recurso humano en el programa debe considerar por tanto, las variables anteriores. Se debe tener en cuenta también aspectos específicos, tales como variables de género, de desarrollo, entre otros.

Asimismo, la intervención requiere de una coordinación interna del equipo, sólida y ágil que se adecúe a los ritmos que requiere el proceso terapéutico y facilite el proceso de cambio que atraviesa el niño, la niña o adolescente. Una buena coordinación interna del equipo permite un efectivo trabajo interdisciplinario, a fin de no fragmentar ni parcelar la intervención, y una mirada integradora y potenciadora de fortalezas y aspectos del desarrollo que el equipo técnico evalúa como esenciales en la intervención.

El equipo debe tender a la interdisciplinariedad e integralidad de la intervención a través de la integración de profesionales de diversos ámbitos (psiquiatría, psicología, trabajo social, terapia ocupacional, psicopedagogía, técnicos, entre otros). Cada miembro del equipo debe poseer una visión clara de sus propias funciones y reconocer los intereses comunes en el trabajo especializado con niños, niñas y adolescentes.

El equipo debe contar con una organización interna operativa, con mecanismos de evaluación de las propias prácticas y de autocuidado, fortalecer la acción conjunta de manera coherente, y establecer mecanismos y estrategias de coordinación con equipos y/o profesionales externos o instancias de las redes.

Sin perjuicio de lo anterior, y para mantener la sistematización del trabajo en equipo, se requiere contar con instancias técnicas de participación (reuniones de equipo, análisis de caso etc.), en sus distintas áreas (técnica, administrativa y directiva), favoreciendo la planificación y la evaluación permanente de la labor realizada.

Se esperan prácticas laborales adecuadas que favorezcan la estabilidad laboral de los/las funcionarios/as del servicio licitado, considerando que el desarrollo vincular con las personas usuarias es de alto impacto en la intervención.

Por otra parte, así como las relaciones y el vínculo establecido entre los niños, niñas, adolescentes y sus familias con el equipo que trabaja en el centro de tratamiento, las rutinas, infraestructura y otros aspectos, forman parte del proceso de intervención. Por lo tanto, la ubicación, tamaño, diseño del centro y sus espacios y utilización de los mismos están relacionados con su propósito y con su función, debiendo considerar, entre otras, las necesidades evolutivas, especiales, de género, étnicas, religiosas, culturales y sociales de las personas usuarias, además de constituirse en un espacio seguro y contenedor.

Para todos los efectos, la ejecución de los meses de planes de tratamiento objeto de la presente licitación, deben regirse por las **“Bases Técnicas para el tratamiento de niños,**

niñas y adolescentes, que presenten consumo problemático de alcohol y otras drogas”, documento incluido en las presentes Bases.

En relación a los Lineamientos técnicos, SENDA podrá realizar actualizaciones y/o modificaciones en ellos, las que no podrán desnaturalizar los servicios contratados y serán parte integrante de los convenios celebrados con los adjudicatarios.

2. De la Modalidad de la Licitación

El Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, realizará la presente licitación en la modalidad de adjudicación múltiple, por línea de servicio.

Al adjudicar la presente licitación en la modalidad de adjudicación múltiple, el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA, podrá seleccionar a varios proponentes, **pero no más de uno por cada línea de servicio.**

Para todos los efectos legales, esta licitación está compuesta por las siguientes líneas de servicios:

LS	DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA		N° de meses de planes de tratamiento mensual/ N° de meses de planes de tratamiento en el período que se ejecutarán los servicios
	Región	Comuna de localización del centro de tratamiento	
1	Arica y Parinacota	Arica	20/360
2	Tarapacá	Iquique	20/360
3	Antofagasta	Antofagasta	15/270
4	Atacama	Copiapó	20/360
5	Coquimbo	Coquimbo	20/360
6	Coquimbo	La Serena	20/360
7	Valparaíso	Viña del Mar	15/270
8	O'Higgins	Rancagua	30/540
9	Maule	Talca Sur (1)	15/270

10	Maule	Talca Norte (2)	15/270
11	Biobío	Concepción	20/360
12	Araucanía	Temuco	20/360
13	Los Ríos	Valdivia	20/360
14	Los Ríos	Río Bueno	15/270
15	Los Lagos	Puerto Montt	15/270
16	Los Lagos	Puerto Montt	15/270
17	Metropolitana	Cerro Navia	30/540
18	Metropolitana	Pudahuel	20/360
19	Metropolitana	Providencia	15/270
20	Metropolitana	Lo Barnechea	15/270
21	Metropolitana	Peñalolén	30/540
22	Metropolitana	Renca	10/180

(1) Talca Sur: Corresponde a la zona comprendida entre calle 1 Sur (límite norte), Estero El Cajón (límite Sur), Río Claro (límite Este) y Carretera 5 Sur (límite oeste)

(2) Talca Norte: Corresponde a la zona comprendida entre Río Lircay (límite norte), Calle 1 Sur y límite con comuna de Maule (límite sur), Camino Puertas Negras (límite este), Río Claro (límite oeste)

Cada línea de servicio representa tanto la cantidad de meses de planes de tratamiento que deben ser otorgados, como la cantidad de planes de tratamiento que se deben otorgar mensualmente durante dicho periodo, que el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, requiere contratar.

La columna “**Comuna de localización del centro de tratamiento**” representa el lugar físico en la región en que se necesita que se encuentre ubicado el centro de tratamiento, para cuyo efecto se ha definido la comuna dentro de la región indicada.

Se deja constancia que estas líneas de servicios fueron definidas de acuerdo a las siguientes variables:

- Caracterización del consumo problemático de alcohol y otras drogas (tipo de drogas, edad de inicio, compromiso biopsicosocial);
- Brecha entre la demanda y la oferta de tratamiento para la población correspondiente;
- Número de personas máximo y mínimo que facilite el adecuado desarrollo del tratamiento y logro de objetivos terapéuticos;

- Necesidad de completar circuitos de modalidades de tratamiento (considerando oferta pública y privada) para esta población;
- Accesibilidad física (geográfica).

3. Del Precio que el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA pagará por Cada Mes de Plan de Tratamiento

Los recursos que el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol destinará por cada unidad de mes de plan de tratamiento ascienden a la cantidad de **\$594.658.-**

El precio anteriormente indicado será reajustado en el mes de diciembre de los años 2015 y 2016. Comenzarán a regir en el mes de enero de los años 2016 y 2017 respectivamente. La cuantía de dicho reajuste será fijado en la época indicada previamente, teniendo como factores referenciales el reajuste que experimente el Índice de Precios al Consumidor de los últimos doce meses y la disponibilidad presupuestaria de acuerdo a la Ley de Presupuesto del Sector Público del año correspondiente. Los reajustes serán notificados a los prestadores una vez totalmente tramitado el acto administrativo que los aprueba, sin la necesidad de modificar el convenio suscrito.

Con todo, los recursos que el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA, destinará por cada unidad de mes de plan de tratamiento, estarán sujetos a lo que establezca la Ley de Presupuesto para el Sector Público para el respectivo año, reservándose este Servicio la facultad de ajustar el número de meses de planes adjudicados mediante resolución fundada.

4. Funcionario encargado del proceso de licitación pública.

El encargado del presente proceso de licitación pública es el Jefe de la Unidad de Compras y Contrataciones o quien lo subrogue.

5. Cómputos de plazos.

Los plazos de la presente licitación son los que en cada caso se señalan, entendiéndose como días hábiles, de lunes a viernes, sin considerar los días sábados, domingos y festivos.

En el caso que un plazo expire en día sábado, domingo o festivo el vencimiento se producirá al día hábil siguiente.

6. Etapas de la licitación pública.

La presente licitación pública se realizará en una sola etapa, por lo que en el acto de apertura de las ofertas se procederá a abrir la oferta técnica, teniendo en cuenta que no existe oferta económica en la misma.

7. Modificaciones a las bases

El Servicio Nacional para Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol podrá modificar las presentes bases hasta antes del vencimiento del plazo para presentar ofertas. Estas modificaciones deberán aprobarse por resolución fundada totalmente tramitada y publicarse en el www.mercadopublico.cl bajo el ID que identifica a la licitación pública.

En caso de ser necesario, el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol fijará, prudencialmente, un nuevo plazo para la presentación de ofertas, de manera de permitir que los proveedores interesados puedan conocer y adecuar su oferta a tales modificaciones.

8. Cronograma de actividades

ACTIVIDAD	PLAZO
Plazo para presentar propuestas	20 días corridos siguientes a la fecha de publicación de las presentes bases en el portal www.mercadopublico.cl , hasta las 15:00 horas.
Plazo para presentar garantía de seriedad de la oferta	Hasta las 16:00 hrs. del día hábil anterior al cierre de recepción de ofertas indicado en el portal www.mercadopublico.cl .
Consultas a las bases de licitación	Hasta el día 10, corrido , desde la fecha de publicación de las presentes bases en el portal www.mercadopublico.cl .
Respuestas a las consultas	Hasta el día 3, hábil desde la fecha el vencimiento para presentar consultas.
Apertura de las ofertas	El día 20, corrido, siguiente a la fecha de la publicación de las presente bases, a las 15:01 horas.
De la evaluación de las ofertas	30 días corridos contados desde la fecha de cierre de recepción de las ofertas.
Período de adjudicación	Dentro de los 10 días hábiles posteriores al término del período de evaluación.
Consultas a la adjudicación.	10 días corridos contados desde la fecha de la notificación de la resolución que adjudica la presente propuesta

	pública.
Presentación de antecedentes para la suscripción del contrato	Dentro de los 15 días hábiles siguientes a la fecha de la notificación de la resolución que adjudica la presente propuesta pública.
Suscripción del contrato	En el plazo máximo de 30 días hábiles siguientes a la fecha de la notificación de la resolución que adjudica la presente propuesta pública.

9. De las Ofertas

9.1 Presentación de las ofertas

Las ofertas deberán ser ingresadas al portal www.mercadopublico.cl, en el ID que identifica esta licitación dentro de los **20 días corridos** contados desde la fecha de publicación de estas bases en el referido portal, hasta las 15:00 horas del vigésimo día.

En caso de indisponibilidad técnica de la plataforma del portal www.mercadopublico.cl, durante este periodo, circunstancia que deberá ser ratificada por la Dirección de Compras y Contratación Pública, excepcionalmente las ofertas podrán ser recepcionadas en soporte papel, en la Oficina de Partes de la Dirección Regional correspondiente o la del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (calle Agustinas N° 1235, piso 6, Santiago Centro), de lunes a viernes entre las 9:00 am y las 16:00 horas.

En caso de que la indisponibilidad indicada se produzca **el día en que vence el plazo para presentar las ofertas**, los oferentes tendrán un plazo de 24 horas desde que se produjo la falla en el portal para presentar éstas por escrito en la oficina antes indicada.

Con todo, sólo se recibirán aquellas propuestas técnicas en soporte papel que adjunten un **certificado de indisponibilidad del sitio o su solicitud** emitido por la Dirección de Compras y Contratación Pública.

9.2 Fecha de cierre de recepción de las ofertas.

La fecha de cierre de recepción de ofertas será el día del vencimiento del plazo para la presentación de las mismas, indicado en el número 9.1 precedente, a las 15:00 horas, el cuál será informado en el portal www.mercadopublico.cl, en el ID que identifica a la presente licitación pública, una vez publicadas las presentes bases en el referido portal.

En caso de que el vencimiento del plazo recayere en día inhábil, se postergará la fecha del cierre de recepción de ofertas para el día hábil siguiente, a la misma hora.

9.3 Número de ofertas

Los oferentes podrán ofertar respecto de una, varias o todas las líneas de servicios licitadas, que se individualizan en el número 2 de estas Bases.

Cada oferente sólo podrá presentar una oferta por cada línea de servicio a la que postule. Si un oferente presenta más de una oferta, para una misma línea de servicio de la presente licitación, este Servicio Público entenderá como válidamente presentada únicamente la primera oferta subida al portal www.mercadopublico.cl

9.4 Contenido de las ofertas

Toda oferta deberá incluir los antecedentes administrativos que se señalan en estas Bases y los documentos de la propuesta técnica.

La falta de presentación de cualquiera de los antecedentes requeridos será condición suficiente para rechazar la oferta en el acto de apertura y declararla inadmisibile.

Asimismo, si se comprueba la falta de presentación de los antecedentes señalados en forma posterior al acto de apertura, la oferta en cuestión no será considerada en el proceso de evaluación y adjudicación y será declarada inadmisibile.

Las ofertas deberán presentarse en los formularios definidos para tal efecto en los Anexos de las presentes bases, los que para estos efectos, se encontrarán disponibles en formato Word o Excel, según corresponda, en el portal www.mercadopublico.cl. En caso que el oferente quiera complementar su información, podrá hacerlo en archivos adicionales, **siempre individualizando la línea de servicio asociada.**

Se deja establecido que la sola circunstancia de presentar una oferta para esta licitación, implica que el respectivo oferente ha analizado las Bases Técnicas, aclaraciones y respuestas a las preguntas de la licitación, con anterioridad a la presentación de su oferta, y que manifiesta su conformidad y aceptación sin ningún tipo ni condiciones a toda la documentación referida.

9.4.1 Antecedentes administrativos

Para postular, las personas naturales o jurídicas, además de su propuesta técnica, deberán presentar los siguientes antecedentes administrativos:

1. Declaración jurada simple: cada oferente deberá presentar, dependiendo si se trata de una persona natural o jurídica, la siguiente declaración jurada simple:

Persona Natural: quien suscribe:

- a) No estar afecto a ninguna de las inhabilidades indicadas en el artículo 4° inciso primero de la Ley 19.886 de Bases sobre contratos administrativos de suministro y prestación de servicios.
- b) Conocer los términos de referencia, haber estudiado los antecedentes y haber verificado su concordancia, así como también que todos los antecedentes presentados como parte de la oferta, son veraces y exactos, estando conforme con los términos de presente licitación pública.

Persona Jurídica: quién suscribe como a quien representa:

- a) No estar afecto a ninguna de las inhabilidades indicadas en el artículo 4° inciso primero de la Ley 19.886 de Bases sobre contratos administrativos de suministro y prestación de servicios.
- b) Conocer los términos de referencia, haber estudiado los antecedentes y haber verificado su concordancia, así como también que todos los antecedentes presentados como parte de la oferta, son veraces y exactos, estando conforme con los términos de presente licitación pública.

Para facilitar el cumplimiento de este requisito administrativo, se adjuntan a las presentes bases el **Anexo N° 5A:** modelo de declaración jurada simple de persona natural, y el **Anexo N° 5B:** modelo de declaración jurada simple de persona jurídica.

Con todo, se hace presente que el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol consultará el listado de empresas condenadas por prácticas antisindicales y por infracción de derechos fundamentales del trabajador, publicado por la Dirección del Trabajo, **declarándose inadmisibles** las propuestas de aquellos oferentes que aparezcan condenados dentro de los anteriores dos años a la presentación de las mismas.

2. Garantía de seriedad de la oferta: Esta garantía se exige para proteger al Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol contra los riesgos de desistimiento de la oferta dentro del periodo de validez exigido en las Bases, retiro de la oferta una vez seleccionada, falta de seriedad en los términos de la oferta, inhabilidad del seleccionado para contratar con el Estado; falta de entrega de los antecedentes requeridos para elaborar el contrato, falta de firma del contrato y falta de entrega de la garantía de cumplimiento de contrato.

La garantía de seriedad de la oferta deberá ser tomada por uno o varios integrantes del oferente, **por cada línea de servicio a la que postule.**

Si la garantía de seriedad de la oferta es otorgada en el extranjero, el emisor del documento respectivo debe estar representado en Chile o estar reconocido por un banco o institución financiera chilena.

Esta garantía puede consistir en:

- a) **Boleta de Garantía Bancaria**, pagadera a la vista, con carácter de irrevocable, tomada por el oferente a nombre del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, R.U.T N° 61.980.170-9, por un monto de **\$150.000.-** (ciento cincuenta mil pesos chilenos), con una vigencia no inferior de 90 días corridos desde la apertura de la oferta señalada en el portal www.mercadopublico.cl, la que debe señalar que está tomada como **“garantía de seriedad de la oferta”** indicando en ella el ID que identifica a la presente licitación pública en el portal www.mercadopublico.cl y el número de la línea de servicio a la que postula.

- b) **Póliza de Seguro**, tomada por el oferente a favor del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, R.U.T. 61.980.170-9, por un monto de **\$150.000.-** (ciento cincuenta mil pesos chilenos) o el equivalente al monto indicado en **Unidades de Fomento** calculado al día de su emisión, con una vigencia no inferior de 90 días corridos desde la apertura de la oferta señalada en el portal www.mercadopublico.cl, la que debe señalar en su glosa que está tomada como **"garantía de seriedad de la oferta"** indicando en ella el **ID que identifica a la presente licitación pública en el portal www.mercadopublico.cl y el número de la línea de servicio a la que postula.**
- c) **Depósito a la Vista o Vale Vista**, tomado por el oferente en un Banco comercial con oficinas en la ciudad de Santiago, a la vista, con carácter de irrevocable y endosable, a la orden del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, R.U.T. 61.980.170-9, por la suma de **\$150.000.-** (ciento cincuenta mil pesos chilenos).

Solo en el caso de que se opte por presentar un Depósito a la Vista o Vale Vista, el oferente deberá presentar conjuntamente con éste el Anexo N° 3A.

Si en el documento en que consta la garantía no alcanza a escribirse el nombre de Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, R.U.T. 61.980.170-9, este se podrá abreviar, siempre que señale el R.U.T. 61.980.170-9.

Si no se presenta la garantía de seriedad de la oferta, o si su presentación es extemporánea, o dicho documento no estuviera extendido en los términos señalados, o si no se acompaña conjuntamente con el depósito a la vista o vale vista el anexo correspondiente, extendido en los términos señalados, la oferta será **declarada inadmisibile**. Dicha situación será comunicada a la Comisión Evaluadora, previo al proceso de evaluación, de acuerdo a lo dispuesto en el número 10 de estas bases.

Cuadro:

Tipo de documento	Boleta Bancaria de Garantía, Depósito a la vista, Vale Vista, o Póliza de Seguro.
Beneficiario	"Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA, RUT N° 61.980.170-9." Este se podrá abreviar, siempre que señale el R.U.T. 61.980.170-9.
Vigencia mínima	Vigencia no inferior de 90 días corridos desde la apertura de la oferta señalada en el portal www.mercadopublico.cl
Monto	Un monto de \$150.000.- (ciento cincuenta mil pesos chilenos)
Expresada en	Pesos chilenos (o el equivalente al monto indicado en Unidades de Fomento calculado al día de su emisión.)
Glosa	Garantía de seriedad de la oferta" indicando en ella el ID que identifica a la presente licitación pública en el portal www.mercadopublico.cl y el número de la línea de servicio a la que postula.

Esta garantía se hará efectiva:

- Si el oferente adjudicado, mediante comunicación formal a SENDA, se desistiera de su oferta.
- Si el oferente adjudicado presentara alguna de las inhabilidades señaladas en el numeral 13.1 de estas bases.
- Si el oferente adjudicado no entregase en tiempo y forma los documentos señalados en el punto 13.2. de las presentes bases.
- El oferente, cuya oferta ha sido adjudicada y que acompañando un certificado de solicitud de resolución sanitaria en trámite, de acuerdo a lo dispuesto en el número 9.4.5 (1) de estas bases, no acompaña, en el plazo máximo de **15 días hábiles** siguientes a la fecha de notificación de la resolución que adjudica la presente licitación pública en el portal www.mercadopublico.cl, la resolución sanitaria respectiva totalmente tramitada.
- El oferente, cuya oferta ha sido adjudicada, no acompaña dentro de plazo la garantía de fiel cumplimiento de contrato, solicitada en el número 13.3. de las presentes bases.
- Si el oferente adjudicado se negare a firmar el contrato respectivo dentro del plazo establecido en el punto 8 y 13.4 de las presentes bases.
- El oferente cuya oferta haya sido adjudicada haya presentado datos inexactos o no fidedignos en su oferta y ésta deba ser revocada.

Devolución de la Garantía de seriedad de la oferta.

En virtud de lo dispuesto en el artículo 43 del Reglamento de la Ley N° 19.886, las garantías de seriedad de la oferta serán devueltas a aquellos oferentes cuyas ofertas hayan sido declaradas **inadmisibles**, dentro de los **10 días corridos siguientes** contados desde la notificación de la resolución que dé cuenta de la inadmisibilidad, salvo que recurran de cualquier forma en contra de la resolución respectiva.

Las garantías de seriedad de la ofertas serán devueltas a aquellos oferentes cuyas ofertas hayan sido **evaluadas y desestimadas**, en un plazo de **31 días hábiles** contados desde la publicación de la resolución que adjudica la línea respectiva a la que postuló, debido a que las presentes bases contemplan la posibilidad de adjudicar aquella oferta que le siga en puntaje a quien haya tenido la mejor calificación en caso que éste se desista de celebrar el respectivo contrato, todo de acuerdo a lo dispuesto en el número 12.2. de estas bases.

Tratándose del oferente adjudicado, la restitución del documento de garantía de seriedad de la oferta se hará una vez que el contrato respectivo se encuentre firmado por el adjudicatario y una vez que éste haya hecho entrega de la garantía de fiel cumplimiento del contrato, de acuerdo a lo dispuesto en el número 13.3 y 13.4 de estas bases.

Los oferentes deberán retirar sus documentos de garantía de seriedad de la oferta en las oficinas de Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol ubicadas en Agustinas N° 1235, piso 6°, comuna y ciudad de Santiago o en la Dirección Regional de SENDA, correspondiente al domicilio del oferente. La devolución de los documentos de garantía se hará por medio del endoso correspondiente, en caso que sean endosables, o con la leyenda al dorso "Devuelta al tomador", en caso contrario. La entrega se efectuará previa firma del Certificado de retiro y recepción pertinente.

9.4.2 Presentación de los antecedentes administrativos

La declaración jurada a que se refiere el número 9.4.1 deberá ser ingresada como **antecedente administrativo**, digitalizados en formato PDF o Word, al portal www.mercadopublico.cl en el ID que identifica esta licitación pública. La falta de este requisito hará aplicable el número 9.4.3. de las presentes bases públicas.

Los Proponentes deberán presentar la **garantía de seriedad** de la oferta en las oficinas del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, ubicadas en Agustinas N° 1235, piso 6°, comuna de Santiago o en la Dirección regional de SENDA correspondiente al domicilio del oferente, **a más tardar a las 16:00 horas del día hábil anterior al cierre de recepción de las ofertas indicado en el portal www.mercadopublico.cl**

El receptor de la garantía procederá a registrar el ingreso del documento, levantando un acta debidamente firmada por él y por la persona que haga entrega de la garantía, en la que deberá constar el nombre de la licitación, el nombre del proponente, nombre y cédula de identidad de la persona que entregó la garantía y la fecha y hora de presentación de la misma. Copia de dicha acta deberá entregarse a la persona que hizo entrega de la garantía.

9.4.3 Falta u omisión de los antecedentes administrativos

La oferta que no cumpla con acompañar cualquiera de los requisitos administrativos exigidos en el número 9.4.1 en la forma prevista en el número 9.4.2 precedente, será **declarada inadmisibile**, quedando, por tanto, fuera de la presente licitación pública.

9.4.4 Propuesta Técnica

La propuesta técnica se hará por cada línea de servicio a la que se postule y deberá ingresarse como archivo adjunto en el sitio www.mercadopublico.cl, en el ID que identifica esta licitación, debiendo denominarse dicho archivo adjunto como "**Propuesta Técnica**" y cumplir con todas y cada una de las especificaciones establecidas en los números 9.4.5 y 9.4.6 de las presentes bases.

Se deja expresa constancia que la propuesta técnica deberá estar contenida en un máximo de 3 archivos, en formato PDF o Word y con un peso no mayor a 20 MB (mega bytes) cada uno.

Sólo se considerarán las propuestas que hubieren sido presentadas a través del portal www.mercadopublico.cl y dentro del plazo señalado en el número 9.1. de estas bases, por lo

que una vez expirado dicho plazo no se admitirá propuesta alguna. Del mismo modo, los proponentes no podrán retirar las propuestas ni hacer modificaciones en ellas una vez presentadas.

9.4.5 Contenido de la Propuesta Técnica

Toda Propuesta Técnica deberá contener los siguientes antecedentes, por cada línea de servicio en que desee participar el oferente:

1. Autorización Sanitaria: Copia de la Resolución de Autorización Sanitaria que aprueba al centro de tratamiento respectivo para efectuar las prestaciones ofertadas y las modificaciones posteriores, si es que las hubiere, debiendo el centro estar ubicado físicamente en el área de localización señalada en la línea de servicios a la que se postula, o documento que acredite la solicitud de obtención de Autorización Sanitaria “en trámite” correspondiente al centro de tratamiento donde se realizarán las prestaciones y que deberá estar ubicado en el área de localización señalada en la línea de servicio a la que se postula.

En caso de presentarse un documento que acredite la solicitud de obtención de Autorización Sanitaria en “tramite”, se deja constancia que dicho documento, carta o formulario deberá encontrarse timbrado por la Seremi de Salud respectiva.

Si un oferente adjudicado hubiese presentado autorización sanitaria “en trámite”, ésta deberá encontrarse totalmente tramitada y ser entregada por el oferente en la Dirección Nacional del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, dentro del plazo que se establece en los números **8 y 13.2** de las presentes bases, para suscribir el contrato, siendo este documento indispensable para contratar.

2. Formulario de Presentación de Propuesta para Licitación 2016.

El Formulario será el formato oficial de presentación de propuesta técnica en esta licitación que corresponde Anexo N° 2 de las presentes bases. El formulario deberá ser completado de acuerdo a las instrucciones señaladas en él y conforme a lo dispuesto en estas bases, señalándose en el mismo la línea de servicio a la cual se está postulando.

Se deja constancia que se deberá presentar un formulario por cada línea de servicio a la que se postule.

Con todo, las horas del equipo de profesionales y técnicos propuestos deben ser destinadas a los usuarios de las líneas ofertadas.

3. Condiciones de empleo y remuneración: Cada oferente podrá presentar un Certificado de Antecedentes Laborales y Previsionales vigente emitido por la Dirección del Trabajo con el objeto de evaluar si el mismo presenta o no multas pendientes de pago y/o deudas previsionales con sus trabajadores.

9.4.6 De la validez de la propuesta

La propuesta técnica deberá tener una validez no inferior de 90 días corridos desde la apertura de la oferta señalada en el portal www.mercadopublico.cl. La oferta cuyo período de validez sea menor que el requerido, será rechazada por este Servicio Nacional. Con todo, si un oferente no señala el plazo de validez de su oferta en su propuesta técnica, se entenderá, en su silencio, que la oferta tiene una vigencia no inferior de 90 días corridos desde la apertura de la oferta señalada en el portal www.mercadopublico.cl.

Se deja expresa constancia que no podrán adjudicarse ofertas que no emanen de quien tiene poder suficiente para efectuarlas representando al respectivo oferente, sin perjuicio de la ratificación posterior que se realice de conformidad a la ley.

9.4.7 Disponibilidad del Personal Profesional Ofertado

El adjudicatario deberá disponer en su equipo de trabajo del mismo personal profesional considerado en su propuesta técnica para el desarrollo del servicio contratado.

Salvo que el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, autorice lo contrario, no se efectuarán cambios en la composición del equipo de trabajo.

Si por cualquier motivo, tales como jubilación, muerte, incapacidad médica, renuncia, desvinculación, entre otros, fuere necesario sustituir a algún integrante del personal profesional o técnico, incluyendo al Director del centro de tratamiento, el adjudicatario lo reemplazará por otro técnico o profesional con las condiciones requeridas para el cargo.

Para lo anterior, el contratista deberá informar la vacancia del cargo dentro de un plazo de 5 días corridos desde ocurrido el hecho, y posteriormente en un plazo de 20 días corridos deberá presentar los antecedentes del nuevo profesional o técnico propuesto, incluyendo certificado de inhabilidades para trabajar con menores de edad, en la respectiva Dirección Regional de SENDA, y los antecedentes del nuevo profesional que acreditan que tiene una experiencia similar al del profesional ofertado durante el proceso de licitación, que reemplazará.

De no haber sido posible proponer el nuevo profesional o técnico en ese plazo, se informará a la Dirección Regional, dando cuenta de las gestiones realizadas, y se acordará con ésta las acciones y plazos urgentes a seguir para una nueva propuesta.

Los antecedentes serán evaluados por el equipo técnico del Área Tratamiento de la respectiva Dirección Regional de SENDA, quién tendrá a la vista, de manera referencial, la calificación de la propuesta técnica originalmente

presentada por el contratista, y velará porque el nuevo profesional que prestará el servicio, en su conjunto, tenga las condiciones requeridas del cargo.

La indicada evaluación será presentada por el gestor de tratamiento al Director Regional correspondiente del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol para su respectiva aprobación, la que será comunicada por escrito al contratista mediante carta certificada dirigida a su domicilio, comenzando a contarse los plazos a partir del tercer día después de despachada la carta por correo.

Con todo SENDA, podrá solicitar a la entidad el certificado del registro de Inhabilidades para trabajar con menores de edad del Registro Civil e Identificación de Chile, a todos los trabajadores que tengan una relación directa y habitual con menores de edad.

9.5 Consultas, aclaraciones y respuestas a las presentes bases.

9.5.1 Recepción de consultas y aclaraciones.

Las consultas y aclaraciones se formularán al Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol **dentro de los 10 primeros días corridos**, contados desde el día de la publicación de las presentes Bases y sólo a través del Sistema de Información del portal www.mercadopublico.cl

Dichas consultas y aclaraciones serán puestas en conocimiento de todos los oferentes a través del mismo portal, sin indicar el autor de las mismas.

9.5.2 Respuestas a las consultas y solicitudes de aclaración

La respuesta a todas las consultas se realizará a través del Sistema de Información del portal www.mercadopublico.cl dentro de los **3 días hábiles** siguientes del vencimiento del plazo para presentar consultas o aclaraciones señalado en el número anterior.

10. De la revisión de los antecedentes administrativos.

El Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, antes de evaluar las ofertas técnicas, realizará una revisión de los antecedentes administrativos presentados por los oferentes, en la que verificará que éstos cumplan con los antecedentes mínimos exigidos en las presentes bases.

Sin perjuicio de lo anterior, no serán evaluadas técnicamente aquellas ofertas que no acompañen una Resolución de autorización sanitaria o el documento en trámite de dicha autorización, cuando corresponda.

11. De la Evaluación

11.1 De la Modalidad de Evaluación

El proceso de evaluación será interno y se realizará en una sola etapa.

En esta etapa se evaluarán las propuestas técnicas presentadas por aquellos oferentes que hayan cumplido con presentar los antecedentes administrativos en la forma exigida en el número 9.4.1 de estas bases, así como los antecedentes, en la forma exigida, que forman parte de la propuesta técnica, solicitados en el número 9.4.5 (1) y (2) de las presentes bases.

Se aplicarán puntajes con los valores absolutos que se indican en el número 11.5.1, tanto para evaluar los criterios que esta etapa comprende, como para determinar la nota final.

Cada oferta relativa a una línea de servicio será evaluada de forma independiente.

Se deja expresa constancia que el proceso de evaluación se hará **dentro de los 30 días corridos**, contados desde la fecha de cierre de recepción de las ofertas, conforme al número 9.2 de estas bases.

11.2 De la Comisión Evaluadora

Las evaluaciones serán realizadas por una comisión evaluadora integrada por a lo menos tres funcionarios del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol.

Para la presente licitación, la comisión evaluadora estará formada por los siguientes funcionarios:

- a) **Jefe(a) de la División Programática del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol**, o por quién éste(a) designe mediante memorándum interno debidamente firmado.
- b) **Jefe(a) del Área de Tratamiento de la División Programática del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol**, o por quien éste(a) designe mediante memorándum interno debidamente firmado.
- c) **Jefe(a) de la División de Administración y Finanzas del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol**, o por quien éste(a) designe mediante memorándum interno debidamente firmado.

La comisión evaluadora deberá estar integrada por al menos tres funcionarios públicos y éstos deberán ser mayoría, en caso que la integren personas ajenas a la administración. Un Abogado de la Unidad de Fiscalización del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, obrará como Ministro de Fe.

Sin perjuicio de lo anterior, y en consideración al especial carácter técnico de los servicios que se licitan, la comisión evaluadora podrá ser asistida por un grupo de asesores de reconocido prestigio en las materias técnicas a revisar.

En cualquier caso, y conforme al inciso sexto del artículo 37 del Reglamento de la Ley N° 19.886, la comisión evaluadora podrá contar con la asesoría de otros profesionales que cumplan funciones en el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol.

Serán funciones de la comisión evaluadora, las siguientes:

- Determinar si las ofertas técnicas presentadas por cada proponente se ajustan a las especificaciones y requisitos mínimos que forman parte de las bases. En caso que ello no ocurra, deberá rechazar la propuesta y dejar constancia en el acta final de evaluación a objeto que, posteriormente, se declare mediante el acto administrativo pertinente la inadmisibilidad de la oferta.
- Evaluar las ofertas técnicas presentadas.
- Solicitar a los oferentes, durante el proceso de evaluación de las ofertas, que salven los errores y omisiones formales detectados en esta etapa, siempre y cuando las rectificaciones no signifiquen asumir una situación de privilegio respecto a los demás oferentes y no se afecten los principios de estricta sujeción a las bases y de igualdad de los proponentes, debiendo informar de dicha solicitud y modificaciones al resto de los oferentes a través del Sistema de Información de Compras Públicas. Para estos efectos, deberá solicitarse la información al oferente, quien en un plazo de **3 días hábiles** deberá enviar su respuesta a través del portal www.mercadopublico.cl.
- Confeccionar un acta final de evaluación en la que dejará constancia, por orden decreciente, de la puntuación obtenida por cada una de las propuestas evaluadas. Dejará constancia sobre las propuestas rechazadas y sus razones y, en general, sobre cualquier hecho relacionado con el proceso de evaluación que le merezca comentar.

11.3 Del Acta final de Evaluación

De la evaluación realizada por la Comisión Evaluadora, así como de su propuesta de adjudicación, se levantará un acta que será suscrita por todos los miembros de la comisión.

11.4 Apertura de las ofertas y Evaluación de la propuesta técnica

La apertura de las ofertas se realizará el mismo día del cierre de recepción de las mismas, referido en el numeral 9.2 de estas Bases, a partir de las 15:01 horas.

11.5 Evaluación de la Propuesta Técnica

Sin perjuicio de lo dispuesto en el número 9.4.3 de estas bases, antes de evaluar las ofertas, la comisión evaluadora hará una pre-evaluación técnica de las mismas, en donde se revisará la pertinencia de la autorización sanitaria presentada.

En esta instancia se evaluará si la autorización sanitaria, o su documento "en trámite", es de aquellas que permite realizar las prestaciones que importan los servicios licitados y si la misma corresponde a un centro de tratamiento ubicado físicamente en el área de localización señalada en la línea de servicio respectiva.

No serán evaluadas técnicamente, aquellas ofertas que no acompañen una autorización sanitaria o su documento “en trámite” que cumpla las condiciones señaladas en los párrafos precedentes declarándose, en consecuencia, su inadmisibilidad.

11.5.1 Criterios de evaluación

Para la evaluación de la Propuesta Técnica se considerarán los siguientes aspectos, con las ponderaciones que se indican, por cada línea de servicio:

ITEM		SUBITEM		Porcentaje
I	Experiencia del Oferente	a. Tiempo de experiencia	10%	20%
		b. Temáticas específicas	20%	
		c. Antecedentes contractuales previos con SENDA	70%	
II	Programa Terapéutico	a. Coherencia de la propuesta	50%	25%
		b. Metodología	50%	
III	Experiencia del Director/Coordinador	a. Experiencia del Director/Coordinador técnico/clínico del equipo en tratamiento	50%	15%
		b. Experiencia del Director/Coordinador técnico/clínico del equipo en coordinación técnica	50%	
IV	Recurso Humano Disponible	a. Presencia de Equipo multidisciplinario	35%	20%
		b. Experiencia del recurso humano profesional y técnico en tratamiento de alcohol y drogas y/o intervención con niños, niñas y adolescentes.	35%	
		c. Organización del Recurso Humano	30%	
V	Programa de Autocuidado y cuidado de equipos			15%
VI	Condiciones de Empleo y Remuneración			5%
	TOTAL			100%

ITEM I. EXPERIENCIA DEL OFERENTE (20%):

a. Tiempo de experiencia (10%):

Criterios	Puntaje
Experiencia igual o superior a 3 años en ejecución de programas o proyectos de tratamiento de consumo problemático de alcohol y otras drogas.	10
Experiencia inferior a 3 años y superior a 1 año en ejecución de programas o proyectos de tratamiento de consumo problemático de alcohol y otras drogas.	5
Experiencia inferior a un año o sin experiencia en ejecución de programas o proyectos de tratamiento de consumo problemático de alcohol y otras drogas.	1

b. Temáticas específicas (20%):

Criterios	Puntaje
Experiencia de trabajo con: <ul style="list-style-type: none"> - Tratamiento de consumo problemático de alcohol y otras drogas; y - Niños, niñas y/o adolescentes; y - Vulnerabilidad. 	10
Experiencia de trabajo con: <ul style="list-style-type: none"> - Tratamiento de consumo problemático de alcohol y otras drogas; y - Niños, niñas y/o adolescentes, o Vulnerabilidad. 	5
Experiencia de trabajo con <ul style="list-style-type: none"> - Tratamiento de consumo problemático de alcohol y otras drogas, o Niños, niñas y/o adolescentes, o Vulnerabilidad. 	1

La información que los oferentes entreguen en relación a este ítem, en el anexo del Formulario de Presentación de Propuestas, permite el otorgamiento de puntaje.

c.- Antecedentes contractuales previos con SENDA (70%):

Criterios	Puntaje
El oferente ha suscrito convenio(s) previo(s) con SENDA en los últimos tres años (2012 a 2014) y no se ha debido dar término	10

anticipado a ninguno de ellos por incumplimiento contractual del oferente, ni se le ha cobrado multas; o el prestador no ha suscrito convenios con SENDA en ese periodo.	
El oferente ha suscrito convenio(s) previo(s) con SENDA en los últimos tres años, sin término anticipado (2012 a 2014) y al menos por uno de ellos se le ha cobrado alguna multa relacionada a incumplimiento contractual por parte del oferente.	5
El oferente ha suscrito convenio(s) previo(s) con SENDA en los últimos tres años (2012 a 2014) y al menos a uno se le ha debido dar término anticipado, por incumplimiento contractual del oferente.	1

ITEM II. PROGRAMA TERAPÉUTICO (25%):

- a. Coherencia de la propuesta (50%):** Coherencia entre marco conceptual, metodología, población destinataria, objetivos.

Criterios	Puntaje
El programa terapéutico es totalmente coherente si todos los elementos que lo componen son coherentes entre sí y con el programa al que postula. <ul style="list-style-type: none"> • Marco conceptual • Descripción de la población destinataria • Metodología • Objetivos 	10
El programa terapéutico es parcialmente coherente , 3 de los elementos que lo componen son coherentes entre sí y con el programa al que postula: <ul style="list-style-type: none"> • Marco conceptual • Descripción de la población destinataria • Metodología • Objetivos 	5
El programa terapéutico no es coherente si dos o menos de los elementos que la componen no son coherentes entre sí o con el programa al que postula.	1

<ul style="list-style-type: none"> • Marco conceptual • Descripción de la población destinataria • Metodología • Objetivos 	
--	--

b. Metodología (50%): La metodología es coherente con el Programa al que postula: tipo de intervenciones y su frecuencia, etapas del proceso terapéutico, duración del programa, actividades semanales y coordinaciones intersectoriales.

Criterios	Puntaje
<p>Los cinco elementos contenidos en la metodología son totalmente coherentes entre sí y con el programa terapéutico al que postula:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tipo de intervenciones y su frecuencia • Etapas del proceso terapéutico • Duración del programa • Actividades semanales • Coordinaciones intersectoriales 	10
<p>Cuatro de los cinco elementos contenidos en la metodología son coherentes entre sí y con el programa terapéutico al que postula:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tipo de intervenciones y su frecuencia • Etapas del proceso terapéutico • Duración del programa • Actividades semanales • Coordinaciones intersectoriales 	5
<p>Tres o menos de los cinco elementos contenidos en la metodología son coherentes entre sí y con el programa terapéutico al que postula:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tipo de intervenciones y su frecuencia • Etapas del proceso terapéutico • Duración del programa • Actividades semanales 	1

• Coordinaciones intersectoriales	
-----------------------------------	--

ITEM III. EXPERIENCIA DEL DIRECTOR/COORDINADOR (15%):

a. Experiencia del Director/Coordinador Técnico/Clínico del equipo en tratamiento (50%):

Criterios	Puntaje
El Director del Centro tiene experiencia igual o superior a 3 años en tratamiento del consumo de sustancias con niños, niñas, adolescentes y/o jóvenes.	10
El Director del Centro tiene experiencia igual o superior a 2 años en tratamiento del consumo de sustancias con niños, niñas, adolescentes y/o jóvenes	5
El Director del Centro tiene experiencia inferior a 2 años en tratamiento del consumo de sustancias con niños, niñas, adolescentes y/o jóvenes	1

b. Experiencia del Director o Coordinador Técnico/Clínico del equipo en coordinación técnica (50%):

Criterios	Puntaje
El Director del Centro tiene experiencia igual o superior a 3 años en coordinación técnica/clínica de equipos de trabajo	10
El Director del Centro tiene experiencia igual o superior a 2 años e inferior a 3 años en coordinación técnica/clínica de equipos de trabajo	5
El Director del Centro tiene experiencia inferior a 2 años en coordinación técnica/clínica de equipos de trabajo	1

ITEM IV. RECURSO HUMANO DISPONIBLE (20%):

a. Presencia de equipo multidisciplinario (35%):

Criterios	Puntaje
El programa cumple totalmente con un equipo multidisciplinario. Se asignará este puntaje a los oferentes cuyas propuestas consideren	10

<p>al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Médico psiquiatra infantoadolescente (puede ser médico general o médico pediatra o médico adolescentólogo o médico familiar , todos con formación en salud mental, o psiquiatra adulto), - Psicólogo, - Trabajador Social, - Técnico en Rehabilitación y/o Técnico Psicoeducador y/o técnico con formación en intervención psicosocial con adolescentes o salud mental - Terapeuta Ocupacional y/o psicopedagogo - Tallerista 	
<p>El programa cumple parcialmente con un equipo multidisciplinario.</p> <p>Se asignará este puntaje a los oferentes cuyas propuestas consideren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Médico psiquiatra infantoadolescente (puede ser médico general o médico pediatra o médico adolescentólogo o médico familiar , todos con formación en salud mental, o psiquiatra adulto), - Psicólogo, - Trabajador Social y - Técnico en Rehabilitación y/o Técnico Psicoeducador y/o técnico con formación en intervención psicosocial con adolescentes o salud mental - Terapeuta Ocupacional y/o psicopedagogo o Tallerista 	5
<p>El programa no cumple con un equipo multidisciplinario.</p> <p>Se asignará este puntaje a las propuestas que no consideren dentro del equipo la participación de alguno de los siguientes recursos humanos:</p> <p>Psicólogo</p> <p>Médico psiquiatra infantoadolescente (puede ser médico general o médico pediatra o médico adolescentólogo o médico familiar , todos con formación en salud mental, o psiquiatra adulto),</p> <p>Trabajador Social</p> <p>Técnico en Rehabilitación y/o Técnico Psicoeducador y/o técnico con formación en intervención psicosocial con adolescentes o salud mental</p>	1

b. Experiencia del recurso humano, profesional y técnico en tratamiento de alcohol y drogas y/o intervención con niños, niñas y adolescentes. (35%):

Criterios	Puntaje
Al menos el 70% del equipo cuenta con experiencia igual o superior de 2 años de trabajo en programas de tratamiento en consumo problemático de sustancias con niños, niñas y adolescentes.	10
Entre el 69% y el 50% del equipo cuenta con experiencia igual o superior de 2 años de trabajo en programas de tratamiento en consumo problemático de sustancias con niños, niñas y adolescentes.	5
Menos del 50% del equipo cuenta con experiencia igual o superior de 2 años de trabajo en programas de tratamiento en consumo problemático de sustancias con niños, niñas y adolescentes.	1

c. Organización del recurso humano (30%):

Criterios	Puntaje
La organización del equipo, en términos de profesiones y horas de trabajo resulta totalmente adecuada para desarrollar el programa terapéutico al que postula. Se asignará este puntaje a los oferentes cuyas propuestas consideren la relación horas semanales de los integrantes de equipo suficiente v/s N° de usuarios, superior a la estimación de consenso de expertos (*).	10
La organización del equipo, en términos de profesiones y horas de trabajo resulta totalmente adecuada para desarrollar el programa terapéutico al que postula. Se asignará este puntaje a los oferentes cuyas propuestas consideren la relación hrs. semanales de los integrantes de equipo suficiente v/s N° de usuarios, igual a la estimación de consenso de expertos (*).	5
La organización del equipo, en términos de profesiones y horas de trabajo resulta no adecuada para desarrollar el programa terapéutico al que postula. Se asignará este puntaje a los oferentes cuyas propuestas consideren la relación hrs. semanales de los integrantes del equipo suficiente v/s N° de usuarios, inferior de la estimación de consenso de expertos (*).	1

(*) Consenso de grupo de expertos de un equipo terapéutico suficiente según tipo de plan, para **15 usuarios/as**, de acuerdo al cuadro que se expone a continuación. Si la línea de servicio a la que postula es igual o superior a este número, se calculará un valor proporcional. Excluye a los Directores / Coordinadores Técnicos/ Clínicos del Programa, salvo en aquellos casos que en las funciones de éste se especifique la atención de usuarios/as y se considerarán las horas destinadas a atención directa.

RRHH	Horas
Psiquiatra y/o médico	11
Psicólogo	44
Trabajador social	44
Terapeuta ocupacional y/o Psicopedagogo	22
Educador de calle o psicoeducador o técnico en rehabilitación o técnico con formación en intervención psicosocial con adolescentes o salud mental	44

La organización del Recurso Humanos se evalúa a partir del ítem 2, "Recursos Humanos" del Formulario de Presentación de propuesta para licitación 2016, contemplada en el anexo N° de las presentes Bases, donde debe consignarse claramente el número de horas de cada profesional, técnico u otro, así como en las funciones.

ITEM IV. PROGRAMA DE AUTOCUIDADO Y CUIDADO DE EQUIPOS (15%)

Criterios	Puntaje
<p>El oferente cuenta con Programa de autocuidado y desarrolla en él el 100% de los siguientes ámbitos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Objetivos - Sesiones estructuradas en el período de un año distintas a actividades recreativas - Desarrollo de estrategias para favorecer el autocuidado que considere los siguientes ámbitos: la persona del terapeuta, al equipo 	10

- Que contemple alguna o algunas actividades recreativas	
El oferente cuenta con un programa de autocuidado estructurado, pero no considera la totalidad de los ámbitos planteados anteriormente.	5
El oferente no cuenta con programa de autocuidado estructurado.	1

ITEM V. CONDICIONES DE EMPLEO Y REMUNERACIÓN (5%):

Criterios	Puntaje
Oferente presenta Certificado de Antecedentes Laborales y Previsionales y acredita con él que no presenta multas pendientes de pago ni deudas previsionales con sus trabajadores.	10
Oferente presenta Certificado de Antecedentes Laborales y Previsionales y en él consta que éste presenta multas pendientes de pago y/o deudas previsionales con sus trabajadores.	1
Oferente no presenta Certificado de Antecedentes Laborales y Previsionales.	1

11.5.2 Errores u omisiones

Una vez realizada la apertura de las propuestas, el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, podrá solicitar a los oferentes que salven errores u omisiones formales, siempre y cuando las rectificaciones de dichos vicios no les confieran una situación de privilegio respecto de los demás oferentes, esto es, en tanto no se afecten los principios de estricta sujeción a las bases y de igualdad de los oferentes, y se informe de dicha solicitud al resto de los oferentes si correspondiere a través del portal www.mercadopublico.cl

Éstos, tendrán un plazo de **3 días hábiles** para enviar su respuesta a través del portal www.mercadopublico.cl.

11.5.3 Aclaraciones a la propuesta

El Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, podrá pedir a los oferentes, después de la presentación de las propuestas, las aclaraciones que sean necesarias para una mejor comprensión y acreditación de los antecedentes presentados, siempre y cuando no se vulnere el principio de

igualdad de los oferentes. Las aclaraciones que formulen los oferentes pasarán a formar parte de los antecedentes del contrato respectivo.

Éstos, tendrán un plazo de **3 días hábiles** para enviar su respuesta a través del portal www.mercadopublico.cl.

11.5.4 Nota Final

La nota final que los oferentes obtengan por línea de servicio será la ponderación de las notas obtenidas conforme a la evaluación señalada en el punto 11.5.1 de estas bases.

La nota final se expresará con dos decimales y no se efectuarán aproximaciones.

12. De la Adjudicación

El Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, adjudicará la presente licitación, por línea de servicio, a quien presente la mejor propuesta en la respectiva línea, dentro de los **10 días hábiles** posteriores al término del período de evaluación.

La adjudicación de la presente licitación pública se hará a través del correspondiente acto administrativo, el que será publicado en el portal www.mercadopublico.cl, en el ID que identifica la presente licitación, una vez que el mismo se encuentre totalmente tramitado.

Sin perjuicio de lo anterior, el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, a través de acto administrativo fundado totalmente tramitado, podrá ampliar el plazo para realizar la adjudicación, informando de este hecho, sus fundamentos y del nuevo plazo a través del portal www.mercadopublico.cl.

Con todo, sin perjuicio de lo dispuesto en la resolución que adjudique las líneas de servicio de la presente licitación, se deja constancia que la cantidad de meses de planes de tratamiento que, en definitiva, se contraten con quienes resulten adjudicatarios, queda sujeta a la disponibilidad presupuestaria que establezca la Ley de Presupuestos para el sector público correspondiente a los años 2016 y 2017 para el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol.

12.1 Mecanismo para dirimir empates

En caso que en una línea de servicio se verificase un empate en la calificación final obtenida entre dos o más oferentes, se aplicarán los siguientes criterios para los efectos de dirimirlos, en el orden de prelación que a continuación se indica:

1.- Primeramente se resolverá el empate en favor de aquél oferente que hubiere obtenido la más alta calificación en la evaluación del elemento "**Recursos Humanos disponible**", que corresponde al Ítem IV de la evaluación.

2.- Si luego de aplicar el criterio precedente se mantuviere el empate, se resolverá éste a favor de aquel oferente que hubiere obtenido la más alta calificación en el criterio de evaluación de la propuesta técnica denominado "**Presencia de equipo multidisciplinario**", que corresponde al Ítem IV, letra a) de la evaluación.

3.- Si no obstante, y luego de aplicar el criterio precedente, se mantuviere el empate, se resolverá éste a favor de aquel oferente que hubiere obtenido la más alta calificación en el criterio de evaluación de la propuesta técnica denominado "**Organización del Recurso Humano**" que corresponde al Ítem IV, letra c) de la evaluación.

4.- Si después de aplicado los criterios anteriores se mantuviere el empate, éste se resolverá a favor de aquel oferente que hubiere obtenido la más alta calificación en el elemento de evaluación de la propuesta técnica denominado "**Programa Terapéutico**", que corresponde al Ítem II de la evaluación.

5.- Si no obstante, y luego de aplicar el criterio precedente, se mantuviere el empate, se resolverá éste a favor de aquel oferente que hubiere obtenido la más alta calificación en el criterio de evaluación de la propuesta técnica denominado "**Experiencia del oferente**", que corresponde al Ítem I de la evaluación.

6.- Si, no obstante, subsiste el empate, éste se resolverá a favor de aquel oferente que hubiere obtenido la más alta calificación en el elemento de evaluación denominado "**Metodología**" que integra el Ítem II letra b) de la evaluación.

7.- Si, no obstante, subsiste el empate, éste se resolverá a favor de aquel oferente que hubiere obtenido la más alta calificación en el elemento de evaluación denominado "**Coherencia de la Propuesta**", que integra el Ítem II letra a) de la evaluación.

Finalmente, si aplicados todos los criterios anteriores, se mantuviere el empate la Directora Nacional del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, decidirá fundadamente al oferente seleccionado, a propuesta de la comisión evaluadora.

12.2 Selección del adjudicado

Se entiende que presentó la mejor oferta quien obtenga la nota final más alta entre los oferentes de la línea de servicio en cuestión.

Con todo, sólo podrán ser adjudicados los oferentes que obtengan un puntaje final igual o superior al 50% del máximo posible, que para estos efectos corresponde a un puntaje de 10,0. En consecuencia, todos aquellos oferentes que obtengan un puntaje igual o inferior a 4,99., quedarán por este solo hecho fuera de la presente licitación pública por no ajustarse sus propuestas a los requisitos esenciales establecidos en las presentes bases.

En el caso que el adjudicatario se encuentre **inhabilitado para contratar** con la Administración del Estado, que desista de su oferta o incurra en cualquier otra causal

que impida suscribir el contrato respectivo, se hará efectiva la garantía de seriedad de la oferta requerida en el número 9.4.1. de estas bases y se adjudicará al oferente que, según el acta final de evaluación, hubiese obtenido el siguiente mayor puntaje final si dicha oferta es conveniente a los intereses del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol o bien, se declarará desierta la línea de servicio respectiva, según corresponda, a través de acto administrativo fundado.

12.3 Consultas a la adjudicación

En caso que los oferentes, una vez adjudicada la presente licitación pública, quieran aclarar aspectos de la evaluación de la adjudicación, podrán comunicarse vía correo electrónico con el responsable de la presente licitación pública, individualizado en el número 4 de estas bases, cuyo dato de contacto es el siguiente:

-Correo electrónico: kfriz@senda.gob.cl

Las consultas efectuadas serán respondidas por correo electrónico al oferente que realiza la consulta y junto con ello, las preguntas y respuestas, serán publicadas como anexos, a través del portal www.mercadopublico.cl en el ID que identifica a la presente licitación.

Con todo, sólo se aceptarán consultas a la adjudicación dentro de los **10 días corridos** siguientes a la fecha de la notificación de la resolución que adjudica la presente propuesta pública. Toda consulta que se realice con posterioridad a este plazo, se tendrá por no presentada.

12.4. Rechazo de las ofertas.

El Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol declarará inadmisibles las ofertas cuando éstas no cumplan con los requisitos establecidos en las presentes Bases. Asimismo, declarará desierta la licitación o la línea de servicio respectiva, cuando no se presenten ofertas o cuando éstas no resulten convenientes para los intereses del SENDA. En cualquiera de dichos casos la declaración deberá ser por acto administrativo fundado.

12.5. Causales para dejar sin efecto la adjudicación.

El Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol dejará sin efecto la adjudicación, mediante el correspondiente acto administrativo, por las siguientes causales:

- a. Si el oferente adjudicado presentara alguna de las inhabilidades señaladas en el numeral 13.1 de estas bases.
- b. Si el oferente adjudicado no entregase en tiempo y forma los documentos señalados en el punto 13.2 de las presentes bases.

- c. Si el oferente adjudicado no entregase en tiempo y forma la garantía de fiel y oportuno cumplimiento del contrato, de acuerdo a lo señalado en el punto 13.3 de las presentes bases.
- d. Si el oferente adjudicado, mediante comunicación formal a SENDA, se desistiera de su oferta.
- e. Si el oferente adjudicado se negare a firmar el contrato respectivo dentro del plazo establecido en el punto 8 y 13.4 de las presentes bases.

De producirse alguna de las situaciones señaladas anteriormente, el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol hará efectiva la garantía de seriedad de la oferta requerida en el número 9.4.1. (2) de estas bases, y adjudicará al oferente que, según el acta de evaluación final, hubiese obtenido el siguiente mayor puntaje final en la línea de servicio respectiva, si dicha oferta es conveniente para los intereses de SENDA, o declarará desierta dicha línea de servicio, según corresponda, a través de acto administrativo fundado.

13. Del Contrato

El Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, suscribirá un contrato con los adjudicatarios, los que deberán ser aprobados a través del correspondiente acto administrativo, según las líneas de servicios adjudicadas.

El encargado de la ejecución técnica del presente contrato será el/la jefe(a) del Área de Tratamiento del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol.

13.1 Inhabilidades para contratar.

No podrán celebrar el contrato respectivo los oferentes que presenten alguna de las siguientes inhabilidades:

- a. Las personas naturales que sean funcionarios directivos del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol o que estén unidas a ellos por los vínculos de parentesco descritos en la letra b) del artículo 54 de la Ley N° 18.575, Ley Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado.
- b. Las sociedades de personas en las que formen parte funcionarios directivos del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol o las personas que estén unidas a ellos por los vínculos de parentesco descritos en la letra b) del artículo 54 de la Ley N° 18.575; ni tampoco aquellas sociedades en comanditas por acciones o anónimas cerradas en que aquellos o éstas sean accionistas; ni aquellas sociedades anónimas abiertas en que aquéllos o éstas sean dueños de acciones que representen el 10% o más del capital; ni con los gerentes, administradores, representantes o directores de cualquiera de las sociedades antedichas.

c. Las personas jurídicas que hayan sido declaradas responsables penalmente, de conformidad al artículo 8 y 10 de la ley 20.393, que establece la Responsabilidad Penal de las Personas Jurídicas en los delitos de Lavado de Activos, Financiamiento del Terrorismo y Delitos de Cohecho que Indica.

Si el adjudicatario presenta alguna de las inhabilidades o prohibiciones indicadas, el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol adjudicará, en la línea de servicio correspondiente, al oferente que según el acta de evaluación final hubiese obtenido el siguiente mayor puntaje final si dicha oferta es conveniente para los intereses del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, o declarará desierta la licitación o la línea de servicio, según corresponda, a través de acto administrativo fundado.

13.2 Requisitos para contratar.

Dependiendo de su condición legal, el oferente seleccionado deberá presentar, en el **plazo de 15 días hábiles** contados desde la notificación de la resolución que adjudica la presente propuesta pública, la documentación que a continuación se indica para suscribir el contrato respectivo:

(1) Todos los oferentes:

a. Encontrarse inscrito y hábil en registro de proveedores de la Dirección de Compras y Contratación Públicas.

b. Acompañar **una declaración jurada en la que el adjudicatario señale si registra o no saldos insolutos de remuneraciones o cotizaciones de seguridad social con sus actuales trabajadores o con aquellos trabajadores contratados en los dos últimos dos años.** Para facilitar el cumplimiento de este requisito se adjunta a las presentes bases el **Anexo N°6A** en caso de Persona Natural y **Anexo N°6B** en caso de ser persona jurídica: modelo de declaración jurada simple sobre deudas laborales o previsionales dependiendo de si el oferente seleccionado es persona natural o jurídica, respectivamente.

Si el oferente registra o declara saldos insolutos, éste deberá señalar el monto al que asciende la deuda y los antecedentes que justifiquen el monto de la misma, para efectos de lo dispuesto en el número 13.4 de estas bases. Para facilitar el cumplimiento de este requisito se adjunta a las presentes bases el **Anexo N°6C**.

c. Garantía de fiel cumplimiento del contrato en los términos del número 13.3. de estas bases.

d. Si el oferente se encontraba, al momento de realizar su oferta, en proceso de obtener la resolución sanitaria del centro de tratamiento con el que postuló a la línea de servicio respectiva, deberá entregar en **el plazo máximo de 15 días hábiles siguientes a la fecha de la notificación de la resolución que adjudica la licitación pública**, copia de la resolución sanitaria definitiva que autoriza el funcionamiento del centro de tratamiento en el que prestará los servicios.

En el evento de no cumplir con este requisito, se revocará la respectiva adjudicación y se hará efectiva la garantía de seriedad de la oferta, de conformidad a lo señalado en el número 9.4.1. de estas bases.

e. Acompañar declaración jurada según el **Anexo N° 4**, en la cual señala que el adjudicatario ha verificado en el registro de inhabilidades para trabajar con menores de edad del Registro Civil e Identificación de Chile, a todos los trabajadores que señala su propuesta técnica y que ninguno de ellos está en el Registro antes señalado.

(2) Documentos para persona natural:

a. Fotocopia simple de su cédula nacional de identidad.

b. Declaración Jurada de no estar afecto a las inhabilidades para contratar. Para facilitar el cumplimiento de este requisito se adjunta a las presentes bases el **Anexo N° 7A: Modelo de declaración jurada simple**.

(3) Documentos para persona jurídica nacional (Incluidas las Empresas Individuales de Responsabilidad Limitada):

a. En el caso de las Sociedades:

a.1. Escritura pública de constitución y de las últimas modificaciones necesarias para la acertada determinación de la razón social, objeto, administración y representación legal, si las hubiere, y sus correspondientes extractos, publicaciones en el Diario Oficial e inscripciones en el Conservador de Bienes Raíces y Comercio que corresponda, y en los casos de Sociedades constituidas o que se acojan a la ley N° 20.659 deberán acompañar certificado de estatuto actualizado y de anotaciones, emitido por la entidad competente.

a.2. Copia de Inscripción con vigencia de la Sociedad, emitida por el Registro de Comercio del Conservador de Bienes Raíces que corresponda, y en los casos de Sociedades constituidas o que se acojan a la ley N° 20.659 deberán acompañar certificado vigencia, emitido por la entidad competente.

a.3. Certificado de vigencia de poder, del representante legal de la Sociedad, emitida por el Registro de Comercio del Conservador de Bienes Raíces que corresponda.

a.4. Fotocopia simple del R.U.T. de la entidad.

a.5. Fotocopia simple de la cédula nacional de identidad de él o los representantes legales.

a.6. Declaración jurada de que, tanto el representante legal como la entidad que representa, no están afectos a las inhabilidades para contratar. Para facilitar el cumplimiento de este requisito se adjunta a las presentes bases el **Anexo N° 7B: Modelo de declaración jurada simple**.

b. En caso de las Fundaciones y las Corporaciones:

- b.1. Entidades constituidas conforme al Decreto 110, de 1979 del Ministerio de Justicia: Acta de asamblea constituyente y estatutos, reducidos a escritura pública.
- b.2. En entidades constituidas conforme a la ley N° 20.500 Sobre Asociaciones y Participación Ciudadana en la Gestión Pública: Acta de asamblea constituyente y estatutos, reducidos a escritura pública o documento privado suscrito ante ministro de fe, y debidamente autorizados por el Secretario Municipal respectivo, en los términos establecidos por el artículos 548 del Código Civil.
- b.3. Según corresponda, Decreto de Concesión que otorga la personalidad jurídica, o certificado de vigencia en donde conste Número de Inscripción en el Registro Nacional de Personas Jurídicas sin Fines de Lucro a cargo del Servicio de Registro Civil e Identificación.
- b.4. Decreto que aprueba reformas a los estatutos en que caso que existiere y sus pertinentes publicaciones en el Diario Oficial.
- b.5. Certificado de vigencia con nómina de directorio.
- b.6. Documento que acredite la personería del representante legal, autorizado para suscribir contratos.
- b.7. Fotocopia simple del R.U.T. de la entidad.
- b.8. Fotocopia simple de la cédula nacional de identidad de él o los representantes legales de la entidad.
- b.9. Declaración jurada de que, tanto el representante legal como la entidad que representa, no están afectos a las inhabilidades para contratar. Para facilitar el cumplimiento de este requisito se adjunta a las presentes bases el **Anexo N° 7B: Modelo de declaración jurada simple.**

(4) Documentos para persona jurídica extranjera:

- a. Deberá acreditar su existencia legal y vigencia acompañando los documentos que acrediten dicha circunstancia, los que deberán ser legalizados en Chile, tanto en el Consulado del país de origen como en el Ministerio de Relaciones Exteriores de Chile.
- b. Deberá acreditar la existencia de un representante legal en Chile, acompañando para ello escritura pública donde conste el mandato y representación, y los documentos que acrediten la existencia, vigencia y representación legal de este mandatario, legalizados si hubiesen sido otorgados en el extranjero; o escritura pública de constitución de sociedad chilena, documento donde conste la personería del representante legal, R.U.T de la sociedad chilena y cédula de identidad del representante legal; o escritura pública de constitución de agencia de la sociedad extranjera, documento donde conste la personería del representante legal, R.U.T de la agencia y cédula de identidad del representante legal, cuyo objeto debe comprender la ejecución del contrato materia de las presentes bases.

- c. Deberá designar domicilio en Chile.
- d. Si se trata de una sociedad anónima extranjera deberá acreditar su existencia de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 121 y siguientes de la Ley N° 18.046.

No se exigirá la presentación de los referidos antecedentes en el caso que se encuentren digitalizados y vigentes en el Registro de Proveedores.

Con todo, el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol podrá requerir toda la información legal adicional a que haya lugar en protección de sus intereses y podrá solicitar, especialmente, los documentos auténticos o debidamente autorizados.

Presentación de antecedentes

Los antecedentes requeridos para la suscripción del contrato, señalados en los números 13.2 y 13.3, deberán ser presentados en la oficina de partes del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, ubicadas en Agustinas N° 1235, piso 6°, comuna de Santiago, o en la oficina regional correspondiente al domicilio del oferente, dicha oficina regional de SENDA deberá remitir los antecedentes a más tardar el día hábil siguiente al Servicio Nacional.

13.3 Garantía de Fiel Cumplimiento

Una vez notificado al oferente la adjudicación, éste deberá dentro de **15 días hábiles** a contar de dicha notificación, presentar una boleta de garantía bancaria, póliza de seguro, un depósito a la vista o vale vista, a objeto de avalar el fiel y oportuno cumplimiento de las obligaciones contractuales con una vigencia no inferior a 60 días hábiles al plazo de vigencia del contrato.

Esta caución deberá ser extendida a nombre del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, Rut 61.980.170-9, por un monto igual al **5%** del valor máximo total del contrato, expresado en pesos chilenos.

En el caso en que la garantía sea una póliza de seguro y esté expresada en **Unidades de Fomento**, ésta debe ser calculada al día de su emisión.

La garantía de fiel y oportuno cumplimiento de contrato será pagadera a la vista, con carácter de irrevocable y tomada por uno o varios integrantes del oferente seleccionado. Tratándose de una boleta bancaria, es necesario que en dicho documento se indique la individualización del oferente seleccionado.

En caso de que la garantía consista en una póliza de seguro o una boleta de garantía bancaria, ésta deberá señalar que se encuentra tomada como Garantía de Fiel y Oportuno Cumplimiento del Contrato, y las obligaciones laborales con sus trabajadores y multas, e indicar el número de ID que identifica a la presente licitación en el portal www.mercadopublico.cl, señalando además la o las líneas de servicio

garantizada por la misma. Según lo señalado en el artículo 11 de la Ley N° 19.886 y el artículo 68 del reglamento de la ley antes señalada.

En el caso de la póliza de seguro esta debe contemplar expresamente que junto con afianzar el fiel cumplimiento de las obligaciones contractuales, se afianza el cumplimiento de obligaciones laborales y el pago de multas a las que pudiera dar origen el incumplimiento del contrato.

En el caso que la garantía consista en un Depósito a la vista o Vale Vista, se deberá presentar conjuntamente con éste el Anexo N° 3B.

Si la garantía de fiel y oportuno cumplimiento de contrato es otorgada en el extranjero, el emisor del documento respectivo debe estar representado en Chile o estar reconocido por un banco o institución financiera chilena.

Si en el documento en que consta la garantía no alcanza a escribirse el nombre de Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, R.U.T. 61.980.170-9, este se podrá abreviar, siempre que señale el R.U.T. 61.980.170-9.

Si el oferente seleccionado no hace entrega de la referida garantía en la forma y dentro del plazo ya indicado, se tendrá por **desistida** su oferta. En tal caso el SENDA hará efectiva la garantía de seriedad de la oferta y adjudicará al oferente que, según el acta final de evaluación, haya obtenido el siguiente mejor puntaje final, o declarará desierta la licitación o la línea respectiva, según corresponda, a través de acto administrativo fundado.

Devolución de Garantía de Fiel Cumplimiento.

La garantía de fiel cumplimiento será restituida al adjudicatario una vez recibido conforme los servicios y cumplido a satisfacción el contrato.

La devolución de esta garantía se hará en las oficinas del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, ubicadas en calle Agustinas N° 1235, Piso 6, Santiago Centro o en la dirección regional de SENDA correspondiente al domicilio del adjudicatario.

Cuadro:

Tipo de documento	Boleta Bancaria de Garantía, Depósito a la vista, Vale Vista o Póliza de Seguro.
Beneficiario	“Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA, RUT N° 61.980.170-9.” este se podrá abreviar, siempre que señale el R.U.T. 61.980.170-9.

Vigencia mínima	Vigencia no inferior a 60 días hábiles con posterioridad al término de la vigencia del contrato.
Monto	Deberá ser equivalente al 5% del valor total del monto del contrato
Expresada en	Pesos chilenos (En el caso en que la garantía sea una póliza de seguro y esté expresada en Unidades de Fomento, ésta debe ser calculada al día de su emisión)
Glosa	<p>Para garantizar el fiel y oportuno cumplimiento del contrato, y las obligaciones laborales con sus trabajadores y multas e indicar el número de ID que identifica a la presente licitación a través del portal www.mercadopublico.cl, señalando además la o las líneas de servicio garantizada por la misma.</p> <p>En el caso de la póliza de seguro esta debe contemplar expresamente que junto con afianzar el fiel cumplimiento de las obligaciones contractuales, se afianza el cumplimiento de obligaciones laborales y el pago de multas a las que pudiera dar origen el incumplimiento del contrato.</p>

13.4 Formalización del contrato.

El adjudicado deberá suscribir el contrato correspondiente dentro del **plazo de 30 días hábiles** contados desde la notificación de la adjudicación.

Si el adjudicado no suscribe el contrato dentro del plazo ya indicado, se tendrá por desistida su oferta. En tal caso el SENDA hará efectiva la garantía de seriedad de la oferta, a menos que la no suscripción del contrato se deba a una causa imputable a SENDA y adjudicará al oferente que, según el acta final de evaluación, haya obtenido el siguiente mejor puntaje final, en la línea de servicio correspondiente o declarará desierta la licitación en la línea de servicio respectiva, según corresponda, a través de acto administrativo fundado.

Se deja expresa constancia que si el adjudicatario registra saldos insolutos de remuneraciones o cotizaciones de seguridad social con sus actuales trabajadores o con trabajadores contratados en los últimos dos años, **los primeros estados de pago producto del contrato licitado deberán ser destinados al pago de dichas obligaciones, debiendo el contratista acreditar que la totalidad de las obligaciones se encuentran liquidadas al cumplirse la mitad de la ejecución del contrato, con un máximo de seis meses.** Para estos efectos, en este plazo, deberá presentar los comprobantes de pagos que demuestren fehacientemente el total cumplimiento de la obligación.

El incumplimiento de esta obligación por parte del contratista dará derecho a dar por terminado anticipadamente el respectivo contrato, pudiendo llamar a una nueva licitación en la que la entidad o contratista **no podrá participar**.

13.5 De la aprobación del contrato.

El contrato que el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol suscriba con el adjudicatario, deberá ser aprobado a través del correspondiente acto administrativo y comenzará a regir a contar de la fecha de total tramitación de dicho acto administrativo.

Sin perjuicio de lo anterior, por razones de buen servicio, se podrá comenzar a prestar el servicio desde la fecha de suscripción del contrato y con anterioridad a la total tramitación del mismo.

Con todo, en ningún caso el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA, pagará los servicios otorgados mientras no esté totalmente tramitado el acto administrativo que apruebe el respectivo contrato.

13.6 Duración del servicio

El plazo de ejecución del servicio se extenderá desde la fecha que indique el respectivo contrato y hasta el 30 de junio de 2017. Durante este periodo, el contratista deberá, a través del establecimiento de su dependencia, realizar la actividad correspondiente a la línea de servicio en donde haya resultado adjudicado, por tipo de plan y por establecimiento, según se detalle en el contrato respectivo.

Sin perjuicio de lo anterior, y de conformidad a lo dispuesto en el número 13.5 de estas bases, por razones de buen servicio, se podrá comenzar a prestar el servicio desde la fecha de suscripción del contrato y con anterioridad a la total tramitación del mismo.

13.7 De las Prestaciones

El contratista deberá realizar los meses de planes de tratamiento y rehabilitación ofertados de acuerdo a la distribución que se indique en el contrato.

El contratista proporcionará, todas las prestaciones que incluye el plan de tratamiento adjudicado, de acuerdo a las necesidades del niño, niña o adolescente, resguardando que las mismas se desarrollen con la calidad adecuada para alcanzar los objetivos terapéuticos acordados. Lo anterior, sin exigir al usuario y/o su familia algún tipo de pago por las atenciones que le serán otorgadas. En caso de existir complicaciones médicas, psiquiátricas o de cualquier otra índole, o bien si se requiere la realización de prestaciones no cubiertas por estas bases, el niño, niña o adolescente en tratamiento deberá ser derivado mediante interconsulta a un establecimiento de la Red de Salud pública, debiendo constar copia de dicho documento en la respectiva ficha clínica o, en su defecto, ser trasladada a un centro asistencial privado, siempre y cuando la persona o su familia opte por esta alternativa, debiendo firmar un documento que explicita esta opción. Para todos los efectos, el Servicio Nacional para

la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol no cubrirá ni financiará atenciones o prestaciones que no estén expresamente señaladas en el respectivo convenio.

Dado el perfil de los/as usuarios/as a atender, atendida particularmente la complejidad dada por el compromiso biopsicosocial, es fundamental el trabajo en red. Lo anterior permite aunar esfuerzos, evitar duplicaciones, alcanzar –por complementariedad- una mayor capacidad resolutive, ser más eficaces y eficientes en lo que se hace y, todo ello como producto del intercambio y la colaboración.

Entendemos “complementariedad” al abordaje mancomunado entre equipos intervinientes, ubicando al niño, niña o adolescente al centro de la intervención, apuntando a la gestión complementaria de acciones y estrategias de alto impacto dependiendo de la etapa en que se encuentre el niño, niña o adolescente, lo que determinará la intensidad y frecuencia de las intervenciones por parte de cada uno de los equipos intervinientes.

Por tanto, para cumplir con la integralidad y la flexibilidad que requiere la intervención en el tratamiento del consumo problemático de sustancias, el adjudicatario deberá ser partícipe de la red de centros de tratamiento de la jurisdicción del Servicio de Salud correspondiente, estar participando de manera activa en reuniones formales de red de alcohol y drogas, de salud mental, de adolescencia, u otras análogas o similares, dependiendo de la red local, estar en coordinación con la red de Salud General, según el funcionamiento del sistema de derivación y contra derivación correspondiente, con el propósito de facilitar la atención y resolutive de problemas de salud asociados, el acceso a oportunidades de apoyo a la integración social y la continuidad de la atención y cuidados en salud de las personas usuarias de los programas de tratamiento. La articulación con la red de centros de tratamiento de la jurisdicción del Servicio de Salud correspondiente, así como con aquellos programas que intervienen con población infante adolescente, deben favorecer además las derivaciones y contraderivaciones, teniendo en consideración variables técnicas y de accesibilidad, entre otras.

En este marco, el trabajo en red debe considerar al menos, dos niveles de coordinación:

Articulación entre niveles: Se deben establecer conexiones entre organizaciones del nivel central de alcance nacional, de nivel regional, de nivel municipal, de nivel comunitario y de nivel sectorial (establecimientos y servicios de los diferentes sectores), dependiendo de las necesidades de la intervención.

Coordinación intersectorial: La red debe conectar organizaciones de distintos sectores como Sename, educación, salud, organizaciones sociales, etc., generando flujos y protocolos claros, sistemas de referencia y contrareferencia, coordinación de casos, etc. Por otra parte, dadas las exigencias y complejidad del perfil de las personas usuarias, el oferente debe contar con un equipo técnico en condiciones de realizar la intervención considerando las necesidades de los niños, niñas y adolescentes que

acceden al plan de tratamiento. La intervención es de carácter especializado por lo que el equipo de profesionales debe tener formación, experiencia, características personales y salud mental, adecuadas a la intervención que se requiere y al perfil de los consultantes.

Consecuentemente, el plan de tratamiento deberá contar con un equipo profesional capacitado que se desempeñe en la intervención con niños, niñas y/o adolescentes en situación de vulnerabilidad (considerando variables del desarrollo) con consumo problemático de drogas y alcohol.

La selección del recurso humano debe considerar, por tanto, las variables anteriores. Se deben tener en cuenta, también, aspectos específicos tales como variables de género, de desarrollo, de situación de vulnerabilidad o proteccional, entre otros.

Se deja expresa constancia que, el contratista, respecto de los profesionales o técnicos que participen en el otorgamiento de los servicios que se contratan, y cuyas funciones involucren una relación directa y habitual con menores de edad, deberá dar estricto cumplimiento a las disposiciones de la Ley 20.594, que crea inhabilidades para condenados por delitos contra menores y establece registro de dichas inhabilidades, en especial lo dispuesto en su artículo 2, que introduce modificaciones al Decreto Ley N° 645, de 1925, sobre el Registro General de Condenas.

La ejecución de los planes de tratamiento requiere una coordinación interna del equipo, sólida y ágil, que facilite el proceso que atraviesa el niño, niña o adolescente. Esta coordinación permite un efectivo trabajo interdisciplinario a fin de no fragmentar, ni parcelar la intervención y permite una mirada integradora y potenciadora de aquellos aspectos del desarrollo de la persona usuaria que el equipo técnico evalúa como esenciales en la intervención.

El equipo debe tender a la interdisciplinidad e integralidad de la intervención a través de la integración de profesionales de diversos ámbitos (psiquiatría, psicología, trabajo social, terapia ocupacional, técnicos, entre otros). Cada miembro del equipo debe poseer una visión clara de sus propias funciones y reconocer los intereses comunes en el trabajo especializado con adolescentes.

El equipo debe contar con una buena organización interna operativa, con mecanismos de evaluación y autocuidado, fortalecer la acción conjunta de maneja coherente, y establecer mecanismos y estrategias de coordinación con equipos y/o profesionales externos o instancias de la red.

Sin perjuicio de lo anterior, y para mantener la sistematización del trabajo en equipo, se requiere contar con instancias técnicas de participación (reuniones en equipo, análisis de caso, etc.) en sus distintas áreas (técnica, administrativa y directiva) favoreciendo la planificación y la evaluación permanente de la labor realizada.

Se esperan, además, prácticas laborales adecuadas que favorezcan la estabilidad laboral de los/las trabajadores del centro de tratamiento, considerando que el desarrollo vincular con las personas usuarias es de alto impacto en el tratamiento.

Por otra parte, así como las relaciones y el vínculo establecido entre los niños, niñas, y adolescentes y sus familias con el equipo que trabaja en el centro de tratamiento, las rutinas, infraestructura y otros aspectos, forman parte del proceso de .Por lo tanto, la ubicación, tamaño, y diseño del centro y sus espacios y utilización de los mismos están relacionados con su propósito y con su función, debiendo considerar, entre otras, las necesidades evolutivas, especiales, de género, étnicas, religiosas, culturales y sociales de las personas usuarias, además de constituirse en un espacio seguro y contenedor.

Por lo anterior, el inmueble en el cual el centro ejecutará las funciones que se contratan, debe contar con oficinas y salas de intervención (individuales, familiares y grupales, de descanso y esparcimiento, y otras), en armonía con la cantidad de profesionales, técnicos, personal administrativo y de apoyo, así como con los niños, niñas y adolescentes que se encuentren en tratamiento y sus familias u otros significativos. Por su parte, la implementación y el equipamiento deben permitir la adecuada ejecución de los planes contratados, así como también ser pertinentes al desarrollo de las intervenciones planificadas.

Es relevante que los espacios interiores y exteriores sean mantenidos en buen estado en términos estructurales y decorativos. Debe existir mantención y un programa de reparación para el edificio, mobiliario, y equipamiento del lugar. De existir daño, éste debe ser reparado oportunamente. Los espacios exteriores, de igual forma, deben ser mantenidos en condiciones que aporten y puedan ser utilizadas para la intervención, y no representen un peligro o espacio de riesgo para el equipo y los usuarios.

13.8 Del pago

El Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol pagará a los adjudicatarios los planes de tratamiento y rehabilitación a que se refiere el número 2 de estas bases, por mes de plan de tratamiento adjudicado y contratado, según la línea de servicio, efectivamente otorgado.

Se entenderá por mes de plan de tratamiento y rehabilitación efectivamente otorgado, exista registro mensual en el Sistema de Gestión de Tratamiento (SISTRAT), de aquellas mencionadas en el Artículo Segundo, numeral 1 de las presentes Bases.

Con todo, el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, pagará al adjudicatario siempre respetando el tope máximo adjudicado, según la línea de servicio, y de acuerdo a lo que se señale en el contrato.

El proceso de pago al prestador se realizará mensualmente, en la medida que el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol reciba las facturas debidamente emitidas y los documentos complementarios que se exige acompañar a los prestadores.

El envío de la respectiva factura, es dentro de los tres primeros días corridos del mes siguiente, por el monto exacto de los meses de planes de tratamiento otorgados en el respectivo mes.

El respectivo depósito o transferencia se realizará directamente a la cuenta corriente bancaria (u otra cuenta a la vista) que señale el prestador, si éste así lo ha solicitado o, en su defecto, se emitirá un cheque nominativo a nombre del prestador, el que deberá ser retirado en Agustinas N° 1235, piso 6, comuna de Santiago. Ante prestadores regionales, se procederá al retiro del cheque en la Dirección Regional de Senda que corresponda, si así se solicita.

Las facturas deberán ser extendidas a nombre del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, RUT N° 61.980.170-9, dirección calle Agustinas N° 1235, piso 6, Santiago o en la forma que el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, instruya a futuro. El Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol no pagará facturas que no se encuentren debidamente extendidas, que presenten enmiendas o estén incompletas, procediéndose a la devolución de la misma, reclamando en contra del contenido de la factura dentro del plazo de 30 días corridos, de acuerdo a lo establecido en la Ley N° 19.983.

El Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, previa visación de la factura correspondiente pagará dentro de los 30 días corridos siguientes.

Sin perjuicio, que el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, pagará mensualmente el monto de los meses de planes de tratamiento que efectivamente fueron realizados por cada adjudicatario por línea de servicio, considerando el tope máximo mensual señalado en el número 2 de estas bases, este Servicio Público realizará, **cada cuatro meses** (durante los meses de abril, agosto y diciembre de 2016 y abril de 2017) un proceso de ajuste en el pago de los meses de planes de tratamiento contratados. Conforme a este proceso, el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA, pagará al adjudicatario los meses de planes de tratamiento que hubiere efectivamente realizado en el correspondiente período por sobre los máximos mensuales, pero bajo el máximo acumulado al período de ajuste correspondiente. Con todo, SENDA se reserva el derecho de realizar ajustes en meses distintos a los anteriormente señalados.

En el caso que el contratista, al momento de contratar registre saldos insolutos de remuneraciones o cotizaciones de seguridad social con sus actuales trabajadores o con trabajadores contratados en los últimos dos años, los primeros estados de pago producto del contrato licitado deberán ser destinados al pago de dichas obligaciones, debiendo la empresa acreditar que la totalidad de las obligaciones se encuentran liquidadas al cumplirse la mitad del período de ejecución del contrato, con un máximo de seis meses.

El Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol exigirá que el contratista proceda a dichos pagos y presente los comprobantes y planillas que demuestren el total cumplimiento de la obligación en el plazo previsto en el párrafo anterior. El incumplimiento de estas obligaciones por parte

del mismo dará derecho a dar por terminado el respectivo contrato, pudiendo llamarse a una nueva licitación en la cual éste no podrá participar.

Adicionalmente, el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol deberá solicitar al contratista, durante la ejecución del contrato, que éste le informe el monto y estado de cumplimiento de las obligaciones laborales y previsionales que le corresponden con sus trabajadores, mediante certificados emitidos por la Dirección del Trabajo o cualquier medio idóneo que garantice la veracidad de dicho monto y el estado de cumplimiento de las mismas, según lo señalado en el número 18 de estas bases.

Finalmente, los pagos sólo podrán hacerse efectivos una vez que se encuentre totalmente tramitado el acto administrativo que apruebe el respectivo contrato y contra entrega por parte del contratista de las facturas correspondientes y la demás documentación correspondiente.

Con todo, los pagos estarán condicionados a los recursos que para este Servicio Nacional contemple la Ley de Presupuestos para el Sector Público para los años 2016 y 2017.

14. De la Supervisión de los Servicios

14.1 De la supervisión administrativa

El Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, realizará la supervisión y el control administrativo-financiero de la actividad realizada. Para ello, SENDA verificará la condición de beneficiarias de las personas en tratamiento que hayan sido informadas mediante el Sistema de Información y Gestión de Tratamiento (SISTRAT).

Esta supervisión tendrá como objetivo cautelar la adecuada ejecución de los servicios contratados a fin de entregar a los beneficiarios de los planes de tratamiento un servicio de calidad.

La mencionada supervisión y control administrativo-financiero estará programada y se efectuará con la periodicidad determinada por el Servicio Nacional para la Prevención y rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, sin perjuicio de lo cual, podrán igualmente realizarse visitas extraordinarias, sin aviso previo, a los centros ejecutores en convenio.

14.2 De la Asesoría, Supervisión y Evaluación Técnica

El Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, supervisará, asesorará y evaluará técnicamente en forma periódica el funcionamiento y operación de los servicios licitados.

El Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, pondrá a disposición del contratista la información o

contactos con profesionales y técnicos que resulten relevantes para la correcta ejecución de las actividades contratadas.

Los contratistas deberán proporcionar las facilidades de acceso a los registros, informes y datos que le sean requeridos por el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol para su evaluación, asesoría y supervisión. La programación de estas visitas será acordada entre los responsables de la asesoría y evaluación de los equipos y los equipos de las entidades prestadoras, indicándose quiénes asistirán a las reuniones técnicas y los objetivos de las distintas visitas programadas.

Sin perjuicio de lo anterior, el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA, podrá realizar supervisiones aleatorias mediante visitas sin previo aviso, cada vez que lo estime pertinente, con el objeto de asegurar la calidad de los servicios prestados a los usuarios.

14.3. Supervisiones Generales y Fiscalización

El Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, podrá realizar supervisiones y fiscalizaciones aleatorias mediante visitas sin previo aviso, cada vez que lo estime pertinente, con el objeto de asegurar la calidad de los servicios prestados a los usuarios. En estas supervisiones generales podrá este Servicio realizar supervisiones técnicas, financieras, fiscalizaciones o de cualquier tipo.

14.4 Del Sistema de Información y Gestión de Tratamiento (SISTRAT)

Para el adecuado control y ejecución de la actividad, así como también para el análisis técnico de la información, estará a disposición del adjudicatario el Sistema de Información y Gestión de Tratamiento (SISTRAT), para cuyo efecto ésta se obliga a ingresar los datos correspondientes en las Fichas existentes en el mismo, a saber: Ficha de Demanda, Ficha de Ingreso, Ficha Mensual de Prestaciones, Ficha de Evaluación del Proceso, Ficha de Egreso, Ficha de Integración Social y Ficha de Seguimiento. Estas Fichas, tienen como objetivo contar con una información completa y homogénea de las atenciones otorgadas a las personas beneficiarias de este Programa.

Los datos mensuales deberán ser ingresados, por cada adjudicatario, a través del Sistema de Información y Gestión de Tratamiento (SISTRAT), en tiempo real y hasta el último día hábil del mes en que se otorgue efectivamente la prestación del servicio, con un plazo máximo de ingreso hasta el primer día del mes siguiente a aquel en que se ejecutaron las prestaciones.

Al respecto, se destaca que la oportunidad en el registro es fundamental para la gestión del programa, siendo crítico, por ejemplo, el llenado en tiempo real

de la Ficha de Demanda, atendida su implicancia en la gestión de la lista de espera.

En el evento que un establecimiento, por cualquier circunstancia, no pueda utilizar el referido software deberá enviar al Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, a través de la Dirección Regional correspondiente, la información requerida a través de una planilla de registro diseñada en formato Excel especialmente para estos efectos, mediante 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.

Además, para supervisar el correcto cumplimiento del contrato, el adjudicatario deberá proporcionar al Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol toda la información que éste le requiera, estando facultado para efectuar visitas al centro de tratamiento donde se ejecuten las prestaciones, debiendo dársele las facilidades del caso de acuerdo a lo señalados en los números anteriores. Con todo, lo anterior deberá hacerse siempre con el debido respeto a lo dispuesto en la Ley N° 19.628, sobre protección de la vida privada, y en cualquier otra norma legal que regule el carácter secreto o reservado de la información.

15. Del término parcial o total del contrato

El Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación para el Consumo de Drogas y Alcohol podrá poner término al contrato, por acto administrativo fundado, en el evento que acaeciére alguna de las siguientes circunstancias:

- a) Por resciliación o mutuo acuerdo de las partes.
- b) Si el contratista fuere declarado en quiebra o si éste cayere en estado de notoria insolvencia, a menos que se mejoren las cauciones entregadas o las existentes sean suficientes para garantizar el cumplimiento del contrato.
- c) Si el contratista se tratase de una sociedad, cuando ésta se disolviera.
- d) Por exigirlo el interés público o la seguridad nacional.
- e) Caso fortuito o fuerza mayor, comprendiéndose dentro de ellas razones de ley o de autoridad que hagan imperativo terminarlo.
- f) Revocación o ausencia de la autorización sanitaria del contratista, cuando corresponda.
- g) Falta de disponibilidad presupuestaria para cubrir el pago de las prestaciones contratadas.

- h) Por incumplimiento grave, debidamente calificado, de las obligaciones contraídas por el contratista, por ejemplo, aquellas que pongan en riesgo el oportuno otorgamiento de los meses de planes de tratamiento convenidos, en términos tales que el beneficiario del plan de tratamiento de que se trate, no reciba el tratamiento convenido o que interfieran gravemente en el desarrollo del proceso terapéutico.
- i) Si al contratista se le hubieren aplicado dos multas en un periodo equivalente a la mitad de la ejecución del contrato, de aquellas a que se refiere el número 17 de estas bases en los números 1), 2), 4) y 5).
- j) Falta de veracidad de la información o de los antecedentes presentados por el contratista durante el proceso de licitación, especialmente aquellos que fueron considerados en el proceso de evaluación de propuestas.
- k) Si el contratista que al momento de contratar registraba saldos insolutos de remuneraciones o cotizaciones de seguridad social con sus actuales trabajadores o con trabajadores contratados en los dos últimos años, y no dio cumplimiento a la obligación de imputar los primeros estados pagos producto de este contrato al pago de esas obligaciones o no acreditó dicho pago en la oportunidad establecida en el contrato.
- l) Falta grave y deliberada de veracidad de la información registrada en el Sistema de Información y Gestión de Tratamiento respecto de las intervenciones realizadas a las personas usuarias en tratamiento.
- m) Efectuar cobros improcedentes a los(as) usuarios(as) y al Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol.
- n) La no entrega de la nueva garantía en los casos de término parcial del convenio.

En caso de verificarse alguna de las causales señaladas, el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol podrá, además, solicitar judicialmente la indemnización de perjuicios que corresponda, de conformidad a las reglas generales del derecho común.

En todos aquellos casos en que el término anticipado de contrato se disponga por causa imputable al proveedor, el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol hará efectiva la garantía de fiel cumplimiento de contrato.

Con todo, en aquellos casos en que el término anticipado del convenio se produzca por la causal prevista en la letra f), el Jefe Superior del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, antes de dictar y notificar el acto administrativo que disponga el término anticipado del contrato, podrá -atendida la gravedad de las circunstancias acontecidas- ordenar mediante acto administrativo, que el contratista suspenda los servicios que se encuentra otorgando, caso en que este Servicio Nacional solo deberá pagar por los servicios que

efectivamente se hayan alcanzado a prestar hasta la fecha de notificación del acto administrativo.

El contratista, cuyo contrato termine anticipadamente, deberá realizar las prestaciones adecuadas a las necesidades de las personas en tratamiento hasta la fecha decretada de término del mismo, además de realizar la derivación asistida, de cada caso, al centro de tratamiento que continuará la atención, acompañando un Informe actualizado que dé cuenta del diagnóstico, plan de intervención, estado de avance de los objetivos terapéuticos, esquema farmacológico, si corresponde, y de todos aquellos datos relevantes para el éxito del proceso terapéutico.

En el caso de que se produzca el término anticipado del contrato por la causal prevista en la letra f), y procediere la suspensión de los servicios ordenada por el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, la obligación dispuesta en el párrafo anterior deberá realizarse desde la fecha de la indicada suspensión.

Respecto del registro de las prestaciones, el contratista cuyo contrato se termine anticipadamente deberá evaluar el tipo de egreso de cada una de las personas usuarias, como alta terapéutica o derivación a otro centro, con o sin convenio según corresponda.

Sin perjuicio de lo anterior, si la causal de término concurrese respecto de una o más líneas de servicio, pero no a la totalidad de las líneas contratadas, SENDA podrá poner término parcial al convenio, respecto de aquellas líneas en que se ha materializado el incumplimiento. Una vez tramitada la resolución que disponga dicho término parcial, las partes suscribirán una modificación de convenio en que se excluyan las líneas de servicio a que se ha puesto término. En los casos de término parcial del convenio, SENDA hará efectiva la garantía de fiel y oportuno cumplimiento en el porcentaje que corresponda y restituirá el saldo si lo hubiere, debiendo el contratista entregar una nueva boleta de garantía bancaria, depósito o vale vista, o póliza de seguro, en los mismos términos señalados en el número 13.3 de las presentes bases, en el plazo de 15 días corridos desde la notificación de la resolución que disponga el término parcial. Con todo, no se cursarán pagos, sin la entrega de la nueva garantía.

16. Cesión de contrato

Bajo ninguna circunstancia podrá el o los adjudicatarios ceder parcial o totalmente a un tercero las obligaciones que emanan de la presente licitación.

17. Multas y Sanciones

El Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol cobrará multas al contratista con quien celebre el contrato, relacionadas con incumplimientos por parte de éste, aplicables en los siguientes casos:

- (1) Incumplimiento de las normas legales, reglamentarias y administrativas que rigen el convenio tales como la ley de derechos y deberes del paciente, entre otras: **10 Unidades de Fomento** por cada ocasión en que el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol deba representar tal hecho.
- (2) Incumplimiento de obligaciones contractuales: **10 Unidades de Fomento** por cada ocasión que el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol deba representarle tal hecho.
- (3) Respecto del contratista a quién el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol requiere información acerca del monto y estado de cumplimiento de las obligaciones laborales y previsionales que le corresponden con sus trabajadores durante la ejecución del contrato, y no entrega en el plazo establecido para ello, certificados emitidos por la Dirección del Trabajo o cualquier medio idóneo que garantice la veracidad del monto y estado de cumplimiento: **0.5 Unidades de Fomento** por día hábil de atraso, con un tope de **15 días hábiles**.
- (4) No informar al Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol alguno de los siguientes hechos, dentro de los **20 días hábiles** de haber acaecido: cambios en el nombre o la razón social, representante legal, dirección de funcionamiento, renovación o modificaciones en la resolución sanitaria, o cualquier otro dato o hecho relevante para la ejecución del servicio: **5 Unidades de Fomento** por cada ocasión que el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol deba representarle tal hecho.
- (5) Prácticas que interfieran con el adecuado desarrollo del proceso terapéutico. **10 Unidades de Fomento** por cada ocasión que el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol deba representarle tal hecho.
- (6) No dar cumplimiento a los plazos y procedimientos establecidos en el 9.4.7 Disponibilidad del Personal Profesional Ofertado de la presentes Bases. **5 Unidades de Fomento** por cada ocasión que el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol deba representarle tal hecho.

17.1 Procedimiento de aplicación de multas:

- a) Si analizados los antecedentes se determina la aplicación de multas por este Servicio, el Jefe(a) de la División Programática de SENDA le comunicará al contratista, mediante oficio, los hechos que originan la multa y su monto.

Las notificaciones que se efectúen al contratista en virtud de este procedimiento, se realizarán mediante carta certificada dirigida a su domicilio, comenzando a contarse

los plazos a partir del tercer día después de la recepción en la oficina de correos que corresponda.

- b) El contratista dispondrá de cinco días hábiles contados desde que se le haya notificado el referido oficio, para efectuar sus descargos ante el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, acompañando todos los antecedentes y pruebas que acrediten la existencia de un caso fortuito o fuerza mayor o que demuestren fehacientemente que no ha tenido responsabilidad en los hechos que originan las multas o que desvirtúen los antecedentes analizados por el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol.
- c) Si el contratista no presenta sus descargos en el plazo señalado, se tendrán por acreditadas la o las faltas imputadas y procederá la aplicación de la o las multas que correspondan, dictándose la pertinente resolución por parte del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, y en la que se establecerá el monto de la multa, en pesos chilenos, de acuerdo al valor de la UF de la fecha de la dictación del respectivo acto administrativo.
- d) Si el contratista ha presentado descargos oportunamente, el Jefe Superior del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol dispondrá de diez días hábiles, contados desde la recepción de los descargos, para resolver, sea rechazándolos o acogiéndolos, total o parcialmente, dictándose la pertinente resolución por parte del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, y en la que se establecerá el monto de la multa, en pesos chilenos, de acuerdo al valor de la UF de la fecha de la dictación del respectivo acto administrativo. De lo resuelto, se notificará al contratista por carta certificada.
- e) En las dos situaciones previstas en las letras anteriores, el contratista podrá presentar recurso de reposición ante el Jefe Superior del Servicio, dentro de los cinco días hábiles contados desde la notificación de la resolución que se recurre, quien dispondrá por su parte de diez días hábiles, contados desde la recepción del recurso, para resolver si lo acoge total o parcialmente. Si el contratista no presenta recurso de reposición dentro del plazo indicado, la multa quedará firme.

El contratista podrá pagar la multa directamente. No obstante si el proveedor no paga directamente la multa, el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol estará facultado para deducirla, a su arbitrio, del valor de cualquiera de los pagos que corresponda efectuar, o satisfacer el monto de aquélla haciendo efectiva la garantía de fiel y oportuno cumplimiento de contrato. En este último caso, el contratista deberá entregar una nueva boleta de garantía bancaria, depósito o vale vista, o póliza de seguro, dentro de los **10 días hábiles siguientes**, contados desde la aplicación de la multa, en los mismos términos señalados en el número 13.3 de las presentes bases y el SENDA restituirá el saldo si lo hubiere.

La aplicación de alguna de estas multas no impide que el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol pueda poner término anticipado al contrato si se configuran las causales previstas en el número 15 de estas bases.

18. Entrega de Certificado

El Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol deberá solicitar al contratista, los primeros 5 días hábiles de cada mes, durante la vigencia del contrato, que éste le informe el monto y estado de cumplimiento de las obligaciones laborales y previsionales que le corresponden con sus trabajadores, mediante de un certificado de antecedentes laborales y previsionales emitido por la Dirección del Trabajo o cualquier medio idóneo que garantice la veracidad del monto y estado de cumplimiento.

La falta de entrega de dicho certificado dentro del plazo de 5 días hábiles faculta al Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol para la aplicación de multas u otras sanciones que procedan.

En caso de que el adjudicatario registre saldos insolutos de remuneraciones o cotizaciones de seguridad social con sus actuales trabajadores, deberá acreditar que la totalidad de las obligaciones adeudadas se encuentran pagadas dentro de los 30 días contados desde el vencimiento del plazo de entrega del certificado señalado precedentemente, presentando ante el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol el comprobante de pago respectivo.

El incumplimiento de esta obligación dará derecho al Servicio Nacional para la prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol a hacer efectiva la garantía de fiel cumplimiento del contrato, debiendo el contratista otorgar una nueva garantía, en los términos del punto 13.3. de estas bases.

En ningún caso el cumplimiento de esta obligación implicará subcontratación en los términos del artículo 183 A y siguientes del Código del Trabajo.

19. Modificación Del Contrato

Si con posterioridad a la suscripción del convenio, el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, estima necesario realizar modificaciones en sus requerimientos de servicio, en cuanto a la calidad de los mismos, las que por su magnitud representen un esfuerzo significativo para el adjudicatario, se evaluará y propondrá al mismo la eventual modificación del contrato. Asimismo se podrá modificar el convenio por mutuo acuerdo de las partes.

Con todo, ninguna de estas modificaciones podrá desnaturalizar los servicios licitados y adjudicados, cuestión que ocurriría si se modificara la población beneficiaria de cada plan de tratamiento o el tipo de prestaciones que incluye cada plan, o sus objetivos terapéuticos.

Por su parte, si durante la ejecución del contrato el adjudicatario sufre cambios en su propuesta técnica, como por ejemplo cambios en el nombre o la razón social, representante legal, dirección de funcionamiento; renovación o modificaciones en la Resolución sanitaria, o cualquier otro dato o hecho relevante para la ejecución del servicio, deberá informarse a este Servicio de la ocurrencia de ese hecho, dentro de los **20 días hábiles** de acaecido el hecho, requiriéndose la correspondiente modificación del contrato, si es que fuere pertinente.

Sin embargo, si el cambio sufrido por el adjudicatario imposibilita la continuación del contrato, entonces se procederá a poner término inmediato al mismo, facultándose a este Servicio Nacional a hacer efectiva la garantía de fiel cumplimiento de contrato.

Toda modificación de contrato deberá ser aprobada mediante el correspondiente acto administrativo, totalmente tramitado.

20. De las Reasignaciones

El Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, evaluará el nivel de ejecución de los meses de planes de tratamiento respectivos de cada plan, definido en cada línea de servicio contratada, establecidos en los convenios suscritos.

Los períodos en que el Servicio evaluará el nivel de ejecución de los meses de planes de tratamiento respectivos de cada plan, será en los meses de junio y diciembre de 2016.

Reasignación: Período de enero a junio del año 2016.

Si un contratista al 30 de junio del año 2016 y por razones que no le son imputables, no ha cumplido con realizar el 100% del número de meses de planes de tratamiento respectivos de cada plan, definido en cada línea de servicio contratada, en el período de enero a junio del año 2016, se podrá modificar el convenio suscrito con dicho contratista en el plan y la línea de servicio afectada, en términos de disminuir la cantidad de meses de planes de tratamiento anuales y mensuales contratados correspondiente al año 2016 y, consecuentemente, el monto del mismo convenio, sin que ello implique la aplicación de multas contempladas en las presentes Bases.

La disminución mencionada considerará los meses de planes de tratamiento no ejecutados y SENDA podrá asumir que el porcentaje de no ejecución se mantendrá durante el segundo semestre del año en curso, es decir, desde julio a diciembre del año 2016, disminuyendo dicho porcentaje para el período antes señalado.

Asimismo, si producto de dicha evaluación, hubiere contratistas que a la referida fecha presentaren una ejecución superior o igual al 100% del número de meses de planes de tratamiento respectivos de cada plan, definido en cada línea de servicio contratada, en el período de enero a junio del año 2016, el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, podrá modificar el convenio suscrito con el contratista en el plan y la línea afectada y aumentar el número de meses planes de

tratamiento anuales y mensuales adjudicados correspondiente al año 2016, a efectos de cubrir así la demanda existente. En estos casos se deberá complementar o entregar una garantía de fiel cumplimiento por el aumento de planes contratados.

Con todo, y por razones fundadas, el Servicio podrá extender la reasignación ocurrida en junio de 2016 por todo el período de vigencia del convenio.

Reasignación: Período de enero a diciembre del año 2016

En el mes de diciembre de 2016, y por razones que no le son imputables, no ha cumplido con realizar el 100% del número de meses de planes de tratamiento respectivos de cada plan, definido en cada línea de servicio contratada, en el período de enero a diciembre del año 2016, se podrá modificar el convenio suscrito con dicho contratista en el plan y la línea de servicio afectada, en términos de disminuir la cantidad de meses de planes de tratamiento anuales y mensuales contratados correspondiente al año 2017 y consecuentemente, el monto del mismo convenio, sin que ello implique la aplicación de multas contempladas en las presentes Bases.

La disminución mencionada considerará los meses de planes de tratamiento no ejecutados y SENDA podrá asumir que el porcentaje de no ejecución se mantendrá durante el período de enero a junio del año 2017, disminuyendo dicho porcentaje para el período antes señalado.

Asimismo, si producto de dicha evaluación, hubiere contratistas que a la referida fecha presentaren una ejecución superior o igual al 100% del número de meses de planes de tratamiento respectivos de cada plan, definido en cada línea de servicio contratada, en el período de enero a diciembre de 2016, el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, podrá modificar en el plan y la línea de servicio afectada del convenio suscrito con el contratista y aumentar el número de meses planes de tratamiento anuales y mensuales contratados correspondiente al año 2017, a efectos de cubrir así la demanda existente. En estos casos se deberá complementar o entregar una garantía de fiel cumplimiento por el aumento de planes.

Reasignaciones extraordinarias

El Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, excepcional y fundadamente podrá evaluar en períodos distintos a los señalados precedentemente, el porcentaje de ejecución esperado al período evaluado, de los meses de planes de tratamiento respectivos de cada plan, definido en cada línea de servicio contratada, utilizando los mismos criterios antes señalados, para el aumento o disminución de los meses de planes de tratamiento respectivos de cada plan, definido en cada línea de servicio contratada.

Sin perjuicio de lo anterior, se deja expresa constancia que la compra de meses de planes de tratamiento, que deban ejecutarse durante los años 2016 y 2017 estarán sujetos a lo que establezca la ley de presupuesto para el sector público correspondiente a dichos años, reservándose este Servicio la facultad de requerir modificaciones a los convenios suscritos con los contratistas.

Con todo, estos aumentos en meses de planes de tratamiento no podrán extenderse a planes no incluidos originalmente en alguna de las líneas de servicio que se haya contratado con el prestador.

21. Disponibilidad de bases

Las Bases Administrativas y Técnicas de la presente Licitación Pública, estarán a disposición de los interesados, en el sitio web www.mercadopublico.cl

II BASES TÉCNICAS.

La ejecución de los planes de tratamiento debe considerar los siguientes elementos, indispensables para una adecuada y correcta intervención, por lo que deben estar incluidos en la propuesta técnica de los oferentes según el siguiente anexo:

ANEXO N° 1

1. Desarrollo: Niñez y adolescencia¹

La vida es cambio. Desde el momento de la concepción hasta el momento de la muerte, los seres humanos presentan muchos procesos de cambios complejos, en su desarrollo. A través de toda la vida, la gente tiene todo el potencial para crecer, cambiar y desarrollarse.

Los estudiosos del desarrollo dividen toda la vida en períodos, determinando factores que influyen en el proceso de las personas y buscando una explicación, al por qué ocurren ciertas conductas. Al haber una secuencia temporal se posibilita la predicción del comportamiento y en algunos casos, la modificación u optimización de ciertos factores, que gatillan las conductas, al generar algún tipo de intervención.

El conocimiento de la secuencia, lo que denominaremos “ciclo vital”, y de los factores o funciones evolutivas, que impactan favorable o desfavorablemente el desarrollo de un ser humano, son centrales, en el momento de intervenir.

Esta intervención se hace aún más relevante si tomamos en cuenta ciertos períodos críticos de un ser, en su formación biopsicosocial. La niñez y la adolescencia son dos etapas que implican vulnerabilidad, pero a la vez una alta plasticidad y un enorme poder de reparación.

Se presentaran en los puntos siguientes el ciclo vital humano y las funciones evolutivas relevantes en el desarrollo del niño, niña y adolescente. Se describirán algunos aspectos de la niñez y la adolescencia, considerando ciertos niños, niñas y adolescentes pertenecientes a grupos “específicos”, y ciertas conductas y características particulares. Y por último, se abordarán, los factores de riesgo y de protección, así como la relación de esta población de niños, niñas y adolescentes con la familia y la escuela.

1.1.1 Ciclo vital

Desde el nacimiento a la muerte, como una flecha evolutiva, el ciclo vital es una consideración esencial para una comprensión más completa de las complejidades de la

¹ Extraído del libro: “Drogas. Tratamiento y Rehabilitación de Niños, Niñas y Adolescentes. Orientaciones Técnicas desde una Mirada Comprensiva Evolutiva”, CONACE, 2010.

conducta humana, y es especialmente útil para predecir las dificultades que se plantean en el curso del desarrollo humano.

Existen diversos modelos de comprensión del ciclo vital humano, que se caracterizan por presentar supuestos subyacentes más o menos comunes. El primero plantea que el desarrollo tiene lugar en etapas sucesivas y claramente definidas.

La secuencia se considera invariable, es decir, se produce en orden constante.

El segundo supuesto, que correspondería al principio epigenético propuesto por E. Erikson, afirma que cada fase del ciclo vital se caracteriza por sucesos que deben ser resueltos satisfactoriamente para que el desarrollo progrese sin alteraciones, en caso contrario, las etapas posteriores reflejarán esta falla, ya sea en forma de desadaptaciones físicas, cognitivas, emocionales y/o sociales. Un tercer supuesto plantea que cada fase contiene un rasgo dominante, un complejo de rasgos o punto crítico que la distingue de las fases anteriores o posteriores.

A la vista de los diversos modelos de conceptualización de las fases del ciclo vital ha sido habitual organizar los periodos del desarrollo de una forma que represente o integre las contribuciones de cada uno de los principales modelos y estudios.

Las etapas citadas más habitualmente son:

Recién nacido, corresponde al primer mes de vida, el niño es denominado neonato.

En esta etapa se ponen en evidencia las competencias del niño, competencias que son necesarias para la sobrevivencia. Es así, como surge la conducta de apego, en la relación con la madre, conducta que dará las bases para la construcción del vínculo afectivo. El niño tendrá la tendencia a responder conductual y emocionalmente, con el fin de permanecer cerca de la persona que lo cuidará y protegerá de toda clase de peligros. Los estilos de apego, se desarrollan tempranamente y se mantienen por lo general durante toda la vida (Bartholomew, 1997), permitiendo la formación de un modelo interno que integra, por un lado, creencias acerca de sí mismo y de los demás y, por el otro, una serie de juicios que influyen en la formación y el mantenimiento de las dinámicas relacionales durante toda la vida del individuo (Bradley & Cafferty, 2001).

Lactancia, etapa que dura hasta los 24 meses aproximadamente. El crecimiento es tan rápido en este período, que los hitos de desarrollo se miden en término de semanas. Existen importantes períodos de cambios, que están determinados por ciertos indicadores, como, por ejemplo, los tres organizadores de la vida psíquica descritos por Spitz: la sonrisa social (2 meses), la ansiedad ante los extraños (8 meses) y la aparición del No como repuesta (14 meses).

En un primer momento la dependencia del niño hacia su madre es total hasta que comienzan a aparecer conductas de independencia y autonomía. La dependencia hacia una figura vincular significativa (habitualmente la madre) tiene importantes efectos psicológicos. Según E. Erikson, el desarrollo de lo que denominó confianza básica es resultado de una conducta materna coherente y afectuosa durante la lactancia.

Por otro lado, algunos aspectos de la sociabilidad, como la disposición para aceptar nuevas personas, la habilidad para adaptarse al cambio y el estado de ánimo general del niño, parecen ser rasgos de temperamento heredados que permanecen absolutamente estables con el tiempo (A. Thomas, Chess y Birch, 1968) y que se manifiestan ya en esta etapa.

Pre-escolar (24 meses a 5 años). En esta etapa los niños progresan, especialmente en el lenguaje y las actividades motrices, logrando una independencia considerable.

El desarrollo de la conducta social se caracteriza por el aprendizaje a alimentarse por sí mismo, a ir por sí solo al baño y a intentar vestirse solo. Aunque la fantasía y el juego dominan este período de desarrollo, también se produce un cambio hacia el juego con los demás niños.

El término “constancia de los objetos” (alrededor de los 24 meses) se refiere al proceso por el que se organiza y mantiene la representación de la madre (el objeto que satisface las necesidades) en la mente del niño, con lo que esta representación puede ser evocada como recuerdo, incluso cuando la madre está ausente. A medida que el niño madura, esta capacidad se desarrolla más.

La identidad genérica (el sentido de pertenecer a uno u otro sexo, de ser varón o mujer) queda firmemente establecida en esta etapa. El niño se va volviendo menos egocéntrico, relaja los vínculos con su madre, dedica más tiempo al juego imaginativo y domina la mayoría de las funciones corporales. A esta edad se aprecian miedos transitorios, pero que van desapareciendo paulatinamente.

En el desarrollo de las capacidades cognitivas se verifica una aceleración, la que junto con la creciente capacidad para controlar los impulsos emocionales sienta las bases para el ingreso a la escuela.

Escolar (6 a 9 años). El desarrollo motor en esta etapa mejora notoriamente por lo tanto, niños y niñas se pueden comprometer en un campo más amplio de actividades motrices, con habilidades similares para ambos sexos. En este sentido, la nutrición adecuada es esencial para el crecimiento normal y la salud. La desnutrición puede disminuir la actividad general y la sociabilidad.

El niño experimenta un cambio de intereses, separándose de su hogar y buscando la compañía de los amigos en la escuela. El grupo de iguales juega un papel central en sus vidas, pero la familia continúa siendo importante. Durante este período tiene lugar un cese aparente de la preocupación sexual.

Los niños y las niñas tienden a escoger amigos y a agruparse con niños de su mismo sexo, aun cuando se vuelve más acentuada la conducta del rol sexual entre niños y niñas.

Durante este período destacan tres funciones: el aprendizaje, el desarrollo del intelecto y el sentido de pertenencia a un grupo de amigos.

En esta etapa los niños entran en las denominadas “operaciones concretas”. Por lo tanto, su pensamiento llega a ser verdaderamente lógico. Son capaces de entender conceptos complejos y de resolver problemas más complejos, sin embargo, su razonamiento está limitado al aquí y al ahora. La lógica les permite hacer juicios morales más maduros, cuando ellos captan los conceptos de verdadero y falso y llegan a ser menos egocéntricos. Están mejor capacitados para usar estrategias que mejoren su memoria y pueden entender mejor los procesos implicados en la comunicación y en el conocimiento. La habilidad de pensar lógicamente les permite sacar provecho de la educación formal. El desarrollo cognitivo avanza en gran parte dentro de la estructura de la escuela.

Adolescencia (10 a 19 años). Esta etapa incluiría la pubertad, en donde aparecerían los cambios biológicos esperables, especialmente en relación a los caracteres sexuales secundarios. El pensamiento se vuelve más lógico, abstracto y juicioso.

Existiría un cambio importante en torno a las relaciones con su familia, las cuales se vuelven más distantes, en comparación a las que tiene con el grupo de pares, las que se vuelven más próximas.

La difusión de rol y la crisis de identidad son dos puntos centrales que caracterizan la adolescencia. Con respecto a esta etapa, profundizaremos en capítulos posteriores.

Edad adulta temprana o joven edad adulta (19 a 40 años). La magnitud del rango etéreo de esta etapa obedece a la gran cantidad de tareas evolutivas que se concentran en la misma y que se describen a continuación. Característicamente, la mayoría de las decisiones importantes que afectan el resto de la vida se hacen durante este período. Estas decisiones incluyen la elección y entrada a un trabajo o profesión, el cortejo y matrimonio, el establecimiento de amistades duraderas y un sacrificio de las actividades anteriormente consideradas como juego. La principal tarea a resolver en este período es la de la intimidad, entendiendo ella como la capacidad para tener profundos compromisos personales con otro. Vaillant, plantea que los trastornos emocionales que selectivamente afectan a este grupo "reflejarían la angustia o protesta contra los fracasos de la intimidad".

También Erikson, identifica la crisis de este período en torno al conflicto entre la intimidad y el aislamiento.

En esta etapa la mayoría de la gente decide si casarse, convivir o quedarse soltero/a o si tener niños o no. Para la mayoría de los adultos jóvenes una relación íntima es un factor de giro en sus vidas.

La paternidad o maternidad es una experiencia de desarrollo, ya sea que los niños sean una consecuencia biológica, adoptados o hijos de un solo cónyuge. El nacimiento de un bebé marca una gran transición en la vida de los padres. Pasar de una relación íntima que involucra a dos personas, a una que involucra a una tercera, indefensa y totalmente dependiente produce cambios importantes en lo individual y en lo relacionado a la vida en pareja.

Edad adulta media o edad adulta intermedia (40 a 65 años). Mogul, ha enunciado una definición operativa de esta etapa señalando "es un período en que las anteriores elecciones en áreas importantes de la vida y los sucesivos éxitos, fracasos, satisfacciones y decepciones se revisan y reelaboran en el contexto de las antiguas aspiraciones y deseos, el reconocimiento real de las propias limitaciones y la finitud de las oportunidades y del propio tiempo".

Aunque existen ciertos cambios fisiológicos (empeoramiento de funciones corporales y un mayor desarrollo de enfermedades crónicas), estos son considerados variables, en oposición a los fenómenos casi invariables de esta etapa: el aumento de responsabilidades financieras, el establecimiento de roles sociales y el desarrollo de la identidad. La búsqueda del significado de la vida es un punto importante.

Las personas en este grupo de edad frecuentemente están atrapadas entre los cuidados a los adolescentes y a sus padres ancianos. La tensión creada por esta doble carga y por la conciencia del paso del tiempo en algunas ocasiones origina la crisis de la edad media.

Edad adulta avanzada o edad adulta tardía (65 años en adelante). Se caracteriza por la aparición de nuevos cuestionamientos. Manifestaciones físicas que acompañan al proceso de envejecimiento: disminución de la salud física y menor precisión sensorial. Es primaria la necesidad de adaptarse a grandes pérdidas, como la del trabajo, la del cónyuge y la de los amigos. En ambos sexos, según describió Neugarten (citado en Kaplan, 1991), se produce

el balance de una posición de autoridad y el cuestionamiento de la anterior competencia de uno; las reconciliaciones con personas significativas y con los propios logros y fracasos; la resolución de la aflicción por la muerte de los demás y la aproximación de la propia muerte; el mantenimiento de un sentido de integridad en términos de lo que uno ha sido más de lo que uno es, y la preocupación por el legado y por como dejar alguna huella de uno mismo.

El ciclo vital alcanza su fin natural e inevitable con la muerte. Las personas deben aceptar ese carácter inevitable. Una vez aceptado ingresan en las fases finales del ciclo vital, como dijo E. Erikson, con una sensación de integridad más que de desesperación.

1.1.2 Funciones evolutivas relevantes en el desarrollo del niño, niña y adolescente

Desde una perspectiva longitudinal del desarrollo existen ciertas funciones fundamentales del ser humano, que toman especial importancia en las primeras etapas del desarrollo, es decir, del desarrollo del aparato biopsicosocial del individuo y en este particular momento del niño, niña o adolescente. Cada una de estas funciones se correlaciona con las otras, estableciendo una red funcional, que hace que el entendimiento del desarrollo sea complejo, al igual que la comprensión del efecto directo que pueden producir estímulos o daños, incidiendo en cada una de ellas.

a. Desarrollo biológico

Desde hace mucho tiempo se sabe que las funciones integrativas superiores están contenidas dentro de la corteza cerebral (Sherrington, 1906; citado en Lewis, 1985).

La mente humana depende en parte del encéfalo el cual se desarrolla en secuencia evolutiva, para varias estructuras y funciones biológicas.

En el período fetal el desarrollo del encéfalo se realiza en dirección caudocraneal. Y así, en el momento del nacimiento, las distintas estructuras que forman el encéfalo tienen distintos niveles de desarrollo. La densidad de la sinapsis (uniones neuronales) cortical al parecer, aumenta durante la lactancia, alcanzando su máximo de un 50% más que la media del adulto entre uno y dos años; después disminuye hasta los 16 años, época en que permanece relativamente constante hasta los 75 años (Huttenlocher, 1979; Lewis, 1985).

Este fenómeno quizá ayude a explicar por qué el encéfalo inmaduro se recupera más completamente de una lesión que cuando ya está bien desarrollado.

El evidente exceso de sinapsis explica, asimismo, la plasticidad del niño en desarrollo.

Entre las áreas primarias, la motora es la parte más desarrollada de la corteza cerebral durante los dos primeros años de vida. Más tarde el desarrollo se extiende a cada una de las áreas primarias (sensitivas, visuales y auditivas). A los dos años de edad, el área primaria sensitiva se pone a la par con el área motora. Este proceso cerebral continúa desarrollándose a lo largo de la infancia y adolescencia y, posiblemente, ya entrada la edad adulta (Lewis, 1985, 2003).

El proceso de mielinización (que se correlaciona con la maduración del sistema nervioso), continúa a lo largo de la infancia y adolescencia. La mielinización, se correlaciona con varias conductas. Por ejemplo, un retardo en la mielinización explica el hecho de que la sonrisa de los prematuros aparece 10 meses después del momento en que es observada en lactantes normales de la misma edad post natal.

El control neuroendocrino pasa por una secuencia evolutiva similar a la de la mielinización. Así, el eje hipotálamo-hipofisiario gonadotropina-gonadal (involucrado en la liberación de

hormonas, neurotransmisores, etc.) parece empezar a funcionar durante la vida fetal y en los primeros años de la lactancia. En las etapas preescolar y escolar su actividad llega a un nivel bajo. Por último, vuelve a activarse en la pubertad. Este eje, se activa bajo condiciones de estrés, aumentando en algún lugar del circuito los niveles de cortisol, que es una hormona fundamental en la activación defensiva del cuerpo contra el estrés, bajo condiciones de intensa acumulación de angustia, rabia y depresión.

Con la pubertad se da inicio a la adolescencia, etapa en la cual existen cambios en el ámbito neurobiológico. La evidencia de estos importantes y profundos cambios, tanto organizacionales, como funcionales se produce principalmente a nivel de los lóbulos frontales. Las áreas del lóbulo frontal juegan un rol crítico en una variedad de procesos, incluyendo la planificación y toma de decisiones, el control impulsivo, los movimientos voluntarios, la memoria, y una variedad de otras funciones. La sustancia gris del lóbulo frontal alcanza su punto más alto de desarrollo entre los 11 y los 12 años y desde allí decrece durante la adolescencia (Geidd y col., 1999). Este descenso en la sustancia gris probablemente refleja dos procesos separados: la disminución del número de sinapsis entre neuronas en el lóbulo frontal y la disminución del proceso de mielinización en los lóbulos frontales.

Mientras estos cambios organizacionales se llevan a cabo, existen cambios concomitantes en la actividad de esta zona. Aunque la totalidad de la energía utilizada en los lóbulos frontales disminuye durante esta etapa (Chiron y col., 1992; Bentorkia y col., 1998), estudios de resonancia magnética nuclear funcional sugieren que la actividad que ocurre en los lóbulos frontales en la ejecución de ciertas tareas aumenta (Rubia y col., 2000).

Se sugieren otros cambios cerebrales en el período adolescente: el cuerpo caloso aumenta su tamaño, el volumen de la sustancia gris de los lóbulos parietales (involucrados en el procesamiento de la información sensorial, entre otras funciones) alcanza su mayor desarrollo alrededor de los 11 años y disminuye hacia la adolescencia, el volumen de la sustancia gris de los lóbulos occipitales (involucrados en el procesamiento de la información visual) se incrementa durante la adolescencia hasta el inicio de los 20 años; el volumen de la sustancia gris de los lóbulos temporales (críticamente involucrado en la formación de la memoria, así como en el procesamiento visual y auditivo) no alcanza su máximo desarrollo si no que hasta los 16 o 17 años (Geidd y col., 1999).

Además de los cambios que ocurren en la neocorteza aparece una variedad de cambios en las estructuras subcorticales. En ratas, los niveles de receptores a dopamina en el núcleo accumbens (estructura que forma parte del circuito de recompensa) aumentan dramáticamente entre los días 25-40 (Teicher y col., 1995) una edad que cae justamente en la ventana del desarrollo referida como la adolescencia en el roedor (Spears, 2000).

De este modo, aunque no está aún claro lo que estos cambios significan, lo que parece que está ocurriendo durante la adolescencia es que los lóbulos frontales y las otras estructuras señaladas se hacen cada vez más eficientes en relación a las ejecuciones de la vida adulta. Se plantea, probablemente, que esta especialización del cerebro adolescente, al menos en parte mediada por la experiencia, pueda tener la posibilidad de alterarse en su desarrollo normal con el uso y/o abuso de drogas en este período. Por ejemplo, con respecto al circuito de recompensa (que integra al núcleo accumbens) dado que los receptores a dopamina en el núcleo accumbens juegan un rol crucial en las propiedades de recompensa (producción de placer) de las drogas, estos cambios podrían tener importantes implicaciones por los incrementos en el uso de sustancias que a menudo ocurre en la adolescencia (Apear, 2000).

b. Temperamento

El concepto de que todo individuo manifiesta un estilo peculiar de funcionamiento conductual, básicamente de naturaleza emocional y ligado a su personalidad, fue enunciado desde la edad antigua, en la medicina griega, y sigue aún vigente en nuestros días. En 1968, A. Thomas, S. Chess y H. Birch revolucionaron los enfoques sobre el temperamento en la infancia, al hacer notar la cualidad conductual innata de los niños y la influencia que ésta ejerce en el medio. Las teorías entonces predominantes consideraban al niño como receptor pasivo de influencias externas bajo modelos causales de tipo unilineal y unidireccional. Se establecieron nueve categorías conductuales presentes desde el nacimiento: el nivel de actividad; la regularidad o ritmicidad de las funciones, principalmente las de la alimentación, el sueño y la eliminación; la aproximación o retirada a nuevos estímulos como alimentos, juguetes o personas; la adaptabilidad a situaciones nuevas; el umbral de respuesta a los estímulos; la intensidad de la reacción; la cualidad del humor; y la distractibilidad frente a los estímulos indeseables, así como la persistencia y la capacidad de atención. Asimismo, señalaron la existencia de tres tipos temperamentales mixtos resultantes de la combinación de las categorías antes mencionadas: temperamento de adaptación fácil, intermedia (lenta) y difícil.

Rasgos presentes en el niño, tales como la emotividad, la actividad y la sociabilidad son dimensiones fundamentales del temperamento Goldsmith (1987) y Plomin (1993). La autorregulación y la reactividad son elementos nucleares del temperamento, entendiéndose la primera como el conjunto de procesos que modulan (facilitan o inhiben) la reactividad y que incluyen la atención, el acercamiento o la retirada, el ataque o la inhibición y, asimismo la capacidad para autocalmarse (Rothbart; 1988, 1989). Estos rasgos, al agruparse van constituyendo perfiles. Kagan y cols. (1987) postulan el concepto de timidez o inhibición conductual como perfil de conducta infantil moderadamente estable. Este perfil contrasta con el de los niños desinhibidos que se aproximan a circunstancias y personas sin miedo ni duda. Estos autores han estudiado además la relación entre dichos perfiles y sus diferencias en las respuestas de tipo neurobiológico. Así, la timidez se asocia con una frecuencia cardíaca estable, con altos niveles de hormonas relacionadas con el stress - como el cortisol y la norepinefrina - y con modificaciones en la presión arterial en respuesta a los estresores y a mayores cambios en los parámetros de la voz cuando se habla en condiciones de stress cognitivo leve. Asimismo, se han estudiado las respuestas diferenciales en función del tipo de vínculo específico, la timidez y el vínculo inseguro (al cual nos referiremos más adelante), pero no así en presencia de un vínculo seguro (Nachmias, 1996).

El reto mayor respecto a la utilidad del estudio del temperamento quizás sea el de establecer cuál es la contribución que hacia las respuestas adaptativas o maladaptativas tienen los diferentes perfiles. Hay controversia, respecto a si algunas conductas representan rasgos temperamentales que constituyen factores de riesgo o si se trata de características propias del trastorno (Graham y Stevenson, 1987). Dado que la tendencia creciente es la de considerar la psicopatología bajo la perspectiva tanto de factores de riesgo como de protección, se señalan las siguientes asociaciones:

Temperamento difícil y trastornos de conducta (Thomas y cols., 1968).

- Inhibición conductual y trastornos de ansiedad (Biederman, 1993), Factor de extraversión y problemas de alcoholismo (Wennberg, 2002).
- Desinhibición conductual y trastornos de conducta externalizados y déficit de atención (Hirshfeld-Becker y cols., 2002) y búsqueda de lo novedoso y abuso de sustancias (Rose, 1995).

Respecto a la protección, Werner y Garmezy (1989) han señalado el valor de la actividad y de la sociabilidad en los niños resilientes (resiliencia es un concepto que será abordado posteriormente).

c. Conductas de apego y vínculo afectivo

Con el paso de los años se han podido identificar tendencias innatas que regulan la forma como respondemos a las amenazas, al peligro, a las pérdidas, y que están estrechamente relacionadas con la forma como nos vinculamos con personas significativas, para asegurar la adaptación y como una manera de perpetuar la especie. Y es la familia el mejor contexto dentro del cual es posible prever las necesidades específicas de cada uno de sus miembros.

El primero en desarrollar una teoría del apego a partir de los conceptos que aportara la psicología del desarrollo, con el objeto de describir y explicar por qué los niños se convierten en personas emocionalmente apegadas a sus primeros cuidadores, así como los efectos emocionales que resultan de la separación fue John Bowlby (Bowlby 1998). En este sentido, este autor parte del supuesto de que la conducta de apego se organiza utilizando para ello sistemas de control propios del sistema nervioso central, al que se le ha atribuido la función de protección y supervivencia.

Los estilos de apego se desarrollan tempranamente y se mantienen por lo general durante toda la vida (Bartholomew, 1997) permitiendo la formación de un modelo interno que integra por un lado creencias acerca de sí mismo y de los demás, y por el otro una serie de juicios que influyen en la formación y el mantenimiento de las dinámicas relacionales durante toda la vida del individuo (Bradley & Cafferty, 2001).

Por esto resulta importante la figura del primer cuidador, generalmente la madre, ya que el tipo de relación que se establece entre ésta y el niño será determinante en el estilo de apego que se desarrollará. No obstante, otras figuras significativas como el padre y los hermanos pasan a ocupar un lugar secundario y complementario, lo que permite establecer una jerarquía en las figuras de apego (Bowlby, 1998).

Se sabe que los niños que tienen una interacción positiva con su cuidador logran internalizar la sensación de seguridad, lo que les permite ampliar sus emociones.

Ainsworth define tres estilos de apego en base a cómo responden los individuos en relación a la figura de apego cuando están angustiados: seguro, ansioso-ambivalente y evitativo (Ainsworth, citado en Buchheim & Mergenthaler, 2000).

El apego seguro se da cuando la persona que cuida demuestra cariño, protección, disponibilidad y atención a las señales del bebé, lo que le permite desarrollar un concepto de sí mismo positivo y un sentimiento de confianza. En el dominio interpersonal, las personas seguras tienden a ser más cálidas, estables y con relaciones íntimas satisfactorias, y en el dominio intrapersonal tienden a ser más positivas, integradas y con perspectivas coherentes de sí mismo (Mikulincer, 1998).

El apego ansioso ambivalente se da cuando el cuidador está física y emocionalmente disponible sólo en ciertas ocasiones, lo que hace al individuo más propenso a la ansiedad de separación y al temor de explorar el mundo. No tienen expectativas de confianza respecto al acceso y respuesta de sus cuidadores, debido a la inconsistencia en las habilidades emocionales. Es evidente un fuerte deseo de intimidad, pero a la vez una sensación de inseguridad respecto a los demás (Mikulincer, 1998).

Por último, el apego evitativo se da cuando el cuidador deja de atender constantemente las señales, que dan cuenta de las necesidades de protección, lo que no le permite al niño el desarrollo del sentimiento de confianza que necesita. Se sienten inseguros hacia los demás y esperan ser desplazados sobre la base de las experiencias pasadas de abandono (Mikulincer, 1998).

Existen factores que parecen estar influyendo en las manifestaciones específicas del estilo de apego, tales como: la experiencia individual, la constitución genética y las influencias culturales (Weaver & de Waal, 2002).

La calidad del apego madre-hijo va a depender de lo que cada una de las partes involucradas aporte a la relación, así como de la influencia directa que cada una de ellas ejerce sobre la otra (Bowlby, 1998).

Según Bowlby, el estilo de apego refleja la interacción entre la personalidad del niño, la familia y el entorno social más amplio, por lo que no debe resultarnos extraño que exista una influencia conjunta entre las variables propias del cuidador y el temperamento infantil.

Lo cierto es que los estilos de apego son relativamente estables y según Bowlby, la continuidad del estilo de apego se debe principalmente a la persistencia de los modelos mentales del sí mismo y otros componentes específicos de la personalidad.

Estos modelos logran mantenerse relativamente estables, justamente porque se desarrollan y actúan en un contexto familiar también relativamente estable (Stein, Koontz, Fonagy, Allen, Fultz, Brethour, Allen & Evans, 2002). Sin embargo, los patrones de apego pueden cambiar en función de acontecimientos que logren alterar la conducta de cualquiera de los individuos que formen parte de la relación de apego.

Los estilos de apego continúan a lo largo del ciclo vital, y a través de las generaciones. Las nuevas relaciones parecen afectarse por las expectativas desarrolladas en las relaciones pasadas (Waters, Hamilton & Weinfield, 2000). Hay autores que han investigado como la transición de la infancia a la adolescencia temprana influye sobre la organización de los estilos de apego, sugiriendo la posibilidad de que sean activados ciertos mecanismos de evitación, sin los cuales no sería posible mantener una cierta distancia de las figuras parentales para desarrollar una identidad personal más definida (Ammaniti, van Ijzendoorn, Speranza & Tambelli, 2000). Esto es importante tenerlo presente, ya que la adolescencia es considerada un período de cambios y de continua reorganización de las representaciones de apego, que se caracteriza por la reevaluación de las experiencias de vida que llevan al desarrollo de la identidad (Zimmermann & Becker-Stoll, 2002). En este sentido, las relaciones de apego se hacen más estables a lo largo del desarrollo, y funcionan como un recurso de adaptación que asegura la formación de la identidad.

En esta misma línea, Cooper, Shaver y Collins (1998) observaron que los adolescentes con un estilo de apego ansioso ambivalente presentaban un pobre concepto de sí mismo, conductas de riesgo y niveles altos de sintomatología, al igual que los adolescentes con estilo de apego evitativo.

Los problemas de apego a menudo se transmiten transgeneracionalmente a menos que alguien rompa la cadena (Buchheim, Brisch & Kachele, 1998). Por ejemplo, un padre con estilo de apego inseguro puede no estar en capacidad de desarrollar un apego fuerte con su hijo, de manera de proporcionarle los cuidados que requiere para un desarrollo emocional, lo que a su vez puede llegar a influir en sus dificultades para relacionarse con otras personas.

d. **Resiliencia**

El término resiliencia tiene su origen en el idioma latín, en el término resilio que significa volver atrás, volver de un salto, resaltar, rebotar. El término fue adaptado a las ciencias sociales para caracterizar aquellas personas que, “a pesar de nacer y vivir en situaciones de alto riesgo, se desarrollan psicológicamente sanos y exitosos”. Así, la resiliencia es entendida como la “capacidad de resistir la destrucción, de proteger la propia integridad y de

construir la propia vida, a pesar de las circunstancias adversas que se presentan a cada persona". Así, la resiliencia es una capacidad que sería inherente a toda persona. Sus bases se asientan durante la primera infancia, de ahí la necesidad de promover desde temprano el desarrollo de aquellas áreas que contribuyen a fortalecerla, para que se presente y active cuando les toque enfrentar situaciones de conflicto.

Otros autores entienden que la resiliencia no puede ser considerada como un atributo con que los niños y niñas nacen ni que adquieren durante su desarrollo, sino que se trataría de un proceso interactivo entre éstos y su medio. La resiliencia, según Kotliarenco, es "reaccionar ante el estímulo y a la vez sobreponerse constructivamente". Por su parte, Werner (1989) plantea que el tema de la resiliencia resulta importante, ya que a partir de su conocimiento es posible diseñar políticas de intervención.

La intervención desde un punto de vista clínico puede ser concebida como un intento de alterar el balance presente en las personas, que oscila desde la vulnerabilidad a la resiliencia. Esto puede ocurrir ya sea, disminuyendo la exposición a situaciones de vida provocadoras de estrés y que atentan contra la salud mental (por ejemplo, alcoholismo paterno/materno, psicopatología de los padres o bien a la separación o divorcio de éstos), o bien aumentando o reforzando el número de factores protectores que pueden estar presentes en una situación dada; por ejemplo, reforzar fuentes de apoyo y afecto, favorecer la comunicación y las habilidades de resolución de problemas.

El enfoque de la resiliencia parte de la premisa que nacer en la pobreza, así como vivir en un ambiente psicológicamente insano, son condiciones de alto riesgo para la salud física y mental de las personas. Más que centrarse en los circuitos que mantienen esta situación, la resiliencia se preocupa de observar aquellas condiciones que posibilitan el abrirse a un desarrollo más sano y positivo.

Desde la década del ochenta en adelante, ha existido un interés creciente por conocer a aquellas personas que desarrollan competencia a pesar de haber sido criadas en condiciones adversas, o bien en circunstancias que aumentan el riesgo de presentar psicopatologías (Osborn, 1990). Este grupo de personas ha sido denominado como resiliente.

Se ha definido a un niño resiliente como aquel niño o niña, que, a pesar de haber vivido en situaciones adversas, trabaja bien, tiene buenas expectativas, tiene facilidad de relacionarse con los demás, desarrolla factores sociales adecuados, tiene una capacidad en la resolución de problemas, autonomía, sentido de propósito y de futuro.

e. Los afectos

Los afectos constituyen expresión y ligazón entre el individuo y el mundo relacional. Son puente entre temperamento y carácter; y aspectos motivacionales, fundamentales, que impulsan al individuo sobre su base temperamental a relacionarse con los demás y gradualmente constituir el carácter.

La definición de lo que son los afectos hoy en día ha llegado a ser relativamente simple y aceptada por los investigadores de diferentes escuelas. Los afectos son estructuras psicofisiológicas, es decir tienen aspectos biológicos, fisiológicos y aspectos puramente físicos, indisolubles desde el comienzo, y aspectos psíquicos que incluye una experiencia subjetiva de placer o de dolor, positiva o negativa.

Los afectos positivos, tales como la alegría, la euforia, la excitación sexual se contrastan con los afectos negativos, tales como, la angustia, la depresión, la rabia, el disgusto. Los afectos

antes mencionados son afectos básicos; también están los complejos, que derivan de la integración gradual de los afectos más simples.

Los afectos también se manifiestan a través de movimientos psicomotores asociados por expresiones, por ejemplo, la entonación de la voz, por movimientos de toda la musculatura corporal y por descargas neurovegetativas. Estas últimas reflejan las activaciones de los complejos sistemas de neurotransmisores y estructuras del sistema nervioso central y de glándulas internas relacionadas con él. Este es el primer elemento subjetivo de los afectos; a éstos se agregan, entonces, aspectos físicos y, muy especialmente, la expresión facial, que es innata y se presenta automáticamente desde las primeras semanas de vida, permitiendo que la madre diagnostique el afecto del bebé. Es decir, tenemos una capacidad innata de expresar y de leer afectos, que es general para todos los mamíferos (O. Kernberg, 2004).

Porque los afectos tienen otra función, una función comunicativa. Los afectos comunican a la otra persona y a sí mismo el estado general del organismo, tienen un aspecto cognitivo de información interna, organizan el mundo y comunican a la otra persona y, muy especialmente, el bebé comunica a su madre sus necesidades antes de poder hablar. Los afectos son el primer lenguaje interpersonal.

En resumen, experiencia subjetiva, expresión facial, expresión psicomotora asociada en descarga neurovegetativa y función comunicativa constituyen los afectos, es decir, estos son un complejo paquete estructural.

f. **El desarrollo cognitivo**

El pensamiento tiene su origen en el cuerpo. El lactante reacciona ante un estímulo sensitivo, emitiendo una reacción motora: si le ponemos un dedo en la mano, la cerrará; si la madre le introduce un pezón en la boca, comenzará a succionar; si se le muestra un patrón visual, fijará en él la vista. Este patrón sensorio-motor.

Es el tipo más temprano de pensamiento, pues comienza con las pautas innatas de conductas, que se acaban de mencionar: asir, succionar, observar y actividad corporal de movimientos generales.

La unidad fundamental del desarrollo cognitivo del niño o niña planteada por Piaget es el esquema; es decir, un patrón de conducta en respuesta a determinado estímulo ambiental. Sin embargo, el esquema no es una mera reacción, pues el niño también actúa sobre el medio. El esquema se vuelve cada vez más complejo a medida que el niño reacciona ante una variedad mayor de estímulos ambientales y actúa sobre ellos. Cada vez se va produciendo un acto de modificación, que

Piaget denomina acomodación, que a su vez produce un nuevo equilibrio. Ambos procesos, tanto el de asimilación como el de acomodación, van adquiriendo cada vez mayor complejidad.

En la teoría de Piaget, el desarrollo cognitivo incluye cuatro etapas fundamentales:

Etapa sensorio-motora (desde el nacimiento hasta los 18 meses). Desde las manifestaciones innatas, el niño va desarrollando diferentes funciones y adquiriendo nuevos esquemas de funcionamiento, centrados generalmente en su cuerpo. A los 4-5 meses trata de producir efectos sobre objetos externos que manipula. Entre los 8-9 meses empieza a advertir la existencia de objetos no percibidos u ocultos, es decir, la imagen mental del objeto adquiere ya cierto grado de permanencia en su mente (permanencia del objeto). Continúa explorando más detenidamente los objetos y su relación espacial. Inicia cambios que causen variaciones en las cosas y busca activamente eventos nuevos. En esta etapa,

las palabras ya han hecho su aparición. El lenguaje constituye ante todo un acompañamiento de la acción que deriva de las imitaciones diferidas o que se basa en ellas. Poco a poco se presenta un cambio y el lenguaje a semejanza del juego se convierte en una representación verbal de una acción pasada. La imitación diferida, el juego simbólico, las imágenes gráficas y el lenguaje constituyen lo que Piaget denomina función semiótica, o sea, la capacidad de representar algo (el significado) por medio de otra cosa (el significante).

Etapa preoperacional (desde los 18 meses hasta los 7 años). Se advierte la aparición del pensamiento simbólico y de la representación. El lenguaje adquiere mayor importancia al aprendiendo el niño a distinguir objetos concretos y las designaciones con que se los indica. Y así, poco a poco, aprende a razonar en forma simbólica en vez de motora. A pesar de los adelantos en esta etapa, el pensamiento preoperacional tiene sus restricciones. El niño no sabe razonar en forma lógica ni deductiva, sus juicios están dominados por las percepciones de fenómenos, objetos y experiencias. Por otra parte, no puede atender más que a una dimensión o atributo perceptual a la vez. No logra captar plenamente el concepto de tiempo, pudiendo reconocer secuencias y rutinas diarias, pero no logrando manejar conceptos relacionados a lo temporal. El niño es egocéntrico en extremo, es decir, es conceptualmente incapaz de ver los hechos y experiencias desde ningún punto de vista que no sea el suyo. Él es a todas luces, el centro de su mundo de representaciones, no logrando tampoco distinguir con claridad entre su persona y el mundo circundante, entre el campo subjetivo de los pensamientos y sentimientos y el campo objetivo de la realidad externa. Su razonamiento no es ni deductivo ni inductivo, sino lo que Piaget llama transductivo, es decir, el niño trata de relacionar lo particular en forma poco lógica. Capta nexos entre los acontecimientos y fenómenos no por alguna relación causal, sino simplemente por su contigüedad o yuxtaposición espacial o temporal. El pensamiento es sincrético, es decir, se concentra en él todo de la experiencia, sin relacionarlo con las partes; con tendencia a la centración, es decir, se concentra en un aspecto de la relación cambiante, con exclusión de otros aspectos. El niño, en esta etapa, por tanto presenta representaciones estáticas, es decir presenta incapacidad de manipular las representaciones mentales. Otra característica del pensamiento es el animismo. El niño cree que todo cuanto se mueve tiene vida; cosas como las nubes o las piedras están provistas de motivos y emociones. A su vez, los procesos mentales (entre ellos los sueños) se consideran cosa que provienen del exterior.

En la medida que pasa el tiempo estas características van cambiando, el niño se va acomodando mejor a la realidad, observándose, una paulatina "descentración" de los intereses del niño, de su percepción y de sus puntos de vista. La descentración, se realiza en parte por la mayor participación social. El niño comienza así a verse a sí mismo y al mundo desde otras perspectivas.

Etapa de las operaciones concretas (desde los 7 años hasta el inicio de la adolescencia). El niño está en condiciones de atender simultáneamente a dos variables. Ha dominado lo que Piaget llamó concepto de conservación. El niño lo adquiere no sólo respecto al volumen sino, además, respecto al número, clase, longitud, peso y superficie. El adelanto principal en esta etapa consiste en que el niño es capaz de aplicar los principios lógicos fundamentales al campo de la experiencia y de los fenómenos concretos, pero sin que sus percepciones interfieran en ello. Poco a poco sus procesos de pensamiento lógico se organizan en una estructura de creciente complejidad e integración, estructura que le permite afrontar al mundo circundante o reaccionar sistemáticamente ante él.

Etapa de operaciones abstractas que corresponde a la adolescencia. Según Piaget, la gran novedad que caracteriza el pensamiento del adolescente consiste en manipular las ideas propiamente dichas y no sólo los objetos (Piaget, 1969). Está en condiciones de valerse de hipótesis, de experimentar y de hacer deducciones, de pasar de lo particular a lo general.

Puede hacer afirmaciones teóricas que no dependen de un contenido específico y, además, puede aplicar este tipo de pensamiento a toda clase de datos. De ello resulta una mayor independencia y desvinculación del mundo concreto. Una vez que el adolescente ha llegado a las conclusiones correctas mediante el uso del pensamiento analítico, está en condiciones de dar un paso más: puede manipular las conclusiones y deducir otros conceptos, y estas nuevas manipulaciones son enteramente operaciones mentales, libres por completo de las observaciones originarias.

Piaget clasifica estas manipulaciones, u operaciones mentales, en cuatro grupos que abarcan los llamados INRC (identidad, negación, reciprocidad y correlatividad, respectivamente). La realización de estas estructuras cognitivas de tipo operacional y formal representa la etapa final en el proceso del pensamiento humano, pero no en el contenido del mismo.

Para Beck et al. (1979), una cognición es cualquier idea o evento con contenido verbal o gráfico en la corriente de conciencia del sujeto. Las cogniciones se basan en los esquemas desarrollados en experiencias anteriores. Los esquemas serían las actitudes, supuestos o creencias que tiene el sujeto. Por tanto, las cogniciones están supeditadas a estos esquemas. Así, en el esquema de Beck, las cogniciones (pensamientos) conducen a los sentimientos; o, lo que es lo mismo, la cognición es previa y determinante del afecto, el cual determina a su vez a la conducta. Se sigue, por tanto, la línea esquema-cognición-afecto-conducta.

Más recientemente Alford y Beck (1997), consideran que la cognición incluye las estructuras teóricas necesarias para apoyar el procesamiento de la información. Los esquemas son organizadores mentales de experiencias que influyen el modo como la información es procesada y el modo como la conducta es organizada. Las estructuras cognitivas pueden engendrar procesos y eventos cognitivos y afectivos, y también pueden ser desarrollados al procesar acontecimientos y eventos (por él, los eventos de vida estresante pueden ser la causa de esquemas que después inciden negativamente en el individuo).

El cambio de las propias estructuras cognitivas, tema importante siempre, es más probable que ocurra por descubrir una continua experiencia establecida que cuando las viejas estructuras cognitivas son cuestionadas y no garantizadas, y cuando la adopción de estructuras nuevas, más adaptativas, es reforzada. Los datos de la experiencia, proporcionan la base más convincente para estructurar el self de uno mismo, del mundo y la relación entre ambos (Meichenbaum, 1985).

g. Autocontrol y autorregulación

La autorregulación, corresponde al control independiente que el niño hace de su propia conducta, para ajustarse a las expectativas sociales comprensibles.

El crecimiento de la autorregulación ocurre paralelamente al de la conciencia cognoscitiva. A medida que el niño o niña, cumple o no con las peticiones de los adultos, incorpora gran cantidad de información sobre qué tipo de conductas son socialmente aprobadas. A medida que procesa, almacena y actúa sobre esta información ocurre un cambio gradual desde el control externo al control interno.

Desde el nacimiento los niños atraviesan por cuatro fases en su camino a la autorregulación (Kopp, 1982).

Fase 1: Modulación neurofisiológica (desde el nacimiento hasta los 2 o 3 meses). En las primeras semanas los infantes comienzan a calmarse cuando se hallan sobreestimulados. Mediante el uso de conductas originales como chupar.

Fase 2: Modulación sensorio-motriz (desde los 2-3 meses hasta los 9-12 meses).

Una vez que los bebés llegan a la edad en que están despiertos más tiempo durante el día, se vuelven conscientes de que sus acciones pueden afectar su entorno. Sin embargo, ejercerán su influencia en su medio ambiente sólo cuando alguien o algo llame su atención o de respuesta a su conducta.

Fase 3: Control (desde los 9-12 meses hasta los 18 meses o más). El control está ligado al desarrollo de lo que Piaget describió como conducta intencional o dirigida hacia una meta, pero está limitada a una situación específica. Los niños en esta tercera fase todavía no tienen la habilidad cognitiva para generalizar y su memoria es limitada. Lo que ellos pueden hacer puede reprimir el conocimiento de lo que se supone que ellos deben hacer. Debido a que la autoconciencia, tan sólo se está empezando a desarrollar, no comprende verdaderamente lo que significa controlarse a sí mismo.

Fase 4: Autocontrol y progresión de la autorregulación (desde los 18-24 meses en adelante). Fase en la cual los niños desarrollan la habilidad de formar imágenes mentales simbólicas y recordar los eventos pasados. También están desarrollando la habilidad de reflejar sus propias acciones y así pueden conectar mentalmente lo que hacen con lo que se les ha dicho que ejecuten. Ambas habilidades cognitivas, permiten a los niños monitorear su propia conducta. El autocontrol, entonces, significa que sobre la base de la información recordada los niños alterarán o demorarán una acción para adaptarse a lo que conocen como socialmente aceptable, incluso cuando la persona que cuida está ausente. Sin embargo, la adaptabilidad de los niños a nuevas situaciones todavía es limitada y bajo presión de un estímulo o deseo olvidan fácilmente las normas. El cambio súbito a la autorregulación involucra mayor flexibilidad, pensamiento conciente y disponibilidad para esperar.

h. Desarrollo moral

La conducta moral proviene, en parte, de las normas culturales básicas que gobiernan la acción social internalizada por el niño. El desarrollo moral es el incremento alcanzado por la internalización de dichas normas. Suele suponerse que el mencionado proceso recibe el influjo del castigo y el premio, la identificación con los padres como modelos y las oportunidades de encarnar papeles en el juego con los coetáneos. El grado de internalización se mide basándose en la capacidad del niño para resistir la tentación de quebrantar una regla cuando ni el castigo ni la posibilidad de incumplimiento influyen en él. También se mide a partir del sentimiento de culpabilidad y la capacidad de juzgar la conducta.

Esta capacidad es una dimensión compleja, ya que entraña capacidad cognitiva, posibilidad de prever los acontecimientos venideros, posibilidad de sentir empatía por otra persona, posibilidad de mantener la atención y no ceder ante los impulsos, control de fantasías (en especial la de índole agresiva) y, por último, sentimientos de autoestima y seguridad en sí mismo.

Piaget describe el desarrollo del juicio moral en función de seis aspectos, todos ellos conectados con el desarrollo cognitivo y al parecer derivadas de él. Las seis dimensiones revelan una transición del juicio realizado basándose en las consecuencias físicas externas inmediatas al que se emite a partir de valores internos o subjetivos (Kohlberg, 1964).

Intencionalidad del juicio: los niños de corta edad tienden a considerar malo un acto en función de sus consecuencias físicas concretas, en tanto que los de mayor edad le dan ese calificativo según la intención que tenga el sujeto de causar daño.

Relativismo del juicio: los niños de corta edad piensan que un acto es totalmente correcto o incorrecto y suponen que los adultos siempre tienen la razón. Por el contrario, los niños mayores advierten la posible diversidad en las ideas del bien y del mal.

Independencia de las sanciones: el niño de corta edad afirma que un acto es malo porque éste acarrea castigo, mientras que un niño mayor dirá que es malo por violar una norma o por causar daño a otros.

Uso de la reciprocidad: los niños de 4 años no incluyen la reciprocidad como un motivo de consideración por los demás, mientras que si la utilizan los de siete años o más, aunque estos últimos muestran una reciprocidad egoísta y concreta. Entre los 11 y 13 años casi todos juzgan bien en términos de la reciprocidad ideal, pues se ponen en lugar del otro.

Empleo del castigo para hacer restitución y enmendarse: los niños pequeños proponen imponer castigos dolorosos y fuertes a las faltas, en cambio, los mayores se pronuncian a favor de castigos menos severos que también propicien el cambio de quién comete la falta.

Ideas naturalistas sobre las desgracias: hasta los 6-7 años los niños piensan que las desgracias o accidentes que están antecedidos por actos malos son un castigo de una fuerza superior (por ejemplo: Dios). Los niños de mayor edad no establecen por lo general ese nexos.

Basándose en las ideas de Piaget en relación a las etapas del desarrollo cognitivo, descritas anteriormente, Kohlberg (1964) ha propuesto tres niveles fundamentales del desarrollo del juicio moral:

Nivel I. Premoralidad (o moralidad preconvencional).

Tipo 1. Orientación hacia el castigo y obediencia (es decir, sumisión a la fuerza superior de los padres).

Tipo 2. Hedonismo instrumental primitivo (esto es, se obedece pero sólo con la esperanza de recibir un premio).

Nivel II. Moral de la conformidad (o moralidad convencional).

Tipo 3. La moralidad propia del conformista, que busca a toda costa mantener buenas relaciones con otros y recibir su aprobación (o sea, sumisión a las reglas con objeto de agradar a los otros y ganarse su aprobación).

Tipo 4. La autoridad preserva la moral (es decir, se acatan las reglas con tal de conservar el orden social).

Nivel III. Moral de principios éticos aceptados voluntariamente (o moral postconvencional).

Tipo 5. Moral del contrato social, de los derechos individuales y digamos, de las leyes aceptadas en forma democrática (con la seguridad de un "contrato social" legal).

Tipo 6. Moral de los principios individuales de conciencia (la obediencia voluntaria se funda en principios éticos. Este nivel se alcanza, cuando se logra, hacia la adolescencia).

i. Desarrollo del concepto de sí mismo

El sentido de sí mismo crece lentamente, comenzando con la autoconciencia: el darse cuenta gradualmente de que se es un ser separado de otra gente y de otras cosas, con habilidad para reflexionar sobre sí mismo y sobre las propias acciones.

El autoconocimiento cristaliza en el primer momento de autorreconocimiento, aproximadamente a los 18 meses de edad, cuando los niños se reconocen frente al espejo.

El próximo paso es la autodefinición; identificación de las características internas y externas que el individuo considera significativas para describirse a sí mismo. Cerca de los tres años, los niños piensan en ellos más en términos externos: cómo parecen, cómo viven, qué hacen. Sólo a los 6 – 7 años los niños comienzan a definirse ellos mismos en términos psicológicos. Desarrollando un concepto de quiénes son (el yo verdadero) y de cómo quieren ser (el yo ideal). Cuando terminan este proceso de entenderse a sí mismos, los niños han hecho un progreso importante, del control de sus padres hacia su autocontrol.

Parece ser que no hay nada más personal que el sentimiento del yo. Pero la mayoría de los investigadores ven el autoconcepto como un fenómeno social, “el punto de convergencia entre el individuo y la sociedad” (Markus y Nurius, 1984).

La preadolescencia (a fines de la etapa escolar) parece ser el tiempo señalado para este encuentro. Las capacidades, actividades y contactos sociales, en aumento en este período, están acompañados por responsabilidades cada vez mayores. Los niños empiezan a regular su comportamiento no sólo para conseguir lo que quieren y necesitan, sino también para responder a las necesidades y deseos de los otros.

A medida que se esfuerzan por llegar a ser miembros que funcionen en una sociedad, los niños deben realizar varias tareas importantes que contribuyen al desarrollo de su autoconcepto. Según Markus y Nurius (1984), ellos deben:

- Ampliar su autoentendimiento para reflejar las percepciones, necesidades y expectativas de la otra gente. Por ejemplo, tienen que aprender que significa ser amigo o miembro de un equipo.
- Aprender más acerca del funcionamiento de la sociedad, sobre las relaciones complejas, los roles y las reglas.
- Desarrollar estándares de comportamiento que sean personalmente satisfactorios y también incorporar los aceptados por la sociedad.
- Dirigir su propio comportamiento.

El desarrollo del sí mismo, en la preadolescencia se correlaciona estrechamente con el desarrollo de la autoestima (E. Erikson, 1950). Esta se refiere a la evaluación que hacen los niños de ellos mismos, o autoimagen. Los niños comparan su yo ideal con su yo real. Ellos mismos juzgan que tan bien alcanzan los estándares sociales y las expectativas que tienen en su auto concepto y con qué grado de competencia hacen su trabajo.

j. La personalidad

La personalidad puede definirse como el “modo característico y habitual en que cada persona se comporta, siente y piensa” (Bermudez, 1997) o “los patrones característicos y distintivos de pensamiento, emoción y conducta que define un estilo personal del individuo de interactuar con el ambiente físico y social” (Atkinson, 1996). En relación a la Personalidad Pervin (1998), nos indica: “La personalidad es una organización compleja de cogniciones, emociones y conductas que da orientaciones y pautas a la vida de una persona. Como el cuerpo, la personalidad está integrada tanto por estructuras como procesos y refleja tanto la

naturaleza (genes) como el aprendizaje (experiencia). Además la personalidad engloba los efectos del pasado, así como construcciones del presente y del futuro”.

Herencia y ambiente interactúan para formar la personalidad de cada sujeto. Desde los primeros años los niños difieren ampliamente unos de otros, tanto por su herencia genética como por variables ambientales dependientes de las condiciones de su vida intrauterina y de su nacimiento. Algunos niños, por ejemplo, son más atentos o más activos que otros, y estas diferencias pueden influir posteriormente en el comportamiento que sus padres adopten con ellos, lo que demuestra como las variables congénitas pueden influir en las ambientales. Entre las características de la personalidad que parecen determinadas por la herencia genética, al menos parcialmente, están la inteligencia y el temperamento, así como la predisposición a sufrir algunos tipos de trastornos mentales.

Entre las influencias ambientales hay que tener en cuenta que no sólo es relevante el hecho en sí, sino también cuándo ocurre, ya que existen períodos críticos en el desarrollo de la personalidad en los que el individuo es más sensible a un tipo determinado de influencia ambiental.

Las experiencias de un niño en su entorno familiar son cruciales, especialmente la forma en que sean satisfechas sus necesidades básicas o el modelo de educación que se siga, aspectos que pueden dejar una huella duradera en la personalidad.

Algunos autores hacen hincapié en el papel que cumplen las tradiciones culturales en el desarrollo de la personalidad y de todos sus componentes.

k. Integración de etapas y funciones evolutivas

Todas las funciones evolutivas analizadas hasta este punto se van integrando paulatinamente en la medida que el desarrollo avanza. Las relaciones e interacciones se van haciendo más complejas, haciendo que cada etapa se caracterice como un todo y no simplemente como la yuxtaposición de partes.

Aunque existen líneas múltiples e interconexas en la aparición de las etapas y de las respectivas funciones, cada línea posee su propio ritmo de desarrollo, dando origen a un ser humano de niveles múltiples en todo momento.

Cada etapa del desarrollo normal es un adelanto respecto a la anterior. Cada una de ellas se sobrepone a las anteriores, pues las estructuras y funciones construidas en una determinada edad se integran a las que antecede.

Cada etapa avanza en dirección de una creciente complejidad estructural, de un estado de relativa globalidad a otro de creciente integración y diferenciación. Los factores biogenéticos, experienciales, psíquicos y ambientales garantizan y facilitan el proceso evolutivo y la adaptación. Teniendo presente, que se dan períodos críticos o sensibles, las condiciones pueden ser favorables o desfavorables para la adquisición normal o patológica de las funciones evolutivas: conducta de apego, cognición, afectos, etc.

Existe un sinnúmero de factores que pueden alterar el desarrollo normativo de todas las funciones evolutivas, factores biológicos como traumatismos, infecciones, intoxicaciones; factores psicológicos como traumas precoces, personalidad de los padres y estilos de crianza; factores ambientales, como ambientes escolares y de la comunidad adversos.

Al dar una mirada integral del individuo, en una perspectiva evolutiva, podremos probablemente, evaluar e intervenir en forma eficiente y oportuna.

El consumo de sustancias puede, desde el período fetal y en todas las etapas del desarrollo, incidir negativamente y de distinto modo en los distintos ámbitos del desarrollo biopsicosocial. En los capítulos posteriores, se revisa como se inserta el consumo de sustancias en las distintas etapas, cuál es la magnitud de las dificultades en relación a prevalencia y perfiles de consumo en niños, niñas y adolescentes, cuáles serían las etapas del diagnóstico de este individuo con conductas de riesgo y, por último, cuáles serían las intervenciones y las modalidades de abordaje pertinentes a este grupo de niños, niñas y adolescentes.

1.1.3 Infancia

En las ciencias sociales los enfoques teóricos respecto a la infancia se encuentran en un proceso de revisión. Los enfoques hasta hoy usados son cuestionados como “adulistas” por concebir la infancia solamente como etapa de preparación a la vida adulta. Contra eso está ganando importancia un enfoque desde la perspectiva de los niños y niñas, más sensible para el presente y la vivencia cotidiana de ellos, tomando en cuenta sus propias visiones y aportes a la sociedad.

Los nuevos pensamientos reflejan, que en las sociedades actuales la infancia se encuentra en un profundo proceso de transformación. Cada día menos la infancia representa un espacio de protección y moratoria social, excluido del mundo adulto. Poco a poco esta sustituida por una infancia que está, de una nueva manera, incluida en la sociedad, llevando a los niños y niñas más responsabilidad y participación.

Cada vez más, va apareciendo la idea de los niños y niñas como “sujetos activos”. Esto se logra constatar, principalmente, con el reconocimiento creciente de los niños como “sujetos de derechos” y la autonomía avanzada de los niños como actores competentes frente a las nuevas tecnologías y medios de comunicación, y como consumidores conscientes.

Por otro lado, se constata, que la ampliación del espacio de actuación junto con la responsabilidad creciente lleva para los niños nuevas cargas y riesgos. Esos se ven marcados principalmente en la obligación de tomar de forma temprana decisiones sobre su vida, sin poder construir esencialmente su futuro. Se supone, “autónomo” corresponde a la flexibilización de las relaciones entre infancia, familia, mercado y Estado, privatizando los costos sociales anteriormente asumidos por el Estado, los que sirven para que los niños y niñas se adapten previamente al mercado “flexibilizado” del “trabajo” y “consumo”.

a. El niño y la niña como sujeto de derechos

La Convención Internacional de los Derechos de la Infancia resalta, entre otros derechos, el interés superior del niño, niña y del adolescente (artículo 3) como eje clave en todas las medidas concernientes a los niños/as que tomen las instituciones públicas o privadas de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o los órganos legislativos, comprometiéndose a asegurar la protección y el cuidado que sean necesarios para su bienestar.

En el ámbito de las drogas se define que “los Estados partes adoptarán todas las medidas apropiadas, incluidas medidas legislativas, administrativas, sociales y educacionales, para proteger a los niños/as contra el uso ilícito de los estupefacientes y sustancias psicotrópicas enumeradas en los tratados internacionales pertinentes y para impedir que se utilice a niños/as en la producción y el tráfico ilícitos de esas sustancias” (artículo 33, de la Convención citada).

Al concebir al niño, a la niña y a los adolescentes como sujetos de derechos, la Convención le asigna el estatus de ciudadano/a. La Convención obliga al Estado, al igual que a las instituciones relacionadas con la crianza, como la familia, el grupo de pares, la vecindad, la escuela, la empresa, la iglesia, los servicios públicos y privados, etc. a reconocer, respetar, proteger y garantizar los derechos estipulados, lo que implica gestionar los recursos necesarios, ponerlos a su disposición y asegurar su accesibilidad. Esto incluye tomar todas las iniciativas que permitan asegurar no solo la promoción de salud, de estilos de vida saludable, sino también de proveerles de los servicios especializados cuando se vean envueltos en situaciones que dañan su salud.

Los derechos, de los cuales es titular todo niño, niña o adolescente abarcan todos los recursos culturales y aspectos de la vida en sociedad. Se requiere de la generación de las condiciones necesarias para el ejercicio de los Derechos, destacando la necesidad de un trato especial, acorde a su edad, madurez y/o etapa evolutiva. En definitiva, la aplicación de la Convención Sobre los Derechos del Niño y de la Niña desafía la comprensión de la niñez, la crianza, la educación y las relaciones sociales.

b. El niño y/o la niña como consumidor

Convertirse en consumidor es muy importante en la sociedad actual, puesto que ésta satisface gran parte de las necesidades materiales, sociales y culturales a través del mecanismo del mercado o mundo mercantil (Riesman, Glazer y Denny, 1953). En consecuencia, jugar el papel de consumidor es vital para el bienestar de una persona. Este papel se va adquiriendo a lo largo de un camino de aprendizajes, en el que los padres colaboran. Todo este adoctrinamiento del consumidor no parece ser un acto deliberado y formalizado por parte de los padres, más bien parece formar parte habitual de la ayuda que se les da a los niños durante su crecimiento y desarrollo normal (Ward, Walkman y Wartella, 1977; Mc Neal, 1987). Si bien los padres son los agentes primarios de socialización de los niños, el aprendizaje de los patrones de comportamiento del consumidor es el resultado de la influencia que ejercen muchas otras personas y muchos otros objetos (inanimados y animados).

A principios de la década del 90, en busca de una explicación sobre el comportamiento de consumidor en los niños, como objeto de estudio en sí mismo, Mc Neal (1993) y Mc Neal y Yeh (1994) postularon y evaluaron 5 etapas en el desarrollo del comportamiento del consumidor en la niñez.

1. Observación. El niño tiene su primer contacto sensorial con el mundo mercantil y, por consiguiente, su primera oportunidad para interactuar como una fuente comercial de bienes y servicios que satisfacen necesidades. En esta temprana época de su vida el niño ha experimentado satisfacción a partir de productos proporcionados sólo a través de sus padres. Durante la última parte de esta etapa previa al lenguaje comienza a visualizar la conexión que existe entre los padres y los vendedores como proveedores. A través de la vista, el tacto, el gusto, el olfato y la captación de sensaciones auditivas provenientes del mundo mercantil y, con frecuencia, con la ayuda de los padres, el niño confinado a la percepción empieza a formar sus propias impresiones sobre el mundo mercantil como fuente de productos que satisfacen sus necesidades y que los padres rutinariamente le proporcionan.

2. Pedido. Esta etapa se caracteriza por la capacidad de los niños de pedir artículos de consumo, principalmente productos alimenticios, primero por medio de gestos, luego con una palabra y más tarde con oraciones, según se desarrolla el lenguaje.

3. Selección. La siguiente etapa lógica es el acto físico de tomar estos artículos, en tanto sus mentes y sus cuerpos evolucionan y se desarrolla la necesidad de realizar acciones de forma independiente. Pedir algo se convierte gradualmente en conseguirlo, puesto que al ser autorizado su pedido esto va seguido del acto de seleccionar, es decir, buscar un producto, tomarlo y consumirlo o colocarlo en el carro del supermercado para consumirlo después. Este es el primer acto físico importante que realiza el niño con miras a convertirse en un consumidor independiente. Una vez que se le permita al niño seleccionar productos periódicamente a una edad media de 3 años y medio, el acto en sí se convierte en una sensación de seguridad que lleva a pedir más.

4. Coadquisición. Después de seleccionar regularmente los productos con autorización de los padres y presenciando como ellos pagan por dichos productos, los niños, en su deseo de desempeñar el rol de adultos, quieren participar activamente en el proceso de intercambio. Con la autorización de los padres y al principio con mucha ayuda, el niño realiza su primera coadquisición tomando el producto del estante y dando dinero al cajero. Si bien el niño apenas entiende el concepto de dinero, éste es suficiente para permitirle llevar a cabo el episodio completo del consumidor, el cual incluye querer, buscar, adquirir y utilizar un producto. Así pues, en la cuarta etapa, con una edad media de 5 años y medio, los niños empiezan a desempeñar el papel de consumidores primarios.

5. Compra Independiente. Luego de diversas compras con la ayuda de los padres, los niños dan el paso final que los lleva a convertirse en consumidores: el acto de comprar por sí solos. Aproximadamente a la edad de 8 años los niños pueden caminar o ir en bicicleta a una tienda, donde podrán realizar compras por sí solos, o quizá podrán ir a un centro comercial con los padres y luego solos para realizar sus propias compras.

Etapas de desarrollo del comportamiento del consumidor

Etapa	Descripción	Edad Media	Resultados	Producto Involucrado	Tiendas Involucradas
Observación	Primera visita a una fuente comercial proveedora de bienes y servicios	2 meses	Primeras impresiones del mundo mercantil a través de colores, formas, sonidos, olores, texturas	Ninguno	Supermercados (78%) Tiendas mayoristas (9%)
Pedido	Pedido de un producto cuando se está ante él gesticulando, señalando con palabras	2 años	Primera entrega de objetos que satisfacen sus necesidades de una fuente comercial a través de sus propios esfuerzos físicos	Cereales (47%) Golosinas (30%) Juguetes (21%)	Supermercado (76%) Tienda mayorista (11%) Tienda de juguetes (7%) Centro comercial (3%)
Selección	Tomar productos independientemente de los estantes	3 años	Primera entrega de objetos que satisfacen sus necesidades de una fuente comercial a través de sus propios esfuerzos físicos	Cereales Juguetes Golosinas Libros Ropa	Supermercado (56%) Tienda mayorista (23%) Tienda de juguetes (11%) Centro comercial (7%)
Coadquisición	Primera compra de un producto deseado con la ayuda de los padres	5 años	Primera experiencia con el proceso de intercambio en el que se da dinero a cambio de productos	Juguetes Golosinas Artículos de regalo Ropa Cereales	Tienda mayorista (43%) Tienda de juguetes (23%) Supermercado (19%) Centro comercial (16%)
Compra Independiente	Realizar el acto de compra completa de manera independiente	8 años	Efectuar la primera compra de un producto deseado, sin ayuda alguna	Golosinas Juguetes	Comida Supermercado (64%) Centro comercial (12%) Tienda Mayorista (11%) Tienda de juguetes (8%)

(Adaptado de "Los niños como consumidores de productos sociales y comerciales", MacNeal, 2000).

Según lo señalado por McNeal (1992) y (Lazer) 1994, los importantes cambios en la vida familiar de la década de los 80-90, sobre todo en sociedades de libremercado, al presentarse en forma simultánea, ocasionaron un cambio general.

Estos cambios serían:

- Los hogares con dos sueldos aumentaron. Muchas madres, bajo circunstancias de elevación del costo de vida o bien con posibilidades de ejercer o de ingresar al mundo laboral, dieron a la familia la posibilidad de tener más dinero para gastar. Este aumento absoluto del ingreso familiar permitió a los padres destinar o proporcionar dinero adicional a sus hijos.
- El índice de fertilidad total disminuyó. Cualesquiera que fuesen las razones, hubo relativamente menos niños por familia y más dinero para cada uno, debido a que en el hogar había dos personas que ganaban dinero.
- Las familias se demoraron más en tener hijos. Al retrasar los nacimientos y afianzar lo profesional o laboral, los padres tuvieron más dinero cuando los niños nacieron y, por consiguiente, tendían a darle más dinero. Así pues, el hecho de dar más dinero a los niños se inició con frecuencia desde que ellos nacían y no cuando llegaban a la etapa de "yo quiero".
- Las familias separadas aumentaron el número de hijastros. Debido a las separaciones y el divorcio, muchos niños viven como hijastros en sus familias. Aunque esto sirve de muy poco consuelo para estos niños, ellos tienden a recibir más dinero y más cosas de sus varias familias, suelen tener dos "madres" y dos "padres" y, por supuesto múltiples abuelos.
- Las familias con sólo un padre o una madre aumentaron. La cantidad de hogares encabezados por sólo un padre o madre (con frecuencia madres y casi siempre en condiciones económicas desfavorables) ha aumentado, lo que lleva a pensar que los hijos participarán más en las actividades del hogar.
- En estos casos, los niños tienden a desempeñar el papel de consumidores mucho más temprano y de manera más regular, manejando dinero, yendo de compras, comprando para la familia y para sí mismos. En estos hogares con un solo padre o madre los niños suelen realizar sus primeras compras casi un año antes que los niños que pertenecen a hogares encabezados por ambos padres, existiendo además una fuente oculta de ingreso para estos niños de un solo padre/madre, ya que con frecuencia los padres distantes proporcionan a sus hijos regalos y dineros adicionales (McNeal, 2000).
- Los abuelos "volvieron" a ser importantes. Los abuelos tienden a gastar más por juguete que lo que gastan sus padres, y una de las fuentes de ingreso de más rápido crecimiento para los niños es precisamente, el dinero que viene de los abuelos.
- El factor de culpa aumentó. El hecho de que tanto la madre como el padre trabajaran vino asociado al sentimiento de culpa, por el hecho de estar la mayor parte del día alejados de sus hijos. A juicio de MacNeal, se inventó el término "calidad de tiempo", para justificar la cantidad menor de tiempo que ellos pasaban con sus hijos.
- Los padres se "angustiaron" por el futuro de sus hijos. La incertidumbre económica de las últimas décadas llevo a los padres a preocuparse por que sus hijos tuvieran las mismas oportunidades que otros niños, más que a considerar las mismas oportunidades que ellos tuvieron. Muchas familias que tenían menos daban más a sus hijos, más dinero, más cosas, más educación y capacitación, más poder en la toma de decisiones de la familia. En Estados Unidos se constató que la ventas al por menor durante la temporada de Navidad en los años 1990-1994 bajaron, excepto en lo que se refirió a mercaderías para niños.

Todos los aspectos anteriormente enunciados son fundamentales al diagnosticar los aspectos psicosociales del niño o adolescente frente al consumo de drogas.

c. **El niño, la niña y el consumo de drogas**

El consumo de sustancias en niños o niñas, es decir sujetos menores de 10 años, es algo poco frecuente, pero lamentablemente existente. Desde lo descrito en la literatura y en la

información de experiencias de quienes trabajan con esta población infantil se sugiere respecto del consumo, no hablar de adicción, sino más bien de "consumo". Especialmente si no se ha observado la presencia de indicadores que definen una adicción como lo es el síndrome de abstinencia, por ejemplo.

Por otra parte, si bien es posible categorizar los tipos de consumo en el caso de niños, la experiencia apunta a que en esta población no existiría un consumo no problemático. Es decir, en menores de 10 años, dados los argumentos entregados por los ejecutores de programas que intervienen en esta población (mesa técnica CONACE 2002) se sugiere hablar de consumo problemático o de consumo en alto riesgo o, por último, de consumo que puede llevar rápidamente a un daño, al parecer por la cantidad de factores de riesgo que se acumulan en un niño o niña que consume.

Los argumentos que apoyan esta propuesta son los siguientes:

- Fisiológicamente, se trataría de un cuerpo y un aparato psíquico que está en formación. Por tanto, todos sus sistemas se ven afectados por la presencia de sustancias tóxicas, que tendrán una mayor repercusión que en el adulto.
- Está claro que los niños pueden tener diferencias de consumo de acuerdo a la etapa de desarrollo en que se encuentren, pero el sentido que está tras el consumo en la niñez tiene siempre una raíz que dice relación con importantes carencias presentadas tanto en el ámbito de las necesidades básicas y acceso a servicios, como en el ámbito vincular y de relaciones afectivas con su familia de origen.
- Se está contraviniendo la Convención Internacional de los Derechos del Niño, que compromete a los países del mundo a garantizar protección y seguridad a la infancia.

Por tanto, no es posible hablar de un consumo responsable, pues cualquier tipo de consumo en niños menores de 10 años, siempre conlleva un importante riesgo asociado, que muchas veces no es posible determinar previamente, si sólo nos centramos en las sustancias consumidas y no en los sentidos que ellos le otorgan a las mismas y el contexto en el cual se desarrolla el consumo de sustancias.

Por último, la literatura no hace una distinción o categorización particular en el consumo de drogas en niños. Pero, si se consideran ciertas indicaciones respecto a las etapas de desarrollo infantil, es posible hablar de tres tipos de consumo:

1. Consumo Imitativo (5 a 7 años). Este consumo se asocia al experimental, en la medida que se prueba la droga con el sentido de la imitación de una conducta observada en un adulto o en los propios pares. En general el acceso a la droga, es a través de pares mayores y el consumo en esta etapa, que característicamente se observa en población de alto riesgo y marginal, es, por lo general, el de solventes volátiles, pudiendo haber acceso, sin duda alguna, a otros tipos de sustancias.

2. Consumo "sin sentido". Este consumo se da generalmente entre los 8 y 10 años. Es un consumo concreto en tanto se relaciona con los efectos físicos que la sustancia le proporciona y que suplen graves necesidades concretas, tanto materiales como afectivas. No hay elaboración respecto del por qué se consume y de las causas y efectos de dicho acto. El sujeto, carece de la posibilidad de abstraer consecuencias presentes y futuras del consumo, debido a la etapa del desarrollo del pensamiento en que se encuentra.

El niño que vive en estas condiciones, por lo general, siente la desprotección, no puede identificarse con una figura significativa, tiene dificultades en la adaptación social en términos de incorporar nuevas leyes y aparecen en él, conductas agresivas que pueden presentar dos caminos: una constante autoagresión o una agresión volcada hacia afuera

permanentemente, que lo distanciará y le impedirá el acceso y el mantenimiento en los sistemas sociales.

3. Consumo “con sentido” (preadolescencia, adolescencia temprana). La droga acá presenta “un sentido” tanto en el ámbito individual, como grupal. En ambos, el consumo viene a intentar llenar el lugar de la falta, en términos de la protección, de lo vincular, etc. El sentido se relaciona, por una parte, con carencias concretas, pero, a la vez, con déficits del orden de lo simbólico. A través del consumo se pasa a ser parte de un grupo, se adquieren roles y se reproduce lo aprendido. El consumo aparece como una autoagresión y a la vez como una forma de desafiar permanentemente la ley, a eso de lo que no son parte o no han adquirido.

d. Grupos de niños específicos: niños y niñas en el circuito de calle

Si bien los niños y niñas tienen características similares en muchos aspectos de su desarrollo biopsicosocial, también existen grandes diferencias en las distintas áreas de este. Por lo tanto, el desarrollo tomará cursos diferentes, de acuerdo a las distintas posibilidades que niños y niñas tengan en su vida.

En las últimas décadas, la presencia de los niños en el “circuito de calle”, como grupo que presenta especificidades, ha puesto de manifiesto la marginalidad infantil, como consecuencia del modelo económico y su impacto en este segmento de la población, que aparece como la cara visible de la agudización de la pobreza y de la desprotección social. Pedro Guell plantea que los niños de y en la calle serían la cara visible de los efectos no deseados de la modernización del país y su repercusión en el núcleo familiar.

Según estudios del Servicio Nacional de Menores, la población nacional total de niños, niñas y adolescentes atendidos por ese servicio asciende a 71.009 niños y niñas. Un 12,1% de ellos correspondería a niños de y en la calle, situándose la mayoría de ellos en edades que van entre los 7 y 16 años. Respecto a la distribución por regiones, la mayor concentración está en la VIII región (19,45%), en segundo lugar, en la Región Metropolitana con un 18,5%, en tercer lugar, la X Región con el 16,3%, y la V Región, con un 13,9%, en cuarto lugar.

Se debe diferenciar entre dos perfiles de niños que presentan situación de marginalidad, niños en la calle y en niños de la calle. Si bien expresan similitudes, es posible reconocer importantes diferencias que marcarán el estilo de abordaje que se desee realizar. La experiencia de trabajo con ambos perfiles indica que no es posible plantear intervenciones universalistas, sino que se requiere necesariamente considerar las especificidades de cada subgrupo.

Ambos grupos, a la vez, son atravesados por otras características, tales como situaciones de explotación laboral, de abuso y explotación sexual.

Niños en la Calle: son niños que han vivido permanentemente situaciones de carencias desde las más básicas: alimentación, educación, salud hasta aquellas asociadas a lo socioafectivo. Son niños que han sufrido situaciones ocasionales y/o permanentes de violencia física, psicológica, incluso sexual, ya sea por parte de las figuras parentales o adultos significativos u otros adultos.

Presentan además hitos comunes de nacimiento (hijos de embarazos no deseados, inexistencia de figuras paternas, historias de alcoholismo y drogadicción en sus hogares, entre otras). La mayoría vive en situaciones de hacinamiento, en espacios reducidos, con adultos con problemas de cesantía, de alcoholismo y/o drogadicción o en otros casos solos durante el día ya que la madre y/o figura parental trabaja durante largos períodos fuera de la

casa. Estos niños no ingresan al sistema educacional y/o desertan tempranamente (entre 3º y 4º básico) o van a la escuela y de la escuela a la calle.

Es así como estos niños pasan la mayor parte del tiempo en la calle, pero mantienen ciertos vínculos con algún adulto significativo, al interior de su medio familiar y por tanto, tiene la opción de mantenerse como niño en la calle y no pasar necesariamente a ser un niño de la calle. En general, las edades fluctúan entre los 4 a los 8 años, edad en donde comienza a producirse el tránsito hacia convertirse en niños de la calle. La mayoría de estos niños pasa la mayor parte de sus vidas en las calles mendigando o dedicados a servicios informales, para complementar los ingresos de sus familias.

Niños de la calle: son niños que en su mayoría han realizado el tránsito definitivo “a la calle”, producto de las condiciones de vida y de las situaciones de vulnerabilidad o daño, sufridas o del abandono por parte de las figuras parentales y/o cuidadoras. La edad promedio del inicio “de la calle” es a los 8 años aproximadamente, siendo los 10 años la edad en que pierden todo vínculo con las familias de origen y no cuentan con personas, instituciones o instancias que regulen, normen o limiten sus conductas.

Se asocian a otros pares de las calles, formando las denominadas “caletas” en las cuales reproducen el sistema familiar tradicional, a través de la asunción de ciertos roles con los pares, ya sea de protección, liderazgo o de ser protegido. Así se van conformando verdaderas familias que suplen, a través de estas figuras reales, a aquellas simbólicas e imaginarias que han abandonado o que, en la mayoría de los casos, los han abandonado.

El consumo de drogas en estos niños se inicia entre los 9 y 14 años, a través de solventes volátiles, la droga más consumida es la llamada “solución”. Estos niños, que van desde los 8 años en adelante, se caracterizan por presentar estilos vinculares evitativos, presentando desconfianza, temor y rechazo a las instituciones formales y están fuera de la ley y las normas, con una clara preferencia hacia la vida en la calle, a través de sus estrategias de sobrevivencia, que optan por un sistema diferente. En algunos casos cuando alguna figura parental o de custodia intenta que vuelvan a sus casas, rápidamente cambian de lugar geográfico antes de que se los pueda volver a ubicar.

1.1.4 Adolescencia

La necesidad de hacer visible esta etapa del desarrollo, históricamente postergada entre la niñez y la adultez, permitirá reconocer la existencia de sujetos que transitan por ella. La especificidad de esta etapa y, a la vez, las características específicas de los sujetos que la viven exigen plantear una mirada, un abordaje o una intervención diferente, a la acostumbrada perspectiva adultocéntrica (desde el adulto, para los adultos y con los adultos).

El análisis del adolescente y del proceso de adolescencia, desde una perspectiva evolutiva, nos permite viajar hacia el pasado, presente y futuro de un ser en constante movimiento y cambios.

a. Aspectos generales y definiciones

La adolescencia fue considerada por largo tiempo como etapa de tránsito entre la niñez y la adultez, sin dedicarle mayor preocupación. A partir del siglo XX, con la evolución del mundo moderno y tecnológico, esta etapa ha ido adquiriendo cada vez más importancia; involucra mayor número de años en la vida del individuo y el porcentaje de la población que se encuentra en este grupo es también importante.

En líneas generales, se puede decir que la adolescencia es la etapa de la vida en que se producen los procesos de maduración biológica, psíquica y social de un individuo, alcanzando así la edad adulta y culminando con su incorporación en forma plena a la sociedad.

La búsqueda de definiciones de adolescencia y del establecimiento de un modelo comprensivo de este proceso responde a la necesidad de contar con criterios que identifiquen grupos bien delimitados, que faciliten la investigación epidemiológica y que se logre dar una mirada de contexto en torno a esta población.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1965) consideró a la adolescencia como el período de la vida comprendido entre los 10 y los 20 años. Expresó, además, como prioridad la preocupación por los adolescentes y por entrenar al personal de salud para aumentar sus conocimientos con respecto al tema, ya que difieren en la fisiología y psicología de los niños y adultos.

Sin embargo, una de las definiciones más conocidas y aceptadas por los que se dedican al área de la adolescencia ha sido elaborada por la OMS (1975). Esta define la adolescencia como la etapa en que desde el punto de vista:

Biológico: "El individuo progresa desde la aparición inicial de las características sexuales secundarias hasta la madurez sexual".

Psicológico: "Los procesos psicológicos del individuo y las formas de identificación evolucionan desde los de un niño a los de un adulto", y

Social: "Se realiza una transición del estado de dependencia socio-económica total a una relativa independencia".

De esta definición se desprende que el inicio del desarrollo de las características sexuales secundarias correspondería al inicio de la adolescencia, aunque el término de esta etapa resultaría más bien variable de un individuo a otro, intentando, en la medida de lo posible, no usar un criterio cronológico, sino más bien el logro de los procesos antes mencionados. Horrocks (1984), de acuerdo a criterios evolutivos, establece en la adolescencia tres subperíodos: temprano (entre los 11 y los 13 años), medio (de los 14 a los 16 años) y tardío (entre los 16 y los 19 años). Estos criterios evolutivos serían, entre otros, el desarrollo físico, el movimiento hacia la independencia, los intereses vocacionales, la sexualidad y el autocontrol.

Dina Krauskopf (2000), desde una perspectiva de las tareas evolutivas, nos plantea tres subetapas en el desarrollo adolescente, de acuerdo a tres tipos de preocupaciones:

- Temprana (10-13 años), preocupación por lo físico y emocional;
- Media (14-16 años), preocupación por la afirmación personal-social;
- Final (17-19 años). preocupación por la relación social.

Carmen Arbex (2002) nos plantea la adolescencia como el período de desarrollo humano que se inicia al finalizar la infancia, con la pubertad y termina en la etapa adulta. El niño ha abandonado la niñez pero aún no se ha desarrollado como persona adulta. Se trata, por tanto, de una etapa de transición, llena de ambigüedades e incertidumbres.

Muchos son los autores que intentan dar una definición de la adolescencia, ya sea por un interés clínico, sociológico, epidemiológico o político.

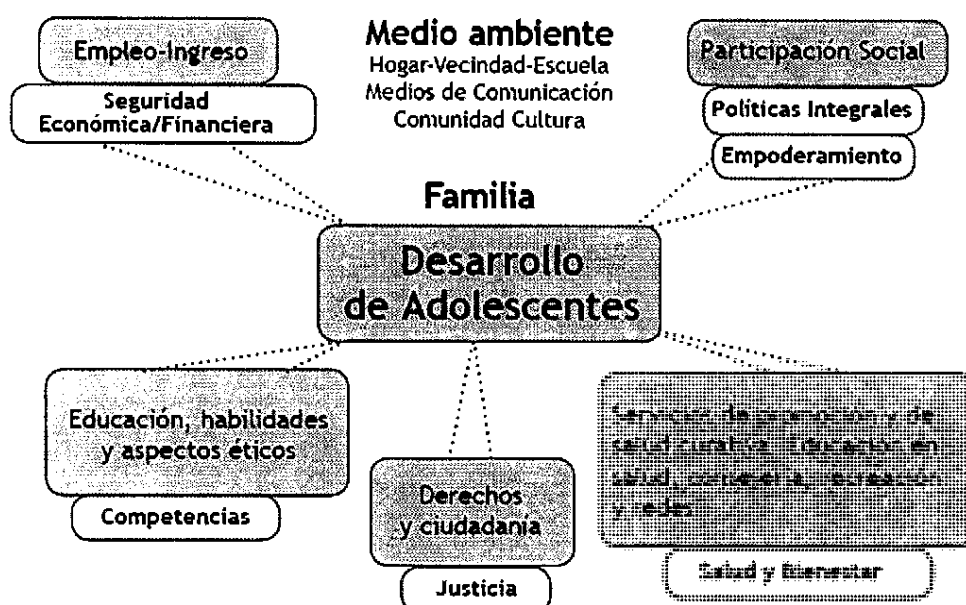
Desde un punto de vista práctico y en coincidencia con el programa del adolescente del Ministerio de Salud de Chile consideraremos la adolescencia como la etapa que toma el

rango etario entre los 10 y los 19 años de edad y al adolescente como el individuo hombre o mujer, que se encuentra ubicado en ese rango etario.

Si bien el criterio cronológico que se elige aquí es de orden práctico, este debe ser complementado, en todo momento con los criterios referidos a tareas evolutivas y características particulares del proceso, que serán descritas y analizadas más adelante.

b. En busca de un modelo comprensivo

Basados en experiencias previas, el Programa Regional de Adolescencia de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) propone un nuevo marco conceptual de desarrollo humano integral y promoción de salud. Este marco plantea fortalecer el desarrollo del adolescente dentro del contexto de la familia y su ambiente socioeconómico, político y cultural y un cambio de paradigma que apoye el desarrollo de los adolescentes como una estrategia para prevenir los problemas.



(Un modelo basado en el marco conceptual de salud y desarrollo para la promoción de la salud de adolescentes y jóvenes. OPS, 2001).

Los adolescentes tienen requerimientos básicos (derechos) (UNICEF, 1997) que necesitan ser satisfechos: nutrición, ejercicio, recreación y acceso a servicios.

Según la OMS, para tener un desarrollo saludable los adolescentes y jóvenes necesitan primero, haber tenido una infancia saludable; segundo contar con ambientes seguros que los apoyen y brinden oportunidades, a través de la familia, los pares y otras instituciones sociales; tercero, información y oportunidades para desarrollar una amplia gama de actividades prácticas, vocacionales y de vida y cuarto, tener acceso con equidad a una amplia gama de servicios: educación, salud, empleo, justicia y bienestar (OMS, 1989). UNICEF agrega la necesidad de un macroambiente que los apoye, creado por las políticas y la legislación, los valores de la sociedad, los modelos de roles positivos, y las normas de conductas con apoyo de los medios de comunicación.

c. El adolescente: sujeto y objeto de un proceso

En la adolescencia, el sujeto está experimentando una serie de cambios decisivos para su vida futura. En esta etapa evolutiva el universo de valores, intereses, actitudes vitales y comportamientos adultos quedan, si no fijados, al menos orientados, y la propia identidad personal se va configurando, experimentando un desarrollo emocional, comportamental y físico, que lo llevará a tratar de independizarse de sus padres y buscar su propia identidad.

Desde una perspectiva individual debemos recordar que la pubertad se manifiesta por profundas modificaciones fisiológicas que evidentemente tienen importantes repercusiones psicológicas y/o sociales, tanto a nivel de la realidad concreta como a nivel de lo imaginario y lo simbólico.

El cuerpo se transforma a un ritmo variable, pero de forma global, enfrentándose pues el sujeto a una serie de modificaciones corporales que le cuesta integrar y que sobrevienen a un ritmo rápido. El cuerpo representa para el adolescente un medio de expresión simbólica de sus conflictos, además de mostrar sus formas de relación.

El ámbito neurobiológico fue descrito en el capítulo anterior, en donde se describió la evidencia de los importantes y profundos cambios tanto organizacionales como funcionales, a nivel de distintas estructuras del sistema nervioso central y del sistema endocrinológico y las consecuencias de posibles daños, provocados por distintos estímulos en esta etapa.

A estas modificaciones anatomo-fisiológicas se une un cierto movimiento intrapsíquico, ligado a la experiencia de separación de las personas influyentes en la infancia, a un cambio en las formas de relación y en los proyectos elaborados en común. Este movimiento puede compararse al de un trabajo de duelo, que puede reeditar pérdidas y/o separaciones en períodos previos o de la pequeña infancia.

El adolescente debe crear o recurrir a ciertas defensas o medidas defensivas y procesos adaptativos. La elección de sujetos de relación va mostrando mayor variación individual. Los procesos cognitivos se hacen más objetivos y analíticos.

Aparecen jerarquizaciones en su pensamiento, lo que hace que sobresalgan diferentes intereses, capacidades, habilidades y talentos que son ensayados experimentalmente y valorados en el fortalecimiento de la autoestima, por la bibliografía.

La cualidad narcisista del adolescente, ampliamente descrita, adquiere una gran importancia con el tiempo. El retiro de la carga afectiva, que en un primer momento se dirigía a la relación de la figura vincularmente significativa, por lo general los padres, lleva a una sobrevaloración de sí mismo, a una sensibilidad extraordinaria, a un aumento de la percepción de sí mismo y de la realidad. Este aumento del narcisismo se explica porque en la medida que se aleja de las figuras parentales de la infancia se siente desprotegido y, por lo mismo, frágil; y es de estas vivencias que se defiende con los sentimientos de grandeza y superioridad.

El desarrollo y más tarde el establecimiento del narcisismo adulto es considerado como necesario en la adolescencia. El adolescente debe escoger nuevas relaciones, pero también debe escogerse a sí mismo como sujeto de interés, de respeto y de estima. De allí la importancia que los autores dan a la fallas del narcisismo como elemento central en las distintas dificultades psicológicas de los adolescentes.

La forma en que ciertos jóvenes maltratan su cuerpo es un signo, entre otros, de sus dificultades narcisistas.

Para poder separarse de los padres reales y de sus representaciones en el mundo interno, el adolescente usa predominantemente la desvalorización de los padres, indicándolos como

portadores de características negativas (que pueden ser reales o no), características extensibles a figuras sustitutas (profesores, tutores, etc.).

Al retirar la energía mental de los padres, ésta queda libre y puede seguir dos caminos. El más frecuente es depositarla en personas o intereses del mundo externo, lo que explica la gran facilidad para establecer relaciones intensas y transitorias con personas o actividades, generalmente ideológicas, artísticas o deportivas. El otro camino para la energía mental que ha quedado flotando es volverla hacia el mundo interno, lo que se expresa en grandes retracciones del mundo real que los hace ser ensimismados, casi autistas; cuando el individuo logra canalizar esta energía mental lo hace buscando objetos que le hagan sentido, por lo tanto, son sujetos que están la mayor parte de las veces fuera del hogar, en una búsqueda y experimentación constante de nuevas vivencias y contactos afectivos. Esta característica del período de adolescencia es vista desde el mundo adulto, como un aumento en el riesgo, pues, es lo que lo lleva a experimentar en distintas conductas de riesgo, por ejemplo, el uso de drogas.

Otro elemento a considerar en el sujeto adolescente es la gran importancia que adquieren para el individuo los órganos de los sentidos, lo que permite una percepción híper aguda de la realidad, con especiales características. Tal vez esto ayude al yo a aferrarse al mundo de los objetos significativos, que está en constante riesgo de perder. La naturaleza y las manifestaciones artísticas se descubren en toda su belleza y experimentan en relación con ellas estados emocionales exaltados. También se pueden observar sentimientos de omnipotencia en los estados autoprovocados de dolor, esfuerzo y agotamiento físico, que son típicos de los adolescentes. Aquí aparece la importancia del yo corporal, que les permite mantener la identidad, cuando el “yo psicológico” está envuelto en tantas vicisitudes.

Es necesario reiterar las tensiones afectivas durante toda la adolescencia, ya que se sabe que el aumento de tensión en el aparato mental genera angustia. Para evitarla, el adolescente descarga parcialmente estas tensiones al exterior, vía expresión motora, especialmente a través del deporte, el baile, etc. También son parcialmente descargadas hacia el interior del cuerpo y son la causa de las frecuentes dolencias físicas. Las formas en que los procesos racionales y los procesos afectivos llegan a un entendimiento son predominantemente oscilantes. Si predomina el uso de los procesos racionales y aparece la moderación, el idealismo o incluso el repudio a los impulsos recibirá mucho reconocimiento del ambiente; al contrario, si los procesos afectivos no logran ser integrados con la razón y terminan dirigiendo la conducta se producirán conflictos con el entorno social.

d. El proceso adolescente y sus características evolutivas

Segundo nacimiento, alas de libertad, adiós a la infancia, años salvajes; las metáforas son numerosas para evocar la adolescencia. Este largo período de transformación entre la infancia y la edad adulta revela, en efecto, múltiples aspectos, múltiples rostros.

Rostros que se irán determinando por las distintas transformaciones que se van produciendo gradualmente en fases desorganizadas y en otras de mayor organización.

Como consecuencias de estos importantes cambios y adquisiciones de capacidades, el concepto que tiene el adolescente de sí mismo y su relación con el mundo cambia, generando tensiones y preocupaciones que muchas veces lo llevan a manifestar conductas desadaptativas o incomprensibles para los adultos.

En este sentido se puede decir que la adolescencia es potencialmente crítica sin embargo, en que estos cambios afectan la vida personal y social del joven depende de las habilidades

y experiencias ya adquiridas en la infancia y de las actitudes de quienes lo rodean en ese momento.

Es importante destacar tres aspectos de este proceso evolutivo:

Además de ser transitorio se trata de una etapa especialmente dinámica y cambiante, en un marco social e histórico concreto. "En este proceso se suceden etapas, acontecimientos y circunstancias, algunas de las cuales serán enriquecedoras y estabilizadoras, y otras problemáticas" (Funes, 1998).

Cada adolescente vive esta etapa de una manera particular y subjetiva, en un contexto de espacios y comunidades humanas que producen diferentes maneras de ser adolescente.

Los adolescentes expresan sus conflictos normalmente en términos sociales. Es decir, la vivencia individual de conflicto suele normalmente expresarse de un modo social.

Este proceso tiene algunas características que lo hacen un período de especial vulnerabilidad.

Según Arbex (2002), las más relevantes serían:

- Necesidad de reafirmación. La formación de una identidad propia es una de las tareas evolutivas más críticas de la adolescencia, existiendo, por lo tanto, una tendencia a preocuparse en exceso por su imagen y a cómo son percibidos por los demás. Sin duda, muchas de las conductas en las cuales el adolescente se involucrará estarán asociadas a esta imagen. Los adolescentes necesitan reafirmar su identidad y para ello han de compartir ritos específicos. Existirían "ritos" en la actualidad, como los relacionados a los propios de los fines de semana nocturnos, entre ellos el consumo de alcohol y otras drogas utilizadas como objetos/sustancias iniciáticas generadoras de vínculos sociales (Conde, 1997).
- Necesidad de trasgresión. A los adolescentes actuales no se les ha dejado el espacio para la trasgresión. Los padres de los adolescentes actuales, sobre todo en sociedades europeas, a fuerza de querer ser liberales, han perdido la capacidad de indignación con sus hijos, quedándose éstos sin muñeco contra el que tirar sus dardos. "Se trata de una generación de padres que ha venido predicando la idea de libertad como el valor supremo, como la idea central del ambiente cultural, del orden de los valores... y ahora no encuentra ningún otro valor que justifique las limitaciones de ésta" (Conde, 2001).

Esta trasgresión puede llegar también como respuesta a espacios de sometimiento y de vulneración de derechos que el mundo adulto tiende a hacer de los adolescentes y jóvenes.

De este modo, parece ser que el espacio de trasgresión para los adolescentes se reduce a ciertos temas como, por ejemplo, las relaciones sexuales, o bien, el consumo de drogas vinculado habitualmente a sus espacios de tiempos libres.

Contravienen el orden social establecido, viviendo cada acto (o paso al acto) como una provocación frente al mundo adulto y sus normas.

- Necesidad de conformidad intra-grupal. La necesidad para el adolescente de estar en grupo responde a necesidades educativas, sociales y psicológicas individuales. En efecto los grupos son un medio de intercambio de diferentes informaciones que cada uno puede haber recogido en situaciones familiares personales, actividades de ocio o intereses individuales que él ha tenido la ocasión de transmitir a sus pares. Además, el

grupo permite al adolescente sentirse integrado en la sociedad y más particularmente a la clase de edad que caracteriza esta sociedad.

Desde el punto de vista psicológico o intrapsíquico individual, el adolescente puede también re-elaborar lo que se denomina el ideal del yo, constituyéndose así el grupo, en un medio de acceso a lo que se sueña adquirir, conquistar o ser. El grupo de iguales pasa a ser un elemento de referencia fundamental, sirviendo como refugio del mundo adulto en el que pueden explorarse una gran cantidad de papeles. No extraña, por consiguiente, que la experimentación precoz con el tabaco, alcohol y otras drogas tenga lugar dentro del grupo de iguales.

Por otra parte, en algunos casos, el grupo de iguales puede constituir un factor de riesgo importantísimo en esta etapa, representando una caja de resonancia o un amplificador potentísimo de conductas inadecuadas, siendo muy difícil para el joven resistir la presión. Sin embargo, conviene apuntar que la vulnerabilidad a la presión de grupo puede ser modulada en gran medida por los recursos personales del menor, tales como la autoestima, asertividad, habilidades sociales, etc.

En relación al grupo de pares varones, el riesgo principal está relacionado con los tipos de comportamiento y socialización fomentados por él. El grupo de pares varones es el lugar donde los chicos “prueban y ensayan los papeles de macho” y es este mismo grupo que hace vida en la calle y juzga que actos y comportamientos pueden considerarse “viriles” (Mosher y Tomkins, 1988). Sin embargo, las versiones de virilidad que a veces fomenta el grupo de pares varones pueden ser homofóbicas, crueles en sus actitudes hacia las mujeres, y apoyar la violencia como forma de demostrar la propia hombría y resolver los conflictos.

- Susceptibilidad frente a las presiones del entorno. Los y las adolescentes pueden ser particularmente sensibles a las campañas de publicidad diseñadas para asociar el consumo de drogas, como, por ejemplo, el alcohol, con una determinada imagen. “Temas relacionados con la identidad y la imagen pública, la curiosidad y las ganas de experimentar sensaciones nuevas (...) pueden aumentar de forma sustancial la susceptibilidad general frente a la publicidad y otras influencias sociales que promueven el uso de sustancias” (Botvin, 1996). También se presenta la sensibilidad a las presiones del propio grupo de pares. En los adolescentes, la presión del entorno los hace utilizar su cuerpo y sus conductas como soporte de una discusión social en la que el objetivo es diferenciarse de otros y, a la vez, buscar un parecido reasegurador con los otros” (Marcelli y Braconnier, 1993).

Para Carmen Arbex (2002), en el logro del entendimiento global de esta etapa es fundamental plantearse la siguiente pregunta: ¿Cuáles son las características socioculturales de nuestra sociedad actual en que se están socializando los adolescentes?

Para dar una respuesta es necesario considerar algunos valores y actitudes vitales que están definiendo, según numerosas investigaciones, a cierta parte de la adolescencia y que podrían ser posibles explicaciones de los comportamientos descontrolados en ciertas ocasiones, sobre todo en ratos de tiempo libre.

- Sensación de invulnerabilidad. Existen tres condiciones que se incrementan a esta edad: el egocentrismo, la omnipotencia y la búsqueda de nuevas sensaciones derivadas de su orientación a la novedad y a la independencia. Los adolescentes tienden a pensar que sus experiencias son tan únicas e irrepetibles, que nadie las ha vivido anteriormente ni sería capaz de entenderlas. Se sienten envueltos en una “coraza” personal que les protege mágicamente de todos los peligros.

Pletóricos de salud y vitalidad, no tienen en consideración las advertencias en torno a conductas de riesgo. Por lo tanto, la conclusión más frecuente que ellos hacen frente a los mensajes atemorizantes y a la vez atemorizados del mundo adulto es: "yo controlo".

- El rechazo a la vida del adulto. La creciente necesidad de autonomía que experimenta el adolescente, le lleva a rechazar la protección de los adultos y a enfrentar conductas de riesgo que pueden representar una importante amenaza para su desarrollo posterior. En este punto es necesario tener en cuenta la socialización de género, sobre todo en los varones en quienes los comportamientos están poco orientados a acercarse a los adultos y pedir ayuda. En Alemania, los estudios de muchachos de 14 a 16 años pusieron de manifiesto que en épocas de conflicto el 36% prefería estar solo y el 11% decía que no necesitaba consuelo; el 50% de los chicos recurría a su madre y menos del 2% recurría a su padre (Lindau-Bank, 1996).
- Tendencia al hedonismo y el bajo nivel de tolerancia a la frustración. Una de las características de la sociedad postmoderna es su temor al aburrimiento. Actualmente, los adolescentes tienden a reproducir un modelo cultural ligado al placer permanente. Esto adquiere sentido en las palabras de J. A. Marina (2000): "La diversión en nuestro mundo se ha convertido no sólo en una necesidad individual, sino también en una necesidad social. El no divertirse implica una carencia personal con la consiguiente pérdida de la autoestima. El hedonismo se hace cada vez más persistente, poniéndose en manos de la pura experiencia de la diversión, un estado de ánimo que les abstrae del mundo real y de sus complicaciones". La facilidad para aburrirse y la incapacidad para soportar el aburrimiento caracterizan a ciertas personalidades de adolescentes que buscan compulsivamente excitación y placer inmediato. Esta característica personal puesta en un contexto facilitador de lo hedónico está a la base de numerosas primeras experiencias, entre ellas, el consumo de drogas.
- La recompensa inmediata sin anteponer un esfuerzo proporcional y recíproco se potencia en una sociedad con baja tolerancia a la frustración. De ahí la búsqueda compulsiva, apresurada e inmediata de la satisfacción y la diversión durante los fines de semana.

J. A. Marina (2001) nos plantea que "la susceptibilidad al aburrimiento y la incapacidad de soportar la monotonía, junto a la sed de experiencias, unidas a una impulsividad creciente muy extendida en los jóvenes actuales conduce a que muchos de ellos se conviertan en buscadores de emociones, que ansían la estimulación continua y la desinhibición, cobijándose para ello en largos periplos nocturnos "de marcha", unido a unos ritos en los cuales el alcohol y el consumo de todo tipo de drogas recreativas son una manera fácil de conseguir todo esto que se busca.

- Perspectiva negativa de futuro. La incertidumbre y la falta de horizontes claros hacen que este proceso, que debe culminar en la construcción de un plan de vida que tenga coherencia y sentido, sea visto amenazante, con altos montos de angustia y un elevado escepticismo. Esto plantea la utilización de recursos alternativos que prometen "felicidad" a corto plazo, seguridad y olvido momentáneo de los problemas.
- El presentismo. Una sociedad que plantea vivir aquí y ahora, hace que muchos individuos insertos en ella sean marcados por este modo de funcionamiento. A los jóvenes el futuro se les presenta incierto y no sintiéndose motivados por los estudios, y ante un panorama laboral poco optimista, optan por vivir el día (Arbex, 2002).
- La transformación química de los estados del ánimo. Desde el modelo adulto, los menores han interiorizado que el estado de ánimo o la activación vital pueden

modularse mediante sustancias de todo tipo. Es importante darse cuenta como en el imaginario colectivo se encuentran presentes a cada momento campañas publicitarias que exhortan... “no puedes perder este buen momento”, refiriéndose a un antiyaquecoso, o “tómame un Armonyl guatón”, como un modo de controlar la irritabilidad que generan ciertas situaciones. Pastillas para dormir, pastillas para no hacerlo, para relajarse, para aumentar apetito, o bien para disminuirlo, son situaciones de la cotidianidad que van formando parte de un hábito individual, familiar y/o social.

En relación a este tópico, Laespada y Pallares (2001) plantean: “Se potencia continuamente el sentir, el placer, el bienestar... y los sujetos se vuelven cada vez más incapaces de soportar el más mínimo malestar, sufrimiento... Los adolescentes socializados en esta cultura (la generación mimada) se hallan inmersos en la búsqueda de la satisfacción y el placer inmediato de la emoción, de aquello que estimule sus sentidos y se encuentran excesivamente sometidos a las incitaciones del medio ambiente”.

Entre los adolescentes de Estados Unidos con pocos ingresos, los adolescentes aprenden más a menudo como abordar el dolor y las emociones – y se les permite hacerlo – producidos por las frustraciones de vivir con escasos recursos y en un entorno violento; no así los muchachos (Nightingale, 1993). De esta manera, los chicos están en desventaja si tienen menos oportunidades y se sienten reprimidos para expresar emociones asociados a circunstancias adversas y acontecimientos estresantes de la vida (Cohler, 1987; Barrer, 1998).

El individualismo y la desintegración social, junto a ciertos problemas de integración social en poblaciones específicas de adolescentes, son puntos a considerar del contexto social. Ellas se encuentran cada vez más presentes en poblaciones en desventaja.

e. **Aspectos específicos a considerar en los adolescentes**

Edad cronológica v/s tareas evolutivas

El o la adolescente deben cumplir en este proceso previamente caracterizado, que hemos denominado adolescencia, una serie de tareas evolutivas que no necesariamente son sincrónicas con la edad cronológica. De manera general, y agrupándolas en áreas del desarrollo, las tareas evolutivas serían:

La aceptación de su estructura física y de su papel masculino o femenino que le corresponde socialmente.

Una independencia emocional de los adultos (padres u otros) y establecer relaciones con sujetos de su edad y de ambos sexos, lo que constituye preparación para una relación de pareja estable.

El desarrollo de aptitudes y conceptos intelectuales que le permitan la selección de una ocupación y el adiestramiento o capacitación para desempeñarla, lo que va ligado con la adquisición de mayor seguridad e independencia económica.

La obtención de una conducta cívicamente responsable y la elaboración de una escala de valores acorde con el mundo actual y que sea transmisible a su descendencia.

Género

El género es un concepto que alude a la construcción social que la cultura adscribe a los hombres a ser masculinos y a las mujeres a ser femeninas, a través del proceso de

socialización. Así hay marcadas diferencias en las normas de aprendizaje del rol sexual y en las expectativas de comportamientos para hombres y mujeres, lo cual incide en riesgos de morbimortalidad específicos para cada uno y/o de la interacción entre los géneros.

En este sentido, es importante analizar la perspectiva de género de acuerdo a dos criterios: igualdad de género, que se refiere a los aspectos relacionales de género y al concepto de género como estructura de poder, que a menudo, permite o limita oportunidades basadas en el propio sexo; y especificidad de género se refiere a los riesgos para la salud específicos para mujeres o varones. Por ejemplo, los problemas de salud que son específicos de cada sexo por razones biológicas y la forma en que normas de género influyen en la salud de hombres y mujeres directamente.

A pesar que no se puede perder de vista que los varones jóvenes y adultos como grupo tienen privilegios y ventajas sobre las mujeres jóvenes y adultas, las nuevas perspectivas dan a entender que el privilegio masculino no es una estructura monolítica que distribuya una porción igual de ventajas a cada varón. Además, en otros casos, puede ser que los "costos" de la masculinidad superen a las ventajas y privilegios. Ser educado para no expresar emociones, para no tener relaciones estrechas con otros niños, para utilizar la violencia con miras a solucionar conflictos y mantener el "honor", y para trabajar a una edad temprana, son algunos de los costos de ser hombres.

Según los datos sanitarios internacionales, la mayor diferencia entre varones y mujeres adolescentes es que los primeros generalmente muestran tasa más altas de mortalidad y morbilidad por la violencia, los accidentes y los suicidios, mientras que las mujeres generalmente presentan tasas más altas de morbilidad y mortalidad relacionadas con el sistema reproductor y con el embarazo.

La OMS estima que el 70% de las defunciones prematuras entre los adultos se debe a pautas de comportamientos que surgen en la adolescencia, como el tabaquismo, la violencia y el comportamiento sexual. En México, Keijzer (1995) encontró que las tasas de mortalidad para hombres y mujeres son más o menos iguales hasta los 14 años. En ese momento la mortalidad masculina empieza a aumentar y es el doble para los varones jóvenes de 15 a 24 años.

Las últimas investigaciones sobre el desarrollo psicosocial de mujeres y hombres adolescentes, concluyen que los primeros tendrían puntos potenciales de crisis diferentes durante su desarrollo psicosocial y sus propias vulnerabilidades específicas, aunque a veces parecen ser menos vulnerables psicológicamente que las muchachas en la adolescencia.

En la adolescencia, los muchachos a menudo se enfrentan a una presión constante del grupo de compañeros o pares, en que las experiencias sexuales pueden considerarse como un logro o una demostración de la competencia, y no una ocasión de intimidad y creación de vínculos (Marsiglio, 1998). En el final de la adolescencia, a menudo se anima a los muchachos para que se distancien más de sus padres. De hecho, quizá deseen estar más unidos a ellos o a otros adultos, pero son incapaces de expresar su deseo por temor a las sanciones sociales contra la expresión de sus necesidades emocionales y de la vulnerabilidad (Paterson, Field y Prior, 1994; Pollack, 1998).

Estudios de diferentes partes del mundo (Evans, 1997; Bursik y Grasmick, 1995; Emler y Reicher, 1995), concluyeron que desde una edad temprana los adolescentes varones pasan más tiempo sin vigilancia en la calle o fuera de casa que las mujeres, y participan en más actividades económicas fuera de su hogar. Estas horas pasadas fuera del hogar conlleva ventajas y, a la vez, riesgos. El riesgo principal está relacionado con los tipos de comportamiento y socialización fomentados por el grupo de pares varones. Estos

compañeros pueden fomentar comportamientos que pongan en peligro la salud, como el consumo de sustancias, o comportamientos masculinos tradicionales y restrictivos, como la represión de las emociones.

Algunos investigadores sugieren que esta socialización diferenciada, mujeres más cercanas al hogar y a los modelos de conducta femenina y varones fuera del hogar, también conduce a diferentes clases de desarrollo cognitivo o inteligencias para muchachos y muchachas. En consecuencia, las mujeres tienen una mayor capacidad para interpretar las emociones y decodificar los mensajes no verbales (Manstead, 1998). También se plantea que las mujeres, desarrollan más empatía emocional (la capacidad de leer y comprender las emociones humanas) mientras que los varones desarrollan "empatía de acción", esto es, la capacidad para leer e interpretar la acción y el movimiento (Pollack, 1998).

Con respecto a problemas de salud mental, muchos investigadores plantean que hay pautas de género claras en la forma como los adolescentes responden a acontecimientos estresantes y traumáticos de la vida. Los varones responden habitualmente peor, se enfrentan a mayores riesgos y es menos probable que soliciten apoyo social. Por el contrario, las mujeres solicitan este apoyo en momentos difíciles de la vida, como la muerte de un familiar o la separación (Manstead, 1998). Lo más probable es que los muchachos respondan con agresividad (ya sea en contra de los demás o contra sí mismos), empleen la fuerza física o estrategias de distracción, y nieguen o ignoren el estrés y los problemas más que las muchachas. Algunos investigadores sugieren incluso que la mayor negación del estrés y los problemas por los varones jóvenes, y su propensión a no hablar de los problemas, pueden relacionarse con el mayor consumo de sustancias entre los jóvenes (Frydenberg, 1997). Por otro lado, las adolescentes recurren a sus amigos con más frecuencia y prestan atención a las necesidades de salud provocadas por el estrés. Es menos probable que los varones admitan que no pueden resistir los momentos de estrés, mientras que es más probable que las mujeres logren expresar sus dificultades para "arreglárselas", porque no les preocuparía expresar su indefensión y miedo (Frydenberg, 1997). Al sugerir que varones y mujeres presentan diferentes patrones de respuesta al estrés, no se debe inferir de ello que un sexo está más sometido al estrés que el otro.

Estos patrones de género en las formas de soportar el estrés también pueden verse desde la perspectiva de la especificidad de género en el caso de los suicidios.

Según informe del Programa de Desarrollo y Salud Adolescente de la OMS (1998), en todo el mundo, entre 100.000 y 200.000 adolescentes cometen suicidio anualmente, mientras posiblemente 40 veces más intentan suicidarse. Además, las tasas de suicidio entre muchachos y muchachas, hasta los 9 años son idénticas. De los 10 a 14 años, los varones cometen el doble de suicidios que las mujeres y de los 15 a 19 años, cuatro veces más.

Con respecto al consumo de sustancias se puede indicar que aunque las estadísticas a menudo no están separadas por sexos, es probable que los varones fumen, beban y tomen más drogas que las muchachas. En cifras de UNICEF, el 17% de adolescentes varones entre 15 y 19 años fuman de manera regular, el 16% utiliza tranquilizantes de forma ocasional y el 3% ocasionalmente utiliza estimulantes (UNICEF, 1998). En estudio nacional de adolescentes en Estados Unidos (Blum y Rinehart, 1997) se encontró que al alcanzar la edad del "college" varones y mujeres fumaban, bebían y tomaban drogas de forma similar, pero varones más jóvenes (de 11 a 14 años) bebían dos veces más que las mujeres (6% v/s 3%) y con mayor uso de drogas ilegales (9% v/s 6%). Los hombres adolescentes también tienen más probabilidad de decir que toman drogas para estar en "la onda". Los estudios en Estados Unidos descubren que los adolescentes, tanto varones como mujeres de alrededor de 13 años, participan casi por igual en "carretes" de bebidas alcohólicas (definidas en el

estudio como cinco o más copas seguidas). A los 18 años, el 40% de los muchachos tiene este comportamiento frente a menos del 25% de muchachas (Kantrowitz y Kalb, 1998).

El consumo de sustancias, sobre todo de alcohol, suele formar parte de una constelación de comportamientos de riesgo de los varones, incluida la violencia y la actividad sexual sin protección. En todo el mundo el consumo de sustancia se relaciona con una gama de problemas que se asocian a menudo a los adolescentes varones: la violencia, los accidentes y las lesiones (Senderowitz, 1995).

2. Definición modalidad de intervención

El tratamiento será otorgado a través de una modalidad Ambulatoria Intensiva, la que considera implementar una intervención para niños, niñas y adolescentes de moderada a severa complejidad en el consumo de sustancias y, por lo anterior, un abordaje terapéutico de alta intensidad.

La modalidad antes mencionada, está constituida por un conjunto de intervenciones individuales, grupales y familiares en terreno y en el centro de tratamiento respectivo, con el usuario y usuaria, su familia y su entorno cercano, dirigido al logro de los objetivos terapéuticos construidos en conjunto. Esta modalidad, por su nivel de complejidad, debe integrarse a la red o redes socio sanitarias correspondientes, de manera de permitir a la persona recibir todas las intervenciones que requiera.

Esta modalidad se debe trabajar principalmente en terreno, donde habitan y se desenvuelven los usuarios y usuarias. Además, mientras mayor sea el compromiso biopsicosocial del niño, niña o adolescente, mayor trabajo en red y coordinación con otras instituciones, que pueden o no estar ya trabajando con ellos (residencias protegidas, equipos especializados o delegados SENAME, entre otros), de manera de contribuir a la solución de aquellos otros problemas que presentan los usuarios y usuarias y de los que un programa de tratamiento por consumo problemático de alcohol y otras drogas no puede hacerse responsable. Es decir, esta modalidad de tratamiento ambulatoria intensiva, proveerá una intervención de tratamiento integral, que será complementaria e integrada necesariamente a la intervención que realizan otros equipos o la red psicosocial.

De manera de alcanzar realmente la integralidad de la intervención, la coordinación con otros equipos debe ser parte de la planificación del equipo de tratamiento.

3. Propósito

El Programa tiene como propósito facilitar el acceso y permanencia de las personas en un proceso de tratamiento de calidad, desarrollándose estrategias de trabajo en terreno, es decir, en el lugar donde habitan y se desenvuelven los usuarios y usuarias del Programa, no sólo sus hogares, sino también en escuelas y liceos, barrios, centros deportivos, etc., y sus familias, junto con ir avanzando progresivamente hacia un tratamiento integral, complementario e integrado al trabajo que realiza la red socio sanitaria o la red psicosocial (es decir, establecimientos educacionales, residencias protegidas, equipos especializados o delegados de SENAME, equipos de salud, entre otros).

4. Objetivo General

Brindar tratamiento integral, en modalidad ambulatoria, a niños, niñas y adolescentes que presenten consumo problemático de alcohol y otras drogas.

4.1. Objetivos Específicos.

El Programa de Tratamiento para Niños, Niñas y Adolescentes con Consumo Problemático de Alcohol y Drogas, Plan Ambulatorio Intensivo, tiene los siguientes objetivos específicos:

- Brindar atención terapéutica a los niños, niñas y adolescentes que presentan problemas de consumo de alcohol y otras drogas y sus consecuencias asociadas, tanto para ellos como para sus familias, que estén siendo intervenidos por un equipo psicosocial, socio sanitario u otro o que acceden directamente al programa;
 - Realizar intervenciones terapéuticas a niños, niñas y adolescentes que presenten consumo problemático de alcohol y otras drogas en terreno, entendido éste como el lugar en que viven y se desenvuelven mayoritariamente los usuarios y usuarias
- Desarrollar, en conjunto con la red socio sanitaria, estrategias de problematización del consumo y motivación al cambio para el ingreso y adherencia al tratamiento;
- Intervenir en forma ambulatoria en los factores que permiten el inicio y mantención de consumo problemático de alcohol y otras drogas;
- Coordinación con la red que trabaja con estos niños, niñas y adolescentes, en relación al consumo problemático de alcohol y otras drogas y la expresión de sus consecuencias en su territorio;
- Integrarse y formar redes con otros programas de tratamiento y rehabilitación públicos y privados, de mayor y menor complejidad e intensidad y con otros organismos de las redes sociales, sanitarias, comunitarias, educativas, psicosociales, etc., cuando se requiera;
- Realizar el proceso de egreso del niño, niña o adolescente del programa de tratamiento;
- Llevar a cabo el proceso de seguimiento post – egreso del programa de tratamiento.

Todos estos objetivos, concurren complementariamente a los que tienen los equipos de apoyo psicosocial y/o socio sanitarios, que se relacionan con la vinculación de los usuarios y sus familias con la institucionalidad, la reparación y el acceso a los recursos o servicios, cuando esto sea necesario y posible.

Se hace necesario que los niños, niñas y adolescentes con consumo problemático de alcohol y otras drogas, puedan acceder a diferentes tipos de instancias de tratamiento si así lo requieren.

5. Las dimensiones que se abordan

- Compromiso biopsicosocial
- Patrón de consumo
- Estado de salud mental y física
- Relaciones con personas significativas/ cercanas
- Situación legal

El primero considera las siguientes áreas:

Individual:

Características evolutivas generales: edad, etapa evolutiva;

- Salud física: estado físico general, estado nutricional y salud bucal;

- Antecedentes de accidentes y lesiones, huellas físicas sospechosas de agresión y/o autoagresión
- Antecedentes de maltrato, físico, sexual y/o psicológico.
- Desarrollo emocional y salud mental: características cognitivas y emocionales;
- Habilidades sociales;
- Presencia o antecedentes de psicopatología;
- Salud sexual y reproductiva: edad de inicio de la actividad sexual, antecedentes o presencia de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)
- Nivel de adaptación: autonomía de acuerdo a etapa evolutiva, capacidad de interiorizar límites y normas. Impulsividad, conductas disociales o delictivas;
- Figura vincular o contenedora: presencia o ausencia, figuras vinculares sustitutas, estilo vincular.

Familia:

- Recursos familiares;
- Competencias y habilidades parentales;
- Relaciones familiares;
- Redes de apoyo;
- Actitudes y comportamientos permisivos y/o positivos ante las drogas, consumo de alcohol y/u otras drogas;
- Presencia de figura vincular adulta significativa positiva;
- Alejamiento del grupo familiar (por causa del consumo);
- Violencia intrafamiliar, maltrato;
- Vinculación al delito (tráfico, por ejemplo).

Grupo de pares:

- Recursos existentes en grupos de referencia;
- Tipo de relación con el grupo (autonomía individuación vs. dependencia);
- Presencia y/o ausencia de grupos alternativos;
- Inclusión a grupos favorables a conductas transgresoras y con actitudes positivas hacia el consumo de drogas;
- Alejamiento del grupo de pares a causa del consumo.

Escuela: Características de la escolaridad:

- Fracaso escolar, repitencias, deserción parcial o total;
- Adaptación al sistema escolar, significación del estudiar;
- Integración al grupo de compañeros;
- Alfabetización;
- Trastornos de aprendizaje.

Comunidad:

- Recursos existentes en la comunidad;
- Problemas de integración y/o exclusión social (minorías étnicas, conductas delictivas, niños y/o adolescentes de la calle y/o en la calle);
- Marginalidad;
- Ausencia de organizaciones sociales;
- Accesibilidad a sustancias;

- Organización del ocio y tiempo libre, supervisión del ocio y tiempo libre;
- Vida de calle y conducta transgresora: cuando se exploran poblaciones altamente vulnerables, se deben incluir estas dos categorías fundamentales, especialmente si el sujeto a evaluar es un niño, niña o adolescente en circuito de calle.

En la dimensión ligada al consumo las áreas a evaluar son:

- Tipo de consumo.
- Sustancia o droga.
- Perfil de consumo.
- Consecuencias de la intensidad de consumo.
- Criterios de dependencia.

En la evaluación de estas dimensiones se sugiere ciertos indicadores de riesgos que lograrían establecer perfiles de mayor o menor gravedad, que a juicio tanto de la literatura como del criterio de expertos es necesario considerar.

6. Duración del Proceso

La duración del proceso terapéutico para alcanzar los objetivos y metas propuestos, es variable en esta población. En base a la experiencia, se estima una duración de alrededor de 8 meses, cuando el perfil es de menor complejidad y de hasta 24 meses en casos más complejos. No obstante lo anterior, estos plazos son aproximados y no se establecen tiempos exactos para evitar que la intervención se transforme en una meta a lograr en sí misma y deje de lado las necesidades de las personas. Por lo anterior, es muy relevante que los objetivos terapéuticos se evalúen cada tres meses, de manera de corregir la intervención si no se han alcanzado los logros esperados o evaluar la mantención de ellos.

El tiempo que un niño, niña o adolescente demore en establecer un vínculo de confianza con el equipo que pueda llevar a un vínculo terapéutico es variable, por ello el rango de duración de la intervención no puede establecerse a priori.

7. Principios orientadores del Programa

Para responder a las necesidades del contexto de los niños, niñas y adolescentes, y que requieren un abordaje a su problemática de consumo de alcohol y drogas, el tipo de intervención en este programa, requiere considerar los siguientes principios:

- Enfoque con perspectiva evolutiva: se refiere a que el trabajo no debe centrarse en la sustancia exclusivamente y siempre debe considerar la etapa del desarrollo en que se encuentra el usuario o usuaria, las tareas del desarrollo que pueden estar pendientes y las que le corresponde alcanzar;
- Trabajo interdisciplinario y biopsicosocial: debido a la complejidad de la problemática, se deben aunar distintas miradas e intervenciones para solucionarla;
- Continuidad de los cuidados: el niño, la niña o el adolescente es parte de una red mayor de intervenciones, ésta debe ser articulada según las necesidades de atención de la persona. Se debe favorecer, que la atención se provea de forma ininterrumpida y coordinada entre los diferentes programas e instituciones.
- Intervención flexible y dinámica: por las características de la población a atender, la intervención debe planificarse por un lado, con objetivos a corto y/o mediano plazo, de manera de que se puedan visibilizar avances y otros a más largo plazo, posibles de lograr en el periodo del marco del proyecto. Esta planificación debe ir renovándose y actualizándose constantemente, siempre manteniendo un propósito claro;

- No etiquetamiento: el estigmatizar bajo un etiquetamiento suele generar las conductas que se esperan de esa etiqueta. Para no caer en ello, lo mejor es no juzgar a la persona, sino la conducta;
- Espera activa: muchas de las conductas a esta edad son provocación o un “poner a prueba”, si se ha sabido esperar y no reaccionar inadecuadamente, probablemente la persona termine confiando;
- Acompañamiento: el profesional tiene un rol de ayudar a ordenar y jerarquizar las prioridades de la persona, pero debe ser de manera sutil, decir su mensaje y mantenerse al margen;
- Normalización del niño, niña y adolescente: se trata de promover la adecuación de la o el usuario a la etapa evolutiva que le corresponde, es decir, evaluar en su entorno inmediato y en el contexto en el que vive aquellos recursos que le permitirán cumplir con las tareas propias de su edad cronológica y/o mental, y luego propiciar el acceso a éstos;
- Vinculación del adolescente con el medio: se trata de focalizar evitar activamente la posible desvinculación de la o el usuario a su entorno, y de ser así, facilitar su revinculación lo antes posible, rescatando las posibilidades y recursos que éste le ofrece;
- Énfasis en la intervención en la comunidad: se trata de intencionar que las acciones y actividades se desarrollen en el entorno de la o el adolescente, propiciando un mayor acceso a tratamiento, una mayor adherencia a éste y una resignificación del contexto que le rodea;
- Efecto preventivo en red: esta población requiere un abordaje integral, mucha coordinación y ser entendido como un usuario de la red, más que de un programa en particular;
- Evaluación periódica (se sugiere cada tres meses) de la intervención: por el nivel de presentismo y de fácil desmotivación de esta población, se deben analizar periódicamente los objetivos establecidos en el plan de intervención, en conjunto con los usuarios y usuarias, de manera que vayan notando sus avances y retrocesos;
- Autocuidado de equipo: el trabajo con esta población puede ser muy desgastante, por lo que cada programa e institución debe establecer un plan de autocuidado como equipo.

8. Intervenciones

El trabajo del equipo tratante estará orientado a otorgar todas las intervenciones necesarias o requeridas para abordar los objetivos y las necesidades y metas de cada persona, de acuerdo al diagnóstico integral.

a.- Diagnóstico integral: en esta etapa es relevante definir la pertinencia de participación de la persona en el programa. Se evalúan las siguientes dimensiones:

- Dimensión ligada al consumo: tipo de sustancia (s) consumida(s), frecuencia actual, continuidad del consumo, socialización del consumo, vía de administración, consecuencias, criterios de dependencia y motivación al cambio;
- Dimensión del compromiso biopsicosocial: tiempo de consumo problemático, nivel autonomía y autoeficacia, salud física y mental, redes de apoyo primarias (familia y significativos), redes de apoyo secundarias de protección y grado de integración social;
- Dimensión ligada a la integración social en el contexto territorial: confección de un mapeo territorial específico que contemple todos los servicios sanitarios, educacionales, proteccionales, recreativos, etc., que permitan dar un soporte al tratamiento individual y familiar, específico según la evaluación de necesidades.

b.- Plan de tratamiento individual: de acuerdo al diagnóstico anterior y en conjunto con el usuario y usuaria se construyen los objetivos de este plan, el que deberá ser integrado al plan de intervención del equipo psicosocial, cuando este equipo existe, de manera de ir evaluando en conjunto los avances y dificultades que se presenten en el transcurso de cada

proceso de recuperación, contribuyendo a aumentar las probabilidades de éxito y logro terapéutico, y la mantención de los mismos a mediano y largo plazo.

c.- Apoyo a la integración social: las intervenciones que realice el equipo de tratamiento, en este ámbito necesariamente deben ser un complemento a lo que, de existir, realiza el equipo psicosocial como conductor del tema y las necesidades de las personas. Siempre cautelando no superponer acciones ni sobre intervenir con las personas.

d.- Trabajo de complementariedad: es fundamental el trabajo integrado y complementario entre el equipo de tratamiento y el equipo o red psicosocial u otro que se encuentre interviniendo. Esta cualidad del trabajo es lo que puede permitir alcanzar los objetivos de la intervención y que el niño, niña o adolescente avance en el camino de su recuperación.

ANEXO N° 2:

FORMULARIO DE PRESENTACIÓN DE PROPUESTA PARA LICITACIÓN 2016

Programa de Tratamiento para Niños, Niñas y Adolescentes con Consumo Problemático de Alcohol y otras Drogas

Programa Ambulatorio Intensivo (PAI)

Se recuerda que la ficha de presentación de la propuesta define en cada uno de sus componentes el máximo de extensión a desarrollar. No se leerán textos que excedan los límites establecidos.

Así mismo, no se considerarán curriculum institucionales o del recurso humano que sean presentados en un formato distinto al de esta ficha.

Los antecedentes del recurso humano deben presentar declaración de participación y firma para ser considerados en la evaluación.

Se debe presentar la propuesta letra Arial Narrow, tamaño de fuente 11, con interlineado sencillo.

Antecedentes del Oferente

Nombre de la Institución Responsable – Giro comercial		R.U.T.
Dirección (calle, número, depto.)		Comuna
Comuna		Región
Teléfono	N° de Personalidad Jurídica	Correo Electrónico

Nombre del Representante Legal	R.U.T.
---------------------------------------	---------------

Dirección (calle, número, depto.)	Comuna	Región
Teléfono	Correo Electrónico	

Nombre del Centro o Programa Ejecutor	Servicio de Salud al que corresponde	
Dirección (calle, número, depto.)	Comuna	Región
Teléfono	Correo Electrónico	
Nombre del Director/a del Centro Ejecutor		R.U.T.

Línea de servicio a la que Postula: _____

N° Planes mensuales al que postula: _____

1. PROGRAMA TERAPEUTICO:

Se deberán presentar las características del programa de tratamiento y rehabilitación que ofrecerá a las personas usuarias. Este programa debe contemplar un marco teórico - conceptual, objetivo general y específicos, actividades a desarrollar para el logro de estos objetivos, entre otros.

1.1.- DESCRIPCION POBLACION DESTINATARIA

<p>Describa las características de la población a la cual está dirigido el programa (Máx. 1 plana)</p> <p>Se debe describir características de rango etario, sexo, características familiares, pertenencia a pueblos indígenas, entre otras dimensiones, que permita identificar a niños, niñas y adolescentes a quienes se dirige el programa. Se deben describir las particularidades del perfil, recogiendo variables transversales como género, etnia u otras presentes. Se deben considerar todos aquellos elementos que permitan demostrar que éstas son pertinentes a la modalidad de atención a la que se postula.</p>

--

1.3.- MARCO CONCEPTUAL

Describir en forma sucinta el marco o los supuestos teóricos que sustentan el Programa, considerando la especificidad de población a atender e indicando los factores identificados como influyentes sobre la problemática. Se debe incluir la bibliografía en la cual está basado el marco teórico utilizado en la propuesta (**máx. 2 planas, excluyendo la bibliografía**).

--

1.4.- OBJETIVOS DEL PROGRAMA (máximo 1 plana)

OBJETIVO GENERAL
OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1.5.- METODOLOGÍA

Describa de qué manera se plantea el programa para alcanzar los objetivos propuestos, especificando fases del programa, tipo y frecuencia de intervenciones asociadas a cada fase; acciones de rescate y coordinaciones; duración general del programa; y todo lo que considere relevante.

La metodología debe ser coherente con todas las dimensiones de la propuesta técnica.

Se debe adjuntar calendario semanal de intervenciones (referencial).

(Máx. 3 planas, excluyendo calendario semanal de intervenciones).

--

2. RECURSOS HUMANOS

Se espera conocer información relevante sobre el equipo que ejecutará el Programa. Para esto, por cada integrante del equipo se deberá completar: nombre, profesión u oficio (por ejemplo, psicólogo/a, trabajador/a social, profesor/a de educación física, etc.), cargo que ocupará (coordinador/a u otro), jornada de trabajo en **horas semanales**, distinguiendo aquellas horas que serán destinadas a atención directa de aquellas destinadas a trabajo de equipo y tareas administrativas.

La información registrada en este ítem será verificada a través de los Currículo Vitae y certificados de título que se deben adjuntar (fotocopia simple). Cabe señalar que no se aceptarán Currículo Vitae que se presenten en formato distinto al definido en estas bases, que no presenten toda la información requerida o que no cuenten con compromiso firmado. Sólo serán válidos certificados de título de Universidades o Institutos Profesionales de Chile o bien que cuenten con validación de entidades de nuestro país.

(*) Replicar filas cuantas veces sea necesario

Profesión u oficio	Nombre	Cargo	Horas Semanales destinadas al programa		
			Atención Directa (1)	Trabajo Equipo y Administración (2)	Horas (1+2)

NO ADJUNTAR CURRICULUM VITAE DE APOYO ADMINISTRATIVO.

2.1 PROGRAMA DE AUTOCUIDADO Y CUIDADO DE EQUIPOS

Debido al trabajo que se desempeña y la población con la que se trabaja, es relevante que tanto cada profesional y técnico como el equipo en sí mismo se reconozcan como en alto riesgo de Burnout y, por lo tanto, la institución postulante debe planificar y considerar recursos al desarrollo de estrategias que permitan amortiguar esta situación. Por lo anterior, se deben implementar estrategias de autocuidado como una responsabilidad personal de cada miembro y del equipo, además de estrategias de cuidado de los equipos, de responsabilidad de los niveles directivos e institucionales, quienes deben crear y asegurar condiciones de trabajo que transmitan preocupación y cuidado de la institución por sus equipos de trabajo.

Se espera contar con un programa de Autocuidado que contenga:

- Objetivos
- Sesiones estructuradas en el período de un año, distinto a actividades recreativas
- Desarrollo de estrategias para favorecer el autocuidado que considere la persona del terapeuta y al equipo y de cuidado de equipos
- Que contemple una o más actividades recreativas

CURRICULUM VITAE INSTITUCIONAL

1. Identificación de la Institución.

Nombre	
Dirección	
Teléfono-Fax	
E-mail	
Número de Personalidad Jurídica	
Giro de la Institución	
Nombre del Representante legal	

Rut del Representante Legal	
Teléfono-Fax del Representante legal	
E-mail del Representante legal	

2. Experiencia en proyectos y/o programas de tratamiento del consumo problemático de alcohol y otras drogas. (*) Replicar tablas cuantas veces sea necesario.

Proyecto o Programa:	
Año de ejecución:	Lugar de ejecución:
Cobertura:	Origen de Financiamiento:

3. Experiencia en proyectos y/o programas con niños, niñas y/o adolescentes. (*) Replicar tablas cuantas veces sea necesario.

Proyecto o Programa:	
Año de ejecución:	Lugar de ejecución:
Cobertura:	Origen de Financiamiento

4. Experiencia en proyectos y/o programas con temáticas de vulnerabilidad. (*) Replicar tablas cuantas veces sea necesario.

Proyecto o Programa:	
Año de ejecución:	Lugar de ejecución:
Cobertura:	Origen de Financiamiento

CURRICULUM VITAE DE LOS RECURSOS HUMANOS

(*) Replicar tablas cuantas veces sea necesario.

1.- ANTECEDENTES PERSONALES.

Apellido Paterno	Apellido Materno
Nombres	
Cargo en el Programa al que se postula	

2.- ANTECEDENTES ACADEMICOS

2.1.- ENSEÑANZA SUPERIOR

TITULO Y/O LICENCIA
UNIVERSIDAD O CENTRO FORMADOR
FECHA DE TITULACION (día - mes- año)

TITULO Y/O LICENCIA
UNIVERSIDAD O CENTRO FORMADOR

FECHA DE TITULACION (día - mes- año)

3.- OTROS GRADOS ACADEMICOS.

POSTITULO O POSTGRADO
INSTITUCION
FECHA DE TERMINO (día - mes- año)
POSTITULO O POSTGRADO
INSTITUCION
FECHA DE TERMINO (día - mes- año)

4.- DIPLOMADOS, CURSOS DE CAPACITACION Y SEMINARIOS.

(Indicar sólo aquellos con certificados y relacionadas con el área de desempeño del cargo en relación al Programa al que se postula)

NOMBRE DIPLOMADO, CURSO, SEMINARIO Y/O CONGRESO
Favor aquí mencionar si es Diplomado, Curso, Seminarios y/o Congreso y el nombre.
INSTITUCION

TOTAL DE HORAS PEDAGOGICAS
FECHA EJECUCION

5.- EXPERIENCIA LABORAL.

Sólo incorporar antecedentes laborales vinculados a: tratamiento por consumo problemático de alcohol y otras drogas; en la temática infanto juvenil; que incorporen ambos temas.

(*) Replicar la tabla cuantas veces sea necesario.

CARGO O FUNCIÓN	
INSTITUCIÓN	
UNIDAD DE DESEMPEÑO	
FECHA DE INGRESO (día - mes- año)	FECHA DE TERMINO (día - mes- año)
_ / _ / _	_ / _ / _
PRINCIPALES FUNCIONES (no más de 5 líneas)	

CARGO O FUNCIÓN	
INSTITUCIÓN	
UNIDAD DE DESEMPEÑO	

FECHA DE INGRESO (día - mes- año)	FECHA DE TERMINO (día - mes- año)
___/___/___	___/___/___
PRINCIPALES FUNCIONES (no más de 5 líneas)	

CARGO O FUNCIÓN	
INSTITUCIÓN	
UNIDAD DE DESEMPEÑO	
FECHA DE INGRESO (día - mes- año)	FECHA DE TERMINO (día - mes- año)
___/___/___	___/___/___
PRINCIPALES FUNCIONES (no más de 5 líneas)	

Declaración de participación en el Programa(se debe señalar compromiso a participar en este programa específico en la Institución Oferente)	
Yo, _____, Rut _____ declaro mi intención de participar en este Programa, de ser adjudicado en la presente licitación.	
Firma	Fecha

ANEXO N°3A



“Garantía de Seriedad de la Oferta”

Licitación Pública ID N° _____

Línea de servicio a que postula _____

Señalar si es Depósito o Vale Vista _____

N° de Depósito a la vista o Vale Vista _____

Nombre del Oferente o entidad a que Representa _____

Firma

Nombre persona natural o representante legal de la entidad

N° Cédula Nacional de Identidad

ANEXO N°3B



“Garantía de Fiel y Oportuno Cumplimiento del Contrato, y de pago de las obligaciones laborales y sociales con los trabajadores del adjudicado y multas”.

Licitación Pública ID N° _____
Línea de servicio a que postula _____
Señalar si es Depósito o Vale Vista _____
N° de Depósito a la vista o Vale Vista _____
Nombre del Oferente o entidad a que Representa _____

Firma

Nombre persona natural o representante legal de la entidad

N° Cédula Nacional de Identidad

ANEXO N° 4



DECLARACIÓN JURADA SIMPLE

La persona que suscribe, *en su calidad de representante legal de la entidad denominada* (la cursiva en caso de personas jurídicas) _____, y de conformidad con lo establecido en la ley N° 20.594 que crea inhabilidades para condenados por delitos sexuales contra menores y establece registro de dichas inhabilidades, declara bajo juramento que la entidad que representa ha revisado en el registro de Inhabilidades para trabajar con menores de edad del Registro Civil e Identificación de Chile, a todos los trabajadores señalados en la propuesta técnica presentada para esta licitación pública y que estos no se encuentran inhabilitados para trabajar con menores de edad.

En (____) , a (_____) de 2015
(Ciudad), (Fecha)

Nombre (Representante Legal en caso de persona jurídica) _____

Firma (Representante Legal en caso de persona jurídica) _____

ANEXO N° 5 A



DECLARACIÓN JURADA PERSONA NATURAL

En Santiago de Chile, a _____ de _____ de _____, don/doña _____, cédula nacional de identidad N° _____, declara bajo juramento lo siguiente:

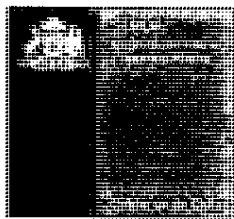
- a) No estar afecto a ninguna de las inhabilidades indicadas en el artículo 4° inciso primero de la Ley 19.886, de Bases sobre Contratos Administrativos de Suministro y Prestación de Servicios.
- b) Conocer los términos de referencia, haber estudiado los antecedentes y verificado su concordancia, así como también que todos los antecedentes presentados como parte de la oferta son veraces y exactos, estando conforme con los términos de presente licitación pública.

Firma

Nombre:.....

Cédula Nacional de Identidad N°:.....

ANEXO N° 5 B



DECLARACIÓN JURADA DE PERSONA JURÍDICA

En Santiago de Chile, a _____ de _____ de _____, don/doña
_____, cédula nacional de identidad
N° _____, representante legal de
_____, R.U.T
_____, viene en declarar bajo juramento que la persona jurídica a la que
representa:

- a) No se encuentra afecto a ninguna de las inhabilidades indicadas en el artículo 4° inciso primero de la Ley 19.886, de Bases sobre Contratos Administrativos de Suministro y Prestación de Servicios.
- b) Conocer los términos de referencia, haber estudiado los antecedentes y haber verificado su concordancia, así como también que todos los antecedentes presentados como parte de la oferta, son veraces y exactos, estando conforme con los términos de presente licitación pública.

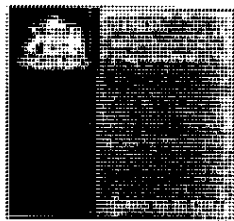
Firma

Nombre:.....

Cédula Nacional de Identidad N°:.....

Entidad que representa:.....

ANEXO N° 6 A



DECLARACIÓN JURADA DE PERSONA NATURAL SOBRE DEUDAS LABORALES Y PREVISIONALES CON SUS TRABAJADORES

En Santiago de Chile, a _____ de _____ de _____, don/doña _____, cédula nacional de identidad N° _____, declara bajo juramento lo siguiente:

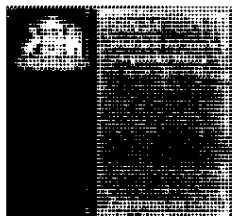
No registro saldos insolutos de remuneraciones o cotizaciones de seguridad social con mis actuales trabajadores o con trabajadores contratados en los últimos dos años, en los términos del inciso 2° del artículo 4°, de la Ley N° 19.886, de 2003, de Bases sobre Contratos Administrativos de Suministro y Prestación de Servicios.

Firma

Nombre:.....

Cédula Nacional de Identidad N°:.....

ANEXO N° 6 B



DECLARACIÓN JURADA DE PERSONA JURÍDICA SOBRE DEUDAS LABORALES Y PREVISIONALES CON SUS TRABAJADORES

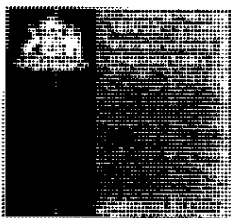
En Santiago de Chile, a _____ de _____ de _____, don/doña _____, cédula nacional de identidad N° _____, representante legal de _____, R.U.T. _____, viene en declarar bajo juramento, que tanto el (la) que suscribe como la persona jurídica a la que representa:

No registra saldos insolutos de remuneraciones o cotizaciones de seguridad social con sus actuales trabajadores o con trabajadores contratados en los últimos dos años, en los términos del inciso 2° del artículo 4°, de la Ley N° 19.886, de 2003, de Bases sobre Contratos Administrativos de Suministro y Prestación de Servicios.

Firma

Nombre:.....
Cédula Nacional de Identidad N°:.....
Entidad que representa:.....

ANEXO N° 6C



DECLARACIÓN JURADA DE SALDOS INSOLUTOS DE DEUDAS LABORALES O PREVISIONALES

En Santiago de Chile, a _____ de _____ de _____, don/doña _____, cédula nacional de identidad N° _____, *representante legal de* (la cursiva en caso de personas jurídicas) _____, R.U.T _____, viene en declarar bajo juramento, *que la persona jurídica a la que representa* (la cursiva en caso de personas jurídicas):

Registra saldos insolutos a causa de deudas laborales o previsionales con sus trabajadores actuales o con aquellos trabajadores contratados en los dos últimos dos años, ascendente a la suma de \$ _____

Señalar los antecedentes que justifiquen el monto de la deuda:

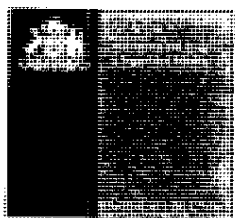
1. _____
2. _____
3. _____

Firma:.....

Nombre:.....

Cédula Nacional de Identidad N°:.....

ANEXO N° 7 A



**DECLARACIÓN JURADA DE PERSONA NATURAL SOBRE INHABILIDADES PARA
CONTRATAR**

En Santiago de Chile, a _____ de _____ de _____, don/doña
_____, cédula nacional de identidad
N° _____, declara bajo juramento lo siguiente:

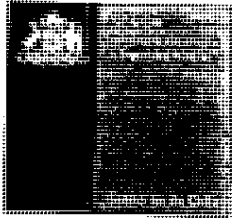
No estar afecto a ninguna de las inhabilidades indicadas en el artículo 4° inciso sexto, de la
Ley 19.886, de Bases sobre Contratos Administrativos de Suministro y Prestación de
Servicios.

Firma

Nombre:.....

Cédula Nacional de Identidad N°:.....

ANEXO N° 7 B



DECLARACIÓN JURADA DE PERSONA JURÍDICA SOBRE INHABILIDADES PARA CONTRATAR

En Santiago de Chile, a _____ de _____ de _____, don/doña
N° _____, cédula nacional de identidad
representante legal de
_____, R.U.T _____, viene
en declarar bajo juramento, que tanto el (la) que suscribe como la persona jurídica a la que representa:

1. No estar afecto a ninguna de las inhabilidades indicadas en el artículo 4° inciso sexto, de la Ley 19.886, de Bases sobre Contratos Administrativos de Suministro y Prestación de Servicios.
2. La entidad que represento no ha sido condenada a alguna de las penas establecidas en los artículos 8° y 10 de la Ley N° 20.393 que establece la Responsabilidad Penal de las Personas Jurídicas en los Delitos de Lavado de Activos, Financiamiento del Terrorismo y Delitos de Cohecho, que le impida celebrar actos o contratos con organismos del Estado.

Firma

Nombre:.....

Cédula Nacional de Identidad N°:.....

Entidad que representa:.....

ANÓTESE, TÓMESE RAZÓN, COMUNÍQUESE Y PUBLÍQUESE A TRAVÉS DEL PORTAL www.mercadopublico.cl



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

