



Aprueba Bases Administrativas y Técnicas de propuesta pública para contratar la compra de meses de planes de tratamiento específicos para personas con consumo problemático de drogas y alcohol condenadas a libertad vigilada y libertad vigilada intensiva, para el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol.

RESOLUCION N° 69

SANTIAGO, 2 DE FEBRERO DE 2015

CONTRALORIA GENERAL
OFICINA GENERAL DE PARTES
28 MAR 2015

MINISTERIO DEL INTERIOR Y SEGURIDAD PÚBLICA
SENDA
Oficial de Partes
13 ABR 2015
TOTALMENTE TRAMITADO

CONTRALORIA GENERAL
OFICINA GENERAL DE PARTES
- 4 MAR 2015

DIVISION JURIDICA
COMITE 5
JEFE
04 MAR. 2015

DIVISION JURIDICA
COMITE 5
JEFE
27 MAR. 2015

VISTO: Las facultades que me confiere el Decreto Supremo N°1086 de fecha 14 de Mayo de 2014 del Ministerio del Interior y Seguridad Pública; 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 del sector público para el 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; en la Resolución Exenta N° 304, de 30 de enero de 2014, de este Servicio, que aprobó Convenio de colaboración técnica y financiera que indica; en la Resolución Exenta N° 858, de 03 de marzo de 2014, de este Servicio; y

PCC/RPH/FRS/CSB/ALR/PTO
DISTRIBUCIÓN:

1. Jefa de División Programática
2. Área de Tratamiento Adultos
3. Jefa División de Administración y Finanzas
4. Jefe Área de Tratamiento
5. Unidad de Compras y Contrataciones
6. División Jurídica
7. Unidad de Convenios
8. Jefa de Área de Finanzas
9. Partes

S- 1491/15

TOMADO RAZON
09 ABR 2015
Contralor General de la República

RETIRADO SIN TRAMITAR
FECHA: 23 MAR. 2015
CON OFICIO N° 6

CONSIDERANDO:

- 1.- Que, el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, 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 del 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 tales efectos y para cumplir con los objetivos y funciones señaladas en la Ley N° 20.502, el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, requiere implementar acciones vinculadas al tratamiento y rehabilitación de personas con problemas derivados del consumo de drogas y alcohol, para cuyo efecto se encuentra facultado, de acuerdo a lo señalado en el artículo 19 letra j) de la Ley N° 20.502, para celebrar acuerdos o convenios con instituciones públicas o privadas, que digan relación directa con la ejecución de las políticas planes y programas de prevención del consumo de drogas y alcohol, así como el tratamiento, rehabilitación y reinserción social de las personas afectadas por la drogadicción y el alcoholismo.
- 3.- Que, en este contexto, el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol y el Ministerio de Salud, con fecha 11 de noviembre de 2013, han suscrito un convenio de Colaboración Técnica y Financiera, a efectos de implementar en forma conjunta un Programa de Apoyo a Planes de Tratamiento y Rehabilitación de Personas con Problemas Derivados del Consumo de Drogas y Alcohol. La finalidad de este Programa es apoyar al Programa de Salud Mental del Ministerio de Salud, que se lleva a cabo como parte del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría a través de los Servicios de Salud y los centros de atención públicos y privados regulados por dicha cartera de Estado.
- 4.- Que, la finalidad del referido Convenio fue implementar un Programa de Apoyo a Planes de Tratamiento y Rehabilitación con el objetivo de otorgar acceso y cobertura, libre de copago, a la atención de personas beneficiarias del Libro II del D.F.L. N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, afectadas por problemas de salud asociados al consumo de drogas y alcohol, en los centros de tratamiento públicos y privados que, para estos efectos, han sido autorizados por la Autoridad de Salud correspondiente. Cada plan constituye un conjunto de intervenciones y prestaciones recomendables para el logro de los objetivos terapéuticos, de carácter resolutivo, dirigido al tratamiento y rehabilitación de personas (hombres y mujeres mayores de 20 años) que presentan consumo perjudicial o dependencia a drogas o alcohol.
- 5.- Que, el consumo problemático de sustancias es considerado como un problema de salud crónico o "de duración prolongada" 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.
- 6.- Que, por otro lado, la Ley 20.803, en vigencia desde diciembre de 2013, introduce modificaciones a la Ley 18.216, normativa que regula las medidas sustitutivas a las condenas privativas y restrictivas de libertad en población adulta y establece un conjunto de condenas entre las que se encuentran: la Libertad Vigilada, pena sustitutiva a la reclusión que consiste en someter a la persona condenada a un régimen de libertad a prueba que tenderá a su reinserción social a través de una *intervención individualizada, bajo la vigilancia y orientación permanentes de un delegado* y la Libertad Vigilada Intensiva, pena sustitutiva a la reclusión que consiste en la sujeción de la persona condenada al cumplimiento de un *programa de actividades* orientado a su reinserción social en el ámbito personal, comunitario y laboral, a través de una *intervención individualizada y bajo la aplicación de ciertas condiciones especiales*.

7.- Que en el artículo 17 bis de la Ley 18.216, junto con la imposición de otras condiciones señaladas en el artículo 17 de la misma ley, se establece que: si la persona condenada presenta un consumo problemático de drogas o alcohol, el tribunal deberá imponerle, en la misma sentencia, la obligación de asistir a programas de tratamiento de rehabilitación de dichas sustancias. La obligación de someterse a un tratamiento podrá consistir en la asistencia a programas ambulatorios, la internación en centros especializados o una combinación de ambos, lo que deberá enmarcarse dentro del Plan de Intervención Individual aprobado por el tribunal, quedando definido el control judicial de su cumplimiento, a través de informes mensuales y audiencias de seguimiento bimestrales.

8.- Que, en virtud de lo anteriormente señalado, el nuevo marco legal establece *por primera vez en nuestro país* el tratamiento de alcohol y/o drogas en contexto obligado para la población infractora adulta, con el consiguiente requerimiento para el Estado de implementar una oferta de tratamiento especializada que garantice la oportuna atención de esta población en las modalidades ambulatoria y residencial y en consideración de las exigencias legales establecidas.

9.- Que el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol y el Ministerio de Salud se han comprometido con el enorme desafío de garantizar el acceso a tratamiento para todas aquellas personas que requieran dar cumplimiento a la condición de una pena sustitutiva de libertad vigilada o libertad vigilada intensiva, definiendo para tales fines: la implementación de programas de tratamiento específicos en algunas zonas del país y la incorporación de esta población en el convenio de población general en otras zonas donde no resulta pertinente la instalación de programas específicos.

10. Que, considerando el deber del Estado de otorgar una atención oportuna, integral y de calidad para la población condena de libertad vigilada y libertad vigilada intensiva, 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 responder a los requerimientos emanados de la ley 18.216.

11. Que, por todo lo anterior, la superioridad de este Servicio ha resuelto licitar, a través de las presentes bases, **17 líneas de servicio para la contratación de meses de planes de tratamiento** para personas condenadas a libertad vigilada y libertad vigilada intensiva, por un periodo de 12 meses, a contar del mes de junio de 2015 y hasta el 31 de mayo de 2016, iniciando este proceso concursal durante los primeros meses del presente año.

11. 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

12. Que, consecuentemente, 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 ellas, para contratar la compra de meses de planes de tratamiento específicos para personas con consumo problemático de drogas y alcohol condenadas a libertad vigilada y libertad vigilada intensiva, 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 personas que padecen de consumo problemático de drogas y alcohol, y han sido condenadas a las penas sustitutivas de libertad vigilada o libertad vigilada intensiva, para ser ejecutados durante 12 meses, a contar del mes de junio de 2015, para el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol.

Se entiende por consumo problemático de drogas y alcohol, al consumo por abuso de sustancias, según el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales DSM IV, al consumo perjudicial, según el sistema de clasificación internacional de enfermedades CIE 10 y a la dependencia, incorporada en ambas clasificaciones.

Este consumo problemático se caracteriza por un patrón desadaptativo de consumo de sustancias con consecuencias adversas en la esfera laboral, 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.

En la presente licitación, la unidad del objeto de compra 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 ilícitas participa de un Plan de Tratamiento y Rehabilitación que contempla un conjunto intervenciones y prestaciones recomendables asociadas al cumplimiento de los objetivos terapéuticos del mismo, de acuerdo al proceso terapéutico en que se encuentra.

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, considerando las siguientes prestaciones:

- consulta médica
- consulta psiquiátrica
- consulta de salud mental
- intervención psicosocial (individual, familiar y de grupo)
- consulta psicológica
- psicoterapia individual
- psicoterapia de grupo
- psicodiagnóstico,
- visita domiciliaria,
- exámenes de laboratorio que se requieran
- medicamentos si corresponde

Para todos los efectos, la ejecución de los meses de planes de tratamiento objeto de la presente licitación, debe regirse por la "Norma y Orientaciones Técnicas de los Planes de Tratamiento y Rehabilitación para Personas con Problemas derivados del Consumo de Drogas y Alcohol" y sus respectivos documentos anexos, y por las "Especificaciones Técnicas para el Tratamiento de Población Condenada a Libertad Vigilada y Libertad

Vigilada Intensiva" y documentos sus anexos. Se adjuntan ambos documentos a las presentes Bases.

Para los efectos de la presente licitación, los meses de planes de tratamiento estarán dirigidos a dos poblaciones diferenciadas de acuerdo a la siguiente definición:

- a. Población Específica Libertad Vigilada (LV): constituida por personas mayores de 18 años condenadas a las penas sustitutivas de libertad vigilada o libertad vigilada intensiva y con presencia de consumo problemático de alcohol y otras drogas. Para efectos de la presente licitación, se considerará como validador de la condición de condenado a las penas sustitutivas de libertad vigilada o libertad vigilada intensiva, el registro efectuado por un Centro de Reinserción Social de Gendarmería de Chile en el Sistema de Información y Gestión de Tratamiento, SISTRAT.
- b. Población General (PG): constituida por personas mayores de 20 años, beneficiarias del libro II del DFL n°1, de 2005 del Ministerio de Salud (FONASA), con presencia de consumo problemático de alcohol y otras drogas, donde se incluye a personas que ingresan a tratamiento como una condición de la suspensión condicional del procedimiento en el marco del programa de Tribunales de Tratamiento de Drogas (T.T.D.).

Los meses de planes de tratamiento según las modalidades de tratamiento que el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA, llama a licitación pública son los siguientes:

1. A Plan de Tratamiento Ambulatorio Intensivo Población General (PAI PG)

Este plan está compuesto por el conjunto de intervenciones y prestaciones que se detallaron precedentemente, que son recomendables para el logro de los objetivos terapéuticos, y destinado a personas con diagnóstico de consumo perjudicial o dependencia a sustancias psicoactivas y compromiso biopsicosocial moderado o severo, (con presencia de comorbilidad psiquiátrica o somática leve, sin actividad ocupacional y con soporte familiar).

El tiempo estimado para lograr los objetivos del proceso de tratamiento, corresponde a la necesidad de cada persona, en este caso, un panel de expertos sugiere una duración aproximada de 8 meses, con una frecuencia de asistencia de 5 días a la semana, entre 4 a 6 horas de permanencia diaria, y una concentración de 3 a 4 prestaciones por día. Ese plan puede ser desarrollado en un horario vespertino.

1. B Plan de Tratamiento Ambulatorio Intensivo Específico Libertad Vigilada (PAI LV)

La Modalidad Ambulatoria Intensiva constituye un conjunto de intervenciones programadas para responder a las necesidades de personas con consumo problemático de sustancias y un compromiso biopsicosocial moderado a severo, que puedan alcanzar la modificación de su situación de consumo y la estabilización de su condición de salud mental y física, encontrándose insertos en su contexto familiar y comunitario.

Se contempla la realización de intervenciones individuales, grupales, familiares y comunitarias, pudiendo distribuir estas actividades en jornadas terapéuticas de 3 a 6 horas diarias, con una frecuencia variable de hasta 6 días de la semana. La periodicidad

y los horarios de las intervenciones deberán organizarse de acuerdo a las necesidades y recursos de cada usuario y familia, en directa coordinación con el Delegado y con especial consideración de las otras condiciones de la pena, el Plan de Intervención Individual sancionado por el Tribunal y la situación laboral/educacional que presente el usuario.

El plan ambulatorio intensivo incorpora una metodología altamente flexible y personalizada, con un horario de funcionamiento diurno y vespertino, que incorpore la atención de 18 a 21 horas al menos tres días de la semana. Desarrollará actividades en terreno, incluyendo intervenciones con el usuario y/o familia en el domicilio y otras acciones en espacios comunitarios, según los requerimientos y diferencias presentadas por las personas en tratamiento. En la intervención directa con el usuario y su familia este plan incluye intervenciones motivacionales específicas que consideren el contexto obligado del tratamiento y el diagnóstico y permanente consideración de la variable criminológica. Se contempla la realización periódica de informes, comunicación telefónica frecuente, reuniones de coordinación y de análisis de casos con los Delegados de Gendarmería.

1. C Plan de Tratamiento Residencial Población General (PR PG)

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

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

1. D Plan de Tratamiento Residencial Específico Libertad Vigilada (PR LV)

Constituye un conjunto de intervenciones programadas para responder a las necesidades de personas con consumo problemático de alcohol o drogas y con un compromiso biopsicosocial moderado a severo, que presentan dificultades significativas para alcanzar logros terapéuticos en un programa de tratamiento ambulatorio.

Esta modalidad de atención está dirigida a personas con o sin co-morbilidad psiquiátrica, que no disponen de una red familiar, o bien su contexto familiar presenta importantes factores de riesgo que repercuten negativamente en su situación de consumo y de salud mental. Se contempla también el ingreso de aquellos usuarios que, presentan antecedentes de tratamiento ambulatorio con escaso o nulo avance en objetivos terapéuticos.

El plan residencial contempla cuidados de 24 horas al día en un ambiente terapéutico, incluyendo intervenciones individuales, grupales y familiares, pudiendo distribuir estas actividades en una jornada terapéutica de 5 a 8 horas de atención diaria, con una frecuencia variable de hasta 7 días de la semana. En la intervención directa con el usuario y su familia este plan incluye intervenciones motivacionales específicas que consideren el contexto obligado del tratamiento y el diagnóstico y permanente consideración de la variable criminológica. Se contempla la realización periódica de

informes, comunicación telefónica frecuente, reuniones de coordinación y de análisis de casos con los Delegados de Gendarmería.

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.**

Las líneas de servicio de la presente licitación incluyen las siguientes modalidades de planes de tratamiento:

- ***Planes de Tratamiento Modalidad Flexible:*** consiste en planes de uso priorizado para la atención de Población Específica Libertad Vigilada. En caso de no cumplir con la asignación mensual definida para la atención de esa población específica, el prestador podrá utilizar la capacidad de atención disponible a través de la ejecución planes de tratamiento de Población General.
Cada unidad de mes de plan se pagará con un valor diferenciado dependiendo de si se ha ejecutado un plan de tratamiento de Población General o de Población Específica Libertad Vigilada.
La presente licitación considera dos tipos de planes que operarán en la modalidad Flexible:
 - (1) Plan Flexible Ambulatorio Intensivo: Libertad Vigilada / Población General (PAI LV / PAI PG)
 - (2) Plan Flexible Residencial: Libertad Vigilada / Población General (PR LV / PR PG)
- ***Planes de Tratamiento Modalidad Fija:*** consistente en planes de tratamiento dirigidos a Población General cuya ejecución siempre será pagada con el precio correspondiente a planes de Población General.
La presente licitación considera un único tipo de plan que operará en la modalidad Fija:
 - (3) Plan de Tratamiento Fijo PR Población General (PR PG)

Los Planes Flexibles y Fijos contemplados en la presente licitación se describen a continuación:

- (1) **Plan Flexible Ambulatorio Intensivo Libertad Vigilada / Población General (PAI LV / PAI PG):** refiere a planes de tratamiento en modalidad ambulatoria intensiva dirigidos prioritariamente a Población Específica Libertad Vigilada. En caso de no cumplir con la asignación mensual definida para la atención de esa población específica, el prestador podrá utilizar la capacidad de atención ambulatoria disponible a través de la ejecución planes de tratamiento de Población General.

Por ejemplo, en una línea de servicio con una asignación mensual de 7 Planes Flexibles PAI LV / PAI PG, si en un mes calendario el prestador tiene una cobertura de 5 usuarios de Población Específica Libertad Vigilada, podrá utilizar la capacidad de atención disponible a través de la ejecución planes de tratamiento de Población General.

- (1) **Plan Flexible Residencial Libertad Vigilada / Población General (PR LV / PR PG):** refiere a planes de tratamiento en modalidad residencial dirigidos prioritariamente a Población Específica Libertad Vigilada. En caso de no cumplir con

la asignación mensual definida para esa población específica, el prestador podrá utilizar la capacidad de atención residencial disponible a través de la ejecución planes de tratamiento de Población General.

Por ejemplo, en una línea de servicio con una asignación mensual de 6 Planes Flexibles PR LV / PR PG, si en un mes calendario el prestador tiene una cobertura de 4 usuarios de Población Específica Libertad Vigilada, podrá utilizar la capacidad de atención disponible a través de la ejecución planes de tratamiento residenciales de Población General.

- (2) **Plan Fijo Residencial Población General (PR PG):** refiere a planes de tratamiento en modalidad residencial dirigidos a Población General.

Por ejemplo, en una línea de servicio con una asignación mensual de 6 Planes Fijos PR PG, en un mes calendario se espera la ejecución de 6 planes de tratamiento destinados a la atención de Población General.

Líneas de Servicio:

Para todos los efectos legales, esta licitación está compuesta por las 17 líneas de servicio que se definen del siguiente modo:

LS	Región	Localización del centro de tratamiento		(1) Plan Flexible PAI LV / PAI PG	(2) Plan Flexible PR LV / PR PG	(3) Plan Fijo PR PG
1	Arica Parinacota	comunal	Arica	84/7	36/3	120/10
2	Coquimbo	comunal	La Serena o Coquimbo	84/7	-	-
3	Valparaíso	comunal	Viña del Mar o Valparaíso	-	72/6	120/10
4	Valparaíso	comunal	Viña del Mar o Valparaíso	180/15	-	-
5	Valparaíso	comunal	Los Andes	84/7	-	-
6	Valparaíso	comunal	Quillota	84/7	-	-
7	Metropolitana	comunal	Puente Alto	180/15	60/5	60/5
8	Metropolitana	comunal	San Bernardo	-	84/7	-
9	Metropolitana	comunal	Pudahuel	120/10	-	-
10	Metropolitana	comunal	Conchalí	120/10	-	-
11	Metropolitana	comunal	Nuñoa	84/7	-	-
12	O'Higgins	comunal	Rancagua	-	72/6	168/14
13	O'Higgins	comunal	Rancagua	180/15	-	-
14	Biobío	comunal	Concepción, Penco o Talcahuano	-	48/4	-
15	Biobío	comunal	Concepción	192/16	-	-
16	Araucanía	comunal	Temuco	-	48/4	144/12
17	Araucanía	comunal	Temuco	180/15	-	-

Cada línea de servicio representa la cantidad de meses de planes de tratamiento, expresadas en total anual y mensual, que el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA, requiere contratar.

La columna "Localización del Centro de Tratamiento" representa el o los lugares físicos, en las provincias o comunas señaladas, donde se necesita se encuentre ubicados el o los centros de tratamiento. Se deja constancia que estas líneas de servicio fueron definidas de acuerdo a las siguientes variables:

- Distribución en el país de personas condenadas a libertad vigilada y libertad vigilada intensiva, de acuerdo a la estimación desarrollada por Gendarmería de Chile.
- Estimación de consumo problemático presente en esta población, de acuerdo a la estimación desarrollada por Gendarmería de Chile y SENDA.
- Número máximo de personas que facilita el adecuado desarrollo del programa y logro de objetivos terapéuticos en cada modalidad de tratamiento; de acuerdo a criterio de expertos.
- Accesibilidad física (geográfica) en relación a la ubicación de los Centros de Reinserción Social de Gendarmería de Chile.

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, SENDA, está dispuesto a destinar por cada unidad de mes de plan de tratamiento son los siguientes:

PLAN FLEXIBLE PAIVY PBLG	
Precio Plan Mensual \$270.989	

El precio de cada unidad de mes de plan se pagará del siguiente modo:

(1) Plan Flexible Ambulatorio Intensivo Libertad Vigilada / Población General (PAI LV / PAI PG):

Se ha definido que el mes de tratamiento ambulatorio intensivo dirigido a Población Específica Libertad Vigilada tendrá el valor de \$384.349. En caso de utilizar la capacidad de atención ambulatoria disponible a través de la ejecución de planes de tratamiento de Población General, la unidad de mes de tratamiento ambulatorio intensivo tendrá el valor de \$270.989

Por ejemplo, en una línea de servicio con una asignación mensual de 7 Planes Flexibles PAI LV / PAI PG, en un mes calendario un prestador alcanza una cobertura de: 5 usuarios de Población Específica Libertad Vigilada y 2 usuarios de Población General.

Plan Flexible PAI LV / PAI PG

Asignación mensual PAI LV / PAI PG	Ejecución mensual planes PAI LV	Ejecución mensual planes PAI PG	Presupuest o ejecución PAI LV	Presupuest o ejecución PAI PG	Total presupuesto o ejecutado
7 planes	5 planes	2 planes	\$ 1.921.745	\$ 541.978	\$ 2.463.723

Considerando la sumatoria de ejecución de planes PAI LV y PAI PG, el pago correspondiente a ese mes ascendería a un total de \$ 2.463.723.

(2) Plan Flexible Residencial Libertad Vigilada / Población General (PR LV / PR PG):

Se ha definido que el mes de tratamiento residencial dirigido a Población Específica Libertad Vigilada tendrá el valor de \$755.652. En caso de utilizar la capacidad de atención residencial disponible a través de la ejecución de planes de tratamiento de Población General, la unidad de mes de tratamiento residencial tendrá el valor de \$524.312

Por ejemplo: en una línea de servicio con una asignación mensual de 6 Planes Flexibles PR LV / PR PG, si en un mes calendario el prestador tiene una cobertura de: 4 usuarios de Población Específica Libertad Vigilada y 2 usuarios de Población General.

Plan Flexible PR LV / PR PG

Asignación mensual PR LV / PR PG	Ejecución mensual planes PR LV	Ejecución mensual planes PR PG	Presupuest o ejecución PR LV	Presupuest o ejecución PR PG	Total presupuesto o ejecutado
6 planes	4 planes	2 planes	\$ 3.022.608	\$ 1.048.624	\$ 4.071.232

Considerando la sumatoria de ejecución de planes PR LV y PR PG, el pago correspondiente a ese mes ascendería a \$ 4.071.232.

(3) Plan Fijo Residencial Población General (PR PG):

En este tipo de plan el valor del mes de tratamiento ejecutado tendrá un valor fijo, independiente de la población atendida. Se ha definido que el mes de tratamiento residencial para Población General tendrá el valor de \$524.312.

Por ejemplo, en una línea de servicio con una asignación mensual de 10 Planes Fijos PR PG, si en un mes calendario el prestador logra la cobertura de 10 usuarios de Población General, el pago correspondiente a ese mes ascendería a \$ \$ 5.243.120.

Plan Fijo PR PG

Asignación mensual PR PG	Ejecución mensual planes PR PG	Total presupuesto mensual ejecutado
10 planes	10 planes	\$ 5.243.120

Tope máximo de ejecución mensual por línea de servicio:

Para cada línea de servicio se ha establecido un monto denominado **TOPE MÁXIMO MENSUAL**, a pagar, correspondiente a la ejecución total del presupuesto asignado a cada

línea, si se logra tanto la cobertura esperada de Población Específica Libertad Vigilada como la cobertura de Población General.

El TOPE MÁXIMO MENSUAL corresponde al monto máximo válido para pago. Esto significa que SENDA podrá pagar mensualmente la ejecución igual o inferior al monto establecido como tope en cada línea de servicio.

En caso de no alcanzar la cobertura asignada de Población Específica Libertad Vigilada, el prestador podrá cubrir la diferencia mediante la ejecución de planes de Población General, siempre que el monto total de ejecución en ese mes no supere el TOPE MÁXIMO MENSUAL definido para esa línea.

Por ejemplo, en una línea con una asignación mensual de 7 Planes Flexibles PAI LV / PAI PG, el TOPE MÁXIMO MENSUAL ascendería a \$ 2.690.443.

a) si en un mes calendario el prestador alcanza una cobertura de 7 usuarios de Población Específica Libertad Vigilada, el prestador estaría ejecutando el presupuesto Tope Máximo Mensual y sería válido para pago en su totalidad.

Plan Flexible PAI LV / PAI PG

Asignación mensual PAI LV / PAI PG	Ejecución mensual planes PAI LV	Ejecución mensual planes PAI PG	Presupuesto mensual ejecutado PAI LV	Presupuesto mensual ejecutado PAI PG	Total presupuesto mensual ejecutado	Ejecución mensual válida para pago
7 planes	7 planes	-	\$ 2.690.443	\$ 0	\$ 2.690.443	\$ 2.690.443

b) si en un mes calendario el prestador alcanza una cobertura de 4 usuarios de Población Específica Libertad Vigilada y de 4 usuarios de Población General, en ese mes la sumatoria de ejecución de planes correspondería a un presupuesto de \$2.621.352. En ese caso, el presupuesto ejecutado sería inferior al Tope Máximo Mensual establecido para la línea de servicio y sería válido para pago en su totalidad.

Plan Flexible PAI LV / PAI PG

Asignación mensual PAI LV / PAI PG	Ejecución mensual planes PAI LV	Ejecución mensual planes PAI PG	Presupuesto mensual ejecutado PAI LV	Presupuesto mensual ejecutado PAI PG	Total presupuesto mensual ejecutado	Ejecución mensual válida para pago
7 planes	4 planes	4 planes	\$ 1.537.396	\$ 1.083.956	\$ 2.621.352	\$ 2.621.352

Como se observa en el ejemplo, en un Plan Modalidad Flexible, el prestador podrá ejecutar mensualmente una cantidad mayor de planes en relación a la asignación mensual establecida.

En el ejemplo, se estableció una asignación mensual de 7 planes flexibles PAI LV / PAI PG y en definitiva se ejecutaron 8 planes (4 PAI LV y 4 PAI PG)

Esto será posible siempre que el monto de la ejecución mensual no supere el Tope Máximo Mensual establecido para la línea de servicio.

c) si en un mes calendario el prestador alcanza una cobertura de 3 usuarios de Población Específica Libertad Vigilada y de 6 usuarios de Población General, en ese mes la sumatoria de ejecución de planes correspondería a un presupuesto de \$ 2.778.981.

El presupuesto mensual ejecutado sería superior al Tope Máximo Mensual establecido para la línea de servicio, de modo que no sería válido para pago en su totalidad.

En este caso, la ejecución válida para pago sería de \$2.507.992, correspondiente a una sumatoria de ejecución de planes de 3 usuarios de Población Específica Libertad Vigilada y 5 usuarios de Población General.

Plan Flexible PAI LV / PAI PG

Asignación mensual PAI LV / PAI PG	Ejecución mensual planes PAI LV	Ejecución mensual planes PAI PG	Presupuesto mensual ejecutado PAI LV	Presupuesto mensual ejecutado PAI PG	Total presupuesto mensual ejecutado	Ejecución mensual válida para pago
7 planes	3 planes	6 planes	\$ 1.153.047	\$ 1.625.934	\$ 2.778.981	\$ 2.507.992

A continuación se presentan el **TOPE MÁXIMO MENSUAL** de ejecución por línea de servicio:

LS	Región	(1) Plan Flexible PAI LV / PAI PG	(2) Plan Flexible PR LV / PR PG	(3) Plan Fijo PR PG	Tope Máximo Mensual
1	Arica Parinacota	84/7	36/3	120/10	\$ 10.200.519
2	Coquimbo	84/7	-	-	\$ 2.690.443
3	Valparaíso	-	72/6	120/10	\$ 9.777.032
4	Valparaíso	180/15	-	-	\$ 5.765.235
5	Valparaíso	84/7	-	-	\$ 2.690.443
6	Valparaíso	84/7	-	-	\$ 2.690.443
7	Metropolitana	180/15	60/5	60/5	\$ 12.165.055
8	Metropolitana	-	84/7	-	\$ 5.289.564
9	Metropolitana	120/10	-	-	\$ 3.843.490
10	Metropolitana	120/10	-	-	\$ 3.843.490
11	Metropolitana	84/7	-	-	\$ 2.690.443
12	O'Higgins	-	72/6	168/14	\$ 11.875.289
13	O'Higgins	180/15	-	-	\$ 5.765.235
14	Biobío	-	48/4	120/10	\$ 8.265.728
15	Biobío	192/16	-	-	\$ 6.191.564
16	Araucanía	-	48/4	144/12	\$ 9.374.352
17	Araucanía	180/15	-	-	\$ 5.765.235

Proceso de Ajuste

Sin perjuicio de lo anterior, el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, podrá efectuar un proceso de ajuste en el pago de los meses de planes de tratamiento contratados, pagando al adjudicatario los meses de planes de tratamiento que hubiere efectivamente realizado en el correspondiente período por sobre los máximos mensuales.

El pago en un periodo de ajuste podrá ser igual o inferior al monto MÁXIMO ACUMULADO DEL PERÍODO DE AJUSTE, que corresponde a la sumatoria de los TOPES MÁXIMOS MENSUALES de los meses comprendidos en el periodo. En ningún caso el pago de un periodo de ajuste podrá ser superior a ese monto.

Por ejemplo, en una línea de servicio con una asignación mensual de 7 Planes Flexibles PAI LV / PAI PG:

- el TOPE MÁXIMO MENSUAL ascendería a \$ 2.690.443
- el MÁXIMO ACUMULADO DEL PERÍODO DE AJUSTE del periodo junio a agosto ascendería a \$8.071.329, correspondiente a la suma de los TOPES MÁXIMOS MENSUALES de esos tres meses.

Si en un periodo de ajuste correspondiente a los meses de junio a agosto, el prestador ha registrado la siguiente ejecución:

Mes	Ejecución mensual planes PAI LV	Ejecución mensual planes PAI PG	Presupuest o ejecutado PAI LV	Presupuest o ejecutado PAI PG	Total presupuesto ejecutado	Ejecución válida para pago
Junio	2 planes	5 planes	\$ 768.698	1.354.945	\$ 2.123.643	\$ 2.123.643
Julio	3 planes	7 planes	1.153.047	1.896.923	\$ 3.049.970	\$ 2.690.443
Agosto	3 planes	6 planes	1.153.047	1.625.934	\$ 2.778.981	\$ 2.690.443
					\$ 7.952.594	\$ 7.504.529

El total del presupuesto ejecutado en el periodo junio a agosto (\$ 7.952.594) es inferior al MÁXIMO ACUMULADO DEL PERÍODO (\$8.071.329), de modo que en el proceso de ajuste SENDA podrá pagar todos los meses de planes de tratamiento efectivamente realizados en el periodo.

Para efectos de la presente licitación se contemplan los siguientes periodos de ajuste:

- Desde junio a agosto de 2015
- Desde septiembre a diciembre de 2015
- Desde enero a marzo de 2016
- Desde abril 2016 y hasta el último mes en convenio.

Los precios de cada unidad de mes de plan anteriormente indicado, serán reajustados en el mes de diciembre 2015. La cuantía de dicho reajuste será fijado en la fecha 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.

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, cuyos datos de contacto son los siguientes:

- Correo electrónico: licitacion_convenios@senda.gob.cl

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 y económica.

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

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 solicitar Certificado de idoneidad de ubicación geográfica a Oficina regional SENDA.	Hasta el día 20, corrido , siguiente a la fecha de publicación de las presentes bases en el portal www.mercadopublico.cl .
Plazo para presentar garantía de seriedad de la oferta	Hasta las 17:00 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.
Reunión Informativa	Dentro de 8 días corridos contados desde la fecha de publicación de las presentes bases de licitación.
Apertura de las ofertas	El día 20, corrido , siguiente a la fecha de la publicación de las presente bases, a las 15:01 horas.
Período de evaluación y adjudicación	Evaluación dentro de los 10 días hábiles posteriores a la apertura de las ofertas y la adjudicación dentro de los 30 días corridos posteriores al término del período de evaluación.
Consultas a la adjudicación.	5 días corridos contados desde la fecha de la notificación de la resolución que adjudica la presente propuesta pública.
De la inscripción en el registro de proveedores hábiles	Dentro de los 8 días hábiles siguientes a la fecha de la notificación de la resolución que adjudica la presente propuesta pública.
Presentación de antecedentes para la	Dentro de los 12 días hábiles siguientes a

suscripción del contrato	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 Alcohó (calle Agustinas N° 1235, piso 6, Santiago Centro), de lunes a jueves entre las 9:00 am y las 18:00 horas, y los días viernes de 09:00 a 17:00 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** 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 inadmisibles.

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 inadmisibles.

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 la 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° 6A**: modelo de declaración jurada simple de persona natural, y el **Anexo N° 6B**: 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. Certificado de Oficina regional SENDA sobre Idoneidad de ubicación del centro de tratamiento.

El Centro de Tratamiento deberá encontrarse localizado dentro del radio urbano de la respectiva zona geográfica y contar con acceso expedito a locomoción colectiva que facilite la coordinación frecuente con los Delegados de Gendarmería de Chile. Para efectos de la presente licitación se podrá considerar como acceso expedito a locomoción colectiva: el acceso asfaltado a un paradero de locomoción colectiva ubicado como máximo de 800 metros del centro de tratamiento, que permita la conexión con un servicio de transporte con una frecuencia mínima de tres servicios por hora.

Las entidades deberán solicitar un documento certificado al Gestor de Tratamiento de la oficina regional de SENDA correspondiente a la región donde se sitúa Centro, donde se establezca la dirección del dispositivo y se señale que éste cumple con las condiciones de accesibilidad requeridas para el funcionamiento del programa.

SENDA se encuentra facultado para visitar el lugar propuesto, a objeto de constatar que cumple con las características de ubicación requerida.

3. 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 período 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 mínima de 120 días hábiles 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 mínima de 120 días corridos desde la apertura de la oferta señalada en el portal www.mercadopublico.cl, la que debe señalar en su glosa que esta 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° 5B.

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 inadmisibles**. 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.

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, 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 sea revocada.
- La no inscripción en el registro de proveedores hábiles dentro del plazo establecido en el punto 8 de las presentes bases.



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 resolución que dé cuenta de la inadmisibilidad, salvo que reciban de cualquier forma en contra de la resolución respectiva. Asimismo, la devolución de garantías de seriedad a aquellos oferentes cuyas ofertas hayan sido desestimadas se devolverá en el plazo de **10 días hábiles** contados desde la resolución que adjudica la línea respectiva a la que postuló.

Considerando 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, la devolución de la garantía de seriedad, de la oferta a la segunda calificación más alta, será devuelta en el plazo de **31 días hábiles**, contados desde la notificación de la resolución que adjudica la línea de servicio respectiva.

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 ingresado 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 17:00 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 vigente que apruebe al centro de tratamiento respectivo para efectuar las prestaciones ofertadas, el que deberá estar ubicado físicamente en el área de localización señalada en la línea de servicios a la que se postula.

En aquellas líneas de servicio que comprenden **planes residenciales**, el **número de cupos autorizados en el referido documento debe ser igual o mayor a los requeridos en la línea respectiva.**

No se aceptarán Documentos de Autorización Sanitaria en trámite.

2. **Declaración Jurada de Infraestructura y Equipamiento:** Declaración jurada (anexo 9 de las presentes bases) firmada por el oferente.

3. Una copia del "**FORMULARIO DE PRESENTACIÓN DE PROPUESTA PARA LICITACIÓN Programa de Tratamiento y Rehabilitación Población General y Específica Libertad Vigilada**".

Este Formulario será el formato oficial de presentación de propuesta técnica en esta licitación y, en tal carácter es un documento Anexo a 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 ofertando.**

Se deja constancia que se deberá presentar un formulario por cada línea de servicio ofertada.

En el caso de aquellos oferentes que deseen postular a más de una línea de servicio, sus propuestas técnicas deberán cumplir, cada una por separado, los requisitos establecidos en las presentes bases de licitación, por lo que uno o más de los componentes de dichas propuestas no podrán ser utilizados para complementar otras, cuando ello perjudique el correcto y cabal cumplimiento de las obligaciones que emanan de dicha línea, haciendo incompatible la ejecución de los servicios licitados de esa línea de servicio, en relación a las demás ofertadas.

Por ejemplo, perjudica la correcta y cabal ejecución de los servicios licitados si los equipos profesionales presentados para la ejecución de las prestaciones incluidas en una línea de servicio, también ejecutan las prestaciones correspondientes a otra línea, en el mismo horario.

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

1. **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 salidas 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 mínima de 120 días corridos desde la apertura de la oferta señalada en el portal www.mercadopublico.cl. La oferta cuyo período de validez sea menor al requerido, será rechazada por este Servicio Nacional. Con todo, si el 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 mínima de 120 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 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, 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 remplazará.

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.

9.5 Consultas, aclaraciones y respuestas a las presentes bases, y reunión informativa.

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.

9.5.3 Reunión Informativa y Técnica

A fin de entregar una visión general e información sobre el proceso licitatorio, modo de asistir a una mejor formulación de las mismas, se realizará una reunión de carácter informativa y técnica en la ciudad de Santiago, de asistencia voluntaria, dentro del plazo de 8 días corridos contados desde la fecha de publicación de estas bases de licitación, en caso de ser día inhábil, la reunión informativa será realizada al siguiente día hábil.

La fecha, lugar de realización y hora exacta de dicha reunión serán informados en el portal www.mercadopublico.cl, en el ID que identifica la presente licitación, con a lo menos 2 días hábiles de anticipación.

Para tales efectos se habilitará el correo electrónico informativa_tecnica@senda.gob.cl cuyo único objeto será recibir las inscripciones y confirmación de asistencia a la referida reunión.

Solo podrá asistir una persona representando a cada oferente.



Se deja constancia que para la inscripción y confirmación de asistencia a la referida reunión, se deberá enviar un correo electrónico a la siguiente dirección: informativa_tecnica@senda.gob.cl indicando el nombre y Rut del asistente y la identificación de la Institución a la que representa, en su caso.

En caso que el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol no realice dicha reunión en la fecha señalada, se informará de ese hecho con un mínimo de 2 días hábiles de anticipación al cumplimiento del plazo indicado para su realización, por medio del portal www.mercadopublico.cl, oportunidad en la cual se informará la nueva fecha de realización de la misma.

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 que no presenten el Certificado de idoneidad de ubicación geográfica a Oficina regional SENDA.

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 en estas bases y los antecedentes que forman parte de la propuesta técnica.

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

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 quien 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. Además el Jefe de Fiscalización de SENDA, actuará como ministro de fe de la comisión.

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, dependientes del Ministerio de Salud.

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 11.5 de estas bases, antes de evaluar las ofertas, se 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 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.

Se deja expresa constancia que en el caso de aquellas ofertas relativas a líneas de servicios que comprenden planes residenciales, el número de cupos autorizados en el referido documento debe ser mayor o igual a aquellos comprendidos en la línea respectiva.

No serán evaluadas técnicamente, aquellas ofertas que no acompañen una autorización sanitaria 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:

El proceso de evaluación será interno y se realizará en una sola etapa. En esta etapa se evaluará la propuesta técnica presentada por cada oferente.

Se aplicarán puntajes con valores absolutos 1, 4 y 7, tanto para evaluar los criterios que esta etapa comprende, como para determinar la nota final.

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

Pauta de Evaluación

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 producto:

ITEM	SUB ITEM	Ponderación Subitem%	Ponderación Item%	
I	Experiencia del Oferente	a. Experiencia en la ejecución de programas de tratamiento en drogas y alcohol para población condenada a libertad vigilada y libertad vigilada intensiva	40%	
		b. Experiencia en la Ejecución de programas de tratamiento en drogas y alcohol	20%	
		c. Antecedentes contractuales previos del oferente con SENDA	40%	
II	Programa Terapéutico	a. Coherencia de la propuesta	30%	
		b. Especificidad de la propuesta.	30%	
		c. Ficha Clínica	20%	
		d. Protocolos y/o Procedimientos	20%	
II I	Recurso Humano	a. Presencia de Equipo multidisciplinario	20%	40%

	Disponible	b. Experiencia Director o Coordinador del programa en tratamiento de alcohol y drogas	10%	
		c. Experiencia del RRHH en tratamiento de alcohol y drogas	25%	
		d. Experiencia del RRHH en tratamiento y/o intervención con población con infracción de ley.	25%	
		e. Organización del RRHH	15%	
		f. Programa de Autocuidado	5%	
V	Condiciones de Empleo y Remuneración			5%
Total				100%

I. Experiencia del Oferente

- a. **Experiencia del oferente en la ejecución de programas o proyectos de tratamiento en drogas y alcohol específicos para la atención de población condenada a libertad vigilada.** Se considera información de registros de SENDA Nacional.

Experiencia	Puntaje
Experiencia igual o superior a 1 año en ejecución de programas o proyectos de tratamiento en drogas y alcohol para personas condenadas a libertad vigilada	7
Experiencia inferior a 1 año en ejecución de programas o proyectos de tratamiento en drogas y alcohol para personas condenadas a libertad vigilada	4
Sin experiencia en ejecución de programas o proyectos de tratamiento en drogas y alcohol para personas condenadas a libertad vigilada	1

- b. **Experiencia del oferente en la ejecución de programas o proyectos de tratamiento en drogas y alcohol.** Se considera información de Currículo Institucional, experiencia en años cumplidos en tratamiento de alcohol y drogas, siendo válida experiencia en programas de tratamiento dirigidos a población adulta y/o adolescente.

Experiencia	Puntaje
Experiencia igual o superior a 3 años en ejecución de programas o proyectos de tratamiento en drogas y alcohol.	7
Experiencia inferior a 3 años y superior a 1 año en ejecución de programas o proyectos de tratamiento en drogas y alcohol	5
Experiencia igual o inferior a un año en ejecución de programas o proyectos de tratamiento en drogas y alcohol	3
Sin experiencia en ejecución de programas o proyectos de tratamiento en drogas y alcohol	1

- c. **Antecedentes contractuales previos del oferente con SENDA.** Se considera información de registros de SENDA Nacional.

En los últimos 3 años, el oferente ha suscrito convenio(s) con SENDA (2012-2014) y no se ha debido dar término 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.	7
En los últimos 3 años, el oferente ha suscrito convenio(s) previo(s) con SENDA años(2012-2014), sin término anticipado y al menos por uno de ellos se le ha cobrado alguna multa relacionada a incumplimiento contractual por parte del oferente.	4
En los últimos tres años, el oferente ha suscrito convenio(s) previo(s) con SENDA (2012-2014) y al menos a uno se le ha debido dar término anticipado, por incumplimiento contractual del oferente.	1

II. Programa Terapéutico

- a. **Coherencia de la propuesta.** Se considera coherencia interna entre los componentes de la propuesta y su coherencia en relación a las bases técnicas de la presente licitación, considerando: "Norma y Orientaciones Técnicas de los Planes de Tratamiento y Rehabilitación para Personas con Problemas Derivados del Consumo de Drogas y Alcohol" y "Especificaciones Técnicas para el Tratamiento de Población Condenada a Libertad Vigilada" y el "Protocolo de Derivación e Ingreso a Tratamiento"(Gendamería, MINSAL, SENDA)

El programa terapéutico es totalmente coherente si los 5 elementos que lo componen son coherentes, entre sí y en relación a las bases técnicas: 1. Marco conceptual 2. Metodología 3. Objetivos 4. Instrumentos 5. Protocolos	7
El programa terapéutico es medianamente coherente si sólo 1 de los siguientes elementos NO es coherente con las bases técnicas o con otros elementos de la misma propuesta: 1. Marco conceptual 2. Metodología 3. Objetivos 4. Instrumentos 5. Protocolos	5
Se considera que la coherencia del programa terapéutico es minima si 2 de los siguientes elementos NO son coherentes con las bases técnicas o con otros elementos de la misma propuesta: 1. Marco conceptual 2. Metodología 3. Objetivos 4. Instrumentos 5. Protocolos	3
	1

<p>Se considera que el programa terapéutico no es coherente si 3 o más de los elementos que lo componen NO resultan coherentes con las bases técnicas o con otros elementos de la misma propuesta</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Marco conceptual 2. Metodología 3. Objetivos 4. Instrumentos 5. Protocolos 	
--	--

- b. **Especificidad de la propuesta.** Se considera incorporación de aspectos específicos en el Marco Conceptual y en la Metodología que refieran al tratamiento con población condenada a Libertad Vigilada.

Criterios	Puntaje
La propuesta metodológica y el marco conceptual del programa integran elementos específicos y pertinentes a la población condenada a Libertad vigilada, en relación a lo establecido en las bases técnicas.	7
La propuesta metodológica o el marco conceptual del programa integran elementos específicos y pertinentes a la población condenada a Libertad vigilada, en relación a lo establecido en las bases técnicas.	4
La propuesta es inespecífica tanto en el marco conceptual como en la metodología, en relación a lo establecido en las bases técnicas.	1

c. Ficha Clínica

Los aspectos solicitados en la Ficha Clínica deben ser adecuados para población general y considerar la particularidad de la población condenada a libertad vigilada, presentado documentos diferenciados cuando sea requerido:

Criterios	Puntaje
<p>Se asignará este puntaje a las propuestas técnicas que cumplan con lo establecido en las bases y presenten los 3 elementos señalados a continuación:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ficha con antecedentes y diagnóstico integral que debe considerar las dimensiones indicadas en "Norma y Orientaciones Técnicas de los Planes de Tratamiento y Rehabilitación para Personas con Problemas Derivados del Consumo de Drogas y Alcohol" 2. Formatos de Consentimiento Informado diferenciado para población general y población condenada a Libertad vigilada, de acuerdo a "Norma y Orientaciones Técnicas de los Planes de Tratamiento y Rehabilitación para Personas con Problemas Derivados del Consumo de Drogas y Alcohol" y, a "Especificaciones Técnicas para el Tratamiento de Población Condenada a Libertad Vigilada" y el "Protocolo de Derivación e Ingreso a Tratamiento"(Gendamería, MINSAL, SENDA) 3. Formato de Plan de Tratamiento Individualizado y de su Evaluación periódica, de acuerdo a "Norma y Orientaciones Técnicas de los Planes de Tratamiento y Rehabilitación para Personas con Problemas Derivados del Consumo de Drogas y Alcohol" 	7

Se asignará este puntaje a las Fichas Clínicas que presenten los 3 elementos señalados pero que 1 de estos elementos no incluya todos los requerimientos señalados en las bases	4
Se asignará este puntaje a las propuestas técnicas que no presente alguno de los 3 elementos señalados o bien que 2 o más elementos no cumplan con todos los requerimientos señalados en las bases.	1

d.- Protocolos y/o Procedimientos (10%).

Si la propuesta técnica presenta los siguientes protocolos en consistencia a las bases y explicando claramente la secuencia de acciones, responsables y plazos: 1. Protocolo de coordinación con Gendarmería para la intervención con usuarios en tratamiento 2. Protocolo de Rescate, considerando rol de Gendarmería en el caso de Población Específica Libertad Vigilada.	7
Si la propuesta técnica presenta los 2 protocolos solicitados, pero uno de estos es inconsistente con las bases o se presenta incompleto.	4
Si la propuesta técnica NO presenta alguno de los 2 protocolos solicitados, o bien ambos protocolos tienen inconsistencias con las bases o se presentan incompletos.	1

iii. Recurso Humano Disponible

a. Presencia de Equipo multidisciplinario. Sólo se considerará CV con compromiso firmado y certificado de título (y de especialidad en el caso de médico psiquiatra)

El programa cumple totalmente con un equipo multidisciplinario. Se asignará este puntaje a los oferentes cuyas propuestas consideren: - Médico psiquiatra, - Psicólogo, - Trabajador Social, - Técnico en Rehabilitación, Técnico Paramédico, y/o Técnico Psicoeducador y/o Técnico con Formación en Intervención Psicosocial y/o Salud Mental - Terapeuta Ocupacional o Enfermera	7
El programa cumple parcialmente con un equipo multidisciplinario. Se asignará este puntaje a los oferentes cuyas propuestas Incluyan: - Psicólogo, - Trabajador Social - Técnico en Rehabilitación y/o Técnico Paramédico y/o Técnico Psicosocial y/o Técnico con Formación en Intervención Psicosocial y/o Salud Mental - Terapeuta Ocupacional o Enfermera - No presenten Médico psiquiatra, pero si presenten Médico General o Familiar.	5

El programa cumple parcialmente con un equipo multidisciplinario. Se asignará este puntaje a los oferentes cuyas propuestas incluyan:	3
El programa no cumple con un equipo multidisciplinario. Se asignará este puntaje a las propuestas que no cumplan con los criterios suficientes para la asignación de los puntajes 3, 5 ni 7	1

- b. Experiencia Director del Centro en tratamiento de alcohol y drogas. Sólo se considerará experiencia indicada en meses y años en CV firmado y a partir de la fecha de titulación (o fecha de validación de título en caso de extranjeros)

Detalles	Puntaje
El Director del Centro tiene experiencia igual o superior a 4 años en tratamiento del consumo de sustancias	7
El Director del Centro tiene experiencia menor a 4 años y mayor o igual a 2 años en tratamiento del consumo de sustancias	4
El Director del Centro tiene experiencia inferior a 2 años en tratamiento del consumo de sustancias	1

- c. Experiencia del RRHH en tratamiento de alcohol y drogas. Sólo se considerará experiencia indicada en meses y años en CV firmado y a partir de la fecha de titulación (o fecha de validación de título en caso de extranjeros)

Líneas de Servicio: N° 3,7,8,12 y 14

Detalles	Puntaje
Al menos el 80% del equipo cuenta con experiencia igual o superior a 3 años cumplidos de trabajo en programas de tratamiento en consumo problemático de sustancias	7
Al menos el 60% del equipo cuenta con experiencia igual o superior a 3 años cumplidos de trabajo en programas de tratamiento en consumo problemático de sustancias	5
Al menos el 40% del equipo cuenta con experiencia igual o superior a 3 años cumplidos de trabajo en programas de tratamiento en consumo problemático de sustancias	3
Menos del 40% del equipo cuenta con experiencia igual o superior de 3 años cumplidos de trabajo en programas de tratamiento en consumo problemático de sustancias	1

Líneas de Servicio: N° 1, 2, 4, 5, 6, 9, 10, 11, 13, 15, 16 y 17

Detalles	Puntaje
----------	---------



Al menos el 70% del equipo cuenta con experiencia igual o superior a 3 años cumplidos de trabajo en programas de tratamiento en consumo problemático de sustancias	7
Al menos el 50% del equipo cuenta con experiencia igual o superior a 3 años cumplidos de trabajo en programas de tratamiento en consumo problemático de sustancias	5
Al menos el 30% del equipo cuenta con experiencia igual o superior a 3 años cumplidos de trabajo en programas de tratamiento en consumo problemático de sustancias	3
Menos del 30% del equipo cuenta con experiencia igual o superior de 3 años cumplidos de trabajo en programas de tratamiento en consumo problemático de sustancias	1

- d. Experiencia del RRHH en tratamiento o intervención con población con infracción de ley. Sólo se considerará experiencia indicada en meses y años en CV firmado a partir de la fecha de titulación (o fecha de validación de título en caso de extranjeros)

Criterios	
Al menos el 60% del equipo cuenta con experiencia igual o superior a 2 años cumplidos de trabajo en tratamiento o intervención dirigida a población con infracción de ley.	7
Al menos el 40% del equipo cuenta con experiencia igual o superior de 2 años cumplidos de trabajo en tratamiento o intervención dirigida a población con infracción de ley.	4
Menos del 40% del equipo cuenta con experiencia igual o superior de 2 años cumplidos de trabajo en tratamiento o intervención dirigida a población con infracción de ley.	1

- e. Organización del RRHH

Criterios	
La organización del equipo, en términos de profesiones y horas de trabajo responde a los requerimientos para desarrollar adecuadamente el programa terapéutico al que postula. Se asignará este puntaje a los oferentes cuyas propuestas consideren la relación horas semanales integrantes del equipo suficiente v/s N° de usuarios, igual o superior a la estimación definida en las bases.	7
La organización del equipo, en términos de profesiones y horas de trabajo no responde a los requerimientos para desarrollar adecuadamente el programa terapéutico al que postula. Se asignará este puntaje a los oferentes cuyas propuestas consideren la relación horas semanales integrantes del equipo suficiente v/s N° de usuarios, inferior a la estimación definida en las bases.	1

Estimación de horas profesionales mínimas requeridas por línea de servicio

LS	Región	HORAS SEMANALES MINIMAS REQUERIDAS			
		médico psiquiatra, general o familiar	psicólogo + trabajador social	otro profesional	técnico
1	Arica Parinacota	10	132	32	176
2	Coquimbo	4	50	14	22
3	Valparaíso	6	110	30	33
4	Valparaíso	7	116	22	176
5	Valparaíso	4	50	14	22
6	Valparaíso	4	50	14	22
7	Metropolitana	11	176	44	220
8	Metropolitana	7	110	33	176
9	Metropolitana	5	80	22	30
10	Metropolitana	5	80	22	30
11	Metropolitana	4	50	14	22
12	O'Higgins	8	132	44	176
13	O'Higgins	6	110	30	33
14	Biobío	5	88	16	176
15	Biobío	6	110	30	33
16	Araucanía	7	110	44	176
17	Araucanía	6	110	30	33



f. Programa de Autocuidado (5%)

Descripción	Puntaje
El oferente cuenta con Programa de autocuidado que contempla la totalidad los siguientes ámbitos: - Desarrollo de estrategias dirigidas a 3 dimensiones: persona del terapeuta, equipo y organización - Objetivos - Sesiones estructuradas en el período de 1 año distintas a actividades recreativas - Que contemple alguna actividad recreativa	7
El oferente cuenta con un programa de autocuidado estructurado, pero no considera la totalidad de los ámbitos planteados anteriormente.	4
El oferente no cuenta con programa de autocuidado	1

IV. CONDICIONES DE EMPLEO Y REMUNERACIÓN (5%)

Oferentes	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.	7
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.	4
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 suma de las ponderaciones 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 evaluación y Adjudicación

La Evaluación se realizará dentro de los **10 días hábiles** posteriores a la apertura de las ofertas. Por su parte 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 **30 días corridos** 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 2015 y 2016, en su caso, 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 producto 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 **“Experiencia del RRHH en tratamiento de alcohol y drogas letra c) del ítem III “Recursos Humanos disponible”**.

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 **“Experiencia del RRHH en tratamiento y/o intervención con población con infracción de ley”, letra d) del ítem III “Recursos Humanos disponible”**.

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 **“Experiencia del oferente”, que corresponde al ítem I de la evaluación**.

4.- Si luego de aplicar el criterio precedente se mantuviere el empate, éste se resolverá a favor de aquel oferente que hubiere obtenido la más alta calificación en el criterio de evaluación de la propuesta técnica denominado **“Especificidad de la propuesta” letra b del ítem II “Programa Terapéutico”**.

5.- Si luego de aplicar el criterio precedente se mantuviere el empate, éste se resolverá a favor de aquel oferente que hubiere obtenido la más alta calificación en el criterio de evaluación de la propuesta técnica denominado **“Coherencia de la propuesta” letra a del ítem II “Programa Terapéutico”**.

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 **“Presencia de equipo multidisciplinario”, que integra el ítem III, letra a, de la evaluación**.

7.- 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 **“Ficha Clínica” que corresponde a la letra c del ítem III “Programa Terapéutico”**.

8.- 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 **“Recurso Humano Disponible”, que corresponde al ítem III de la evaluación**.

9.- 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 **“Protocolos y/o Procedimientos”, que corresponde a la letra d del ítem III “Programa Terapéutico”**.

10.- 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, SENDA, decidirá fundadamente a favor de quien se resuelve el empate.

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.

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 la presente licitación.

Con todo, sólo se aceptarán consultas a la adjudicación dentro de los **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 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 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 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 Nº 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 Nº 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 aquellos 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 12 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°7A** en caso de Persona Natural y **Anexo N°7B** 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°7C**.

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

(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° 8A: 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° 8B: 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° 8B: 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.

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, señalado en el número 13.2, 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, depósito a la vista o vale vista, a objeto de avalar el fiel y oportuno cumplimiento de las obligaciones contractuales, con una vigencia que exceda en, al menos, 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 señalar su equivalente en pesos chilenos**, calculado al día de su emisión.

La garantía de fiel y oportuno cumplimiento de contrato será pagadera a la vista, con carácter de irrevocable y formada 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 originar 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° 5C.

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 garantía:	Boleta Bancaria de Garantía, Depósito a la vista, Vale Vista, o Póliza de Seguro.
De quién es:	"Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA, RUT N° 61.980.170-9."
Vigencia mínima:	Vigencia mínima de 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.
Moneda:	Pesos chilenos (En el caso en que la garantía sea una póliza de seguro y esté expresada en Unidades de Fomento, ésta debe señalar su equivalente en pesos chilenos, calculado al día de su emisión)
Objeto:	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

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.

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 declara que 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 31 de mayo de 2016. 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

Los contratistas deberán realizar los meses de planes de tratamiento y rehabilitación ofertados de acuerdo a la distribución que se indique en el contrato.

Los contratistas proporcionarán a los beneficiarios, todas y cualquiera de las prestaciones que incluye el plan de tratamiento adjudicado, sin exigir al usuario 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 se requiera la realización de prestaciones no cubiertas en estas bases, la persona en tratamiento deberá ser derivada mediante interconsulta a un establecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud, 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 este convenio.

Para cumplir con la integralidad y la flexibilidad que requiere la intervención en el tratamiento del consumo problemático de sustancias, las entidades prestadoras deberán ser partícipes 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 y/o de salud mental u otras análogas o similares, 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 resolutivez 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.

Dadas las exigencias y la 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 las personas adultas que acceden a este Programa. La intervención es de carácter especializado por lo que el equipo de profesionales debe tener formación, experiencia y características personales adecuadas a la intervención que se requiere y al perfil de los consultantes, razón por la cual deberá estarse a lo previsto en el número 9.4 de las presentes bases de licitación.

En razón de lo anterior, la selección del recurso humano en cada uno de los programas terapéuticos debe considerar las variables como experiencia en tratamiento en adicciones, enfoque de género y asociación delito-droga.

Por otro lado, la intervención requiere de una coordinación interna del equipo que permita un efectivo trabajo interdisciplinario que no fragmente la intervención, sino que permita la integración de los aspectos que el equipo técnico evalúa como esenciales en la intervención. El equipo debe promover la interdisciplinariedad y la integralidad de la intervención a través de la incorporación de profesionales de las distintas disciplinas (psiquiatría, psicología, enfermería, trabajo social, terapia ocupacional, técnicos, entre otros).

Para resguardar la estabilidad del equipo terapéutico se requieren prácticas laborales que favorezcan la estabilidad del recurso humano disponible, aspecto que irá en directo beneficio del desarrollo del vínculo terapéutico con las personas usuarias, fundamental en los procesos y resultados terapéuticos.

Finalmente, en lo relativo al tratamiento de población específica condenada a libertad vigilada y libertad vigilada intensiva, se debe tener especial atención a los requerimientos de coordinación con los delegados de los CRS correspondientes a la zona de implementación del programa de tratamiento. El equipo debe desarrollar un trabajo sistemático y que respete los procedimientos y aspectos formales, respetando el Protocolo Interinstitucional definido entre Ministerio de Salud, el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol y Gendarmería de Chile, así como también otros protocolos y acuerdos definidos a nivel regional.

13.8 Otras obligaciones

1. El o los adjudicatarios, deberán permitir la instalación en dependencias del Centro respectivo una placa identificadora que sociabilice la circunstancia de que en él se prestan planes de tratamiento con el financiamiento del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol y del Gobierno de Chile, el que será entregado al oferente adjudicado.

La placa identificatoria, se elaborará por SENDA, de acuerdo al diseño propuesto y visado por la Unidad de Imagen del Ministerio del Interior, el que se hará llegar por la contraparte técnica al adjudicatario de la presente licitación.

2. Será necesario que los soportes gráficos, publicitarios y de difusión de cualquier clase del Centro en cuestión, que se relacione con las líneas adjudicadas, grafiquen -de igual forma- el rol y apoyo de SENDA, mediante la inclusión de su logo institucional y, cuando corresponda, la frase "Este programa de Tratamiento cuenta con el apoyo técnico y financiamiento de SENDA, Gobierno de Chile".

Todo formato de logos e imágenes serán entregadas por la contraparte técnica al adjudicatario.

3. Los Centros de Tratamiento que cuenten con el apoyo Técnico – Financiero del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA), además de disponer de un libro de reclamos, felicitaciones y sugerencias, deberán contar con un buzón destinado a la recepción de denuncias y solicitudes de los usuarios para su revisión por parte de la Unidad de Fiscalización de SENDA. El adjudicatario de la presente licitación tendrá dentro de sus obligaciones permitir la instalación de un buzón por parte de SENDA, comprometiéndose a su mantención.

13.9 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, por mes de plan de tratamiento adjudicado y contratado, según la línea de servicio, efectivamente otorgado.

- a. Planes Ambulatorio Intensivo Población General y Residencial Población General (PAI PG y PR PG): Se entenderá por mes de plan de tratamiento y rehabilitación efectivamente otorgado, cuando se cumpla la condición de persona beneficiaria del D.F.L. N° 1, Libro II, de 2005 del Ministerio de Salud, y tenga registro mensual en el Sistema de Gestión de Tratamiento (SISTRAT), de las mencionadas prestaciones en el documento: "Norma y Orientaciones Técnicas de los Planes de Tratamiento y Rehabilitación para Personas Adultas con Problemas Derivados del Consumo de Drogas y Alcohol", establecido para

cada uno de los planes de tratamiento y rehabilitación definidos por el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, conjuntamente con el Ministerio de Salud.

- b. Planes Ambulatorio Intensivo Específico Libertad Vigilada y Residencial Específico Libertad Vigilada (PAI LV y PR LV): Se entenderá por mes de plan de tratamiento y rehabilitación efectivamente otorgado, cuando se cumpla la condición de persona derivada por Delegado de Gendarmería de Chile, según registro SISTRAT- CRS, y tenga registro mensual en el Sistema de Gestión de Tratamiento (SISTRAT), de las mencionadas prestaciones en el documento: "Norma y Orientaciones Técnicas de los Planes de Tratamiento y Rehabilitación para Personas Adultas con Problemas Derivados del Consumo de Drogas y Alcohol", establecido para cada uno de los planes de tratamiento y rehabilitación definidos por el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, conjuntamente con el Ministerio de Salud.

Con todo, el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, pagará a los adjudicatarios los planes efectivamente otorgados, considerando la modalidad flexible de las líneas de servicio y de acuerdo a lo que se señale en el contrato. Para estos efectos, este Servicio podrá efectuar mensualmente un ajuste en la asignación de planes de población general (PG) y población específica libertad vigilada (LV) a pagar, siempre respetando los topes máximo adjudicados, según cada línea de servicio, señalados en el punto 3.1 de las presentes bases.

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 20 días 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 de estas bases, este Servicio Público realizará, cada tres meses 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.

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 correspondiente, 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 el año 2016.

14. De la Supervisión de los Servicios

14.1 De la supervisión administrativa

- a. En el caso de la atención de Población general, 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 y de la calidad previsional de la persona atendida.

Para ello, el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol verificará la condición de beneficiarias de las personas en tratamiento que hayan sido informadas mediante el Sistema de Información y Gestión de Tratamiento (SISTRAT), descontando las prestaciones o tratamientos realizados a personas que no sean

beneficiarios del D.F.L. N° 1, Libro II, de 2005 del Ministerio de Salud. En este sentido, el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, en ningún caso financiará atenciones a personas que no sean beneficiarios del Sistema Público de Salud.

- b. En el caso de población condenada a Libertad vigilada, el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol verificará la condición de persona derivada por Delegado de Gendarmería de Chile según registro SISTRAT- CRS, pudiendo descontar las prestaciones o tratamientos realizados a personas que no sean condenadas a Libertad Vigilada o libertad vigilada intensiva.

Esta supervisión tendrá como objetivo cautelar la adecuada ejecución de los servicios contratados, a través de un correcto manejo o utilización de los recursos entregados, a fin de proveer a los beneficiarios de los programas 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. Para ello el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol podrá contar con la colaboración técnica del Ministerio de Salud, a través de los Servicios de salud y Secretarías Regionales Ministeriales respectivas, en adelante "SEREMIS".

Lo señalado precedentemente es sin perjuicio de las facultades de supervisión y fiscalización que le competen al Ministerio de Salud en su rol de autoridad sanitaria y gestores de red, a través de las respectivas SEREMIS y los servicios de salud.

El Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, pondrá a disposición del adjudicatario la información o contactos con profesionales y técnicos que resulten relevantes para la correcta ejecución de las actividades contratadas.

Los adjudicatarios 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, se podrán realizar visitas, no programadas, sin aviso previo.

14.3. Supervisiones Generales

El Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, 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. En estas supervisiones generales podrá este Servicio realizar supervisiones técnicas, financieras 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 que 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, con un plazo máximo de ingreso hasta el penúltimo día hábil del mes en que se ejecutaron las prestaciones.

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.

14.5 De la coordinación con el Ministerio de Salud

El Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, en atención a las competencias propias del Ministerio de Salud en tanto autoridad sanitaria, cuidará coordinar la supervisión, asesoría y evaluación técnica de los servicios licitados con dicha Cartera. En este contexto, y para la ejecución de las supervisiones, asesorías y evaluaciones de que tratan los números 14.1 y 14.2 de estas bases, este Servicio Público celebrará convenios con la referida Cartera de Estado. Asimismo en las materias de orientaciones, asesorías, colaboración técnica y formas coordinadas de supervisión y evaluación, tanto administrativa como técnica, los que serán parte integrante de los convenios celebrados con los adjudicatarios, los que no podrán desnaturalizar los servicios contratados.

15. Del término parcial o total del contrato

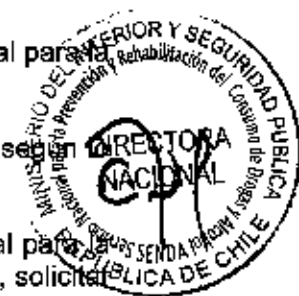
El Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación para el Consumo de Drogas y Alcohol podrá poner término total o parcial al contrato, por acto administrativo fundado, en el evento que acaeciere alguna de las siguientes circunstancias:

- 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 interfirieran 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 dos 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) no presentar nueva garantía de fiel y oportuno cumplimiento de contrato, según lo establecido en el punto 17.1 letra e) de las presentes bases

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 alguna de 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 resolución, 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 esa fecha.

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, o en el representante legal, en la dirección de funcionamiento con resolución sanitaria vigente, renovación o modificaciones en la resolución sanitaria, o cualquier dato o hecho relevante para la ejecución del servicio: **5 Unidades de Fomento**.
- (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 despachada la carta por Correo.

- 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 paga directamente la multa, el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol estará facultado para deducir, a su arbitrio, del valor de cualquiera de los pagos que corresponda efectuar, a 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, los mismos términos señalados en el número 13.3 de las presentes bases y el SENDA restituirá el saldo si lo hubiere. La no presentación de la nueva garantía, será causal de término anticipado del contrato.

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.

Se ha establecido un período en que el Servicio evaluará el nivel de ejecución de los meses de planes de tratamiento respectivos de cada plan, que se efectuará en el mes de septiembre de 2015.

Si un contratista al 30 de septiembre del año 2015, 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 mayo a septiembre del año 2015, 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 2015 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 último trimestre del año en curso, es decir, desde octubre a diciembre del año 2015, 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 mayo a septiembre del año 2015, 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 2015, 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 septiembre de 2015 por todo el período de vigencia del convenio.

Reasignaciones extraordinarias

El Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, excepcional y fundadamente podrá evaluar en períodos distintos al señalado 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 el año 2016 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

Las especificaciones técnicas del servicio que se licita se encuentran incorporadas en los documentos:

1. "Norma y Orientaciones Técnicas de los Planes de Tratamiento y Rehabilitación para Personas con Problemas Derivados del Consumo de Drogas y Alcohol", y sus anexos, 2015
2. "Especificaciones Técnicas para el Tratamiento de Población Condenada a Libertad Vigilada" 2015
3. "Protocolo de Derivación e Ingreso a Tratamiento"(Gendarmería, MINSAL, SENDA) y sus anexos 2015

Todos estos documentos tienen la calidad de anexo de las presentes Bases y se pondrán a disposición de los interesados junto a las mismas en la plataforma del portal www.mercadopublico.cl.

En caso que la autoridad sanitaria imponga otras condiciones conforme a las cuales deban desarrollarse los meses de planes de tratamiento contratados, el Servicio Nacional para la prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, podrá convenir con los adjudicatarios la modificación de los términos del convenio celebrado a efecto de adecuarse a lo dispuesto por tal autoridad en el ejercicio de sus competencias.

ANEXOS DE LAS PRESENTES BASES DE LICITACIÓN: Los siguientes documentos son los anexos de las presentes bases de licitación.

ANEXO 1

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

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

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

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

A. PLANES DE TRATAMIENTO Y REHABILITACION PARA POBLACION GENERAL.

1. PLAN DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN AMBULATORIO BÁSICO

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

Los objetivos terapéuticos del Plan Ambulatorio Básico son los siguientes:

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

Centros para su implementación:

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

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

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

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

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

Etapas del Plan: Se sugiere distinguir cuatro etapas en el desarrollo del plan de tratamiento y rehabilitación, para el logro progresivo de los objetivos terapéuticos

específicos definidos en el plan de intervención individual. Para cada etapa se define una duración estimada.

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

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

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

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

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

2. PLAN DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN AMBULATORIO INTENSIVO

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

Los objetivos terapéuticos del Plan Ambulatorio Intensivo son los siguientes:

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

Centros para su implementación

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

- **Comunidades Terapéuticas Ambulatorias**, debidamente autorizadas por la autoridad sanitaria regional, con infraestructura necesaria que garantice el desarrollo adecuado de las intervenciones individuales, familiares y grupales tanto en superficie como en lugares de espera, descanso y recreación, con espacios que permitan la atención simultánea de hombres y mujeres, si el programa es mixto, con vías de escape, iluminación, ventilación, privacidad y climatización.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

terapéuticos logrados, ofreciendo estrategias de apoyo en el caso de presentarse dificultades.

3. PLAN DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN RESIDENCIAL

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

Los objetivos terapéuticos del Plan Residencial son los siguientes:

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

Centros para su implementación:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Categorías Diagnósticas

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

Consumo Perjudicial:

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

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

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

Dependencia:

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

¹ En el caso del alcohol, en Chile utilizamos con fines de tamizaje o detección precoz, la categoría "Beber Problema" que coincide y amplifica la categoría de consumo nocivo de la CIE 10. Incluye la presencia de problemas de salud, más problemas familiares, económicos, laborales, con la justicia y cualquier otro que sea atribuible a la modalidad o patrón de ingestión de alcohol. Durante varios años se ha utilizado la Escala Breve de Beber Anormal (EBBA) para detectar consumo perjudicial y/o de dependencia al alcohol. Hoy se utiliza el Cuestionario de Autodiagnóstico sobre riesgos en el uso del alcohol (AUDIT).

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

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

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

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

Clasificación CIE 10

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

Clasificación DSM-IV

- Trastornos del estado de ánimo
- Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos
- Trastornos de ansiedad
- Trastornos de la personalidad
- Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos
- Trastornos de la conducta alimentaria
- Trastornos disociativos
- Trastornos somatomorfos
- Trastornos sexuales y de la identidad sexual
- Trastornos facticios
- Trastornos del sueño
- Trastornos adaptativos
- Trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados

- Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia
- Trastornos mentales debidos a enfermedad médica
- En estudio

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

- Hepatitis alcohólica subaguda
- Hepatitis crónica
- Enfermedades somáticas
- Hepatitis B, C, D
- ETS
- VIH - SIDA
- Otras Enfermedades o Condiciones de Riesgo Vital
- Infecciosas relacionadas con uso de sustancias
- Traumatismos y secuelas secundarios
- Otras enfermedades o condiciones Físicas Limitantes
- Patología de la gestión y del niño intrauterino
- Anemia: megaloblástica y ferropénica
- Cardiopatías: miocardiopatía dilatada por OH, arritmias, HTA
- Patología Bucal
- En estudio

4.- Otros problemas de salud mental

- Violencia Intrafamiliar
- Abuso Sexual
- Maltrato Infantil
- Explotación sexual comercial
- otros

Compromiso biopsicosocial: Se refiere a una apreciación de la magnitud de los efectos o consecuencias negativas del consumo de sustancias en las distintas áreas de la vida de las personas que consumen sustancias, y de su entorno.

A continuación se presenta una tabla que consta de 14 variables, que permite, apreciar el grado y complejidad del compromiso biopsicosocial, el cual no es susceptible de una puntuación cuantitativa. Más bien, en cada caso, se deberá considerar y decidir si la situación o condición que presenta la persona, pertenece a un compromiso de nivel leve, moderado o severo.

Un criterio posible para la evaluación del compromiso (pero que no está validado,) es considerar que si existe una proporción igual o mayor al 50 % de las variables presentes (7 o más variables) en la misma categoría, es posible estimar que corresponde al nivel de compromiso biopsicosocial de esa persona en ese momento.

VARIABLES Y DIMENSIONES A OBSERVAR	GRADO DE COMPROMISO BIOPSIICOSOCIAL POBLACIÓN GENERAL		
	Leve	Moderado	Severo
1. Patrón de consumo Tipo sustancia, vía administración y frecuencia de consumo	<ul style="list-style-type: none"> - Una sola sustancia - En forma esporádica - Vía oral o respiratoria 	<ul style="list-style-type: none"> - 2 ó más sustancias - Consumo semanal o fin de semana - Vía oral y/o respiratoria 	<ul style="list-style-type: none"> - 2 ó más sustancias - Consumo en la semana y fines de semana, con crisis de ingesta. - Aumento de dosis - Se agrega vía inyectable
2. Diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias	Consumo perjudicial	Consumo perjudicial y hasta 3 criterios para dependencia	Más de 3 criterios para dependencia

(CIE10).			
3. Síndrome de abstinencia	Ausente	Con molestias físicas y psicológicas que puede controlar	Requiere de ayuda para tolerar las molestias y signos de abstinencia.
4. Patología psiquiátrica	Descartada	Trastorno psiquiátrico leve a moderado	Con trastorno psiquiátrico severo
5. Percepción de problemas de salud físicos asociados	Leves o ausentes	Presentes, pero no limitantes	Presentes y limitantes
6. Contexto del motivo de consulta	Voluntario	Condicionado por familia o ámbito judicial	Obligado por ámbito judicial u otro.
7. Motivación al cambio	Convincente en su propósito de iniciar un proceso de cambio	Ambivalente y contradictoria (etapa de contemplación)	Muy contradictoria, débil o ausente (etapa precontemplativa)
8. Tratamientos anteriores	Ninguno	1 a 3 incompletos	Más de tres, Abandonos antes de tres meses
9. Intentos de abstinencia sin tratamiento	Si, con logros parciales	Ha intentado pero sin éxito, con recaídas frecuentes	Sin intento, sin ningún periodo de abstinencia
10. Percepción de autoeficacia	Percepción de obtención de logros en resolución de problemas.	Percepción de bajo control del medio y de la conducta de consumo	Auto percepción de muy bajo control del medio o absoluta ineficacia en el control del consumo
11. Situación Ocupacional	Mantiene su trabajo o estudios	Ha discontinuado actividad ocupacional, asiste en forma intermitente	Despidos laborales, interrupción de estudios, abandono de actividades ocupacionales
12. Consumo y/o tráfico en otros familiares	Descartados ambos	Presente el consumo, sin tráfico	Presente ambos, en uno o más de sus miembros
13. Problemas judiciales asociados	Sin antecedentes penales	Detenciones, formalizaciones, pero sin condena o medida.	Con antecedentes penales (sentencias, sanciones)
14. Apoyo familiar	Presencia de red familiar de apoyo	Precaria red de apoyo, dispuesta con reparos	Ausente, con gran conflicto relacional.
15. Red de apoyo social	Presencia de red de amistades de apoyo	Precaria red apoyo, dispuesta con reparos	Ausente, con gran conflicto relacional.

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

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

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

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

- **Precontemplación:** es un estadio durante el cual las personas no piensan seriamente en cambiar, por lo menos durante los próximos seis meses.
- **Contemplación:** es el período en el que las personas están pensando seriamente en cambiar, en el plazo comprendido en los próximos seis meses. Es el estadio de mayor ambivalencia, de manera que pueden permanecer en él por años y transformarse en contempladores crónicos.
- **Preparación:** es el estadio en que las personas se encuentran preparados para emprender acciones de cambio en un breve plazo, normalmente un mes.

- o **Actuación:** es el estadio en que se produce la modificación de la conducta. La idea es que las personas logren un objetivo concreto en un tiempo determinado. Este estadio es el más difícil para la persona y requiere de un tiempo mínimo que los estudios sitúan en alrededor de seis meses.
- o **Mantenimiento:** empieza a los seis meses posteriores al momento en que se produjo el cambio de la conducta adictiva y termina cuando el deseo de consumir se ha extinguido. La duración de este estadio aún no está definida completamente.

Consentimiento Informado

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

El consentimiento informado debe reunir al menos cuatro requisitos fundamentales.

- a) **La voluntariedad** del individuo le permite decidir libremente y sin coacción si quiere someterse a un estudio o tratamiento. Este carácter voluntario se incumple cuando se solicita desde la autoridad o no se brinda el tiempo necesario para que el paciente o sus familiares puedan reflexionar y tomar una decisión. Además se debería brindar la posibilidad de contar con el asesoramiento de una persona experta en la materia.
- b) La **función de la información** es proporcionar los datos adecuados y necesarios a quien debe tomar una elección para que pueda hacerlo sin sesgos.
- c) **Confidencialidad de la información**, se debe explicitar que la información personal del usuario será manejada con **total confidencialidad** y en ningún caso se publicará o divulgará información personal que lo (la) pudieran identificar.
- d) El tipo de información debe ser **comprensible y completa**, y debe incluir los objetivos, los beneficios, los riesgos reales o potenciales que se puedan derivar y la opción claramente especificada de rechazar el tratamiento o estudio en cualquier momento sin que por ello le afecte en otros tratamientos.

Contrato terapéutico

Es una estrategia útil para **explicitar por escrito las condiciones del tratamiento**, en el cual la persona y su familia, se comprometen a respetar las normas y recomendaciones en el marco del plan de tratamiento y rehabilitación; al igual que **el equipo terapéutico**,

se compromete a brindar las atenciones e información necesaria para contribuir al alivio de las molestias (somáticas y emocionales) como a la superación del problema.

Plan de Tratamiento Individual (PTI)

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

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

Los objetivos del PTI deben ser relevantes para la persona usuaria, específicos, mensurables, realizables y de duración determinada

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

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

Asimismo, deben registrarse los resultados de las evaluaciones periódicas que los equipos realicen en conjunto con la persona usuaria y su familia.

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

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

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

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

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

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

Adherencia al programa de tratamiento

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

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

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

Rescate

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

Evaluación durante el proceso terapéutico

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

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

Para homologar criterios para la evaluación y registrarla en la carpeta o ficha personal del proceso de tratamiento de las personas, se definen tres categorías de consenso para evaluar los logros en la evolución del proceso terapéutico de acuerdo a la apreciación clínica.

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

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

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

Monitoreo de Resultados Terapéuticos (TOP)

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

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

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

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

Egreso

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

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

² Se adjunta anexo con instrumento TOP

Evaluación del proceso terapéutico al egreso

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

Las categorías de consenso son:

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

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

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

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

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

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

- **Patrón de consumo:** el tipo de sustancia, la dosis, la frecuencia y tiempo de consumo, el contexto de consumo, vale decir, forma de acceso a la sustancia, consumo en compañía o en solitario, entre otros.
- **Situación familiar:** calidad de las relaciones al interior del grupo de referencia y la actitud de familia o cercanos en relación al consumo.
- **Relaciones Interpersonales:** calidad de relaciones entre sus pares en el contexto general, y el referido al problema de consumo.
- **Situación ocupacional:** de la experiencia laboral, de estudios y del tiempo libre (u ocio).
- **Trasgresión a la norma social:** actitudes conductas personales que violan principios, normas y expectativas sociales, que incluye la comisión de faltas o delitos

- **Estado de salud mental:** existencia de algún problema de salud mental diagnosticado por CIE - 10 o DSM - 4
- **Estado de salud física** (incluye control natalidad, control embarazo y sexualidad responsable): existencia de algún problema de salud diagnosticado por CIE.

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

I.- COMPRENSIÓN DEL FENÓMENO DEL CONSUMO

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

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

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

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

II.- GÉNERO

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

III.- ÉTNIA

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

El acceso a los programas de tratamiento y rehabilitación y otros servicios vinculados con salud mental por parte de personas de diferentes minorías étnicas es un tema de interés. Dicho acceso ha de ser tenido en cuenta a la hora de desarrollar eficazmente programas sobre este tipo de trastorno y centrados en este grupo específico de la población. Al igual como se ha tenido la precaución de considerar otras variables en el diseño y flexibilización

del acceso a programas a personas de acuerdo a sus necesidades así también, se debe incorporar a personas de minorías étnicas dentro de este colectivo, derribando una serie de barreras en el acceso:

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

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

IV.- CICLO VITAL INDIVIDUAL Y FAMILIAR

Ciclo Vital Individual

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

Las teorías del ciclo vital se basan en distintos supuestos:

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

El ciclo vital comprende las siguientes etapas:

1. Período prenatal

Desde la implantación del óvulo hasta el nacimiento.

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

2. Lactancia

Desde el nacimiento hasta los 15 meses.

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

3. Infancia

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

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

4. Adolescencia

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

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

5. Adultez

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

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

Ciclo Vital Familiar

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

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

A continuación se detallan algunos aspectos de cada etapa:

1. Noviazgo, galanteo

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

2. La pareja conviviente

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

3. Nacimiento del primer hijo/hija:

Esta etapa comprende las experiencias que rodean el embarazo, el parto, el crecimiento y desarrollo del primer/a hijo/hija hasta que comienza la etapa preescolar. El nacimiento del primer hijo modifica la estructura, dinámica y funcionamiento de la familia instala la relación triangular y los múltiples ajustes que derivan de este cambio como la redefinición de acuerdos que respondan a las necesidades tanto del subsistema conyugal como del subsistema parental.

4. Hijos/as en etapa escolar:

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

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

5. Hijos/as adolescentes:

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

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

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

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

6. Salida de los hijos/hijas:

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

7. Jubilación y vejez "Nido vacío":

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

V.- INTEGRACIÓN SOCIAL

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1) Diagnóstico Integral:³ para fortalecer y complementar esta evaluación integral y amplia de todas las dimensiones de la vida de una persona afectada por el consumo problemático de sustancias, es importante la identificación de sus necesidades particulares en Integración Social, aportando de esta manera al diseño del Plan

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

Individualizado de Tratamiento, que incluya itinerarios personalizados, que favorezcan procesos de recuperación que se sostengan en el tiempo.

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

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

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

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

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

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

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

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

- **Capital cultural:** El capital cultural será entendido como un concepto amplio que busca identificar un conjunto de valores, creencias, disposiciones y actitudes que proceden de la pertenencia a un determinado grupo cultural, considerando la variable de género, el espacio o territorio geográfico que habita, origen étnico, siempre entendiendo que la idea es comprender a la persona para favorecer el proceso de integración social en el contexto del consumo problemático de sustancias.
- **Capital humano:** Características personales de un individuo que pueden ser utilizadas como recursos en su enfrentamiento a los problemas de dependencia a sustancias, en la medida que permiten al individuo negociar, resolver conflictos y alcanzar metas, en la vida cotidiana. Este capital se vincula directamente con el empoderamiento
- **Capital social:** la suma de los recursos, reales o virtuales, que se acumulan en una persona o un grupo, en virtud de poseer una red duradera de relaciones más

o menos institucionalizadas, en noción de mutuo reconocimiento. El capital social puede proveer recursos, información, opciones y apoyos disponibles para la búsqueda de solución a los problemas y superación de obstáculos (Castro, Campero, & Hernández, 1997; Gallo & Garrido, 2009; Poblete, Sapag, & Bossert, 2008)

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

2) Habilitación en Competencias Para la Integración Social:

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

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

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

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

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

El recurso utilizado para la adquisición y puesta en práctica de las competencias, son las Actividades de Aprendizaje, en las que las primeras, se han traducido en aprendizajes esperados. Se propone, desde un paradigma constructivista, sean los propios

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

participantes quienes construyan sus propios aprendizajes, mediados por un facilitador(a) o mediador(a).

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

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

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

VI.- NORMA SOCIAL Y SU TRANSGRESIÓN.

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

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

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

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

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

Se debe considerar que normalidad y desviación son construcciones sociales históricamente determinadas y esto implica que su sentido y vigencia solo tienen validez dentro del contexto social específico que las define. *Ningún acto es desviante en y por sí mismo. Más bien, la desviación es un proceso interactivo por medio del cual una sociedad, o un grupo dentro de ella, define cierta conducta como desviante, etiqueta como*

desviantes a las personas que practican esa conducta y luego las trata como parias o excluidos (Gelles & Levine, 1997).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La desviación secundaria, en cambio, refiere a los incumplimientos que hacen cambiar la concepción que los demás tienen del autor, etiquetándolo como desviado. Este

etiquetamiento provocará que el autor reorganice la percepción de sí mismo asumiendo la nueva definición.

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

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

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

Conceptualizaciones Jurídicas de Infracción De Ley.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- **Imposición de una pena.**

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

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

Si la persona cumple una pena en el medio abierto, como una condena de libertad

⁵ El Artículo 1º del Código Penal señala que "Es delito toda acción u omisión voluntaria, penada por la ley." Art. 2º Los delitos, atendida su gravedad, se dividen en crímenes, simples delitos y faltas y se califican de tales según la pena que les está asignada en la escala general del artículo 21."

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

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

vigilada, podrá acceder a tratamiento en el marco de su condena, de acuerdo a lo establecido en la ley 20.603.

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

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

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

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

Tribunales de Tratamiento de Drogas (TTD)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

⁹ María Mercedes Dueñas Asesora UNODC Colombia. 2007

- **Servicios de Tratamiento**

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

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

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

- **Estímulos y sanciones**

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

- **Supervisión Judicial Continua**

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

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

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

- **Capacitación interdisciplinaria**

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

- **Asociaciones con la Comunidad**

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

- **La importancia del Manejo del Caso**

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

- **El programa debe ser flexible**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

El enfoque de Goldstein plantea tres relaciones posibles: los consumidores problemáticos de drogas recurren a comportamientos ilegales para financiar el consumo de sustancias que no logran costear por medio de actividades legítimas, (*modelo de compulsión económica relacionado principalmente con los delitos contra la propiedad*). A su vez, señala que algunos individuos cometen delitos contra las personas debido a las alteraciones cognitivas crónicas producidas por intoxicación con sustancias psicoactivas (*modelo psicofarmacológico*) y se refiere a los delitos contra las personas que se presentan con frecuencia en el mercado ilegal de las drogas entre individuos que se han involucrado en ese negocio (*modelo de la violencia sistémica*).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ORIENTACIONES Y SUGERENCIAS PARA LA INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

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

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

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

En algunos casos, las personas llegan a tratamiento motivadas o bien presionadas por una situación de trasgresión social asociada a la situación de consumo que generó importantes dificultades al interior de su familia o comunidad. En ese sentido, esta dimensión del funcionamiento del individuo debe ser integrado en el proceso de diagnóstico, considerándolo como un posible factor de cambio o problematización que facilite la generación de un pedido de ayuda por parte del usuario en tratamiento.

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

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

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

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

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

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

Sugerencias para el diagnóstico

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

En la o las entrevistas es recomendable indagar respecto de

a.- Recoger su versión del delito:

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

b.- Observar actitud frente al delito:

- Conciencia de Delito: (dimensión cognitiva valores vulnerados, atribuciones, locus de control, afectiva, disposición a la acción)

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

- Conciencia del Mal Causado
- Disposición al Cambio

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

Considerar aspectos tales como:

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

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

VII.- SEGUIMIENTO POSTERIOR AL EGRESO DE TRATAMIENTO

Seguimiento y Reforzamiento

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

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

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

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

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

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

La experiencia de autoayuda en los grupos en el contexto de los problemas de consumo de sustancias psicoactivas, los mostrados como espacios nutritivos y aportadores en el cultivo de vínculos y apoyo psicosocial, en la generación de bienestar subjetivo,

generación de proyectos personales y colectivos, además de ser espacios que favorecen la mantención de la abstinencia y otros indicadores de logro terapéutico.

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

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

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

MATRIZ DE INTERVENCIÓN DE LOS PLANES DE TRATAMIENTO

PLAN AMBULATORIO BASICO

Objetivos Terapéuticos	Tipo de prestaciones FONASA	Responsables de la intervención	Indicadores de Verificación
<ol style="list-style-type: none"> 1. Acoger y otorgar contención emocional 2. Evaluar y Confirmar diagnóstico 3. Abordaje de complicaciones médicas 4. Apoyar proceso de desintoxicación 5. Iniciar motivación a tratamiento 	<p>Consulta salud mental individual</p> <p>Consulta psiquiátrica individual</p> <p>Consulta médica individual</p> <p>Consulta psicológica individual</p> <p>Psicodiagnóstico</p> <p>Consulta salud mental filiar.</p> <p>Consulta psicológica filiar.</p> <p>Interv. psicosocial grupo pares</p> <p>Visita domiciliaria</p> <p>Consultoría Salud Mental /8</p>	<p>Profesional / T. Rehabilitación</p> <p>Psiquiatra</p> <p>Médico/a general</p> <p>Psicólogo/a</p> <p>Psicóloga/o</p> <p>Profesional a cargo</p> <p>Psicólogo/a</p> <p>Tec. Rehab /Profesional a cargo</p> <p>As. Social</p> <p>Equipo SM Nivel Secundario</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnóstico consumo - Diagnóstico biopsicosocial - Diagnóstico comorbilidad - Evaluación estadio motivacional - Consentimiento informado - Consultorías realizadas - Referencia asistida realizada - Abandono - Rescate realizado
<ol style="list-style-type: none"> 1. Fortalecer motivación y adherencia a tratamiento 2. Intervenir en los factores mantenedores del consumo 3. Prevención de recaídas 4. Manejo de proceso dx. de mediano plazo 5. Fortalecer factores protectores del cambio de conducta 6. Evaluación y entrenamiento en habilidades socio ocupacionales 	<p>Consulta salud mental individual</p> <p>Consulta psiquiátrica individual</p> <p>Consulta médica individual</p> <p>Consulta psicológica individual</p> <p>Psicoterapia individual</p> <p>Consulta salud mental familiar</p> <p>Consulta psicológica familiar</p> <p>Intervención Psicosocial grupal familiar.</p> <p>Interv Psicosocial grupo pares</p> <p>Psicoterapia grupo pares</p> <p>Visita domiciliaria</p> <p>Consultoría Salud Mental /8</p>	<p>Profesional /T. Rehabilitación</p> <p>Psiquiatra</p> <p>Médico/a general</p> <p>Psicólogo/a</p> <p>Psicóloga/o</p> <p>Profesional / T. Rehabilitación</p> <p>Psicólogo/a</p> <p>Profesional / T. Rehabilitación</p> <p>Psicólogo/a</p> <p>As. Social</p> <p>Equipo SM Nivel Secundario</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Plan de tratamiento formulado - Asistencia semanal - Indicadores de proceso - Interconsultas realizadas - Consultorías realizadas - Abandono - Rescate realizado

<p>6</p> <p>1.</p>	<p>Consulta salud mental Individual</p> <p>Consulta psiquiátrica individual</p> <p>Consulta psicológica individual</p> <p>Consulta salud mental filiar.</p> <p>Consulta psicológica filiar.</p> <p>Interv. Psicosocial grupo pares</p> <p>Interv. psicosocial grupal filiar.</p> <p>Visita domiciliaria</p> <p>Consultoría Salud Mental</p>	<p>Profesional / T. Rehabilitación</p> <p>Psiquiatra</p> <p>Médico/a general</p> <p>Profesional / T. Rehabilitación</p> <p>Psicólogo/a</p> <p>Profesional / T. Rehabilitación</p> <p>Profesional / T. Rehabilitación</p> <p>As. Social</p> <p>Equipo SM Nivel Secundario</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Asistencia semanal - Indicadores de proceso: con relevancia en los familiares y de reinserción - Consultorías realizadas - Abandono - Rescate realizado - Permisos cumplidos satisfactoriamente
<p>1. Evaluar manutención de logros terapéuticos</p> <p>2. Reforzar proceso de incorporación social</p> <p>3. Reforzar estrategias de solución de riesgo</p>	<p>Consulta salud mental individual</p> <p>Consulta salud mental familiar</p> <p>Interv. psicosocial de grupo</p> <p>Visita domiciliaria</p>	<p>Profesional/ T. Rehabilitación</p> <p>Asistente Social</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Consumo - relaciones de pares - relaciones familiares - Salud física, Salud mental - Incorporación laboral, académica, cultural, recreativa - Situación legal
<p>2. Orientar reestructuración de proyecto de vida</p> <p>3. Resignificación de situaciones de consumo</p> <p>4. Fortalecer percepción de auto eficacia</p> <p>5. Propiciar y apoyar la vinculación a redes sociales de apoyo</p> <p>6</p>	<p>Consulta salud mental individual</p> <p>Consulta psiquiátrica individual</p> <p>Consulta psicológica individual</p>	<p>Profesional / T. Rehabilitación</p> <p>Psiquiatra</p> <p>Médico/a general</p> <p>Profesional / T. Rehabilitación</p> <p>Psicólogo/a</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Asistencia semanal - Indicadores de proceso: con relevancia en los familiares y de reinserción - Consultorías realizadas - Abandono - Rescate realizado

	<p>Consulta salud mental filiar.</p> <p>Consulta psicológica filiar.</p> <p>Interv. Psicosocial grupo pares</p> <p>Interv. psicosocial grupal filiar.</p> <p>Visita domiciliaria</p> <p>Consultoría Salud Mental</p>	<p>Profesional / T. Rehabilitación</p> <p>Profesional / T. Rehabilitación</p> <p>As. Social</p> <p>Equipo SM Nivel Secundario</p>	<p>- Permisos cumplidos satisfactoriamente</p>
<p>4. Evaluar mantención de logros terapéuticos</p> <p>5. Reforzar proceso de incorporación social</p> <p>6. Reforzar estrategias de solución de riesgo</p>	<p>Consulta salud mental individual</p> <p>Consulta salud mental familiar</p> <p>Interv. psicosocial de grupo</p> <p>Visita domiciliaria</p>	<p>Profesional/ T. Rehabilitación</p> <p>Asistente Social</p>	<p>- Consumo</p> <p>- relaciones de pares</p> <p>- relaciones familiares</p> <p>- Salud física, Salud mental</p> <p>- Incorporación laboral, académica, cultural, recreativa</p> <p>- Situación legal</p>

PLAN AMBULATORIO INTENSIVO

Objetivos Terapéuticos	Tipo de prestaciones FONASA	Responsables de la Intervención	Indicadores de verificación
<ol style="list-style-type: none"> 1. Acoger y otorgar contención emocional 2. Evaluar y Confirmar diagnóstico 3. Abordaje de complicaciones médicas 4. Apoyar proceso de desintoxicación 5. Iniciar motivación a tratamiento 	<p>Consulta individual salud mental</p> <p>Consulta psiquiátrica individual</p> <p>Consulta médica individual</p> <p>Consulta psicológica individual psicodiagnóstico</p> <p>Consulta salud mental familiar</p> <p>Interv. Psicosoc. Grupo pares</p> <p>Visita domiciliaria</p> <p>Consultoría Salud Mental</p>	<p>Profesional / T. Rehabilitación</p> <p>Psiquiatra</p> <p>Médico/a general</p> <p>Psicólogo/a</p> <p>Psicólogo/a</p> <p>Profesional / T. Rehabilitación</p> <p>Psicólogo/a</p> <p>Tec. Rehab /Profesional As. Social</p> <p>Equipo SM Nivel Secundario</p>	<ul style="list-style-type: none"> o Diagnóstico consumo o Diagnóstico biopsicosocial o Diagnóstico comorbilidad o Evaluación estadio motivacional o Consentimiento informado o Consultorías realizadas o Referencia asistida realizada o Abandono o Rescate realizado
<ol style="list-style-type: none"> 1. Fortalecer motivación y adherencia a tratamiento 2. Intervenir en los factores mantenedores del consumo 3. Prevención de recaídas 4. Manejo de proceso dx. de mediano plazo 5. Fortalecer factores protectores del cambio de conducta 6. Evaluación y entrenamiento en habilidades socio ocupacionales 	<p>Consulta individual salud mental</p> <p>Consulta psiquiátrica individual</p> <p>Consulta médica individual</p> <p>Psicoterapia individual</p> <p>Consulta salud mental familiar</p> <p>Interv Psicosocial Grupo familiar</p> <p>Interv Psicosocial Grupo pares</p> <p>Psicoterapia grupo pares</p> <p>Visita domiciliaria</p> <p>Consultoría Salud Mental</p>	<p>Profesional / T. Rehabilitación</p> <p>Psiquiatra</p> <p>Médico/a general</p> <p>Psicólogo/a</p> <p>Profesional / T. Rehabilitación</p> <p>Psicólogo/a</p> <p>Profesional / T. Rehabilitación</p> <p>Profesional / T. Rehabilitación</p> <p>Psicólogo/a</p> <p>As. Social</p> <p>Equipo SM Nivel Secundario</p>	<ul style="list-style-type: none"> o Plan de tratamiento formulado o Asistencia semanal o Indicadores de progreso terapéutico o Interconsultas realizadas o Consultorías realizadas o Abandono o Rescate realizado
<ol style="list-style-type: none"> 1. Orientar reestructuración de proyecto de vida 2. Resignificación de situaciones de consumo 3. Fortalecer percepción de 	<p>Consulta individual salud mental</p> <p>Consulta psiquiátrica individual</p> <p>Consulta médica individual</p> <p>Consulta psicológica individual</p>	<p>Profesional / T. Rehabilitación</p> <p>Psiquiatra</p> <p>Médico/a general</p> <p>Psicólogo/a</p>	<ul style="list-style-type: none"> o Asistencia semanal o Indicadores de proceso con énfasis en los familiares y de reinserción o Interconsultas realizadas

<p>auto eficacia</p> <p>4. Propiciar y apoyar la vinculación a redes sociales de apoyo</p>	<p>Consulta salud mental familiar</p> <p>Consulta psicológica familiar</p> <p>Interv. Psicosocial Grupo pares</p> <p>Interv. Psicosocial. Grupo filiar.</p> <p>Visita domiciliaria</p>	<p>Profesional / T. Rehabilitación</p> <p>Psicóloga/o</p> <p>Profesional / T. Rehabilitación</p> <p>Profesional / T. Rehabilitación</p> <p>As. Social</p>	<p>Consultorías realizadas</p> <p>Abandono</p> <p>Rescate realizado</p> <p>Permisos cumplidos satisfactoriamente</p> <p>Indicadores de egreso</p>
<p>1. Evaluar mantención de logros terapéuticos</p> <p>2. Reforzar proceso de reintegración</p> <p>3. Reforzar estrategias de solución de riesgo</p>	<p>Consultoría salud mental</p> <p>Consulta salud mental individual</p> <p>Consulta salud mental familiar</p> <p>Intervención psicosocial de grupo</p> <p>Visita domiciliaria</p>	<p>Equipo SM Nivel Secundario</p> <p>Profesional a cargo / T. Rehabilitación</p> <p>Asistente Social</p>	<p>Consumo</p> <p>relaciones de pares</p> <p>relaciones familiares</p> <p>Salud física</p> <p>Salud mental</p> <p>reinserción laboral /académica</p> <p>Situación con la justicia</p>

PLAN RESIDENCIAL

Objetivos Terapéuticos	Tipo de prestaciones FONASA	Responsables Intervención	Indicadores verificación
<p>1. Acoger y otorgar contención emocional</p> <p>2. Evaluar y Confirmar diagnóstico</p> <p>3. Abordaje de complicaciones médicas</p> <p>4. Apoyar proceso de desintoxicación</p> <p>5. Iniciar motivación a tratamiento</p>	<p>Consulta salud mental individual</p> <p>Consulta psiquiátrica individual</p> <p>Consulta médica individual</p> <p>Consulta psicológica individual</p> <p>Psicodiagnóstico</p> <p>Consulta salud mental familiar</p> <p>Consulta psicológica familiar</p> <p>Interv. Psicosos. Grupo pares</p> <p>Interv. Psicosos Familiar.</p> <p>Visita domiciliaria</p> <p>Consultoría salud mental</p>	<p>Profesional / T. Rehabilitación</p> <p>Psiquiatra</p> <p>Médico/a general</p> <p>Psicóloga/o</p> <p>Psicólogo/a</p> <p>Profesional a cargo</p> <p>Psicólogo/a</p> <p>Tec. Rehab /Profesional a cargo</p> <p>As. Social</p> <p>Equipo SM Nivel Secundario</p>	<p>Diagnóstico consumo</p> <p>Diagnóstico biopsicosocial</p> <p>Diagnóstico comorbilidad</p> <p>Estadio motivacional</p> <p>Consentimiento informado</p> <p>Consultorías realizadas</p> <p>Referencia asistida realizada</p> <p>Abandono</p> <p>Rescate</p>

	<p>1. Fortalecer motivación y adherencia a tratamiento</p> <p>2. Intervenir en los factores mantenedores del consumo</p> <p>3. Prevención de recaídas</p> <p>4. Manejo de proceso dx. de mediano plazo</p> <p>5. Fortalecer factores protectores del cambio de conducta</p> <p>6. Evaluación y entrenamiento en habilidades socio ocupacionales</p>	<p>Consulta salud mental individual</p> <p>Consulta psiquiátrica individual</p> <p>Consulta médica individual</p> <p>Consulta psicológica individual</p> <p>Psicoterapia individual</p> <p>Consulta salud mental familiar</p> <p>Consulta psicológica familiar</p> <p>Intervenciones Psicosociales</p> <p>Intervenciones Psicosociales Grupo familiar</p> <p>Psicoterapia grupal pares</p> <p>Visita domiciliaria</p> <p>Consultoría salud mental</p>	<p>Profesional / T. Rehabilitación</p> <p>Psiquiatra</p> <p>Médico/a general</p> <p>Psicólogo/a</p> <p>Psicóloga/o</p> <p>Profesional / T. Rehabilitación</p> <p>Psicólogo/a</p> <p>Profesional / T. Rehabilitación</p> <p>Profesional / T. Rehabilitación</p> <p>Psicólogo/a</p> <p>As. Social</p> <p>Equipo SM Nivel Secundario</p>	<ul style="list-style-type: none"> o Plan de tratamiento formulado o Asistencia semanal o Indicadores de proceso con énfasis en los personales o Interconsultas realizadas o Consultorías realizadas o Abandono o Rescate realizado
<p>1. Orientar reestructuración de proyecto de vida</p> <p>2. Resignificación de situaciones de consumo</p> <p>3. Fortalecer percepción de auto eficacia</p> <p>4. Propiciar y apoyar la vinculación a redes</p>	<p>Consulta salud mental individual</p> <p>Consulta psiquiátrica individual</p> <p>Consulta médica individual</p> <p>Consulta psicológica individual</p> <p>Psicoterapia individual</p>	<p>Profesional / T. Rehabilitación</p> <p>Psiquiatra</p> <p>Médico/a general</p> <p>Psicólogo/a</p> <p>Psicóloga/o</p> <p>Profesional / T. Rehabilitación</p> <p>Profesional / T. Rehabilitación</p> <p>Profesional / T. Rehabilitación</p>	<ul style="list-style-type: none"> o Asistencia semanal o Indicadores de proceso: con énfasis en los familiares y de reinserción o Interconsultas realizadas 	

		<p>Consulta salud mental familiar</p> <p>Consulta psicológica familiar</p> <p>Interv. Psicosocial grupo pares</p> <p>Interv psicosocial grupo familiar</p> <p>Psicoterapia grupo pares</p> <p>Visita domiciliaria</p> <p>Consultoría salud mental</p>		
		<p>1. Evaluar mantención de logros terapéuticos</p> <p>2. Reforzar proceso de reintegración</p> <p>3. Reforzar estrategias de solución de riesgo</p>	<p>As. Social</p> <p>Equipo SM Nivel Secundario</p> <p>Profesional/ T. Rehabilitación</p> <p>Asistente Social</p>	<p>o Consumo</p> <p>o relaciones de pares</p> <p>o relaciones familiares</p> <p>o Salud física</p> <p>o Salud mental</p> <p>o reinserción laboral /académica</p> <p>o Situación con justicia</p>

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

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

1. PLAN DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN AMBULATORIO INTENSIVO

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

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

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

Centros para su implementación

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

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

Se debe incluir personal femenino en el centro.

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

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

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

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

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

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

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

2. PLAN DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN RESIDENCIAL

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

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

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

Centros para su implementación:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Las pruebas biológicas recomendables en mujeres con dependencia a Alcohol son las siguientes:
 - Hemograma completo y VHS.
 - Perfil bioquímico: Glicemia, creatininemia, uremia, uricemia.
 - ELP
 - CPK
 - Perfil lipídico
 - Perfil hepático: SGOT, SGPT, GGT, fosfatasas alcalinas, bilirrubina total.
 - VDRL y VIH.
 - PAP.

- Pruebas biológicas recomendables en mujeres con dependencia a drogas no endovenosas;
 - Hemograma completo.
 - Perfil bioquímico general:

Función hepática
▪ Función renal
▪ LDH
▪ Perfil lipídico completo
▪ Glicemia, creatininemia, uremia

 - Análisis de orina.
 - VHS (Velocidad de sedimentación).
 - Serología luética (VDRL).
 - Radiografía de tórax en usuarios/as de PBC.
 - PAP.

- Pruebas biológicas recomendables en mujeres con ADVP:
 - Hemograma completo.
 - Perfil bioquímico general:

Función hepática
▪ Función renal
▪ LDH
▪ Perfil lipídico completo
▪ Glicemia, creatininemia, uremia

 - Análisis de orina.
 - VHS (Velocidad de sedimentación).
 - Serología luética (VDRL).
 - Serología Hepatitis B, C y Delta.
 - Determinación de anticuerpos anti-HIV.
 - PAP.

ORIENTACIONES PARA LA ADMINISTRACIÓN DE PSICOFÁRMACOS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

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

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

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

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

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

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

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

ENFOQUE BIOPSIOSOCIAL

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

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

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

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

ENFOQUE EN RED

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

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

ENFOQUE INTERDISCIPLINARIO

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

ENFOQUE RELACIONAL

Numerosos autores (Finkelstein y otros, Jean Baker Miller,¹¹) han planteado que la motivación principal de la mujer es la necesidad de crear un sentido de enlace con los demás y la noción de sí misma y de su propia valía; las mujeres entonces, asumen la responsabilidad del cultivo y la conservación de las relaciones.

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

La incorporación del enfoque relacional en las intervenciones de tratamiento para la mujer permite reconocer que en su vida es esencial establecer y mantener relaciones y por ello es necesario incorporar componentes y medios que permitan pasar revista a sus relaciones anteriores y actuales y aprender a establecer y mantener relaciones sanas¹²

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

INCLUSIÓN DE HIJOS E HIJAS AL TRATAMIENTO

¹¹ S.S Covington y J.Surrey The Relational Model of Women's Psychological development Implications for Substances abuse, mayor información, consultar en www.stephanlecovington.com

¹² Citado en Tratamiento del Abuso de sustancias y atención para la mujer. Estudios monográficos y experiencia adquirida, publicado por Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito Viena 2005

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

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

La incorporación de los hijos al programa de tratamiento¹³, permite desde la observación natural, generar un ambiente familiar, abrir la posibilidad de redefinir roles entre usuarias y terapeutas; así como también la posibilidad de gatillar dinámicas más profundas en las mujeres, que deben ser abordadas en terapia individual o grupal según la necesidad específica.

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

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

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

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

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

- **No Discriminación:** en el cual se establece que los derechos de la infancia son aplicables a todos los niños y niñas, sin distinción de género, raza o de cualquier condición biológica, sociocultural, económica y/o política, etc. En este sentido no pueden ser causa de exclusión de este dispositivo condiciones de los hijos e hijas de las mujeres usuarias, como por ejemplo condiciones de salud tanto física como mentales (déficit atencional, discapacidad mental o física, enfermedades crónicas, etc.)
- **Interés superior del niño:** se refiere a que todas las acciones que se emprendan en torno a la vida de un niño/a deben realizarse en favor de su interés superior, lo que incluye todas las decisiones que le afectan y que son tomadas por los garantes (familia, comunidad, instituciones de la sociedad civil y el estado), se trata de promover la protección y desarrollo de la autonomía del niño en ejercicio de sus derechos, por lo tanto las facultades del estado, organizaciones sociales, familia, etc. Se encuentran limitadas por esta función u objetivo. En este sentido debe tenerse especial cuidado

que al ingresar a Mujer y sus hijos a tratamiento, no solo se debe considerar lo beneficioso que este proceso pudiera resultar en su condición de salud, sino que también incorporar el análisis de las necesidades e interés del bienestar de ese hijo o hija.

- **Supervivencia y Desarrollo:** la convención de los derechos del niño/a establece que si bien los niños y niñas, especialmente los más jóvenes, son vulnerables y requieren protección, todas y todos ellos tienen derecho a la vida, a desarrollar plenamente su potencial y a recibir apoyo para tales efectos. Este principio general reconoce también, el derecho de todo niño o niña a explorar, interactuar y pensar por sí mismo, llevando consigo un concepto de "desarrollo de las capacidades" que apunta a tomar en consideración la edad y madurez de la niña y el niño, al determinar su nivel de autodeterminación y libertad. Desde esta perspectiva, el desarrollo de la niñez es un concepto integral que demanda la consideración del niño y la niña en su totalidad, es decir, considerar y valorar igualmente los aspectos físicos, cognoscitivos, emocionales, sociales, culturales y espirituales. Por lo tanto, el equipo de tratamiento debe contar con las condiciones necesarias para respetar este principio, favoreciendo espacios que potencie las capacidades de los niños y niñas, respetando su autodeterminación y brindando intervenciones integrales para resguardar su bienestar y desarrollo en aspectos de crecimiento físico, posibilidades de relación con otros, estudios, actividades recreativas, relación con sus otros familiares, etc.
- **Participación:** los niños y niñas tienen el derecho a formar su propio juicio, expresar libremente su opinión, a asociarse y celebrar reuniones pacíficas. Ellos y ellas tienen una visión de mundo y una perspectiva de futuro que deben ser escuchadas, en definitiva, una "voz" entendida como toda forma de expresión que tenga poder para modificar situaciones. Es importante que los profesionales no decidan por ellos, sino que los escuchen y den un espacio de real participación en aquellas decisiones que afectan su vida y su cotidianidad, todo esto teniendo en cuenta la edad y etapa del desarrollo en que estos niños y niñas se encuentran.

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

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

INTEGRACIÓN SOCIAL

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Los procesos de Integración Social son procesos interactivos en que tanto la sociedad como la persona en cuestión, participan activamente para aumentar sus niveles de

autonomía personal, de participación ciudadana y capitales de recuperación involucrados. El objetivo entonces radica en mejorar las condiciones de vida permitiendo así contribuir a la superación de la situación de exclusión social, que en el caso de ser mantenidas en el tiempo obstaculizarían la posibilidad de una recuperación sostenida, aumentando el riesgo de consumo y las consecuencias individuales, familiares y sociales que éste involucra.

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

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

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

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

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

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

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

pueden convertir en dinero, otorgando mayores posibilidades de recuperación, como la vivienda y los ingresos económicos. Este capital se asocia a que las personas usuarias tengan mayor libertad de decisión.

2) Habilitación en Competencias Para la Integración Social:

Con el propósito de que las personas logren recuperar y superar los déficits más relevantes dentro de cada dimensión del capital de recuperación, compuesto por el capital físico (ingreso, vivienda, etc.), el capital humano (competencias, habilidades y destrezas personales, familiares y comunitarias, acceso a salud, educación, empleo, etc.), el capital social (relaciones sociales próximas y con el entorno; etc.) y el capital cultural (valores y creencias, visión de mundo, etc.), se propone la **estrategia metodológica de las competencias para la Integración Social** contenida en el portafolio de Competencias de Integración Social¹⁴, el cual reúne y articula diferentes enfoques teóricos y prácticos que abordan la problemática de la exclusión social de personas con consumo problemático de sustancias, empoderándolas como protagonistas de sus vidas, apoyándolos así en aumentar sus competencias para sostener de mejor manera los logros alcanzados en el proceso de tratamiento, y potenciando el aprendizaje a lo largo de la vida.

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

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

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

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

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

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

¹⁴ El detalle de esta estrategia metodológica, sus componentes y el detalle de cada una de las actividades e aprendizaje propuestas, se encuentra descrita en el Portafolio de Competencias para la Integración Social, disponibles en todos los centros de tratamiento que forman parte de este convenio. Durante el año 2013 se formó y se hizo entrega de este material a dichos centros en todas las regiones del país.

propósito de asegurar la utilización de las herramientas de manera adecuada y, reforzar la apropiación de la metodología.

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

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

SEGUIMIENTO POSTERIOR AL EGRESO DE TRATAMIENTO

Seguimiento y Reforzamiento

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Para realizar el seguimiento, se sugiere diseñar un programa en base a acciones y técnicas específicas de observación, evaluación y fortalecimiento de los avances,

progresos y/o dificultades del proceso de rehabilitación, como también del proceso de incorporación social diseñado y ejecutado en la etapa de egreso del tratamiento.

CATEGORÍAS DIAGNÓSTICAS

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

Consumo Perjudicial:

- Patrón de consumo de una sustancia que provoca daños a la salud física o psicológica. Los daños (hepático, depresión) deben ser causados por la sustancia misma (daño hepático por el alcohol), por las formas de uso (infecciones por uso de drogas inyectables o por las consecuencias sobre el equilibrio psicológico (depresión post privación de estimulantes o del alcohol).
- Las personas con diagnóstico de consumo perjudicial reciben a menudo críticas por ello y experimentan consecuencias sociales adversas de variados tipos.
- En todo caso el solo hecho que una forma de consumo sea criticada por el entorno en general, no es por sí misma indicativa de consumo perjudicial.¹⁵

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

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

2. Dependencia:

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

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

- Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir la sustancia
- Disminución de la capacidad para controlar el consumo de una sustancia, unas veces para controlar el comienzo del consumo y otras para detenerlo o disminuir la cantidad consumida
- Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia cuando el consumo de la sustancia se reduzca o cese, se confirman por el conjunto de síntomas característicos de la sustancia o por el consumo de la misma sustancia que lo provoca con la intención de aliviar los síntomas.

¹⁵ En el caso del alcohol, en Chile utilizamos con fines de tamizaje. El Cuestionario de Autodiagnóstico de Riesgos en el Uso de Alcohol (AUDIT), permite reconocer, tanto en hombres como en mujeres, las categorías "Consumo en riesgo", "Consumo perjudicial" y "Dependencia" del alcohol.

- Tolerancia: se requiere de un aumento progresivo de la dosis de la sustancia para lograr el mismo efecto que originalmente se producían con dosis más bajas
- Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversión, a causa del consumo de la sustancia, aumento del tiempo necesario para obtener o administrarse la sustancia o para recuperarse de sus efectos.
- Persistencia en el consumo a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales, como daños somáticos, estados de ánimo depresivos consecutivos a períodos de consumo de alguna sustancia, o deterioro cognitivo secundario al consumo.

3. Diagnóstico de comorbilidad psiquiátrica: trastorno psiquiátrico asociado al consumo perjudicial (abuso) o dependencia a sustancia, no solamente referido a un trastorno dual.

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

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

- Hepatitis alcohólica subaguda
- Hepatitis crónica
- Enfermedades somáticas
- Hepatitis B, C, D
- ETS
- VIH - SIDA
- Otras Enfermedades o Condiciones de Riesgo Vital
- Infecciosas relacionadas con uso de sustancias
- Traumatismos y secuelas secundarios
- Otras enfermedades o condiciones Físicas Limitantes
- Patología de la gestación y del niño intrauterino
- Anemia: megaloblástica y ferropénica
- Cardiopatías: miocardiopatía dilatada por OH, arritmias, HTA
- Patología Bucal

- En estudio

5.- Otros problemas de salud mental:

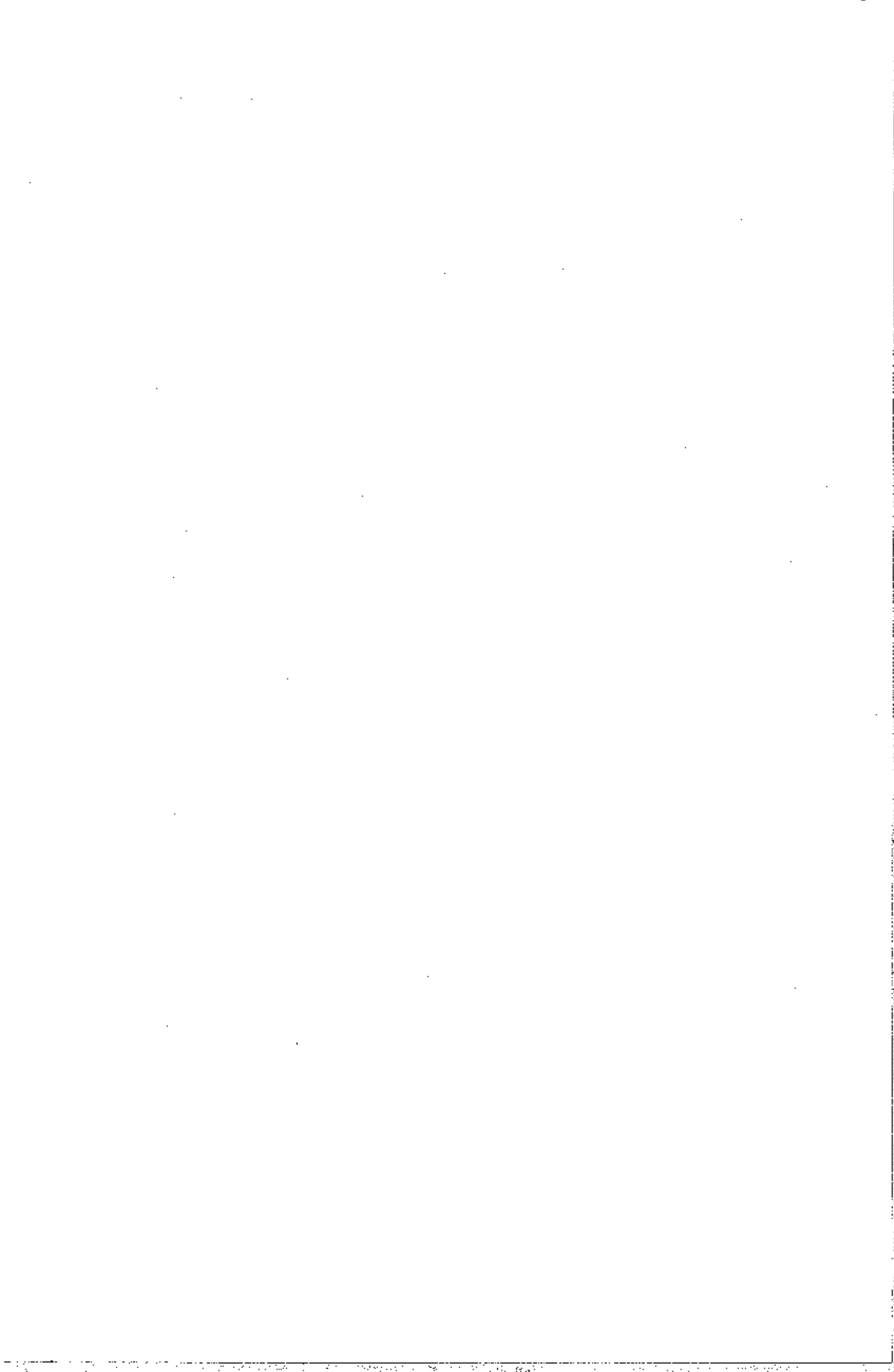
- Violencia Intrafamiliar
- Abuso Sexual
- otros

Compromiso biopsicosocial: Se refiere a una apreciación de la magnitud de los efectos o consecuencias negativas del consumo de sustancias en las distintas áreas de la vida de las personas que consumen y de su entorno.

A continuación se presenta una tabla que consta de 18 variables, que permite apreciar el grado y complejidad del compromiso biopsicosocial. No es susceptible de una puntuación cuantitativa y consiste en una adaptación para la población femenina de la original elaborada por MINSAL, Servicio Salud Metropolitano Norte y Área Técnica de Tratamiento de SENDA, para población general.

En cada caso, se deberá considerar y decidir si la situación o condición que presenta la mujer pertenece a un compromiso de nivel leve, moderado o severo.

Un criterio posible para la evaluación del compromiso biopsicosocial, es considerar que si existe una proporción igual o mayor al 50 % de las variables presentes (7 o más variables) en la misma categoría, ello corresponde al nivel de compromiso biopsicosocial de esa usuaria, en ese momento.



VARIABLES BIOPSIICOSOCIALES	GRADO DE COMPROMISO BIOPSIICOSOCIAL EN POBLACION FEMENINA ¹⁶		
	Leve	Moderado	Severo
1. Tipo sustancia, vía administración y frecuencia de consumo	- Una sola sustancia - En forma esporádica - vía oral, o respiratoria	- 2 ó más sustancias - semanal o fin de semana - vía oral y/o respiratoria	- 2 ó más sustancias - consumo en la semana y fines de semana, con crisis de ingestión - se agregar vía inyectable
2.-Diagnostico de consumo de sustancias C.I.E. 10	Consumo perjudicial	Consumo perjudicial ó desde 3 criterios para dependencia	Más de 3 criterios para dependencia
3.-Síndrome de abstinencia	Ausente	Con molestias que puede controlar de manera ambulatoria	Requiere de apoyo y soporte especializado para tolerar las molestias y síntomas.
4.-Patología psiquiátrica concurrente	Descartada	Trastorno psiquiátrico leve a moderado	Con trastorno psiquiátrico severo
5.-Percepción de problemas de salud físicas asociadas	Leves o ausentes	Presentes, pero no limitantes,	Presentes y limitantes
6.-Contexto del motivo de consulta	Voluntario	Condicionado por familia u otros	Obligado por ámbito judicial
7. Motivación al cambio	convinciente en su propósito de iniciar un proceso de cambio	Ambivalente y contradictoria (etapa de contemplación)	Muy contradictoria, débil o ausente (etapa precontemplativa)
8. Tratamientos anteriores	Ninguno	1 ó 3 incompletos	Más de tres tratamientos. Abandonos antes de los tres meses
9. Intentos de abstinencia sin tratamiento	Si, con logros parciales	Ha intentado sin éxitos. Con recaídas.	Sin intentos. O, con intentos, pero sin ningún periodo de abstinencia.
10. Percepción de autoeficacia	Con percepción de obtención de logros en resolución de problemas	Percepción de bajo control del medio y de la conducta de consumo problemático.	Auto percepción de muy bajo control del medio, y/o ineficacia en el control del consumo.
11. Situación Ocupacional	Mantiene su trabajo, estudio o actividades de casa	Ha discontinuado su actividad o asiste en forma intermitente	Despidos laborales, Interrupción de estudios, abandono actividades laborales (fuera o dentro del hogar)
12.-Consumo y/o tráfico en otros Familiares	Descartados ambos	Presente el consumo, sin tráfico	Presente ambos, en uno o más de sus miembros.
13.-Violencia intrafamiliar,	Ausencia de VIF	Antecedentes de VIF (ejerce o es víctima)	Presencia actual de VIF (ejerce o es víctima)
14.-Problemas	Sin detenciones,	Detenciones,	Detenciones, imputaciones

¹⁶ Pauta adaptada del original, por equipo de asesoras de proyectos de tratamiento para mujeres con consumo problemático de drogas, SENDA 2005.

judiciales asociados	imputaciones o condenas	imputaciones y/o condenas por faltas o delitos leves	y/o condenas por faltas o delitos graves.
15.-Red de apoyo familiar	Existe familia que le apoya	Familia o cercanos dispuesta a participar, pero con reparos	Ausente, o con gran conflicto relacional.
16.-Relación y cuidado de los hijos	Mantenión y cuidado de los hijos /hijas , no presenta cambios por conducta de consumo	Descuidos, o cuidado irregular de los hijos /hijas por conducta de consumo	Negligencia o abandono de los hijos /hijas por conducta de consumo
17.-Consumo durante embarazos	No hay consumo en periodos gestacionales	Disminución del consumo en periodos gestacionales	Mantenión o aumento de consumo en periodos gestacionales
18.-Desempeño Ocupacional	Espera el éxito Acepta responsabilidades Ha realizado elecciones ocupacionales. Organiza su tiempo libre Mantiene hábitos	Dudosa capacidad para lograr el autocontrol Presenta dificultad para organizar las rutinas diarias	Incapacidad para lograr el autocontrol. Gran inseguridad frente al éxito Se frustra fácilmente al enfrentar desafíos Percepción de fracaso al organizar su rutina Mantiene un estilo de vida altamente estresante

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

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

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

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

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

Consentimiento Informado

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

El consentimiento informado debe reunir al menos cuatro requisitos fundamentales.

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

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

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

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

Contrato terapéutico:

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

Plan de Tratamiento Individual (PTI)

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

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

Los objetivos del PTI deben ser relevantes para la persona usuaria, específicos, mensurables, realizables y de duración determinada

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

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

Asimismo, deben registrarse los resultados de las evaluaciones periódicas que los equipos realicen en conjunto con la persona usuaria y su familia.

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

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

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

- Evaluación periódica de los logros alcanzados por persona usuaria en su proceso de cambio.
- Identificar nudos críticos que obstaculizan el cumplimiento de los objetivos.

- Facilita la incorporación de integrantes nuevos al equipo.
- La continuidad del plan, aun cuando se hayan integrado nuevo miembros al equipo y, por lo tanto, asegurar la continuidad del tratamiento planificado con el usuario.

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

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

Adherencia al programa de tratamiento: se ha definido como el grado en que una persona cumple con las indicaciones y recomendaciones del equipo tratante para abordar su problema de consumo.

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

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

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

Evaluación durante el proceso terapéutico:

Corresponde a evaluaciones parciales de los cambios que experimenta la persona durante el proceso de tratamiento. Se medirán en periodos definidos, cada 3 meses a partir de la fecha de ingreso al plan terapéutico.

Las variables a evaluar son las siguientes

- **Patrón de consumo:** el tipo de sustancia, la dosis, la frecuencia y tiempo de consumo, el contexto de consumo, vale decir, la forma de acceso a la sustancia, si el consumo es en compañía o en solitario, qué situaciones rodean el consumo y entre otros.
- **Situación familiar:** calidad de las relaciones al interior del grupo de referencia y la actitud de familia o cercanos en relación al consumo.
- **Relaciones interpersonales:** calidad de relaciones entre sus pares en un contexto general; y asociado al problema de consumo.
- **Situación ocupacional:** tipo de ocupación y nivel de inserción laboral, que incluye además estudios y uso del tiempo libre (u ocio).

- **Trasgresión a la norma social:** actitudes y conductas personales que violan principios, normas y expectativas sociales, que incluye la comisión de faltas o delitos
- **Estado de salud mental:** existencia de algún problema de salud mental diagnosticado por CIE – 10 o DSM – 4
- **Estado de salud física** (incluye control natalidad, control embarazo y sexualidad responsable): existencia de algún problema de salud diagnosticado por CIE

Para homologar criterios para la evaluación y registrarla en la carpeta o ficha personal del proceso de tratamiento de las personas, se definen tres categorías de consenso para evaluar los logros en la evolución del proceso terapéutico de acuerdo a la apreciación clínica.

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

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

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

Egreso:

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

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

Evaluación del proceso terapéutico al egreso:

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

Las categorías de consenso son:

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

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

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

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

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

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

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

Plan Ambulatorio Intensivo

	Objetivos Terapéuticos	Tipo de prestaciones	Responsables	Indicadores de verificación
al 2ª	<ol style="list-style-type: none"> 1. Acoger y otorgar contención emocional 2. Realizar Confirmación diagnóstica 3. Realizar evaluación médica de salud general y ginecoobstétrica 4. Abordar complicaciones médicas asociadas 5. Apoyar proceso de desintoxicación 6. Iniciar motivación a tratamiento 7. Construir alianza terapéutica 8. Apoyar el cuidado y custodia de los hijos 9. Evaluar y entrenar en competencias ocupacionales 	<p>Consulta salud mental individual</p> <p>Consulta médica</p> <p>Consulta psiquiátrica</p> <p>Consulta psicológica individual</p> <p>Psicodiagnóstico</p> <p>Psicoterapia individual</p> <p>Consulta salud mental familiar</p> <p>Consulta psicológica familiar</p> <p>Interv. Psicosoc.</p> <p>Grupo pares</p> <p>Interv. psicosocial-filia</p> <p>Visita domiciliaria</p> <p>Consultoría salud mental</p>	<p>Profesional T. Reh Médico Psiquiatra</p> <p>Psicóloga/o</p> <p>Psicólogo/a</p> <p>Psicólogo/a</p> <p>Profesional / T. Reh</p> <p>Psicólogo/a</p> <p>Profesional / T. Reh</p> <p>Profesional / T. Reh</p> <p>As. Social</p>	<p>Diagnóstico consumo</p> <p>Diagnóstico biopsicosocial</p> <p>Diagnóstico comorbilidad</p> <p>Evaluación estado motivacional</p> <p>Consentimiento informado</p> <p>Consultorías realizadas</p> <p>Referencia asistida realizada</p> <p>Abandono</p> <p>Rescate realizado</p>
6	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fortalecer motivación y adherencia a tratamiento 2. Intervenir en los factores mantenedores del consumo 3. Implementar estrategias de prevención de recaídas 4. Favorecer relación de apego y vínculo saludable con los hijos 5. Facilitar la reparación de experiencias traumáticas y elaboración de duelos 6. Promover relaciones intrafamiliares saludables 7. Manejo de proceso dx. de mediano plazo 8. Fortalecer factores protectores del cambio de conducta 9. Entrenar competencias y habilidades ocupacionales 	<p>Consulta salud mental individual</p> <p>Consulta psiquiátrica</p> <p>Consulta psicológica individual</p> <p>Psicoterapia individual</p> <p>Consulta salud mental familiar</p> <p>Consulta psicológica familiar</p> <p>Interv. Psicosocial Grupo familiar</p> <p>Interv. Psicosocial Grupo pares</p> <p>Psicoterapia grupo pares</p> <p>Visita domiciliaria</p> <p>Consultoría salud mental</p>	<p>Profesional Rehabilitación</p> <p>Psiquiatra</p> <p>Psicóloga</p> <p>Psicólogo/a</p> <p>Profesional / T. Reh</p> <p>Psicólogo/a</p> <p>Profesional / T. Reh</p> <p>Profesional / T. Reh</p> <p>Psicólogo/a</p> <p>As. Social</p>	<p>Plan de tratamiento formulado</p> <p>Asistencia semanal</p> <p>Indicadores de progreso terapéutico</p> <p>Interconsultas realizadas</p> <p>Consultorías realizadas</p> <p>Abandono</p> <p>Rescate realizado</p>

	1. Orientar reestructuración de proyecto de vida	2. Resignificación de situaciones de consumo	3. Fortalecer percepción de auto eficacia	4. Propiciar estilos relacionales saludables	5. Propiciar y apoyar la vinculación a redes sociales de apoyo	6. Propiciar y apoyar la vinculación a actividades para el logro del mejoramiento de la situación socioeconómica	7. Implementar estrategias de prevención de recaídas			
a)								<p>Consulta salud mental individual</p> <p>Consulta psiquiátrica</p> <p>Consulta psicológica individual</p> <p>Psicoterapia individual</p> <p>Consulta salud mental familiar</p> <p>Consulta psicológica familiar</p> <p>Interv. Psicosocial Grupo pares</p> <p>Interv. Psicosocial. Grupo familiar.</p> <p>Psicoterapia grupo partes</p> <p>Visita domiciliaria</p> <p>Consultorías realizadas</p>	<p>Profesional / T. Rehabilitación</p> <p>Psiquiatra</p> <p>Psicóloga/o</p> <p>Psicólogo</p> <p>Profesional / T. Reh</p> <p>Psicóloga/o</p> <p>Profesional / T. Reh</p> <p>Profesional / T. Reh</p> <p>Psicólogo</p> <p>As. Social</p>	<p>- Asistencia semanal</p> <p>- Indicadores de proceso con énfasis en los familiares y de reinserción</p> <p>- Interconsultas realizadas</p> <p>- Abandono</p> <p>- Rescate realizado</p> <p>- Permisos cumplidos satisfactoriamente</p> <p>- Indicadores de egreso</p>
8º								<p>Consulta salud mental individual</p> <p>Consulta salud mental familiar</p> <p>Interv psicosocial de grupo</p> <p>Visita domiciliaria</p> <p>Profesional/ T. Reh</p> <p>Profesional/ T. Reh</p> <p>Profesional/ T. Reh</p> <p>Asistente Social</p>		<p>Consumo</p> <p>relaciones de pares</p> <p>relaciones familiares/hijos</p> <p>Salud física</p> <p>Salud mental</p> <p>reinserción laboral/académica</p> <p>Situación con la justicia</p>

Plan Residencial

	Objetivos Terapéuticos	Tipo de prestaciones	Responsables Intervención	Indicadores verificación
a)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Acoger y otorgar contención emocional 2. Realizar Confirmación diagnóstica 3. Realizar evaluación médica de salud general y ginecoobstétrica 4. Abordar complicaciones médicas asociadas 5. Apoyar proceso de desintoxicación 6. Iniciar motivación a tratamiento 7. Construir alianza terapéutica 8. Apoyar el cuidado y custodia de los hijos 9. Evaluar y entrenar en competencias ocupacionales 	<p>Consulta salud mental individual</p> <p>Consulta médica</p> <p>Consulta psiquiátrica</p> <p>Consulta psicológica individual</p> <p>Psicodiagnóstico</p> <p>Psicoterapia individual</p> <p>Consulta salud mental familiar</p> <p>Consulta psicológica familiar</p> <p>Interv. Psicosos. Grupo pares</p> <p>Interv. Psicosos Familiar.</p> <p>Psicoterapia grupo</p> <p>Visita domiciliaria</p>	<p>Profesional Rehabilitación Médico</p> <p>Psiquiatra</p> <p>Psicólogo/a</p> <p>Psicólogo</p> <p>Psicólogo) a</p> <p>Profesional/T Reh</p> <p>Psicólogo/a</p> <p>Profesional/T Reh</p> <p>Profesional/T Reh</p> <p>Psicólogo(a)</p> <p>As. Social</p>	<ul style="list-style-type: none"> o Diagnóstico consumo o Diagnóstico biopsicosocial o Diagnóstico comorbilidad o Estadio motivacional o Consentimiento informado o Referencia asistida realizada o Consultorias realizadas o Abandono o Rescate
9	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fortalecer motivación y adherencia a tratamiento 2. Intervenir en los factores mantenedores del consumo 3. Implementar estrategias de prevención de recaídas 4. Favorecer relación de apego y vínculo saludable con los hijos 5. Facilitar la reparación de experiencias traumáticas y elaboración de duelos 6. Promover relaciones intrafamiliares saludables 7. Manejo de proceso dx. de mediano plazo 8. Fortalecer factores protectores del cambio de conducta 9. Entrenar competencias y habilidades ocupacionales 	<p>Consulta salud mental individual</p> <p>Consulta psiquiátrica</p> <p>Consulta psicológica individual</p> <p>Psicoterapia individual</p> <p>Consulta salud mental familiar</p> <p>Consulta psicológica familiar</p> <p>Interv. Psicosos Grupo pares</p> <p>Interv. Psicosos Grupo familiar</p> <p>Psicoterapia grupo pares</p> <p>Visita domiciliaria</p>	<p>Profesional T. Reh</p> <p>Psiquiatra</p> <p>Psicólogo/a</p> <p>Psicólogo/a</p> <p>Profesional / T. Reh</p> <p>Psicólogo/a</p> <p>Profesional / T.Reh</p> <p>Profesional / T.Reh</p> <p>Psicólogo/a</p> <p>As. Social</p>	<ul style="list-style-type: none"> o Plan de tratamiento formulado o Asistencia semanal o Indicadores de proceso con énfasis en los personales o Interconsultas realizadas o Consultorias realizadas o Abandono o Rescate realizado

al 12º	<ol style="list-style-type: none"> 1. Orientar reestructuración de proyecto de vida 2. Resignificación de situaciones de consumo 3. Fortalecer percepción de auto eficacia 4. Propiciar estilos relacionales saludables 5. Propiciar y apoyar la vinculación a redes sociales de apoyo 6. Propiciar y apoyar la vinculación a actividades para el logro del mejoramiento de la situación socioeconómica 7. Implementar estrategias de prevención de recaídas 	Consulta salud mental individual Consulta psiquiátrica Consulta psicológica individual Psicoterapia individual Consulta salud mental familiar Consulta psicológica familiar Interv. Psicosocial grupo pares Interv. psicosocial grupo familiar Psicoterapia grupo pares Visita domiciliaria	Profesional / T. Rehabilitación Psiquiatra Psicólogo/a Psicólogo Profesional / T. Rehabilitación Psicóloga Profesional / T. Rehabilitación Profesional / T. Rehabilitación Psicólogo/a As. Social	<ul style="list-style-type: none"> ○ Asistencia semanal ○ Indicadores de proceso: con énfasis en los familiares y de reinserción ○ Interconsultas realizadas ○ Consultorías realizadas ○ Abandono ○ Rescate realizado ○ Permisos cumplidos satisfactoriamente ○ Indicadores de egreso
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluar mantención de logros terapéuticos 2. Reforzar proceso de integración 3. Reforzar estrategias de prevención de recaídas 	Consulta salud mental individual Consulta salud mental familiar Interv. psicosocial de grupo Visita domiciliaria	Profesional/ T, Reh Profesional/ T, Reh Profesional/ T, Reh Asistente Social	<ul style="list-style-type: none"> ○ Consumo ○ relaciones de pares ○ relaciones familiares/hijos ○ Salud física ○ Salud mental ○ reinserción laboral /académica ○ Situación con justicia

PROCEDIMIENTOS SUGERIDOS PARA EL ABORDAJE DE SITUACIONES ESPECÍFICAS

EN RELACIÓN AL TRABAJO CON LOS NIÑOS y NIÑAS

- Velar por los derechos de los hijos de las usuarias.
- Evitar violencia física, verbal y psicológica hacia los niños propios y ajenos
- Derivar a las instituciones de salud pertinentes cuando se sospeche algún problema de salud física o mental de los niños, que requiera atención de especialidad
- Evitar que las mujeres se retiren del programa dejando al hijo al cuidado del centro.

Esta es una situación excepcional, sin embargo en caso de presentarse, el procedimiento sugerido es informarle al familiar o significativo afectivo en forma inmediata, iniciar el rescate de la usuaria en forma paralela, en caso de existir alguna situación legal, informar al tribunal correspondiente o a la Asistente social con quien se haya mantenido el contacto del caso.

Se sugiere como procedimiento, toda vez que un niño ingresa a residir con la usuaria en el centro, realizar las gestiones necesarias correspondientes para tener claridad respecto de la situación legal del menor, para ello es imprescindible el contacto del centro con la Corporación de Asistencia Judicial correspondiente y con todas las instituciones y personas pertinentes,

ASPECTOS TECNICOS

La inclusión y el trabajo con hijos de mujeres en tratamiento y rehabilitación por consumo de sustancias, surge a partir de dos fuentes: la observación de que un número importante de mujeres no ingresa a tratamiento por no querer o no poder dejar a sus hijos; y la necesidad de los hijos de estar con sus madres, especialmente en sus primeros años de vida. Se ha observado que la incorporación de la díada madre-hijo al tratamiento de las adicciones en población femenina, tiene un fuerte valor motivacional para la madre y preventivo para el hijo de ésta. Puesto que cuando la madre presenta una adicción, los niños están en riesgo de ser abandonados afectivamente y en su cuidado, y vulnerables a reproducir la conducta adictiva.

El ingreso de los hijos a los programas de tratamiento debe ser evaluado en cada caso específico, pues no todas las usuarias se encuentran en condiciones de asumir las responsabilidades por el cuidado de sus hijos al inicio del programa. En este sentido, se sugiere que los hijos ingresen luego que la usuaria haya pasado la etapa de desintoxicación, se encuentre estabilizada y/o en un estadio motivacional de preparación o acción. De acuerdo a la experiencia clínica acumulada, no es recomendable que usuarias en estado contemplativo o precontemplativo ingresen a tratamiento con sus hijos.

El rol del equipo es cuidar a los niños y niñas, velar por sus derechos dentro del centro, observarlos y acudir/derivar a profesionales competentes en caso de dudas o problemas en su desarrollo (centro de salud, profesores o educadores de párvulos). No corresponde evaluarlos, ni aplicar baterías de psicodiagnóstico. Un aspecto central es generar las condiciones que permitan potenciar el desarrollo del rol materno a través de la observación de la interacción madre-hijo y posterior apoyo en las conductas positivas que la madre emprende.

El equipo debe permitir que los niños se desarrollen en un ambiente cercano a su contexto natural, y con el máximo de contacto con su familia. Así como también disponer de espacios físicos que le permitan al niño jugar y expresarse lúdicamente, velando por un adecuado cuidado y protección en concordancia con las normas sanitarias vigentes.

El equipo debe velar porque la usuaria inscriba a su hijo en el consultorio de atención primaria, asista con su hijo al Programa del Niño Sano y a todas las atenciones médicas indicadas por el pediatra y/o enfermera a cargo. Asimismo debe promover la vinculación con el sistema educativo, coordinándose con salas cuna y colegios. En caso contrario debe informar al familiar responsable y evaluar en conjunto con la usuaria la asunción de las responsabilidades del cuidado del niño. También debe aclararse la situación legal del menor, especialmente cuando existan medidas cautelares, las cuales deben ser explicitadas desde el contrato terapéutico.

Finalmente en la situación excepcional, de que la madre abandone el programa de tratamiento, dejando al hijo en el centro, el procedimiento sugerido es informarle al familiar o significativo afectivo en forma inmediata, iniciar el rescate de la usuaria en forma paralela, en caso de existir alguna situación legal, informar al tribunal correspondiente o a la Asistente social con quien se haya mantenido el contacto del caso

ASPECTOS SANITARIOS Y DE SEGURIDAD

La lactancia natural es una forma sin parangón de proporcionar un alimento ideal para el crecimiento y el desarrollo sanos de los lactantes; también es parte integrante del proceso reproductivo, con repercusiones importantes en la salud de las madres. La leche materna es el único alimento capaz de satisfacer todos los requerimientos nutricionales durante los primeros 6 meses de vida, sin requerir otros alimentos agregados como agua o jugos.

Existe normativa vigente de MINSAL, respecto de preparación de mamaderas y alimentos disponible en página web

Es recomendable que los centros cuenten con diversos materiales educativos relativos a la alimentación, salud y características del desarrollo normal de lactantes y niños que viven en él. A continuación se nombran algunas alternativas didácticas que, además,

EN RELACIÓN AL TRATAMIENTO CON MUJERES EMBARAZADAS

Se sugiere tener en consideración los siguientes puntos

- Restricciones al uso de tabaco.
- Mantener contacto permanente con el centro de salud correspondiente para el control del embarazo.
- Otorgar contención y apoyo psicosocial y psicoeducativo.
- No intervenir psicoterapéuticamente.
- Dar inicio al trabajo para favorecer la relación de apego¹⁷ con el hijo/a.

EN RELACION A LA PROMOCION DEL VINCULO MADRE HIJO/A

Según Calvo¹⁸, los efectos farmacológicos de las diversas sustancias y los ciclos de intoxicación-abstinencia pueden afectar a la interacción materno-infantil, al producir en la madre diversas alteraciones perceptivas, afectivas y conductuales y pudiendo reducir tanto su sensibilidad para percibir e interpretar las claves emitidas por el niño, como su habilidad para emitir claves apropiadas. Si a esto se une la posibilidad de que el niño sea de difícil manejo por encontrarse bajo los efectos agudos de la exposición prenatal a una droga o por presentar alteraciones neuroconductuales, la calidad del vínculo puede verse comprometida por ambos miembros de la díada.

La experiencia de la gestación y la maternidad es un aspecto que suele asociarse con una mayor motivación para la búsqueda de tratamiento. No obstante, la representación mental que la mujer tiene acerca de la maternidad, las expectativas que posee sobre sí misma en su rol de madre y las reacciones emocionales ante la perspectiva de la maternidad varían con cada mujer e, incluso, con cada embarazo para la misma mujer. No es infrecuente encontrar sentimientos cruzados de apego, ansiedad y rechazo hacia el neonato, lo que unido al miedo a la estigmatización social, produzca un alejamiento de los servicios sanitarios y sociales más que un acercamiento a los mismos.

En lo que se refiere a los estilos parentales, la adicción en mujeres madres se ha asociado con estilos educativos rígidos, inconsistentes y/o amenazantes, que a mediano o largo plazo pueden producir alteraciones conductuales o afectivas de diverso grado en el niño. Sin embargo, se debe tener presente también que los estilos parentales más rígidos se relacionan fuertemente con niveles socioeconómicos bajos y la falta de responsividad puede estar mediada por la presencia de comorbilidad psiquiátrica. En ausencia de trastorno adictivo, las madres afectadas de trastornos psicóticos o afectivos parecen poseer menor responsividad emocional hacia el niño y las madres depresivas parecen ser más hostiles e inconsistentes en su relación con éste. Dada que la presencia de patología dual puede llegar a ser muy elevada y que las madres afectadas de trastornos mentales en ausencia de drogodependencia pueden considerarse por sí

¹⁷ Mayor información en Manual de Intervención temprana para bebés en situación de riesgo (3-12 meses). Manual del Cuidador. Unidad de Intervención temprana. Este manual, financiado por el Servicio Nacional de Menores y realizado por la Unidad de Apego y Salud Mental de la Universidad del Desarrollo en colaboración con la Fundación San José para la Adopción, no puede ser reproducido sin la autorización de sus autores.

¹⁸ Calvo, H. (2004). Maternidad, infancia y drogas: implicaciones clínicas. *Adicciones*, 16(4), 1-20.

mismas vulnerables, se trataría en estos casos de una doble vulnerabilidad para la madre y para el niño.

Es fundamental tener presente que la adicción no debe considerarse como parámetro de evaluación de las capacidades parentales de la mujer, ya que la disfuncionalidad en este rol puede estar mediada por diversos factores. Asimismo, la rehabilitación y reinserción social no garantiza la mejora automática de las funciones parentales.

En el tratamiento deben promoverse intervenciones motivacionales, no confrontativas y en contactos sucesivos. Existe acuerdo en que las aproximaciones de tipo confrontativo, rígido y persecutorias, no son constructivas para la madre ni para el niño.

Este mismo autor plantea que las responsabilidades derivadas de la maternidad constituyen a menudo un arma de doble filo: por una parte motivan para la rehabilitación y, por otra, compiten por los recursos de la mujer, en momentos especialmente críticos del proceso terapéutico. En este sentido es fundamental motivar al equipo a estar constantemente considerando la multiplicidad de roles que la mujer desempeña y, entre los cuales, la maternidad juega un papel fundamental. Por otra parte, la evaluación que la mujer hace de sus habilidades y capacidades como madre están mediadas, no sólo por la interacción con su hijo o hija, sino por el momento que atraviesa en su proceso adictivo y los mensajes que recibe del equipo tratante, la sociedad y la red de apoyo.

En el caso donde sea necesario que el hijo quede a resguardo de familiares y se genere un mayor apego a otras personas distintas de la madre, la intervención debe incluir el manejo por parte de la mujer del resentimiento o alejamiento emocional del menor, así como la comprensión de éste, si corresponde, de la problemática presentada por su madre desde una perspectiva apropiada para su nivel evolutivo. En casos extremos sería necesario para la mujer elaborar la comprensión y el duelo de la pérdida del rol de madre.

El vínculo madre-hijo se puede potenciar a través de actividades que permitan a la madre identificar las necesidades de su hijo, sus características como persona, sus intereses y gustos; y apoyar el rol de cuidado materno a través de:

- Entrega de información atinente en la metodología de charlas de expertos o talleres psicoeducativos: dieta saludable, apoyo escolar, inserción en la red de salud, inserción en el sistema educativo, alternativas de manejo conductual, los derechos de los niños, características y necesidades de cada etapa de desarrollo, etc.
- Reforzamiento contingente de conductas asertivas.
- Asunción de responsabilidad sobre el cuidado y desarrollo de sus hijos de manera gradual y con un acompañamiento físico paulatinamente decreciente.

Por otra parte, será fundamental incitar al equipo a validar a la madre y a tener una actitud de apoyo por sobre una de corrección e instrucción. Esto también permitirá generar en la madre la confianza en sí misma para desempeñar su rol materno.

EN RELACIÓN AL TRABAJO EN RED

Para realizar un trabajo coordinado y eficiente es necesario establecer los siguientes contactos:

- Matrona del consultorio o CESFAM más cercano al centro.
- Enfermera del programa de control del niño sano del consultorio o CESFAM más cercano al centro.
- Asistente social del consultorio o CESFAM más cercano al centro.
- Jardín Infantil de la Junta Nacional de Jardines infantiles, INTEGRAL u otro, más cercano al centro.
- Previene de la comuna.
- Centro de derivación o referencia:

Debido a las pérdidas que se producen con las mujeres en la interfase que se genera entre la derivación y la llegada efectiva de la usuaria al centro de derivación.

Es preciso mantener estrecha relación con el centro que deriva, de tal modo de conocer los datos y antecedentes de la usuaria derivada y contactarse con ella previamente (vía telefónica o visitando el centro que deriva). Esta práctica facilita el establecimiento del vínculo con la nueva institución y posibilita la adherencia al centro que recibe.

ANEXO N° 2, contiene los siguientes documentos.

1. TOP
2. Diagnóstico de Necesidades de Integración Social
3. Orientaciones para el Diagnóstico de Integración Social

Perfil de Resultados de Tratamiento (TOP)

Nombre del Usuario: (dd/mm/aa) Fecha de nacimiento: Nombre del Entrevistador:

Fecha de entrevista (dd/mm/aa): Sexo: M F E Etapas de tratamiento: Ingreso Evaluación Seguimiento Rehabilitación

Sección 1: Uso de Sustancias

Responde a cada ítem de la siguiente manera: Nunca, Casi nunca, A veces, Casi siempre, Siempre

Ítem	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre	Puntaje
A. Alcohol	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0-4
B. Marihuana	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0-4
C. Pasta de cocaína	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0-4
D. Crack	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0-4
E. Heroína	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0-4
F. Otros narcóticos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0-4
G. Otros fármacos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0-4

Sección 2: Transgresión a la Norma Social

Responde a cada ítem de la siguiente manera: Nunca, Casi nunca, A veces, Casi siempre, Siempre

Ítem	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre	Puntaje
A. Furto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0-4
B. Tráfico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0-4
C. Venta de drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0-4
D. Robo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0-4
E. Violencia interpersonal (Marido, hijo/a, compañero/a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0-4
F. Delincuencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0-4

Sección 3: Salud y Funcionamiento Social

Responde a cada ítem de la siguiente manera: Nunca, Casi nunca, A veces, Casi siempre, Siempre

A. ¿Cuántas veces en los últimos 12 meses se ha sentido triste o deprimido?

Ítem	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre	Puntaje
A. Tristeza o depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0-4
B. Días de ausencia de trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0-4
C. Días de ausencia de casa por problemas de salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0-4
D. Cantidad de días de ausencia de casa por problemas de salud (últimos 12 meses)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0-28

Responde a cada ítem de la siguiente manera: Nunca, Casi nunca, A veces, Casi siempre, Siempre

Ítem	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre	Puntaje
E. Tiempo que se dedica a actividades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0-4
F. Actitud hacia las personas que sufren problemas de salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0-4
G. Cantidad de días de ausencia de casa por problemas de salud (últimos 12 meses)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0-28

Perfil de Resultados del Tratamiento (TOP)

Acerca del TOP

El Perfil de Resultados del Tratamiento (TOP) es el resultado de una evaluación de los resultados del tratamiento de un paciente con el fin de determinar si el paciente ha alcanzado los objetivos de tratamiento establecidos en el momento de la evaluación. El TOP es un instrumento que permite al equipo de tratamiento evaluar el progreso del paciente y determinar si el paciente ha alcanzado los objetivos de tratamiento establecidos en el momento de la evaluación. El TOP es un instrumento que permite al equipo de tratamiento evaluar el progreso del paciente y determinar si el paciente ha alcanzado los objetivos de tratamiento establecidos en el momento de la evaluación.

El TOP debe ser completado al inicio del tratamiento de cada paciente para establecer la línea de base del tratamiento y el progreso del paciente. El cumplimiento de los resultados de los TOP debe ser evaluado al menos una vez al año y al menos una vez al año. El cumplimiento de los resultados de los TOP debe ser evaluado al menos una vez al año y al menos una vez al año.

Como completar el TOP

- Nombre y identificación del paciente
- Nombre de quien indica el diagnóstico
- Fecha de la evaluación
- Especialidad de la UG de esta unidad médica
- Servicio / Departamento / Especialidad / Tratamiento

Tipos de Respuestas

- **Completado / Excepciones:** Se indica la ausencia total del paciente de alguna de las áreas de respuesta que se indican en el TOP. El paciente puede haber completado algunas de las áreas de respuesta.
- **Completado / Excepciones:** Se indica la ausencia total del paciente de alguna de las áreas de respuesta que se indican en el TOP. El paciente puede haber completado algunas de las áreas de respuesta.
- **Completado / Excepciones:** Se indica la ausencia total del paciente de alguna de las áreas de respuesta que se indican en el TOP. El paciente puede haber completado algunas de las áreas de respuesta.

Para mayor información, ver el Manual de Aplicación del TOP

Unidades de Conversión de Alcohol

	100%	50%	25%
CERVEZA (Cerveza)	12 onzas (355 ml)	6 onzas (177 ml)	3 onzas (89 ml)
WINE (Vino)	5 onzas (148 ml)	2.5 onzas (74 ml)	1.25 onzas (37 ml)
LICORES (Whisky, Vodka, etc.)	1.5 onzas (44 ml)	0.75 onzas (22 ml)	0.375 onzas (11 ml)

Gracias por su cooperación al TOP

3: Orientaciones para el Diagnóstico de Integración Social



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

Área de Integración Social
SENA
2013

I. PRESENTACIÓN

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

Este documento está estructurado en los siguientes apartados:

- Introducción
- Áreas que deben ser incluidas en la evaluación
- Presentación de Instrumento de Descripción de Necesidades de Integración Social.
- Instrumento de Descripción de Necesidades de Integración Social.
- Pauta de sugerencias para el diagnóstico del ámbito de Integración Social.
- Referencias

Esta propuesta de evaluación y descripción de Necesidades de Integración Social, se elaboró en base al trabajo realizado por la Universidad Diego Portales durante el año 2012 y que consistió en la revisión sistemática de la literatura disponible respecto del ámbito de integración social, e incluyó el aporte de equipos de centros de tratamiento respecto de lo que debía contener una evaluación en este ámbito.

En una segunda etapa, SENDA a través de las áreas de evaluación y estudios y de integración social, realizaron una revisión, actualización y modificación de la propuesta original del instrumento, con el propósito de incorporar la experiencia y aprendizajes de la aplicación inicial, considerando las apreciaciones, comentarios y sugerencias que efectuaron diversos profesionales de centros de tratamiento del país, del MINSAL, y Área de tratamiento de SENDA.

Todo este trabajo arrojó como resultado una propuesta conceptual respecto de los capitales y los ámbitos de los mismos, que están involucrados en la recuperación de las personas que se ven afectadas por consumo problemático de sustancias y por lo tanto qué áreas o ámbitos son claves de desarrollar como parte de un tratamiento.

Es así, como se elaboró este instrumento, el cual propone una valoración clínica que pretende ser una ayuda para, por una parte, valorar la magnitud de los efectos o consecuencias del consumo problemático de sustancias, en la condición de integración social de la persona, como por otra, valorar los recursos con que cuentan las personas para el logro de su plena integración social, en un proceso de recuperación.

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

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

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

II. INTRODUCCIÓN

La norma y orientaciones técnicas de los planes de tratamiento y rehabilitación para personas adultas con problemas derivados del consumo de drogas (SENDA-MINSAL, 2013), señala que durante la primera etapa de todo tratamiento por consumo problemático de sustancias, se debe realizar una evaluación integral. Esta evaluación incluye los aspectos clínicos del problema de consumo, estado de salud mental y psiquiátrico junto con la valoración de otras variables del contexto, familiar, social, e individual de la persona afectada directamente por el consumo; y, una evaluación del estado de integración social de la persona usuaria, así como de sus intereses, competencias y habilidades para integrarse socialmente, lo que conforma una conclusión del estado del Compromiso biopsicosocial de la persona.

En este contexto, la identificación de las necesidades particulares en Integración Social, permitirán generar, como parte del diseño del Plan Individualizado de Tratamiento, itinerarios personalizados para cada persona usuaria, tomando en consideración el nivel de Integración Social y las posibles trayectorias relacionadas.

Evaluar las necesidades de integración social, como parte de un diagnóstico integral, se sustenta en la consideración de que para la mantención de los logros terapéuticos, es relevante aportar a las personas en acciones encaminadas a su plena integración social. Los procesos de Integración Social son procesos interactivos en que tanto la sociedad como la persona en cuestión, participan activamente para aumentar sus niveles de autonomía personal, de participación ciudadana y capitales de recuperación involucrados. El objetivo entonces radica en mejorar las condiciones de vida permitiendo así contribuir a la superación de la situación de exclusión social, que en el caso de ser mantenidas en el tiempo obstaculizarían la posibilidad de una recuperación sostenida, aumentando el riesgo de consumo y las consecuencias individuales, familiares y sociales que éste involucra.

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

- a. Evaluar las necesidades de Integración Social de las personas usuarias de centros de tratamiento.
- b. Identificar las fortalezas y obstáculos que faciliten y/o dificulten los procesos de Integración de cada persona usuaria.

- c. **Obtener información pertinente para la construcción del Plan de Intervención Individual, que permita introducir actividades y acciones que contribuyan a una integración social efectiva de la persona usuaria.**

El presente documento, pretende constituirse en una guía para los equipos clínicos, orientando respecto de qué ámbitos o elementos deben ser considerados para evaluar la dimensión de integración social.

III. ÁREAS QUE DEBEN SER INCLUIDAS EN LA EVALUACIÓN

El estado de integración social de la persona usuaria, así como sus intereses, competencias y habilidades para integrarse socialmente, deben ser analizadas a la luz de los recursos y condiciones objetivas que la persona ha demostrado. Se propone, que además de conocer cómo es su relación con la sustancia, también se conozcan cuáles son sus expectativas, recursos y condiciones de vida, que harán que pueda transitar desde condiciones de mayor exclusión hacia condiciones de integración social.

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

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

CAPITAL SOCIAL

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

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

El detalle de ámbitos y componentes es el siguiente:

CAPITAL	AMBITO	COMPONENTES
Capital Social		

CAPITAL FÍSICO

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

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

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

CAPITAL	AMBITO	COMPONENTES
Físico		

CAPITAL HUMANO

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

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

CAPITAL	AMBITO	COMPONENTES
Humano	Físico	Condición de salud
		Capacidad de afrontamiento
		Capacidad de recuperación
		Capacidad de adaptación
	Psicológico	Autoestima
		Capacidad de afrontamiento
		Capacidad de recuperación
		Capacidad de adaptación
	Social	Redes de apoyo
		Capacidad de negociación
		Capacidad de resolución de conflictos
		Capacidad de adaptación

CAPITAL CULTURAL

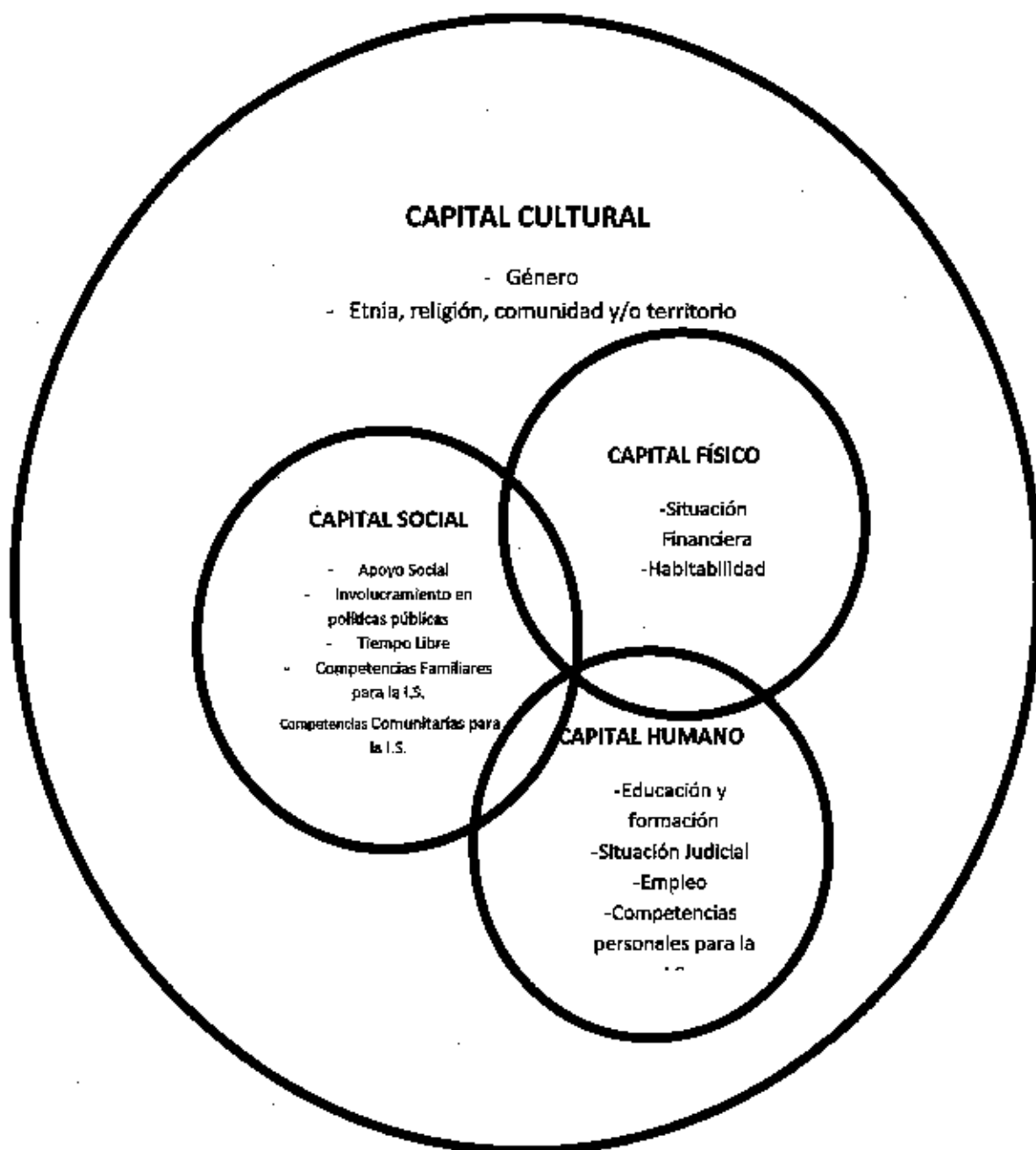
El capital cultural será entendido como un concepto amplio que *busca identificar un conjunto de valores, creencias, disposiciones y actitudes* que proceden de la pertenencia a un determinado grupo cultural, considerando la variable de género, el espacio o territorio geográfico que habita, origen étnico, siempre entendiendo que la idea es comprender a la persona para favorecer el proceso de integración social en el contexto del consumo

problemático de sustancias. En este sentido, el capital cultural y sus diferentes componentes deben ser entendidos como elementos transversales para la evaluación de la dimensión de integración social, que cruzan y están siempre presentes en el análisis de la valoración de todos los otros componentes de los recursos o capitales físicos, humano y social (Sumnall & Brotherhood, 2012).

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

CAPITAL	AMBITO	COMPONENTES
Cultural		Identidad de género
		Religión
		Etnia
		Comunidad
		Territorio

ESQUEMA 1: Capitales de Recuperación y ámbitos de evaluación.



Si bien para efectos didácticos se han dividido cada uno de los capitales es importante resaltar que estos se influyen mutuamente, por ejemplo la condición de situación

financiera de una persona (capital físico) media o determina por ejemplo su interés por capacitarse (capital humano).

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

IV. INSTRUMENTO DE DESCRIPCIÓN DE NECESIDADES DE INTEGRACIÓN SOCIAL

a) Explicación General del Instrumento:

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

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

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

b) Modo de aplicación:

Por cada Capital analizado se deberá llegar a una conclusión respecto del nivel de necesidades de integración social que presenta la persona en dicha dimensión. Al finalizar, se espera que el equipo pueda entregar una valoración final del estado de las necesidades de integración de la persona usuaria, para ello, un criterio posible, es

considerar que si existe una proporción igual o mayor al 50 % de las variables presentes en la misma categoría (alta, media o bajas necesidades), es posible estimar el nivel de necesidades de integración social de una persona en ese momento. Aun así, es importante destacar que será relevante **prestar especial atención a todas aquellas variables que sean consignadas como de alta necesidad**, pues deberán ser atendidas en el plan de intervención individual, aun cuando globalmente una persona pueda ser evaluada como con bajas necesidades de integración social.

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

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

Por último, cuando hablamos de competencias personales, familiares y comunitarias para la integración social o de competencias para las transiciones laborales, es decir, de empleabilidad, recuerde que ellas serán evaluadas en distintos momentos del proceso de tratamiento, por lo que la valoración que el equipo haga en el Instrumento de Evaluación de Necesidades de Integración Social puede hacerse en un momento posterior. Lo importante es no olvidar incluirlo, dada su complementariedad e importancia en el proceso de recuperación.

Instrumento de Descripción de Necesidades de Integración Social

Categoría	Sub-categoría	Descripción	Ejemplos	Impacto	Medidas	Responsables	Fecha	Estado
Orientaciones Culturales	Capital Social	Redes familiares	Familias con miembros con discapacidad	Aislamiento social	Programas de apoyo familiar	Servicios de salud mental	2023-01-15	En curso
		Grupos comunitarios	Comunidades con miembros con discapacidad	Falta de participación	Talleres de capacitación	Organizaciones de la sociedad civil	2023-02-01	Completado
		Espacios públicos	Espacios públicos con accesibilidad limitada	Exclusión de personas con discapacidad	Mejoras de accesibilidad	Municipalidad	2023-03-10	En curso
		Eventos culturales	Eventos culturales sin consideración de la discapacidad	Falta de inclusión	Adaptación de eventos	Organizaciones culturales	2023-04-05	En curso
Orientaciones Culturales	Capital Social	Espacios públicos	Espacios públicos con accesibilidad limitada	Exclusión de personas con discapacidad	Mejoras de accesibilidad	Municipalidad	2023-03-10	En curso
		Eventos culturales	Eventos culturales sin consideración de la discapacidad	Falta de inclusión	Adaptación de eventos	Organizaciones culturales	2023-04-05	En curso
		Grupos comunitarios	Comunidades con miembros con discapacidad	Falta de participación	Talleres de capacitación	Organizaciones de la sociedad civil	2023-02-01	Completado
		Redes familiares	Familias con miembros con discapacidad	Aislamiento social	Programas de apoyo familiar	Servicios de salud mental	2023-01-15	En curso

	<input type="radio"/> BAJA NECESIDAD DEL CAPITAL SOCIAL	<input type="radio"/> MEDIANA NECESIDAD DEL CAPITAL SOCIAL	<input type="radio"/> ALTA NECESIDAD DEL CAPITAL SOCIAL
<div style="background-color: black; width: 100%; height: 100%;"></div>	<div style="background-color: black; width: 100%; height: 100%;"></div>	<div style="background-color: black; width: 100%; height: 100%;"></div>	<div style="background-color: black; width: 100%; height: 100%;"></div>

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

Capital Físico

AMBITO	COMPONENTES	<input checked="" type="checkbox"/> NECESIDAD	BAJA	<input checked="" type="checkbox"/> MEDIANA NECESIDAD	<input checked="" type="checkbox"/> ALTA NECESIDAD
Cultura	Indicadores de desarrollo humano				
	Indicadores de desarrollo humano				
	Indicadores de desarrollo humano				
	Indicadores de desarrollo humano				
	Indicadores de desarrollo humano				
	Indicadores de desarrollo humano				
	Indicadores de desarrollo humano				
	Indicadores de desarrollo humano				
	Indicadores de desarrollo humano				
	Indicadores de desarrollo humano				
Económico	Indicadores de desarrollo humano				
	Indicadores de desarrollo humano				
	Indicadores de desarrollo humano				
	Indicadores de desarrollo humano				
	Indicadores de desarrollo humano				
	Indicadores de desarrollo humano				
	Indicadores de desarrollo humano				
	Indicadores de desarrollo humano				
	Indicadores de desarrollo humano				
	Indicadores de desarrollo humano				
Social	Indicadores de desarrollo humano				
	Indicadores de desarrollo humano				
	Indicadores de desarrollo humano				
	Indicadores de desarrollo humano				
	Indicadores de desarrollo humano				
	Indicadores de desarrollo humano				
	Indicadores de desarrollo humano				
	Indicadores de desarrollo humano				
	Indicadores de desarrollo humano				
	Indicadores de desarrollo humano				
Ambiental	Indicadores de desarrollo humano				
	Indicadores de desarrollo humano				
	Indicadores de desarrollo humano				
	Indicadores de desarrollo humano				
	Indicadores de desarrollo humano				
	Indicadores de desarrollo humano				
	Indicadores de desarrollo humano				
	Indicadores de desarrollo humano				
	Indicadores de desarrollo humano				
	Indicadores de desarrollo humano				

Componentes	Alta Necesidad	Mediana Necesidad	Baja Necesidad	Alta Necesidad
Alta Necesidad del Capital Físico	Mediana Necesidad del Capital Físico	Baja Necesidad del Capital Físico	Alta Necesidad del Capital Físico	Mediana Necesidad del Capital Físico
Alta Necesidad del Capital Humano	Mediana Necesidad del Capital Humano	Baja Necesidad del Capital Humano	Alta Necesidad del Capital Humano	Mediana Necesidad del Capital Humano
Alta Necesidad del Capital Social	Mediana Necesidad del Capital Social	Baja Necesidad del Capital Social	Alta Necesidad del Capital Social	Mediana Necesidad del Capital Social
Alta Necesidad del Capital Institucional	Mediana Necesidad del Capital Institucional	Baja Necesidad del Capital Institucional	Alta Necesidad del Capital Institucional	Mediana Necesidad del Capital Institucional

Componentes	Alta Necesidad	Mediana Necesidad	Baja Necesidad	Alta Necesidad
Alta Necesidad del Capital Físico	Mediana Necesidad del Capital Físico	Baja Necesidad del Capital Físico	Alta Necesidad del Capital Físico	Mediana Necesidad del Capital Físico
Alta Necesidad del Capital Humano	Mediana Necesidad del Capital Humano	Baja Necesidad del Capital Humano	Alta Necesidad del Capital Humano	Mediana Necesidad del Capital Humano
Alta Necesidad del Capital Social	Mediana Necesidad del Capital Social	Baja Necesidad del Capital Social	Alta Necesidad del Capital Social	Mediana Necesidad del Capital Social
Alta Necesidad del Capital Institucional	Mediana Necesidad del Capital Institucional	Baja Necesidad del Capital Institucional	Alta Necesidad del Capital Institucional	Mediana Necesidad del Capital Institucional

VI. Sugerencias para el diagnóstico:

CAPITAL	AMBITO	COMPONENTES	Sugerencias para la descripción de Necesidades de Integración Social
Capital Social		<p>Indicador de la capacidad de los individuos y de los grupos de interactuar y cooperar entre sí para lograr objetivos comunes. El capital social se refiere a las redes, normas e instituciones que facilitan la cooperación y el comportamiento prosocial dentro de una sociedad. Incluye la confianza, la reciprocidad y la solidaridad.</p> <p>El capital social puede ser un recurso valioso para las comunidades y los individuos, ya que puede ayudar a reducir los costos de transacción, mejorar el acceso a recursos y servicios, y promover el bienestar social.</p> <p>El capital social puede ser medido de varias maneras, como a través de encuestas que preguntan sobre la confianza en los demás, la participación en actividades comunitarias, o el apoyo social percibido.</p> <p>El capital social puede ser influenciado por factores como la educación, el nivel de ingresos, el tamaño del grupo, y el contexto cultural.</p> <p>El capital social puede ser un resultado de políticas públicas que promuevan la participación comunitaria y la confianza mutua.</p>	

<p>del nivel donde se realiza puede ser en su barrio o a un nivel más amplio. Como ejemplos de participación en la selección de líderes elegibles, mejoramientos de espacios públicos, el mejoramiento de directivas de organizaciones locales, políticas, etc. (Hernández Navarrete, 2005; 2007; Márquez et al., 2007; Márquez y Pardo, 2007; Pardo, 2007).</p>	<p>Indicativa respecto a la participación en los espacios comunitarios públicos de la comunidad regional, tales como los salones, centros de actividades, las escuelas públicas de construcción de la comunidad (CCEM), etc. (Hernández Navarrete, 2007; Márquez et al., 2007).</p>	<p>Indicativa respecto a la participación en la elección de algún líder comunitario, siempre y cuando el mismo se encuentre en un espacio público, como el ejemplo de participación en los programas de mejoramiento de espacios públicos, tales como el barrio, la escuela, etc. (Hernández Navarrete, 2007; Márquez et al., 2007).</p>	<p>Indicativa respecto a la participación en la elección de algún líder comunitario, siempre y cuando el mismo se encuentre en un espacio público, como el ejemplo de participación en los programas de mejoramiento de espacios públicos, tales como el barrio, la escuela, etc. (Hernández Navarrete, 2007; Márquez et al., 2007).</p>
<p>Indicativa respecto a la participación en la elección de algún líder comunitario, siempre y cuando el mismo se encuentre en un espacio público, como el ejemplo de participación en los programas de mejoramiento de espacios públicos, tales como el barrio, la escuela, etc. (Hernández Navarrete, 2007; Márquez et al., 2007).</p>	<p>Indicativa respecto a la participación en la elección de algún líder comunitario, siempre y cuando el mismo se encuentre en un espacio público, como el ejemplo de participación en los programas de mejoramiento de espacios públicos, tales como el barrio, la escuela, etc. (Hernández Navarrete, 2007; Márquez et al., 2007).</p>	<p>Indicativa respecto a la participación en la elección de algún líder comunitario, siempre y cuando el mismo se encuentre en un espacio público, como el ejemplo de participación en los programas de mejoramiento de espacios públicos, tales como el barrio, la escuela, etc. (Hernández Navarrete, 2007; Márquez et al., 2007).</p>	<p>Indicativa respecto a la participación en la elección de algún líder comunitario, siempre y cuando el mismo se encuentre en un espacio público, como el ejemplo de participación en los programas de mejoramiento de espacios públicos, tales como el barrio, la escuela, etc. (Hernández Navarrete, 2007; Márquez et al., 2007).</p>

	<p>Tempo (hrs)</p> <p>Atividade</p>	<p>Des. de At. (20 P)</p> <p>Atividade</p>
	<p>Tempo (hrs)</p> <p>Atividade</p>	<p>Des. de At. (20 P)</p> <p>Atividade</p>
	<p>Tempo (hrs)</p> <p>Atividade</p>	<p>Des. de At. (20 P)</p> <p>Atividade</p>

	<p>Proyectar un trabajo o oficio</p>	<p>Asimismo, los ámbitos de Competencias Familiares para la Integración Social y de Competencias comunitarias para la integración social deben ser previamente evaluados en base al Portafolio Metodológico de Desarrollo de Competencias de Empleabilidad para las transiciones laborales (CONACE-Fundación Chile 2010). La aplicación en conjunto con el usuario del portafolio entrega y discrimina el nivel alcanzado y permite el conocimiento de los 2 factores, los cuales pueden ser:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Siempre / Generalmente • Ocasionalmente • Escasamente
	<p>Aprender de los profesionales afectados</p>	<p>Indagar respecto al tipo de perfil de los afectados y los planes de estudio, ya sea si lo planifican, se han realizado o no, y si los afectados ya han realizado estudios, ya sea si lo planifican, se han realizado o no, y si los afectados ya han realizado estudios, ya sea si lo planifican, se han realizado o no.</p>
	<p>Conocer el nivel de desarrollo de los afectados</p>	<p>Indagar respecto al nivel de desarrollo de los afectados, ya sea si lo planifican, se han realizado o no, y si los afectados ya han realizado estudios, ya sea si lo planifican, se han realizado o no.</p>
	<p>Observar el nivel de desarrollo de los afectados</p>	<p>Indagar respecto al nivel de desarrollo de los afectados, ya sea si lo planifican, se han realizado o no, y si los afectados ya han realizado estudios, ya sea si lo planifican, se han realizado o no.</p>

NIVEL DE NECESIDAD DEL CAPITAL
(Social, Humano y físico)

Observaciones

Nota:

El espacio ideal para desarrollar la Evaluación son las reuniones clínicas o instancias similares aunque eventualmente si no se tiene la información específica para evaluar algún componente se debe entrevistar al usuario para poder completar. Puede haber personas que no aplique consignar algún componente o no convengan entregar información al respecto, por ello dejar en blanco y no considerar para la sumatoria y clasificación del nivel de necesidad. No obstante, se puede consignar en las observaciones. Toda la información recopilada debe ser **VOLUNTARIA Y CONFIDENCIAL**.

REFERENCIAS

- Babín, F., Herrero, M., Brasal, M., Bustos, M., Calvo, C., Cuesta, S., . . . Tercero, M. (2007). *Programa de Integración Social a través del ocio*. Madrid: Instituto de Adicciones de Madrid Salud.
- Banco_Central. (2012). *Endeudamiento de los hogares: aspectos conceptuales y revisión de la literatura*. Santiago: Informe de Estabilidad Financiera, Banco Central.
- Best, D., Simpson, D., & White, W. (2010). *Treatment Process Model, Manual Recovery for Lanarkshire*: University of the West of Scotland.
- CASEN. (2011). *Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional*. Santiago de Chile: Ministerio de Desarrollo Social, Gobierno de Chile.
- Castro, R., Campero, L., & Hernández, B. (1997). La investigación sobre apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos. *Rev. Saúde Pública, 31(4)*, 425-435.
- Cloud, W., & Granfield, R. (2008). Conceptualizing Recovery Capital: Expansion of a Theoretical Construct *Substance Use & Misuse, 43(12-13)*, 1971-1986.
- CONACE-Fundación_Chile. (2010). *Portafolio Metodológico, Desarrollo de competencias de empleabilidad para las transiciones laborales*. Santiago de Chile: Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes-Centro de Innovación en Capital Humano de Fundación Chile.
- Gallo, M., & Garrido, R. (2009). *El Capital Social, ¿Que es y porqué importa?* Madrid.
- Garmendía, M. L., Alvarado, M. E., Montenegro, M., & Pino, P. (2008). Importancia del apoyo social en la permanencia de la abstinencia del consumo de drogas. *Revista médica de Chile, 136*, 169-178.
- Groshkova, T., Best, D., & White, W. (2013). The Assessment of Recovery Capital: Properties and psychometrics of a measure of addiction recovery strengths. *Drug and Alcohol Review, 32*, 187-194. doi: 10.1111/j.1465-3362.2012.00489.x
- Hawkins, D., & Catalano, R. (1985). Aftercare in Drug Abuse Treatment *Substance Use & Misuse, 20(6-7)*, 917-945
- Henríquez, O., Navarrete, E., Hidalgo, L., & Zanzi, C. (2010). *Manual Guía para la Participación Ciudadana en la Elaboración de las Políticas Públicas Regionales*. Santiago: Departamento de Políticas y Descentralización, División de Políticas y Estudios, Subsecretaría de Desarrollo Regional y Administrativo, Ministerio del Interior.
- Higgins, S., & Petry, N. (1999). Contingency Management. *Alcohol Research & Health, 23(2)*.
- López, A., & Chacón, F. (1990). Apoyo social percibido: su efecto protector frente a los acontecimientos vitales estresantes *Revista de Psicología Social, 7(1)*, 53-59.
- Márquez, F., Sanhueza, A., Ferrari, M. D., Mujica, P., Gonzalez, R., & Cáceres, M. (2001). *Participación Ciudadana en la Gestión Pública, Marco Conceptual*. Santiago: Ministerio Secretaría General de la Republica, Gobierno de Chile.
- Mujica, P., Ferrari, J. M. D., Sanhueza, A., Lauzán, S., & Delpiano, C. (2008). *Manual de Participación Ciudadana*. Santiago: Corporación PARTICIPA.
- Parada, M. O., & Rivera, M. J. B. (2011). Psychometric Properties of a Scale Designed to Measure Perceived Social Support in Chilean Patients with Type 2 Diabetes. *Universitas Psychologica, 10(1)*, 189-196.
- Poblete, F., Sapag, J., & Bossert, T. (2008). Capital social y salud mental en comunidades urbanas de nivel socioeconómico bajo, en Santiago, Chile. Nuevas formas de entender la relación comunidad-salud. *Rev Méd Chile 136*, 230-239.

SAMHSA. (2009). Center for Substance Abuse Treatment, What Are Peer Recovery Support Services? Rockville, MD.: Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA).

SENDA-MINSAL. (2013). Norma y orientaciones técnicas de los planes de tratamiento y rehabilitación para personas adultas con problemas derivados del consumo de drogas *Convenio SENDA-MINSAL*

SENDA. (2013). *SISTRAT, Base personas adultas en tratamiento 2012*. Santiago.

SERNAC. (2013). Carga Financiera máxima, 2013, from <http://www.semactfinanciero.cl/calculadora-de-endeudamiento-familiar/>

Sumnall, H., & Brotherhood, A. (2012). Social reintegration and employment: evidence and interventions for drug users in treatment In O. European (Ed.). Luxembourg: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA).

White, W. (2009). *Peer-based addiction recovery support: History, theory, practice, and scientific evaluation*. Chicago.

White, W., & Cloud, W. (2008). Recovery capital: A primer for addictions professionals. *Counselor*, 9(5), 22-27.



ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

PROGRAMA DE TRATAMIENTO DE CONSUMO PROBLEMÁTICO DE ALCOHOL Y OTRAS SUSTANCIAS PARA PERSONAS CONDENADAS A LIBERTAD VIGILADA

2015

Área de Tratamiento

INTRODUCCIÓN

El Servicio Nacional de Prevención y Rehabilitación de Drogas y Alcohol (SENDA) es el organismo encargado de la ejecución de políticas en materia de prevención del consumo de estupefacientes e ingestión abusiva de alcohol, así como también, en el ámbito del tratamiento, rehabilitación y reinserción social de las personas afectadas por dicho consumo, correspondiéndole la elaboración de una Estrategia Nacional de Drogas y Alcohol.

La Estrategia Nacional de Drogas y Alcohol 2011-2014, reconoce que en el ámbito del Tratamiento y Rehabilitación, en el país existe una brecha importante entre las necesidades de atención de la población con consumo problemático y la capacidad de respuesta que el Estado está siendo capaz de brindar a través de sus diversas instancias. En ese sentido, entre los objetivos específicos, la Estrategia Nacional busca asegurar la equidad en el acceso a una atención oportuna, integral y de calidad para la población con consumo problemático de alcohol y drogas, favoreciendo el acceso a tratamiento y la pertinencia de la oferta existente para personas de sectores de mayor vulnerabilidad social, fortaleciendo los sistemas de atención y avanzando en el diseño de metodologías apropiadas para abordar grupos específicos.

Entre los grupos focalizados por la Estrategia Nacional de Drogas y Alcohol, se encuentra el de las personas que presentan conflicto con la justicia, en especial consideración de que, si bien la mayoría de las personas que registran problemas de consumo problemático de sustancias no comete delitos, la literatura y estudios a nivel internacional señalan que la prevalencia de consumo declarado de drogas ilícitas en las personas que han cometido infracción de ley triplican la prevalencia de la población general.

En ese contexto, el presente Programa de Tratamiento surge en consistencia con los lineamientos planteados en la Estrategia Nacional y con el propósito específico de responder a los requerimientos planteados por la ley 20.603 que, entre otras disposiciones, establece el tratamiento en contexto obligado para personas condenadas a libertad vigilada y libertad vigilada intensiva que presenten consumo problemático de alcohol y/o drogas.

La Ley 20.603, en vigencia a partir de diciembre de 2013, introduce modificaciones a la Ley 18.216, que regula las medidas sustitutivas a las condenas privativas y restrictivas de libertad en población adulta. En virtud de estas modificaciones, se establece un conjunto de condenas sustitutivas a la ejecución de la privación de libertad, entre las que se encuentran las condenas de Libertad Vigilada y Libertad Vigilada Intensiva.

De acuerdo a lo establecido en la ley, la libertad vigilada es una pena sustitutiva a la reclusión que consiste en someter a la persona condenada a un régimen de libertad a prueba que tenderá a su reinserción social a través de una *intervención individualizada, bajo la vigilancia y orientación permanentes de un delegado*. La libertad vigilada intensiva, por otra parte, es una pena sustitutiva a la reclusión que consiste en la sujeción de la persona condenada al cumplimiento de un *programa de actividades* orientado a su reinserción social en el ámbito personal, comunitario y laboral, a través de una *intervención individualizada y bajo la aplicación de ciertas condiciones especiales*."

En el artículo 17 bis de la Ley 18.216, introducido por la Ley 20.603, junto con la imposición de las condiciones establecidas en el artículo 17, si la persona condenada presenta un consumo

problemático de drogas o alcohol, el tribunal deberá imponerle, en la misma sentencia, la obligación de asistir a programas de tratamiento de rehabilitación de dichas sustancias.

En el mismo artículo también se indica que la obligación de someterse a un tratamiento podrá consistir en la asistencia a programas ambulatorios, la internación en centros especializados o una combinación de ambos tipos de tratamiento. El plazo de la internación no podrá ser superior al total de tiempo de la pena sustitutiva, lo que deberá enmarcarse dentro del Plan de Intervención Individual elaborado por el Delegado y aprobado judicialmente.

El reglamento de la Ley 20.603 señala que el Juez dispondrá de la evaluación por parte del servicio médico legal, que en caso de indicar una evaluación positiva del consumo problemático, facultará al juez podrá establecer como una de las condiciones de la pena el tratamiento, quedando definido el control judicial de su cumplimiento, mediante informes mensuales dirigidos al Tribunal por el delegado y audiencias de seguimiento a las que la persona condenada deberá comparecer bimestralmente.

De este modo, la Ley 20.603 establece *por primera vez en nuestro país* el tratamiento de alcohol y/o drogas en contexto obligado para la población infractora adulta, con el consiguiente requerimiento de oferta de tratamiento específica, especializada y enmarcada en el nuevo marco legal.

SENDA, en conjunto con el Ministerio de Salud se ha comprometido con el enorme desafío de garantizar el acceso oportuno para todas aquellas personas que requieran ingresar a tratamiento con la finalidad de dar cumplimiento a las condiciones de la pena sustitutiva de libertad vigilada o libertad vigilada intensivo. Para estos efectos se ha acordado la instalación de programas de tratamiento específicos en aquellas zonas del país que, de acuerdo a la estimación del Ministerio de Justicia y Gendarmería de Chile, presentarían una mayor cantidad de población condenada a libertad vigilada. A su vez, se ha definido la incorporación de la población condenada a libertad vigilada con la condición de tratamiento establecida en la sentencia, como población objetivo del convenio de población general SENDA-MINSAL, garantizando de ese modo la atención de esta población en las diferentes zonas del país.

ANTECEDENTES GENERALES DEL PROGRAMA DE TRATAMIENTO.

1. 2-Propósito

Implementar un Programa de Tratamiento por consumo problemático de alcohol y drogas acorde a las características y necesidades específicas de las personas condenadas a Libertad Vigilada y Libertad Vigilada Intensiva, en directa coordinación y complementariedad de la intervención realizada por Gendarmería de Chile.

1.3. Objetivo General

Ofrecer una oportuna y adecuada intervención terapéutica a población adulta condenada a Libertad Vigilada y Libertad Vigilada Intensiva que presenta consumo problemático de alcohol y otras drogas a través de un tratamiento integral.

1.4. Objetivos Específicos.

- Apoyar y fortalecer el proceso de motivación intrínseca al cambio.
- Estabilizar condiciones de salud física y mental.
- Reducir y modificar favorablemente el patrón de consumo de alcohol y drogas.
- Fortalecer los factores protectores que favorezcan el proceso de cambio.
- Apoyar la gestión de conductas y situaciones de riesgo.
- Fortalecer estrategias de prevención de recaídas.
- Orientar y apoyar el proceso de integración social.
- Favorecer el cumplimiento de las otras condiciones de la condena.

Todos estos objetivos se extienden complementariamente a los objetivos definidos para las penas de Libertad Vigilada y Libertad Vigilada Intensiva, dirigidas a favorecer la reinserción social de la persona condenada.

1.5. Las dimensiones que se abordan:

- Motivación al cambio.
- Estado de Salud Física y Mental.
- Patrón de consumo.
- Familia y personas significativas.
- Habilidades interpersonales.
- Tránsito a la norma social.
- Integración Social.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN EL PROGRAMA

- Personas mayores de 18 años, de ambos sexos.
- Que cumplen condena de Libertad Vigilada o Libertad Vigilada Intensiva.
- Derivadas por un Delegado de Gendarmería de Chile.

DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA

Modalidades de tratamiento

El Programa de Tratamiento de consumo problemático de alcohol y drogas para personas condenadas a Libertad Vigilada o Libertad Vigilada Intensiva, considera dos modalidades de intervención: una modalidad ambulatoria intensiva y otra de tipo residencial.

Modalidad Ambulatoria Intensiva

La Modalidad Ambulatoria Intensiva constituye un conjunto de intervenciones programadas para responder a las necesidades de personas con consumo problemático de sustancias y un compromiso biopsicosocial moderado a severo, que puedan alcanzar la modificación de su situación de consumo y la estabilización de su condición de salud mental y física, encontrándose insertos en su contexto familiar y comunitario.

Esta modalidad está dirigida a personas con o sin co-morbilidad psiquiátrica, que disponen de una red familiar precaria o con cierto grado de disfuncionalidad, pero dispuesta a acompañar el proceso terapéutico o bien aquellos usuarios que cuenten con apoyo de otra persona significativa de su red social. A su vez, un programa ambulatorio intensivo debe considerar la atención de aquellos usuarios que, pese a no contar con una red de apoyo, presentan a nivel individual factores protectores que puedan facilitar el logro de objetivos terapéuticos en modalidad ambulatoria.

El carácter intensivo de esta modalidad de tratamiento no alude, exclusivamente, a la frecuencia en la asistencia de los usuarios al centro de tratamiento puesto que ésta puede ser variable en función de su horario de trabajo o estudio y a otras exigencias definidas por el tribunal. La Intensidad de la modalidad de tratamiento refiere a la complejidad de una intervención que se desarrolla en contexto obligado y a la alta exigencia de coordinación con la red de delegados de Gendarmería.

En términos generales, se contempla la realización de intervenciones individuales, grupales, familiares y comunitarias, pudiendo distribuir estas actividades en jornadas terapéuticas de 3 a 6 horas diarias, con una frecuencia variable de hasta 6 días de la semana. La periodicidad y los horarios de las intervenciones deberán organizarse de acuerdo a las necesidades y recursos de cada usuario y familia, en directa coordinación con el Delegado y con especial consideración de las otras condiciones de la pena, el Plan de Intervención Individual sancionado por el Tribunal y la situación laboral/educacional que presente el usuario.

Se espera que el programa ambulatorio intensivo incorpore una metodología altamente flexible y personalizada, con un horario de funcionamiento diurno y vespertino, que incorpore la atención de 18 a 21 horas al menos tres días de la semana favoreciendo así el acceso a tratamiento de aquellos usuarios que se encuentren trabajando. El programa desarrollará actividades en terreno, incluyendo intervenciones con el usuario y/o familia en el domicilio y otras acciones en espacios comunitarios, según los requerimientos y diferencias presentadas por las personas en tratamiento.

Resulta importante destacar que el dispositivo de tratamiento ambulatorio intensivo constituye la primera vía de acceso a tratamiento para esta población. En este sentido, los equipos de los programas ambulatorios son los encargados de acoger la demanda de atención derivada por los delegados de Libertad Vigilada y Libertad Vigilada Intensiva, a la vez que son los responsables de efectuar con cada usuario una actualización del diagnóstico de consumo, del compromiso biopsicosocial asociado y de la modalidad de tratamiento indicada.

En la sugerencia de tratamiento para esta población, se debe priorizar en primera instancia la atención en modalidad ambulatoria intensiva, favoreciendo así el proceso de integración familiar y social de los usuarios, en consistencia con los objetivos definidos para las penas de Libertad Vigilada o Libertad Vigilada Intensiva, las que apuntan a la reinserción social de la persona condenada.

El programa ambulatorio brinda una atención de tratamiento integral, que no contempla exclusivamente objetivos dirigidos a modificar la situación de consumo, sino que incluye en el diagnóstico e intervención aspectos de salud física y mental, de la situación familiar e integración social de la persona en tratamiento. No obstante, en el contexto específico de las personas condenadas a Libertad Vigilada y Libertad Vigilada Intensiva, esta atención integral se inserta en el marco de una intervención más amplia, por lo que resulta fundamental la coordinación que el equipo de tratamiento debe establecer con el Delegado de Gendarmería, con el fin de definir y delimitar en conjunto los ámbitos de intervención y de complementariedad y la secuencialidad de los objetivos y acciones que deberán acordar con cada usuario y familia.

Modalidad Residencial

El Tratamiento para Condenados a Libertad Vigilada en **modalidad Residencial** constituye un conjunto de intervenciones programadas para responder a las necesidades de personas con consumo problemático de alcohol o drogas y con un compromiso biopsicosocial moderado a severo, que presentan dificultades significativas para alcanzar logros terapéuticos en un programa de tratamiento ambulatorio.

Esta modalidad de atención está dirigida a personas con o sin co-morbilidad psiquiátrica, que no disponen de una red familiar, o bien su contexto familiar presenta importantes factores de riesgo que repercuten negativamente en su situación de consumo y de salud mental. Se contempla también el ingreso de aquellos usuarios que presentan antecedentes de tratamiento ambulatorio con escaso o nulo avance en objetivos terapéuticos.

El tratamiento en modalidad residencial contempla cuidados de 24 horas al día en un ambiente terapéutico, incluyendo intervenciones individuales, grupales y familiares, pudiendo distribuir estas actividades en una jornada terapéutica de 5 a 8 horas de atención diaria, con una frecuencia variable de hasta 7 días de la semana.

Se espera que el programa residencial incorpore una metodología de intervención altamente flexible y personalizada, según los requerimientos y diferencias presentadas por las personas en tratamiento. En este sentido, la intensidad de permanencia en el centro y la periodicidad y horarios de las intervenciones deberán organizarse en base a las necesidades y recursos de cada usuario y familia y en directa coordinación con el Delegado. De ese modo, en virtud de los objetivos de intervención acordados en cada fase de tratamiento y de acuerdo el PTI co-construido en cada caso, es posible que algunos usuarios no residan en el centro los 7 días de la semana, permaneciendo algunas jornadas en su domicilio, o bien que la cantidad de días de permanencia en el centro vaya disminuyendo progresivamente en la medida en que se aproxime el egreso del programa.

Del mismo modo a como se señaló en la descripción de la modalidad ambulatoria intensiva, el programa de tratamiento residencial contempla una atención integral, que se inserta en el marco de una intervención más amplia desarrollada por los delegados de Gendarmería. En ese contexto, resulta fundamental la coordinación del equipo de tratamiento con cada delegado, con el fin de definir y delimitar en conjunto los ámbitos de intervención y de complementariedad y los tiempos de permanencia en esta modalidad de tratamiento. Debido a que el ingreso a un programa residencial determina un cambio en el domicilio de la persona condenada, resulta particularmente importante que el delegado cuente siempre con información de los plazos programados para la permanencia del usuario en el centro residencial y de las posibles derivaciones entre modalidades de tratamiento, puesto que deberá realizar la correspondiente gestión con el tribunal.

Se debe considerar que algunas personas condenadas a Libertad Vigilada y Libertad Vigilada Intensiva podrán requerir ingresar a las modalidades de tratamiento: ambulatoria intensiva y residencial en diferentes momentos de su proceso terapéutico. En este sentido, se debe asegurar el adecuado flujo y continuidad del tratamiento, favoreciendo la mantención y reforzamiento de los logros alcanzados en cada etapa, por lo que, resulta primordial desarrollar una estrecha y permanente coordinación entre los diferentes programas de tratamiento dirigidos a la atención de esta población específica, constituyendo una red entre los centros ambulatorios y residenciales de cada región.

Asimismo, con el fin de facilitar el acceso de los usuarios a las distintas prestaciones sanitarias que pudiesen requerir durante el tratamiento, se deberán establecer coordinaciones permanentes e integradas con la red de alcohol y drogas y de salud mental y general del territorio donde se inserten los programas y con otros dispositivos de la red de salud general. Junto con favorecer la oportuna atención de los usuarios del programa, con estas acciones también se busca avanzar en el acercamiento y sensibilización de los profesionales de la red de salud, respecto a las necesidades de integración y atención de las personas que presentan conflictos con la justicia.

DURACIÓN DEL PROCESO.

Las modalidades de tratamiento descritas contemplan una duración variable del proceso terapéutico, de acuerdo a las características de los usuarios y a la evaluación de logros en los objetivos de intervención propuestos. En este sentido, se considera necesario adecuar su extensión a las particularidades y requerimientos específicos de cada persona y dado que esta situación puede presentar variaciones en el transcurso del tratamiento, se recomienda la evaluación periódica de la pertinencia de la continuidad.

Modalidad Ambulatoria Intensiva

En términos generales, se considera que la duración del proceso ambulatorio intensivo sea de 12 meses aproximados, siendo posible adecuar su extensión según las condiciones presentadas por el usuario y su red de apoyo familiar. Esta modalidad contempla tres etapas de tratamiento: una fase de Vinculación y Diagnóstico Integral, con una duración estimada de un mes, una fase denominada Tratamiento Individualizado, con extensión aproximada de 8 meses y una última fase de Consolidación y Preparación del Egreso, con una duración estimativa de 3 meses.

El equipo de tratamiento del programa ambulatorio deberá analizar y planificar, en conjunto con el delegado y en acuerdo con el usuario, la duración del tratamiento y el inicio de la fase de Consolidación y Preparación del Egreso.

En base a los tiempos definidos para este tipo de condenas, es esperable que en la mayoría de los casos, luego de concluido el proceso de tratamiento las personas deban mantenerse cumpliendo otras condiciones de la pena y recibiendo la intervención especializada de los delegados de Gendarmería. De ese modo, el tratamiento se encontraría enmarcado en una intervención más prolongada en el tiempo, por lo que su duración también deberá definirse considerando el contexto general de la pena.

En un tratamiento ambulatorio es posible que, luego de alcanzada una estabilización de la problemática de consumo y salud mental, la intensidad de la intervención pueda ir disminuyendo progresivamente, respecto a la diversidad de ámbitos tratados y la frecuencia de prestaciones realizadas, de modo tal que, la intervención de los delegados de Gendarmería pueda ir alcanzando un nivel mayor de profundización.

En algunos casos, luego de alcanzados los principales objetivos propuestos en el Plan de Tratamiento Individual, se podría definir con el usuario su egreso del programa, considerando que otros aspectos relevantes relacionados con los riesgos de reincidencia en delito y las necesidades de integración social, podrán tener continuidad en la intervención realizada por el delegado de Gendarmería.

Finalmente, si en algún caso la condena finaliza antes del egreso de tratamiento, se deberá evaluar con el usuario y familia la pertinencia de continuar con el proceso terapéutico, considerando siempre que la posibilidad de continuidad se daría en un contexto de total voluntariedad.

Modalidad Residencial

En relación a la modalidad residencial se contempla que la duración máxima del tratamiento sea de 8 meses. Como se señaló en el apartado anterior, se espera que la intervención con esta población privilegie la modalidad ambulatoria, en tal sentido, los tiempos de permanencia en un sistema residencial deberán ajustarse en cada caso en base a una evaluación periódica.

Se espera que para algunos usuarios la permanencia en una modalidad residencial se limite al periodo requerido para el logro de aquellos objetivos acotados que no han sido posibles de alcanzar en modalidad ambulatoria. En estos casos, la internación en un programa residencial podrá concebirse como una fase de intervención, en el marco de un proceso de tratamiento ambulatorio más extenso.

El equipo clínico del programa residencial, en coordinación con el delegado de Gendarmería deberá analizar periódicamente la pertinencia de continuar con esta modalidad de tratamiento o bien efectuar la derivación del usuario a un programa ambulatorio.

Cabe señalar que, según lo establecido en la ley 20.603, el tiempo de internación en modalidad residencial no podrá ser superior al total del tiempo de la pena sustitutiva. Si en algún caso, la condena finaliza antes del logro de los objetivos de intervención propuestos, se deberá evaluar con el usuario y familia la pertinencia de continuar con el proceso terapéutico, favoreciendo una posible derivación a modalidad ambulatoria. En este caso, se deberá explicar que la continuidad del tratamiento se daría en un contexto de total voluntariedad.

FASES DEL TRATAMIENTO

El programa de tratamiento con población condenada a Libertad Vigilada y Libertad Vigilada Intensiva considera las siguientes etapas:

1. Vinculación y Diagnóstico integral:

La primera etapa del tratamiento consistente en el ingreso y adaptación al funcionamiento general del programa, por lo que resulta fundamental establecer con el usuario el encuadre terapéutico que enmarcará el tratamiento, considerando la información que se dirigirá al delegado y el control del tribunal.

Las primeras intervenciones con el usuario, de carácter principalmente individual, estarán orientadas a extraer y reforzar la motivación intrínseca para el cambio, junto con favorecer el vínculo y la alianza terapéutica.

En esta etapa, se inician las intervenciones dirigidas a la compensación psíquica y somática del usuario, a la vez que, se avanza en el cumplimiento de un plan inicial de cambio como apoyo estratégico para fortalecer la motivación y compromiso con el tratamiento y reforzar el sentido de autoeficacia.

Finalmente, en esta fase se desarrolla la evaluación interdisciplinaria y la elaboración del diagnóstico integral que orientará el diseño de un plan de tratamiento individual que deberá ser acordado con el usuario y familia.

Se contempla el informe mensual al delegado y al menos una reunión de coordinación con el profesional para compartir el diagnóstico realizado y los principales objetivos propuestos para el tratamiento.

2. Tratamiento individualizado:

Esta etapa se centra en la implementación de plan de tratamiento individual, que incluye procesos psicoterapéuticos a nivel individual, grupal y familiar, la mantención de la compensación psíquica y somática y el abordaje de objetivos terapéuticos que consideren aéreas de: consumo de alcohol y drogas, salud mental, y física, dimensión motivacional, relaciones interpersonales, familia y personas significativas, trasgresión a la norma e integración social.

Se contempla la evaluación con el usuario, de periodicidad quincenal o mensual y la elaboración en conjunto de los informes al delegado.

Además, durante esta fase también se considera necesario efectuar reuniones de coordinación con el delegado con una periodicidad, al menos bimestral.

3. Consolidación y Preparación del Egreso:

Etapas de preparación para la finalización del tratamiento, que apunta a intervenciones que releven los logros alcanzados y favorezcan su consolidación.

El cierre del proceso de tratamiento considera la desvinculación progresiva del equipo terapéutico, destacando los recursos del usuario y motivándole a cumplir con las condiciones de la pena que permanezcan vigentes y a participar en los programas de intervención desarrollados por el delegado.

Luego de efectuado el egreso, se contempla un proceso de seguimiento de 12 meses de duración que incluye actividades de periodicidad mensual a semestral, con la finalidad de evaluar y reforzar la mantención de logros terapéuticos.

Como se señaló en el apartado anterior, la población en tratamiento podrá transitar por una modalidad ambulatoria o residencial en distintos momentos del tratamiento, según los requerimientos que presente, siendo posible que algunos usuarios desarrollen objetivos y

actividades relacionados con una fase de tratamiento en una modalidad y sean derivados a otro programa para continuar con el avance en las otras fases de intervención.

ENFOQUE DE INTERVENCIÓN

El Programa de Tratamiento para personas condenadas a libertad vigilada y libertad vigilada intensiva concibe la problemática de consumo y salud mental desde la perspectiva de la complejidad e integralidad, lo que implica considerar la poli-causalidad de los fenómenos involucrados y su múltiple interacción, entendiendo que los productos y las consecuencias de la problemática abordada pueden ser, al mismo tiempo, productores y factores de riesgo del mismo fenómeno.

Este enfoque exige pensar la problemática de consumo y salud mental de las poblaciones en general y de las personas condenadas en particular, como producto de diferentes factores que se entretajan a nivel social e histórico, considerando los valores y creencias relacionadas, el ámbito de los vínculos y relaciones familiares y las condiciones y recursos a nivel individual.

En este contexto, el Programa de tratamiento incorpora un **Enfoque biopsicosocial**, perspectiva interdisciplinaria que en la comprensión del fenómeno de consumo de sustancias, considera la coexistencia e interrelación de los planos: biológico, psicológico y social. Esto determina que la intervención debe ser desarrollada por equipos interdisciplinarios, permitiendo la inclusión de diversos enfoques y disciplinas en el diagnóstico de esta población, con especial consideración del contexto en que los usuarios se encuentran y del cual participan.

Por otro lado, la referencia a un Enfoque Integral, implica considerar que los objetivos del tratamiento no pueden restringirse a la problemática de consumo, exclusivamente, sino que deben estar orientados a favorecer el bienestar y transformación personal de los individuos en tratamiento. En los programas dirigidos a esta población se propone considerar la intervención en diversas dimensiones tales como: salud física y mental, relaciones interpersonales e integración social, favoreciendo la responsabilidad personal y la construcción de un estilo de vida alternativo.

El tratamiento se concibe como un proceso orientado a la recuperación personal y social de los individuos y como todo proceso de cambio no está exento de conflictos ni contradicciones, siendo esperable un desarrollo no lineal ni continuo.

El tratamiento para personas condenadas a libertad vigilada se desarrolla en el marco de una intervención más amplia desarrollada por Gendarmería de Chile, dirigida a la disminución de los riesgos de reincidencia en el delito y la reinserción social de las personas condenadas. En ese sentido los equipos de tratamiento deben establecer una intensa coordinación y complementariedad con los delegados.

En ese marco, el tratamiento debe considerar la **dimensión delito** como un ámbito importante de la problemática que afecta al usuario, indagando en la posible interacción de este fenómeno con la conducta de consumo y propiciando la problematización de ese ámbito de la vida del sujeto, de modo tal de favorecer la intervención que deberá desarrollar el delegado.

Debe tenerse en consideración que la investigación a nivel internacional no ha podido establecer un consenso respecto a una posible relación directa entre el consumo abusivo de sustancias y la comisión de delitos. Sin embargo, la investigación ha mostrado que el consumo abusivo de drogas y de alcohol no tratado de la población infractora de ley puede exponerlos a un mayor riesgo de reincidencia delictual.

El modelo de Riesgo-Necesidad-Receptividad (RNR) (Andrews y Bonta 2010), para la intervención penal con personas infractoras de ley es el modelo central que orienta la acción de los delegados de Gendarmería. El modelo define como "riesgos dinámicos" o "necesidades criminógenas" a aquellos factores asociados con el comportamiento infractor que pueden cambiar cuando se implementan estrategias adecuadas y cuya intervención se asocia con la disminución de la reincidencia delictual.

En este modelo, el consumo problemático de alcohol o drogas constituye una necesidad criminógena, pero no forma parte de los principales factores de riesgo de reincidencia en delito. Los

autores distinguen otras "cuatro grandes necesidades criminógenas" que resulta fundamental intervenir: la trayectoria delictual; las cogniciones pro-delito, la asociación con pares infractores de ley y las pautas antisociales de la personalidad, ámbitos que el delegado de Gendarmería debe evaluar e intervenir, de acuerdo a las necesidades y características de la persona condena.

En el tratamiento de esta población se debe tener una especial consideración a los aspectos técnico-clínicos relativos al **tratamiento que se origina en contexto obligado**. En primer lugar, es probable que la disposición motivacional de la persona que ingresa a tratamiento corresponda a una motivación extrínseca, dado que ha aceptado ingresar al programa respondiendo a una exigencia del tribunal con la finalidad de evitar una condena privativa de libertad.

La investigación internacional señala que la motivación extrínseca puede influir en que individuos inicialmente reticentes acepten el ingreso a tratamiento, por lo que, el tratamiento de consumo problemático de alcohol y drogas como condición de la pena de Libertad Vigilada y Libertad Vigilada Intensiva, puede considerarse como una oportunidad para la intervención con una población que, de no mediar una exigencia del tribunal probablemente no habría consultado.

La intervención en contexto coaccionado, sin embargo, puede presentar inconvenientes importantes, si se considera que la investigación ha mostrado que el cambio confiable y constante en el tiempo está asociado a la motivación intrínseca; es decir, aquella que surge desde los intereses de la persona y que no depende sustancialmente de motivadores externos. (López Viets, Walker y Miller, 2002).

En el marco de un tratamiento coaccionado, un individuo podría asistir a las sesiones de tratamiento, adherir y participar activamente e incluso evidenciar cambios a nivel conductual, con la finalidad de impresionar positivamente a los prestadores de tratamiento (adherencia instrumental, Jones 2002); para posteriormente, cuando ya no está presente el control o la coerción, poder retornar a los anteriores comportamientos.

Por lo mismo, la primera tarea de los prestadores de tratamiento en contexto obligado debería ser intervenir para favorecer que la motivación extrínseca de los usuarios que ingresan a tratamiento se convierta en intrínseca y fomentar de ese modo su adherencia a un tratamiento que tenga sentido personal, en cuanto a los objetivos terapéuticos que se proponga, más allá de la exigencia externa.

Resulta importante plantear la distinción entre la terapia coaccionada y el acceso coaccionado a la terapia, considerando que una persona o familia puede ingresar a tratamiento por la exigencia de un tribunal, pero que a partir de ese ingreso inicialmente coaccionado, el profesional atento y experto puede provocar un auténtico pedido de cambio (Cirillo, 1997), centrado en el malestar subjetivo de ese individuo o familia.

En este escenario, la **Entrevista Motivacional** destaca como un enfoque de consejería que permite extraer y fomentar la motivación intrínseca para el cambio en individuos infractores de ley (López Viets, Walker y Miller, 2002; Walters, 2007).

Miller y Rollnick (2013) han redefinido a la Entrevista Motivacional como un estilo de comunicación colaborativo y orientado a metas, que presta atención particular al discurso de cambio que presenta la persona. El diseño de esta metodología apunta a fortalecer la motivación personal y el compromiso con una meta específica, por medio de la exploración de las propias razones para el cambio de la persona, dentro de una atmósfera de aceptación y compasión.

PRINCIPIOS ORIENTADORES DEL PROGRAMA.

Para responder a las necesidades de las personas que se encuentran cumpliendo una condena de Libertad Vigilada o Libertad Vigilada Intensiva y que en el marco de su condena requieren de un tratamiento para su problemática de consumo de sustancias, el tipo de intervención en este programa debería considerar los siguientes principios:

- **Enfoque integral:** abordar en el diagnóstico e intervención, los diferentes ámbitos de la vida de la persona, contemplando en la evaluación las dimensiones abordadas por Gendarmería de Chile.
- **Enfoque comprensivo:** considerar el significado del consumo en la vida de la persona, así como también el sentido personal que puedan alcanzar de otras conductas de riesgo.
- **Altamente flexible y personalizada:** adaptar los recursos, los tiempos y estrategias de intervención a la situación particular de cada persona, en consideración de otras condiciones de la condena y del contexto de intervención especializada de Gendarmería de Chile.
- **Gestión de conductas de riesgo:** considerar el tratamiento como una oportunidad para abordar conductas y situaciones que signifiquen una amenaza para la estabilidad o la mantención de los logros terapéuticos y afecten negativamente el bienestar de las personas.
- **Perspectiva de género:** incorporar el análisis del conjunto de atributos, roles y expectativas sociales asignadas a mujeres y varones en el contexto social de las personas en tratamiento, considerando el sentido y las consecuencias que esta construcción socio-cultural pueda determinar para su problemática de consumo y su proceso de tratamiento.
- **Continuidad terapéutica y articulación de red de tratamiento:** favorecer y apoyar un flujo continuo por diferentes instancias y modalidades de atención, según los requerimientos de la persona en diferentes momentos del proceso de tratamiento.
- **Intersectorialidad y trabajo en Red:** coordinación y vinculación permanente con los delegados de Gendarmería, así como también, con otras instituciones que intervienen en el proceso de tratamiento y apoyo a la integración social.
- **Autocuidado de equipo:** consideración de estrategias para prevenir y enfrentar el desgaste que pueda afectar al equipo de tratamiento en virtud de la complejidad de la una intervención que se desarrolla en contexto obligado.

EQUIPO CLÍNICO INTERDISCIPLINARIO.

Se espera que los equipos que atiendan a esta población sean multidisciplinarios, con profesionales y técnicos con experiencia y capacitación en:

- Consumo problemático de drogas (abuso y dependencia)
- Infracción de ley;
- Manejo de la comorbilidad psiquiátrica compensada;
- Entrevista motivacional y otras estrategias motivacionales para esta población.

Los miembros del equipo deben contar con asignación horaria suficiente para dar cumplimiento a las actividades definidas en el Programa, además contar con salud física y mental compatible con el trabajo con esta población.

INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO

Se espera que el programa se ubique en una infraestructura apropiada para la instalación de un programa de tratamiento para esta población, a saber: una instalación ubicada en un radio urbano y con acceso expedito a locomoción colectiva, que permita una fácil coordinación con los delegados de Gendarmería.

Se debe asegurar una que las instalaciones posibiliten y faciliten la adecuada realización de las actividades contempladas en el programa terapéutico, es decir, que la infraestructura cuente al menos con:

Programa Ambulatorio Intensivo:

- o Sala de atención individual;
- o Sala de atención grupal;
- o Espacios de descanso y esparcimiento para los usuarios y, en lo posible, existencia de áreas verdes;
- o Sala para el equipo, con la implementación necesaria;
- o Baños diferenciados para usuarios y equipo;
- o Sala de espera diferenciada del espacio de descanso de los usuarios;
- o Lugar seguro para el almacenamiento de medicamentos, material clínico y de primeros auxilios.

Programa Residencial:

- o Dormitorios equipados para la atención simultánea del total de usuarios programados;
- o Cocina equipada para alimentación de los usuarios;
- o Comedor separado de los espacios comunes con capacidad para atender simultáneamente a la mitad de usuarios programados;
- o Salas de atención individual;
- o Sala de atención grupal;
- o Espacios de descanso y esparcimiento para los usuarios y en lo posible, existencia de áreas verdes;
- o Sala para el equipo, con la implementación necesaria;
- o Baños diferenciados para usuarios y equipo;
- o Sala de espera diferenciada del espacio de descanso de los usuarios;
- o Lugar seguro para el almacenamiento de medicamentos, material clínico y de primeros auxilios.

La infraestructura e instalaciones deben tener climatización e iluminación apropiada y aislamiento acústico para favorecer la privacidad en las intervenciones, además de cumplir con condiciones de seguridad exterior, tales como iluminación, zonas despejadas y proximidad a vías de transporte.

Respecto del equipamiento y la implementación, debe ser la necesaria para dar adecuado cumplimiento a las intervenciones contempladas en el plan. Esto es:

- o Test psicológicos;
- o Sillas y mesas suficientes en cada espacio;
- o TV, DVD, radio;
- o Computador, sus accesorios y conexión a internet a disposición del equipo de tratamiento.
- o Equipamiento de cocina según corresponda
- o Equipamiento de dormitorios según corresponda



ANEXO 2
INFORME DE REEVALUACIÓN DIAGNÓSTICA Y MODALIDAD DE
TRATAMIENTO
DE USUARIO CON LIBERTAD VIGILADA / LIBERTAD VIGILADA INTENSIVA

I. IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO	
APELLIDOS:	NOMBRES:
RUT:	EDAD:
TELÉFONO:	E-MAIL:
DOMICILIO:	

II. IDENTIFICACIÓN DEL CRS DE ORIGEN	
CENTRO DE REINSERCIÓN SOCIAL:	
DELEGADO DE LIBERTAD VIGILADA:	
JEFE DEL CENTRO DE REINSERCIÓN SOCIAL:	
TELÉFONO:	E-MAIL:

III. METODOLOGÍA EMPLEADA DURANTE LA EVALUACIÓN			
ACTIVIDAD	SI	NO	FECHA(S)
ENTREVISTA INDIVIDUAL	()	()	
ENTREVISTA A TERCEROS SIGNIFICATIVOS	()	()	
VISITA DOMICILIARIA	()	()	
HERRAMIENTAS DE PSICODIAGNÓSTICO (INDIQUE CUÁLES)	()	()	
OTRAS ACTIVIDADES (INDIQUE CUÁLES)	()	()	

IV. SÍNTESIS DIAGNÓSTICA	
DIAGNÓSTICO TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS	DEL COMPROMISO BIOPSIICOSOCIAL
() DEPENDENCIA (consignar tipo de droga)	() ALTO COMPROMISO BPS
() CONSUMO PERJUDICIAL / ABUSO (consignar tipo de droga)	() MODERADO COMPROMISO BPS
() NO PRESENTA TRASTORNO POR CONSUMO	() BAJO COMPROMISO BPS
OBSERVACIONES:	

V. DIAGNÓSTICO DE OTROS TRASTORNOS DE SALUD FÍSICA Y MENTAL

VI. MODALIDAD DE TRATAMIENTO RECOMENDADA		
() RESIDENCIAL	() AMBULATORIA	() OTRA (INDIQUE)
NOMBRE DEL CT/PT AL QUE SE DERIVA:		

VIII. IDENTIFICACIÓN DEL DISPOSITIVO DE TRATAMIENTO QUE EMITE EL INFORME	
NOMBRE DEL CT/PT:	
NOMBRE DEL DIRECTOR:	
TELÉFONO:	E-MAIL:
FIRMA Y TIMBRE	FECHA DE EMISIÓN DEL INFORME:



ANEXO 3 ENCUADRE Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Antes de realizar las entrevistas, se debe establecer el encuadre en el cual se llevará a cabo la reevaluación. Ello comienza con la identificación de los evaluadores y de quienes han solicitado el Informe, y continúa con lo siguiente:

(1) Explicar en qué va a consistir la evaluación y el uso que se le dará a la información. Ejemplo:

"Se le realizará una o más entrevistas a su persona y a otras personas cercanas; se revisarán algunos documentos enviados por su Delegado de Libertad Vigilada (en caso de que lo hubiera hecho); y sólo eventualmente, se realizarán otras actividades (como visita domiciliaria), con el fin de conocer diversos aspectos de su vida que den luces acerca de su patrón de consumo de alcohol y/o drogas, y de la modalidad de intervención más adecuada para su caso específico. Toda esa información será analizada por el Equipo Terapéutico, y las conclusiones a que deriven serán sistematizadas en un Informe que conocerá usted, su Delegado de Libertad Vigilada y el Tribunal a cargo de controlar el cumplimiento de su condena".

(2) Explicar la diferencia entre esta evaluación y la que le realizaron en el Servicio Médico Legal:

"La evaluación que pidió el Tribunal al Servicio Médico Legal, sólo pretendía aclarar, en términos generales, si usted presenta problemas debido al consumo de alcohol y/o drogas. Debido a que ha pasado (xx) tiempo desde entonces, es posible que usted haya experimentado cambios en su estado de salud y/o hábitos de consumo, y eso es lo que deseamos reevaluar, para actualizar ese diagnóstico inicial y verificar que le habremos recomendado la mejor opción de tratamiento para su caso".

(3) Explicar acerca de voluntariedad y confidencialidad:

"Si bien no es voluntaria su comparecencia a la entrevista – pues obedece a un mandato judicial – sí es voluntario entregar la información requerida. Dicha información tiene el carácter de confidencial, con excepción de si amenaza que va a causar daños a su persona, a otros o comete nuevos delitos graves, ante lo cual el/los evaluadores informarán al Delegado de Libertad Vigilada".

Por último, se recomienda solicitar la firma de CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO, como la que se presenta en la siguiente página. En el caso que el evaluado sea analfabeto, es recomendable que otro adulto responsable firme en el mismo consentimiento, donde el entrevistado debe estampar su huella digital. De esta forma, actuará como ministro de fe respecto de la información que le ha sido entregada al evaluado. Si existe sospecha respecto de su capacidad para prestar en forma libre y consciente su consentimiento, se debe evaluar la pertinencia de continuar el proceso e informar al Tribunal las razones por las que se ha desistido de las entrevistas.



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

La presente carta tiene por objetivo entregarle la información concerniente al Informe de Reevaluación Diagnóstica y de Modalidad de Tratamiento, que ha sido solicitado por su Delegado (*escribir el nombre*) para dar respuesta a lo ordenado por el Tribunal que le condenó a la Libertad Vigilada / Libertad Vigilada Intensiva. Y para que tal informe sea lo más certero posible, los profesionales que suscriben requieren su cooperación durante las entrevistas.

Se trata de un procedimiento gratuito, en el que se le solicitará información sobre su consumo de drogas y alcohol y otros aspectos relevantes de su vida. Para esto se podrá entrevistar a otras personas cercanas a Ud. Con esa información, se evaluarán principalmente dos aspectos: (1) su patrón de consumo de alcohol y/o drogas, y (2) la modalidad de tratamiento más adecuada para su caso específico. El Informe final será conocido por usted, su Delegado de Libertad Vigilada y el Tribunal a cargo de controlar el cumplimiento de su condena.

Con fecha, yo,.....
RUT....., Sí () NO () accedo libre y voluntariamente a cooperar con el(los) profesional(es) del Centro o Programa de Tratamiento que suscribe(n), para que me sea practicada una o más entrevistas con las que se me elaborará un INFORME DE REEVALUACIÓN DIAGNÓSTICA Y MODALIDAD DE TRATAMIENTO.

.....
.....
NOMBRE Y FIRMA DEL PROFESIONAL
PROFESIONAL

NOMBRE Y FIRMA DEL

.....
FIRMA DEL ENTREVISTADO(A)



ANEXO 4
INFORME MENSUAL SOBRE TRATAMIENTO
DEL USUARIO CON LIBERTAD VIGILADA / LIBERTAD VIGILADA
INTENSIVA

I. IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

APELLIDOS:	NOMBRES:
RUT:	EDAD:
TELÉFONO:	E-MAIL:
DOMICILIO:	
ETAPA DEL TRATAMIENTO EN QUE SE ENCUENTRA:	

II. IDENTIFICACIÓN DEL CRS DE ORIGEN

CENTRO DE REINSERCIÓN SOCIAL:	
DELEGADO DE LIBERTAD VIGILADA:	
JEFE DEL CENTRO DE REINSERCIÓN SOCIAL:	
TELÉFONO:	E-MAIL:

III. PRINCIPALES OBJETIVOS DEL PTI (durante el periodo informado)

--

IV. SÍNTESIS DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS (Consignar principales avances del periodo, incluyendo aspectos como asistencia, participación, motivación, etc.)

--

VIII. IDENTIFICACIÓN DEL DISPOSITIVO DE TRATAMIENTO

NOMBRE DEL CT/PT:	
NOMBRE DEL DIRECTOR:	
TELÉFONO:	E-MAIL:
FECHA DE EMISIÓN DEL INFORME:	INFORME CORRESPONDIENTE A MES DE:
FIRMA Y TIMBRE:	

ANEXO N°5 A



"CERTIFICADO IDONEIDAD DE LA LOCALIZACIÓN DEL CENTRO DE TRATAMIENTO"

El Oferente _____ se ha presentado en oficinas de SENDA región _____ y ha declarado que dispone de un inmueble ubicado en _____ n° _____, comuna de _____, provincia de _____, dispuesto para la implementación de un programa de tratamiento de consumo problemático de alcohol y drogas.

La oficina regional de SENDA, ha verificado la existencia de inmueble en la ubicación señalada y su ubicación en el radio urbano, contando con locomoción expedita para el traslado desde y hacia el CRS más cercano.

Se presentan las siguientes observaciones:

Nombre y Firma Gestor (a) de Tratamiento

Región de _____

Fecha: _____

ANEXO N°5 B



"Garantía de Seriedad de la Oferta"

Licitación Pública ID N° _____

Línea de servicio a que postula _____

Señalar si es Depósito a la vista 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°5 C



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

Licitación Pública ID N° _____

Línea de servicio a que postula _____

Señalar si es Depósito a la vista 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



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° 6 B



DECLARACIÓN JURADA DE PERSONA JURÍDICA

En Santiago de Chile, a _____ de _____ de _____, don/doña
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°:.....

ANEXO N° 7 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°:.....



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°:.....

ANEXO N° 7 C



DECLARACIÓN JURADA DE SALDOS INSOLUTOS DE DEUDAS LABORALES O PREVISIONALES

En Santiago de Chile, a _____ de _____ de _____, don/doña 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° 8 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° 8 B



DECLARACIÓN JURADA DE PERSONA JURÍDICA SOBRE INHABILIDADES PARA CONTRATAR

En Santiago de Chile, a _____ de _____ de _____, don/doña
N° _____, representante cédula nacional de identidad 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°:.....



ANEXO N° 9

DECLARACIÓN JURADA SIMPLE

En Santiago de Chile, a _____ de _____ de _____, don/doña _____, cédula nacional de identidad N° _____, 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 se ha revisado en el registro de Inhabilidades para trabajar con menores de edad del Registro Civil e Identificación de Chile, a todas las personas señaladas 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 2014
(Ciudad), (Fecha)

Nombre _____

Firma _____



ANEXO N° 9

Declaración Jurada de Infraestructura y Equipamiento

Yo _____, RUN _____, en mi calidad de Representante Legal del Centro de Tratamiento _____, Declaro que la infraestructura y equipamiento señalada en el formato adjunto refleja fielmente los espacios físicos con que cuenta el Centro de Tratamiento _____ en la actualidad.

Marcar con una X aquellos espacios que el programa dispone para uso exclusivo de los usuarios en tratamiento

	Si	Cantidad
Sala/s de atención individual		
Sala/s de atención grupal		
Sala/s de atención familiar		
Espacios habilitados para talleres		
Espacios habilitados para actividades deportivas		
Espacios de descanso y esparcimiento para los usuarios		
Espacios de descanso y esparcimiento para las niñas y niños		
Dormitorios separados para hombres y mujeres		
Dormitorios personas usuarias		
Dormitorios que cuentan con un máximo de 4 camas		
Cocina y comedor separados de los espacios comunes		
Baños diferenciados para personas usuarias y equipo		
Baños diferenciados para personas usuarias hombres y mujeres		
Sala de espera		
Sala para el equipo, con la implementación necesaria		
Lugar seguro para el almacenamiento de medicamentos, material clínico y de primeros auxilios		
Otros, especificar		



ANEXO N° 10

FORMULARIO DE PRESENTACIÓN DE PROPUESTA PARA LICITACIÓN PROGRAMA DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN POBLACIÓN GENERAL Y ESPECÍFICA LIBERTAD VIGILADA.

1. Línea de Servicio a la que postula: N° _____

Se debe entregar un Formulario de Presentación por cada Línea de Servicio

Cada 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 currículos institucionales o del recurso humano que sean presentados en un formato distinto al de esta ficha.

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

2. Antecedentes del Oferente

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

3. CURRÍCULO VITAE INSTITUCIONAL

3.1 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	

3.2 Experiencia de la Institución en proyectos y/o programas de tratamiento del consumo problemático de drogas y alcohol (Repetir recuadro tantas veces sea necesario)

NOMBRE DE PROYECTO O PROGRAMA	
MESES Y AÑO DE INICIO DE EJECUCIÓN	
MESES Y AÑO DE TÉRMINO DE EJECUCIÓN	
POBLACION BENEFICARIA	
ORIGEN FINANCIAMIENTO	
BREVE DESCRIPCIÓN DE LA NATURALEZA DEL PROYECTO (Máximo 1 línea)	

4. Programa Terapéutico del Centro: 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 los principales.

4.1.- MARCO CONCEPTUAL

Describir en forma sucinta el marco teórico de los supuestos conceptuales que sustentan el programa. Se debe considerar los principales procesos de cambio, aspectos de la población beneficiaria, el modelo teórico y el programa de intervención, la consistencia a las orientaciones señaladas en el texto. Se debe incluir la bibliografía que es el soporte teórico en el desarrollo de la propuesta. Máximo tres líneas, respetando la bibliografía.

4.2.- OBJETIVOS DEL PROGRAMA

Los objetivos propuestos deben considerar aspectos generales de carácter tanto preventivo como de tratamiento de alcohol y drogas y la capacidad de interacción con servicios comunitarios y otros servicios. Máximo 1 línea
OBJETIVO GENERAL
OBJETIVOS ESPECÍFICOS

--

5. RECURSOS HUMANOS:

Se espera conocer información relevante sobre el equipo que ejecutará el Programa.

Se deberá completar, por cada integrante del equipo, especificando el nombre, su profesión u oficio (por ejemplo, psicólogo/a, trabajador/a social, profesora de educación física, etc.), el cargo que ocupará (coordinador/a u otro), la 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 presente ítem será verificada a través de los Currículo Vitae y certificados de título que se deben adjuntar. 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.

Este cuadro contempla tanto el recurso humano profesional, técnico y de apoyo administrativo.

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

5.1. Programa de Autocuidado

Descripción de qué consiste el programa de autocuidado de los miembros del equipo, sus objetivos, actividades, sesiones, etc. (se debe especificar el programa de autocuidado, los días y horas de las sesiones a la medida del personal que participará en el programa y las actividades resultantes).

Méridimo 2 sesiones

--

CURRICULO VITAE DEL DIRECTOR O COORDINADOR DEL PROGRAMA DE TRATAMIENTO

1.- ANTECEDENTES PERSONALES.

Nombre del candidato
Cargo en el Programa al que se postula

Declaración de participación en el Programa	
Declaro participar en el Programa de Tratamiento de Alcohol y Drogas para Población General y Población Específica Libertad Vigilada de la Institución Oferente: _____ en el cargo de Coordinación y/o Dirección Técnica.	
 Firma	 Fecha

2.- ANTECEDENTES ACADEMICOS (PRE Y POST GRADO)

(Adjuntar copia simple de certificado de título técnico o profesional)

TÍTULO O LICENCIA
UNIVERSIDAD O CENTRO FORMADOR
FECHA DE VIGILACIÓN (MES/AÑO)

3.- EXPERIENCIA LABORAL DEL COORDINADOR O DIRECTOR EN TRATAMIENTO DE ALCOHOL Y DROGAS.

Sólo se deben incluir antecedentes laborales del Profesional en Tratamiento de consumo problemático de drogas - alcohol

En el ítem Principales Funciones se debe describir claramente la función realizada en el ámbito de Tratamiento.

CARGO O FUNCIÓN	
INSTITUCIÓN	
MES Y AÑO DE INICIO	MES Y AÑO DE TÉRMINO
PRINCIPALES FUNCIONES o tareas realizadas	

CURRICULO VITAE DEL RECURSO HUMANO DEL PROGRAMA

1.- ANTECEDENTES PERSONALES.

Nombre completo	
Cargo o Puesto al que se postula	
Mecanismo de participación en el Programa	
Declaro participar en el Programa de Tratamiento de Alcohol y Drogas para Población General y Población Específica Libertad Vigilada de la Institución Oferente: _____ en el cargo de _____	

2.- ANTECEDENTES ACADEMICOS (PRE Y POST GRADO)
 (Adjuntar copia simple de certificado de título técnico o profesional)

TÍTULO VOLUNTARIA	
UNIVERSIDAD O CENTRO EMISOR	
FECH. DE EMISIÓN (mes-año)	

3.- EXPERIENCIA LABORAL.

3.1. EXPERIENCIA EN TRATAMIENTO DE CONSUMO PROBLEMÁTICO DE DROGAS – ALCOHOL

Considerar experiencia directa en programas de tratamiento de consumo problemático de drogas y alcohol. Se pueden considerar programas dirigidos a distintas poblaciones.
 En el ítem Principales Funciones se debe describir claramente la función realizada en el ámbito de tratamiento.

ASOCIACIÓN	
INSTITUCIÓN	
FECH. INICIO	FECH. FIN
PRINCIPALES FUNCIONES (no más de 6 líneas)	

--

3.2. EXPERIENCIA EN INTERVENCIÓN CON POBLACIÓN CON INFRACCIÓN DE LEY

Considerar sólo experiencia directa en programas de intervención específica con población con infracción de ley. Se pueden considerar programas de Gendarmería de Chile, SENAME u otros dirigidos específicamente a esta población.

En el ítem Principales Funciones se debe describir claramente la función realizada en el ámbito de la intervención con población con infracción de ley.

CARGO O FUNCIÓN	
INSTITUCIÓN	
FECHA DE INICIO (mes/año)	FECHA DE TÉRMINO (mes/año)
PRINCIPALES FUNCIONES (no más de 6 líneas)	

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

C. Osorio

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

