



Aprueba convenio de colaboración técnica y financiera celebrado entre el **Servicio de Salud Valdivia** y el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol para la ejecución del programa denominado **“Unidad de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría para Población Adolescente en Medio Privativo de libertad”**



## RESOLUCIÓN EXENTA N° 180

SANTIAGO, 14 DE MARZO DE 2018

VISTO

Lo dispuesto 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 la Administración del Estado; en la Ley N° 21.053, Ley de Presupuestos para el sector público, correspondiente al año 2018; en la Ley N° 20.502, que creó el Ministerio del Interior y Seguridad Pública y el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol; en el artículo N° 46 de la Ley N° 20.000, que sanciona el tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias sicotrópicas; en el Reglamento del Fondo Especial del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol para financiar el Tratamiento y Rehabilitación de las Personas Afectadas por la Drogadicción, aprobado mediante Decreto Supremo N° 820, de fecha 06 de septiembre de 2011, del Ministerio del Interior y Seguridad Pública; en el Decreto N° 200, de fecha 08 de febrero de 2016, del Ministerio del Interior y Seguridad Pública; en la Resolución N° 1.600, de 30 de octubre de 2008, de la Contraloría General de la República; en la Resolución Exenta N° 35, de fecha 18 de enero de 2018, de este Servicio;

Distribución:

- 1.- División Jurídica SEDA
- 2.- Jefatura División Administración y Finanzas
- 3.- División de Administración y Finanzas SEDA (Unidad de Contabilidad)
- 4.- División de Administración y Finanzas SEDA (Unidad de Presupuestos)
- 5.- Jefatura División Programática SEDA
- 6.- Área de Tratamiento SEDA
- 7.- Servicio de Salud Valdivia. (Chacabuco N° 700, Valdivia)
- 8.- Unidad de Gestión Documental, SEDA

S- 2057/ 18

## CONSIDERANDO

1.- Que, el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, en adelante SENDA, creado por Ley N° 20.502, 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, de tratamiento, rehabilitación y reinserción social de las personas afectadas por dichos estupefacientes y sustancias psicotrópicas y, en especial, de la elaboración de una Estrategia Nacional de Drogas y Alcohol.

2.- Que, para estos efectos, y para cumplir con los objetivos y funciones señaladas en la ley N° 20.502, SENDA, de acuerdo al artículo 19 letra j) de dicho cuerpo normativo, se encuentra facultado para celebrar acuerdos o convenios con instituciones públicas o privadas, que digan relación directa con la ejecución de las políticas, planes y programas de prevención del consumo de drogas y alcohol, así como tratamiento, rehabilitación y reinserción social de las personas afectadas por la drogadicción y el alcoholismo. Le corresponde además a SENDA la administración del fondo establecido por el artículo 46 de la Ley N° 20.000, según lo dispone el artículo 19, letra e), de la Ley N° 20.502

3.- Que, dentro del contexto descrito, y en el marco de la administración del Fondo Especial del artículo 46 de la Ley 20.000 y de su Reglamento aprobado mediante Decreto N° 820, de 2011, del Ministerio del Interior y Seguridad Pública, se dictó la **Resolución Exenta N° 35, de fecha 18 de enero de 2018**, de este Servicio, que autorizó la asignación directa de recursos del referido Fondo Especial al Servicio de Salud Valdivia para la implementación del programa de tratamiento y rehabilitación de personas afectadas por la drogadicción denominado **“Unidad de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría para Población Adolescente en Medio Privativo de libertad”**.

4.- Que, las partes con fecha **19 de enero de 2018**, celebraron un convenio de colaboración técnica y financiera para la ejecución y financiamiento del programa denominado **“Unidad de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría para Población Adolescente en Medio Privativo de libertad”**, el cual requiere ser sancionado mediante la dictación del correspondiente acto administrativo, razón por la cual vengo en dictar la siguiente

## RESOLUCIÓN

**ARTÍCULO PRIMERO:** Apruébese el Convenio de Transferencia de Recursos y Colaboración Técnica, celebrado con fecha 19 de enero de 2018, para la ejecución y financiamiento del programa denominado **“Unidad de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría para Población Adolescente en Medio Privativo de libertad”**, entre el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol y el **Servicio de Salud Valdivia**.

**ARTÍCULO SEGUNDO:** El gasto que irrogará para el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA, el Convenio de Transferencia de Recursos y Colaboración Técnica que se aprueba por la presente Resolución, ascenderá a un monto de **\$132.904.100.-**, cantidad que el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, pondrá a disposición del **Servicio de Salud Valdivia**, en dos parcialidades, según los porcentajes, plazos y demás modalidades estipuladas por las partes contratantes en la cláusula tercera del convenio que se aprueba por la presente resolución.

El gasto antes indicado se financiará con cargo a los recursos consultados en el Ítem **05-09-01-24-03-001** de la Ley de Presupuestos del Sector Público año 2018.

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

Con todo, se deja constancia que, conforme a lo establecido en el artículo 13 de la Resolución N° 30 de Contraloría General de la República, que fija normas de procedimiento sobre rendición de cuentas, por razones impostergables de buen servicio y especialmente con el objeto de dar la debida continuidad técnica durante el año 2018 al Programa de tratamiento y rehabilitación de personas afectadas por la drogadicción denominado **“Unidad de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría para Población Adolescente en Medio Privativo de libertad”**, el **Servicio de Salud Valdivia**, podrá incluir en la rendición de cuentas, gastos ejecutados en virtud de la implementación del Programa a contar del **19 de enero de 2018**, en conformidad a lo establecido en la **cláusula cuarta** del convenio que se aprueba por el presente acto.

**ARTÍCULO CUARTO:** El texto del convenio que se aprueba por el presente acto administrativo, es del tenor siguiente:

**CONVENIO DE TRANSFERENCIA DE RECURSOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN DE PERSONAS AFECTADAS POR LA DROGADICCIÓN DENOMINADO “UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE CUIDADOS INTENSIVOS EN PSIQUIATRÍA PARA POBLACIÓN ADOLESCENTE EN MEDIO PRIVATIVO DE LIBERTAD”, A EJECUTARSE EN CENTRO DE INTERNACIÓN PROVISORIA Y CENTRO DE RÉGIMEN CERRADO DE VALDIVIA, ENTRE EL SERVICIO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y REHABILITACIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS Y ALCOHOL, SENDA Y EL SERVICIO DE SALUD DE VALDIVIA**

En Santiago de Chile, a **19 de enero de 2018**, entre el **Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del consumo de Drogas y Alcohol**, en adelante indistintamente **“SENDA”** y/o **“El Servicio”**, R.U.T. N° 61.980.170-9, representado por su Director Nacional (S), don **Antonio Leiva Rabael**, ambos domiciliados en calle Agustinas N° 1235, piso 9, comuna y ciudad de Santiago, por una parte, y el **Servicio de Salud de Valdivia**, en adelante también **“el Servicio de Salud”**, R.U.T. N° 61.607.500-4, representada por don **José Eduardo Barrientos Navarrete**, ambos domiciliados en Chacabuco N° 700, comuna y ciudad de Valdivia, por la otra, se ha convenido lo siguiente:

**PRIMERO: Antecedentes Generales**

Con fecha 26 de julio de 2016, se celebró un Convenio de Colaboración Técnica entre el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, el Ministerio de Salud, el Servicio Nacional de Menores (SENAME) y Gendarmería de Chile (GENCHI), para la implementación de un Programa de Tratamiento Integral de Adolescentes y Jóvenes ingresados al Sistema Penal por ley N°20.084, con Consumo Problemático de Alcohol, Drogas y Otros Trastornos de Salud Mental. En virtud de dicho acuerdo de voluntades, las partes del mismo se comprometieron a coordinar la intervención entre los equipos de trabajo ejecutores de los meses de planes de tratamiento y rehabilitación contratados por SENDA, de las unidades de hospitalización de cuidados intensivos en psiquiatría en medio privativo y de intervención especializada en secciones juveniles, y los equipos de centros de administración directa, e instituciones colaboradoras del SENAME, así como de los equipos psicosociales de las Secciones

Juveniles administradas por GENCHI, promoviendo la integración de las intervenciones. Dicho acuerdo de voluntades fue aprobado mediante **Resolución Exenta N° 841**, de fecha 13 de septiembre de 2016, de este Servicio Nacional.

De acuerdo a lo previsto en el N° 2.4 de la cláusula cuarta del convenio antes aludido, la implementación del Programa de Tratamiento Integral de Adolescentes y Jóvenes ingresados al Sistema Penal por ley N°20.084, con Consumo Problemático de Alcohol, Drogas y Otros Trastornos de Salud Mental considera además la suscripción de convenios de colaboración técnica y financiera con entidades públicas, a fin de otorgar hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría para adolescentes en centros privativos de libertad.

La Ley N°20.084 de Responsabilidad Penal Adolescente (2007) ha impulsado la implementación de unidades de hospitalización de cuidados intensivos en psiquiatría dirigida a población adolescente, tanto en Hospitales Generales, como en algunos Centros Privativos de Libertad del Servicio Nacional de Menores (SENAME) tales como los ubicados en Iquique, Coronel, Valdivia, Til Til y Limache.

La Unidad de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría para Población Adolescente en Medio Privativo de libertad, es una unidad de hospitalización cerrada, ubicada en un centro privativo de libertad administrado por el Servicio Nacional del Menores (SENAME), donde se otorga atención clínica de especialidad psiquiátrica a adolescentes que tienen una medida o sanción por la ley 20.084, mayores de 14 años, por un tiempo no superior a los 60 días. En efecto, es una unidad clínica para la estabilización de adolescentes con trastornos psiquiátricos severos, que presenten descompensación de su cuadro clínico, incluyendo el síndrome de abstinencia a sustancias psicoactivas y cuya condición clínica impide su abordaje terapéutico ambulatorio, requiriendo observación, atención médica y cuidados especiales de alta intensidad las 24 horas del día. Estas unidades dependen técnicamente del Servicio de Salud correspondiente, el cual es responsable de la selección, contratación, inducción, instalación y permanencia del recurso humano en las unidades, de la provisión de medicamentos e insumos clínicos, así como del soporte a través de su red asistencial, de los exámenes complementarios y atenciones e interconsultas a otorgar fuera o dentro de la unidad.

Los fundamentos técnicos para la implementación del programa denominado "Unidad de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría para Población Adolescente en Medio Privativo de libertad", a ejecutarse en Centro de internación Provisoria y Centro de Régimen Cerrado de Valdivia, se encuentran en el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría del Ministerio de Salud; en las Orientaciones Técnicas que elabora SENAME para Centros y Programas de infractores de ley; en la Norma Técnica N° 85, sobre Tratamiento Integral de Adolescentes Infractores de Ley con Consumo Problemático de Alcohol – Drogas y Otros Trastornos de Salud Mental, aprobada por Resolución Exenta N° 391, de 3 de Abril de 2006, del Ministerio de Salud, y en el documento denominado "Orientaciones Técnicas: Tratamiento del Consumo Problemático de Alcohol y Drogas y Otros Trastornos de Salud Mental".

Teniendo en cuenta lo señalado precedentemente, el programa denominado "Unidad de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría para Población Adolescente en Medio Privativo de libertad", a ejecutarse en el Centro de internación Provisoria y Centro de Régimen Cerrado de Valdivia, constituye una pieza clave para abordar la complejidad de los jóvenes con consumo problemático de alcohol y otras drogas y que han infringido la ley , pues busca entregar un tratamiento integral (multimodal), definiendo el plan individual más adecuado y beneficioso para los problemas del/la adolescente que considere el diagnóstico clínico y problemas psicosociales, con enfoque evolutivo y perspectiva de género, que despliegue y evalúe las intervenciones de acuerdo a los objetivos terapéuticos definidos para cada usuario/a, y dirigido a la compensación

biomédica, la estabilización conductual y psicosocial, y a disminuir y/o evitar el riesgo vital.

Por otra parte, preciso es señalar como antecedente, que mediante Resolución Exenta N°89, de 9 de enero de 2015, de SENDA, se autorizó efectuar una asignación directa de recursos del Fondo Especial de la Ley N° 20.000 al Servicio de Salud Valdivia, para implementar el Programa de tratamiento y rehabilitación de personas afectadas por la drogadicción denominado “Unidad de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría para Población Adolescente en Medio Privativo de libertad”, el cual se ejecutó entre el 21° de enero y el 31 de diciembre de 2015, en el marco del convenio suscrito entre SENDA y el Servicio de Salud de Valdivia suscrito con fecha 21 de enero de 2015 y aprobado por medio de la Resolución Exenta N°1263, de fecha 19 de marzo de 2015.

Durante los años 2016 y 2017, se le dio continuidad al programa, mediante convenios aprobados por Resoluciones Exentas N° 360, de fecha 8 de febrero de 2016 y N° 417, de fecha 15 de febrero de 2017, ambas de este Servicio.

Atendidos sus exitosos resultados, SENDA ha determinado dar continuidad durante el año 2018, a la ejecución del aludido programa, razón por la cual, este Servicio, mediante Resolución Exenta N° 35, de fecha 18 de enero de 2018, ha asignado directamente recursos del Fondo Especial de la Ley N° 20.000 al Servicio de Salud Valdivia, para dar así continuidad a la ejecución de un Programa de Tratamiento y Rehabilitación de las Personas Afectadas por la Drogadicción denominado “Unidad de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría para Población Adolescente en Medio Privativo de libertad”.

#### **SEGUNDO: Objetivo del convenio.**

Por el presente instrumento, el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA, se obliga a transferir recursos al **Servicio de Salud de Valdivia**, para la implementación de un programa de tratamiento y rehabilitación de personas afectadas por la drogadicción denominado “Unidad de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría para Población Adolescente en Medio Privativo de libertad”, a ejecutarse en Centro de internación Provisoria y Centro de Régimen Cerrado de Valdivia, en adelante “el Programa”.

Por su parte, el Servicio de Salud acepta la transferencia de recursos y se obliga a ejecutar el Programa antes mencionado en la forma y condiciones que se estipulan en el presente instrumento, y en el documento técnico denominado “Formulario de Presentación de Programas Fondo Especial, año 2018”.

- **Objetivo General**

Proveer cuidados intensivos en salud mental a población infanto-adolescente que, dada su situación de salud requieren de procedimientos de profundización diagnóstica, evaluación, estabilización o tratamiento en un ambiente terapéutico seguro, o bien que, en algún momento de su patología presente descompensación de su cuadro clínico, constituyendo un riesgo para sí mismo/a o para terceros.

- **Objetivos Específicos**

- a) Realizar proceso de evaluación de ingreso por dupla (psiquiatra y otro/a integrante de equipo) previo ingreso de adolescentes a la Unidad.
- b) Realizar diagnóstico integral, a todos/as los/a jóvenes que ingresan a la UHCIP y/o que requieren de estudios diagnósticos que no puedan ser realizados de forma ambulatoria.

- c) Desarrollar un plan individual de tratamiento integral, basado en modelo SMART.
- d) Resguardar la continuidad del tratamiento y cuidados a través del seguimiento post alta, desde un enfoque de red.
- e) Generar proceso de cuidado de equipo a través de un programa de actividades.
- f) Fortalecer la referencia técnica, supervisión y coordinación de la UHCIP desde el Servicio de Salud Valdivia.
- g) Co construir una mesa de coordinación de flujo con CIP CRC Valdivia en el cual se establezcan protocolos comunes y se mejoren los canales de comunicación y coordinación, la cual se visara desde la dirección del servicio.
- h) Coordinación con los centros de la macro zona sur mediante reuniones presenciales y virtuales

**TERCERO: Monto y Forma de Financiamiento.**

Por el presente acto e instrumento, el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA, ha resuelto colaborar técnica y financieramente, durante el año 2018, en la implementación del Programa de Tratamiento y Rehabilitación de las Personas Afectadas por la Drogadicción denominado **“Unidad de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría para Población Adolescente en Medio Privativo de libertad”**, aportando la cantidad total de **\$132.904.100.-**, que el Servicio de Salud, acepta para su ejecución.

Dicha suma será entregada por el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA, al Servicio de Salud, en dos parcialidades.

La primera parcialidad, equivalente a **\$79.742.460.-**, será entregada dentro de los **30 días** siguientes a la fecha de total tramitación del acto administrativo que apruebe el presente convenio, siempre que el Servicio de Salud haya rendido cuenta de la inversión de fondos concedidos por este Servicio en virtud de otros convenios.

La segunda parcialidad, equivalente a **\$53.161.640.-**, será entregada al Servicio de Salud, una vez aprobado por el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, el Informe de Avance de la Ejecución del Programa que deberá presentar el Servicio de Salud, de acuerdo a lo previsto en la **cláusula séptima** del presente acuerdo de voluntades. Con todo, las partes dejan constancia que en caso alguno la entrega del referido Informe de Avance podrá exceder el plazo de entrega señalado en dicha cláusula.

**CUARTO: Duración del Programa y vigencia del convenio.**

Las partes dejan constancia que el presente Convenio entrará en vigencia desde la total tramitación del último acto administrativo aprobatorio del mismo y hasta el total cumplimiento de las obligaciones que se acuerden en este instrumento y, en este sentido, SENDA podrá transferir recursos al Servicio de Salud, sólo desde aquella fecha.

Sin embargo, por razones de buen servicio y para dar continuidad al programa, las partes se comprometen a iniciar las actividades y efectuar los gastos y pagos que irroga la ejecución de las mismas, a partir del **19 de enero del año 2018**. Para todos los efectos se deja constancia que el programa objeto del presente convenio tiene una duración de doce meses y concluye el 31 de diciembre del año 2018.

Asimismo, las partes dejan constancia que, por razones de continuidad del programa, al momento de la rendición de gastos, el Servicio de Salud, podrá presentar documentos sustentatorios de los mismos, emitidos desde la referida fecha de inicio.

Con todo, SENDA, no podrá transferir recursos al Servicio de Salud, sino desde la fecha de la total tramitación del acto administrativo que apruebe el presente convenio.

#### **QUINTO: Documentación.**

Las partes dejan constancia que la realización de este programa deberá ajustarse a los requerimientos del SENDA, según las actividades, metodología, cronograma de ejecución y presupuesto que se detallan en el documento denominado "Formulario de Presentación de Programas Fondo Especial 2018", el que, firmado por el representante legal del Servicio de Salud, es de conocimiento de las partes.

El referido documento podrá ser modificado, previa solicitud escrita del Servicio de Salud, debidamente fundamentada, la que deberá ser aprobada de la misma forma por el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, si se estima necesario para la correcta ejecución del programa.

#### **SEXTO: Coordinación entre las partes.**

La implementación en todas sus etapas, como el seguimiento y supervisión del programa objeto del presente acuerdo de voluntades, se ha efectuado y se deberá seguir haciendo en coordinación entre el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA, y el Servicio de Salud, bajo el marco establecido por el Convenio Senda – Sename – Genchi -Minsal. Dicho acuerdo de voluntades fue aprobado mediante **Resolución Exenta N° 841**, de fecha 13 de septiembre de 2016, de este Servicio.

#### **SÉPTIMO: INFORMES**

El Servicio de Salud se obliga a entregar por escrito al Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA, un **Informe de Avance de Ejecución del Programa**, teniendo como fecha límite el día 13 de julio de 2018.

Dicho informe deberá contener, a lo menos, la descripción del avance de cada objetivo del programa, la cantidad de adolescentes que efectivamente están siendo beneficiados por el mismo y su perfil, y las actividades realizadas hasta el 30 de junio de 2018.

Asimismo, el Servicio de Salud, se obliga a entregar un **Informe de Cierre de Ejecución del Programa**. Dicho informe deberá presentarse, a más tardar, el día 15 de enero de 2019, y deberá contener, a lo menos, la descripción del logro de cada objetivo del programa y sus productos, la cantidad de adolescentes que hayan sido beneficiados por el mismo y su perfil, y las actividades realizadas durante la ejecución del programa, desde el mes de enero de 2018 hasta el mes de diciembre de 2018.

SENDA tendrá un plazo de 20 días hábiles para aprobar o realizar las observaciones que considere pertinentes al informe. Las observaciones a los informes deberán comunicarse al Servicio de Salud y aquel tendrá un plazo de 5 días hábiles para aceptar las observaciones, modificando el respectivo informe, o contestar las mismas mediante carta dirigida al (la) Jefe(a) de la División Programática de SENDA. Ante la entrega del nuevo informe o de la carta de contestación a las observaciones, se seguirá el mismo procedimiento establecido en este párrafo.

Con todo, si dentro de los 60 días siguientes a la presentación de cualquiera de los informes por parte del Servicio de Salud no se han subsanado las observaciones formuladas por SENDA, tal hecho deberá ser puesto en conocimiento del Servicio de Salud y SENDA podrá poner término anticipado al presente contrato de conformidad a lo establecido en la **cláusula novena**.

En este mismo contexto, y sin perjuicio de los informes establecidos precedentemente, SENDA podrá requerir fundadamente y por escrito al Servicio de Salud, la presentación de otros informes técnicos referidos a aspectos específicos de la ejecución del Programa. En dicho caso, SENDA deberá solicitar la presentación del respectivo informe con una antelación mínima de diez días a la fecha en que debe ser presentado.

El procedimiento de aprobación o rechazo de los referidos informes por parte de SENDA, será el señalado en la presente cláusula.

### **OCTAVO: OBLIGACIONES**

Para supervisar el correcto cumplimiento del convenio, el Servicio de Salud deberá proporcionar a SENDA toda la información que éste le requiera, estando facultado para efectuar visitas de inspección, debiendo dársele las facilidades del caso. Con todo, lo anterior deberá hacerse siempre con el debido respeto a lo dispuesto en la Ley N°19.628, sobre protección a la vida privada y en cualquier otra norma legal que regule el carácter secreto o reservado de la información.

El Servicio de Salud se obliga a rendir cuenta documentada de la inversión de los recursos recibidos en los términos dispuestos por la Resolución N° 30, de 11 de marzo de 2015, publicada en el Diario Oficial de 28 de marzo de 2015, de la Contraloría General de la República, que Fija Normas de Procedimiento sobre Rendición de Cuentas, o el texto que lo reemplace, y de acuerdo a las instrucciones generales de rendición que imparta SENDA al efecto, las que se encuentran actualmente contenidas en la Resolución Exenta N° 639, de 2016, de Senda.

Con todo, el Servicio de Salud deberá proceder a la restitución de los recursos no ejecutados, no rendidos u observados definitivamente, dentro de los cinco días hábiles siguientes a la aprobación de la rendición de cuentas.

Las presentes obligaciones son sin perjuicio de las demás establecidas en este instrumento, especialmente aquellas establecidas en las cláusulas sexta y séptima.

### **NOVENO: CAUSALES DE TÉRMINO**

Sin perjuicio del plazo de vigencia estipulado en la **cláusula cuarta** precedente, las partes podrán poner término anticipado al presente convenio en cualquier momento, mediante resciliación o mutuo acuerdo.

Además, el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol deberá poner término anticipado en forma unilateral al presente Convenio, administrativamente y sin forma de juicio, mediante resolución fundada, en los siguientes casos:

- a) Por exigirlo el interés público o la seguridad nacional.
- b) Falta de disponibilidad presupuestaria para transferir los recursos acordados.
- c) Cobro por las prestaciones realizadas de parte del Servicio de Salud a las personas beneficiarias del programa.
- d) Si el Servicio de Salud, por razones que le fueran imputables, no iniciara o suspendiera la ejecución del programa materia del presente acuerdo de voluntades. En tal caso, si el Servicio de Salud hubiera recibido la transferencia de recursos, se obliga a hacer devolución de lo percibido y no ejecutado.
- e) Si por razones de fuerza mayor, caso fortuito o por cualquier otra causa de naturaleza similar, no se llevara a cabo el programa encomendado. En tal caso, de haber percibido y ejecutado dineros del programa inconcluso, el Servicio de



- Salud deberá proporcionar un informe fundado de la inversión y proceder a devolver los recursos percibidos y no ejecutados.
- f) En caso de incumplimiento grave del convenio, relacionado con la calidad del programa realizado. Para estos efectos, se entiende incumplimiento grave, entre otros incumplimientos de igual magnitud, la no ejecución injustificada de las actividades que se detallan en el apartado N° 14.- denominado "Actividades del Programa" (del Formulario de Presentación de Programas, Fondo Especial año 2018), que sea imputable a la actuación negligente o arbitraria del Servicio de Salud.
  - g) Si dentro de los 60 días siguientes a la presentación de cualquiera de los informes de que trata la cláusula séptima, el Servicio de Salud no ha subsanado las observaciones formuladas a dicho informe por SENDA, de acuerdo al procedimiento previsto en la misma cláusula.

De producirse el término anticipado, el Servicio de Salud deberá entregar a SENDA, dentro de los 15 días corridos contados desde la notificación por medio de la cual se comunique el término del convenio, un informe escrito que contendrá todos los antecedentes, documentos y resultados provisorios del Programa y efectuará en dicho plazo la restitución de la totalidad de los recursos que SENDA le haya entregado, previa deducción de aquellos gastos cuya rendiciones hayan sido aprobados por SENDA y que se relacionen con la ejecución del mismo.

#### **DECIMO: PROPIEDAD INTELECTUAL**

Las partes acuerdan que el material publicitario y audiovisual producto del programa materia del presente Convenio será de dominio del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, y del Servicio de Salud, encontrándose protegido por las disposiciones de la Ley N° 17.336 y sus modificaciones, sobre Propiedad Intelectual.

El material audiovisual, publicitario, de difusión y de capacitación, así como los contenidos de los programas de capacitación relacionados con este programa deberán contar con la aprobación del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, debiendo en el mismo hacer mención que para su elaboración se ha contado con la colaboración técnica y financiera del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA.

#### **DÉCIMO PRIMERO**

Se deja expresa constancia que el Servicio de Salud contratará profesionales que se desempeñarán en el marco del programa denominado "**Unidad de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría para Población Adolescente en Medio Privativo de libertad**". La selección de los profesionales se realizará previo concurso público, llevado a cabo por el Servicio de Salud o mediante la selección directa del profesional, efectuado por el mismo Servicio de Salud.

Considerando que los profesionales que participarán en la ejecución del programa cumplirán funciones que implican una relación directa y habitual con menores de edad, el Servicio de Salud, durante el proceso de selección de éstos deberá dar estricto cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 6 bis del Decreto Ley N° 645, de 1925, sobre el Registro General de Condenas, que fue modificado por el artículo 2 de la Ley N° 20.594, que crea inhabilidades para condenados por delitos sexuales contra menores y establece registro de dichas inhabilidades.

Se deja expresa constancia que el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA, no contraerá obligación alguna de carácter laboral, previsional, de salud, tributaria, ni de ninguna otra naturaleza derivada de otros

cuerpos normativos con los profesionales contratados por el Servicio de Salud, no serán funcionarios ni asesores del SENDA.

#### **DÉCIMO SEGUNDO: DOMICILIO Y JURISDICCION**

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

#### **DÉCIMO TERCERO: PERSONERÍA**

La representación con la que comparece don **Antonio Leiva Rabael**, como Director Nacional (S), consta en el Decreto Exento N° 1.680, de fecha 26 de julio de 2017, del Ministerio del Interior y Seguridad Pública.

La personería de don **José Eduardo Barrientos Navarrete**, para representar al Servicio de Salud, emana de **Decreto Exento N° 242**, de fecha 05 de mayo de 2014, de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, del Ministerio de Salud.

#### **DÉCIMO CUARTO:**

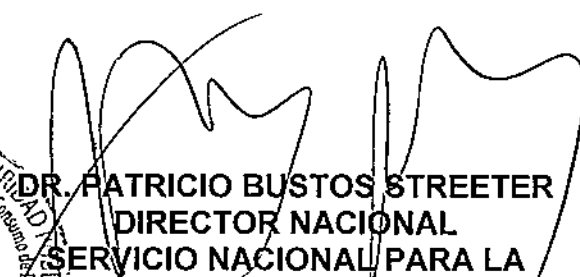
Las partes dejan constancia que, salvo que se exprese que se trata de días corridos, los plazos de días establecidos en el presente convenio son de días hábiles, entendiéndose que son inhábiles los días sábados, los domingos y los festivos.


#### **DÉCIMO QUINTO: EJEMPLARES**

El presente Convenio se firma en dos ejemplares de idéntico tenor y contenido, quedando una copia en poder del Servicio de Salud y una en poder del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA.

Firman: José Eduardo Barrientos Navarrete. Director (S). Servicio de Salud Valdivia.  
Antonio Leiva Rabael. Director Nacional (S). Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol

**ANÓTESE, REFRÉNDESE Y COMUNÍQUESE**

  
**DR. PATRICIO BUSTOS STREETER**  
**DIRECTOR NACIONAL**  
**SERVICIO NACIONAL PARA LA**  
**PREVENCIÓN Y REHABILITACIÓN DEL**  
**CONSUMO DE DROGAS Y ALCOHOL.**

  
MINISTERIO DEL INTERIOR Y SEGURIDAD PÚBLICA  
SERVICIO NACIONAL para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol  
SENDA  
REPUBLICA DE CHILE

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

**CERTIFICADO DE IMPUTACIÓN Y DISPONIBILIDADES PRESUPUESTARIAS**

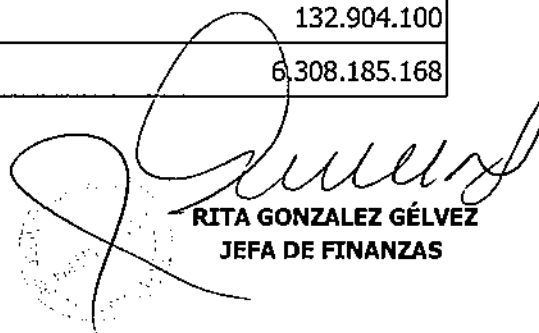
**CERTIFICADO N° 128**

**FECHA 14-03-2018**

De acuerdo con la ley N° 21.053, del año 2018 y mediante el documento, certifico que existe disponibilidad presupuestaria para el rubro de gasto que se indica, con ello se podrá financiar el compromiso a tramitar en el presente documento adjunto.

IDENTIFICACIÓN DEL DOCUMENTO QUE SE REFRENDA	
TIPO	Resolución Exenta
N°	180
DETALLE	Aprueba convenio suscrito entre el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA y el Servicio de Salud Valdivia, para la ejecución del programa denominado "Unidad de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría para Población Adolescentes en Medio Privativo de libertad".

REFRENDACIÓN	
IMPUTACIÓN PRESUPUESTARIA	24.03.001
Tipo de Financiamiento	FONDO ESPECIAL
Presupuesto Vigente	43.752.221.000
Comprometido	37.311.131.732
Presente Documento Resolución Exenta	132.904.100
Saldo Disponible	6.308.185.168

  
**RITA GONZALEZ GÉLVEZ**  
**JEFA DE FINANZAS**



**CONVENIO DE TRANSFERENCIA DE RECURSOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN DE PERSONAS AFECTADAS POR LA DROGADICCIÓN DENOMINADO “UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE CUIDADOS INTENSIVOS EN PSIQUIATRÍA PARA POBLACIÓN ADOLESCENTE EN MEDIO PRIVATIVO DE LIBERTAD”, A EJECUTARSE EN CENTRO DE INTERNACIÓN PROVISORIA Y CENTRO DE RÉGIMEN CERRADO DE VALDIVIA, ENTRE EL SERVICIO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y REHABILITACIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS Y ALCOHOL, SENDA Y EL SERVICIO DE SALUD DE VALDIVIA**

En Santiago de Chile, a **19 de enero de 2018**, entre el **Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del consumo de Drogas y Alcohol**, en adelante indistintamente “SENDA” y/o “El Servicio”, R.U.T. N° 61.980.170-9, representado por su Director Nacional (S), don **Antonio Leiva Rabael**, ambos domiciliados en calle Agustinas N° 1235, piso 9, comuna y ciudad de Santiago, por una parte, y el **Servicio de Salud de Valdivia**, en adelante también “el Servicio de Salud”, R.U.T. N° 61.607.500-4, representada por don **José Eduardo Barrientos Navarrete**, ambos domiciliados en Chacabuco N° 700, comuna y ciudad de Valdivia, por la otra, se ha convenido lo siguiente:

**PRIMERO: Antecedentes Generales**

Con fecha 26 de julio de 2016, se celebró un Convenio de Colaboración Técnica entre el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, el Ministerio de Salud, el Servicio Nacional de Menores (SENAME) y Gendarmería de Chile (GENCHI), para la implementación de un Programa de Tratamiento Integral de Adolescentes y Jóvenes ingresados al Sistema Penal por ley N°20.084, con Consumo Problemático de Alcohol, Drogas y Otros Trastornos de Salud Mental. En virtud de dicho acuerdo de voluntades, las partes del mismo se comprometieron a coordinar la intervención entre los equipos de trabajo ejecutores de los meses de planes de tratamiento y rehabilitación contratados por SENDA, de las unidades de hospitalización de cuidados intensivos en psiquiatría en medio privativo y de intervención especializada en secciones juveniles, y los equipos de centros de administración directa, e instituciones colaboradoras del SENAME, así como de los equipos psicosociales de las Secciones Juveniles administradas por GENCHI, promoviendo la integración de las intervenciones. Dicho acuerdo de voluntades fue aprobado mediante **Resolución Exenta N° 841**, de fecha 13 de septiembre de 2016, de este Servicio Nacional.

De acuerdo a lo previsto en el N° 2.4 de la cláusula cuarta del convenio antes aludido, la implementación del Programa de Tratamiento Integral de Adolescentes y Jóvenes ingresados al Sistema Penal por ley N°20.084, con Consumo Problemático de Alcohol, Drogas y Otros Trastornos de Salud Mental considera además la suscripción de convenios de colaboración técnica y financiera con

entidades públicas, a fin de otorgar hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría para adolescentes en centros privativos de libertad.

La Ley N°20.084 de Responsabilidad Penal Adolescente (2007) ha impulsado la implementación de unidades de hospitalización de cuidados intensivos en psiquiatría dirigida a población adolescente, tanto en Hospitales Generales, como en algunos Centros Privativos de Libertad del Servicio Nacional de Menores (SENAME) tales como los ubicados en Iquique, Coronel, Valdivia, Til Til y Limache.

La Unidad de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría para Población Adolescente en Medio Privativo de libertad, es una unidad de hospitalización cerrada, ubicada en un centro privativo de libertad administrado por el Servicio Nacional de Menores (SENAME), donde se otorga atención clínica de especialidad psiquiátrica a adolescentes que tienen una medida o sanción por la ley 20.084, mayores de 14 años, por un tiempo no superior a los 60 días. En efecto, es una unidad clínica para la estabilización de adolescentes con trastornos psiquiátricos severos, que presenten descompensación de su cuadro clínico, incluyendo el síndrome de abstinencia a sustancias psicoactivas y cuya condición clínica impide su abordaje terapéutico ambulatorio, requiriendo observación, atención médica y cuidados especiales de alta intensidad las 24 horas del día. Estas unidades dependen técnicamente del Servicio de Salud correspondiente, el cual es responsable de la selección, contratación, inducción, instalación y permanencia del recurso humano en las unidades, de la provisión de medicamentos e insumos clínicos, así como del soporte a través de su red asistencial, de los exámenes complementarios y atenciones e interconsultas a otorgar fuera o dentro de la unidad.

Los fundamentos técnicos para la implementación del programa denominado "Unidad de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría para Población Adolescente en Medio Privativo de libertad", a ejecutarse en Centro de internación Provisoria y Centro de Régimen Cerrado de Valdivia, se encuentran en el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría del Ministerio de Salud; en las Orientaciones Técnicas que elabora SENAME para Centros y Programas de infractores de ley; en la Norma Técnica N° 85, sobre Tratamiento Integral de Adolescentes Infractores de Ley con Consumo Problemático de Alcohol – Drogas y Otros Trastornos de Salud Mental, aprobada por Resolución Exenta N° 391, de 3 de Abril de 2006, del Ministerio de Salud, y en el documento denominado "Orientaciones Técnicas: Tratamiento del Consumo Problemático de Alcohol y Drogas y Otros Trastornos de Salud Mental".

Teniendo en cuenta lo señalado precedentemente, el programa denominado "Unidad de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría para Población Adolescente en Medio Privativo de libertad", a ejecutarse en el Centro de internación Provisoria y Centro de Régimen Cerrado de Valdivia, constituye una pieza clave para abordar la complejidad de los jóvenes con consumo problemático de alcohol y otras drogas y que han infringido la ley, pues busca entregar un tratamiento integral (multimodal), definiendo el plan individual más adecuado y beneficioso para los problemas del/la adolescente que considere el diagnóstico clínico y problemas psicosociales, con enfoque evolutivo y perspectiva de género, que despliegue y evalúe las intervenciones de acuerdo a los objetivos terapéuticos definidos para cada usuario/a, y dirigido a la compensación biomédica, la estabilización conductual y psicosocial, y a disminuir y/o evitar el riesgo vital.

Por otra parte, preciso es señalar como antecedente, que mediante Resolución Exenta N°89, de 9 de enero de 2015, de SENDA, se autorizó efectuar una asignación directa de recursos del Fondo Especial de la Ley N° 20.000 al Servicio de Salud Valdivia, para implementar el Programa de tratamiento y rehabilitación de personas afectadas por la drogadicción denominado **“Unidad de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría para Población Adolescente en Medio Privativo de libertad”**, el cual se ejecutó entre el 21° de enero y el 31 de diciembre de 2015, en el marco del convenio suscrito entre SENDA y el Servicio de Salud de Valdivia suscrito con fecha 21 de enero de 2015 y aprobado por medio de la Resolución Exenta N°1263, de fecha 19 de marzo de 2015.

Durante los años 2016 y 2017, se le dio continuidad al programa, mediante convenios aprobados por Resoluciones Exentas N° 360, de fecha 8 de febrero de 2016 y N° 417, de fecha 15 de febrero de 2017, ambas de este Servicio.

Atendidos sus exitosos resultados, SENDA ha determinado dar continuidad durante el año 2018, a la ejecución del aludido programa, razón por la cual, este Servicio, mediante **Resolución Exenta N° 35**, de fecha 18 de enero de 2018, ha asignado directamente recursos del Fondo Especial de la Ley N° 20.000 al Servicio de Salud Valdivia, para dar así continuidad a la ejecución de un Programa de Tratamiento y Rehabilitación de las Personas Afectadas por la Drogadicción denominado **“Unidad de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría para Población Adolescente en Medio Privativo de libertad”**.

#### **SEGUNDO: Objetivo del convenio.**

Por el presente instrumento, el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA, se obliga a transferir recursos al **Servicio de Salud de Valdivia**, para la implementación de un programa de tratamiento y rehabilitación de personas afectadas por la drogadicción denominado **“Unidad de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría para Población Adolescente en Medio Privativo de libertad”**, a ejecutarse en Centro de internación Provisoria y Centro de Régimen Cerrado de Valdivia, en adelante **“el Programa”**.

Por su parte, el Servicio de Salud acepta la transferencia de recursos y se obliga a ejecutar el Programa antes mencionado en la forma y condiciones que se estipulan en el presente instrumento, y en el documento técnico denominado **“Formulario de Presentación de Programas Fondo Especial, año 2018”**.

- **Objetivo General**

Proveer cuidados intensivos en salud mental a población infanto-adolescente que, dada su situación de salud requieren de procedimientos de profundización diagnóstica, evaluación, estabilización o tratamiento en un ambiente terapéutico seguro, o bien que, en algún momento de su patología presente descompensación de su cuadro clínico, constituyendo un riesgo para sí mismo/a o para terceros.

- **Objetivos Específicos**

- a) Realizar proceso de evaluación de ingreso por dupla (psiquiatra y otro/a integrante de equipo) previo ingreso de adolescentes a la Unidad.
- b) Realizar diagnóstico integral, a todos/as los/a jóvenes que ingresan a la

- UHCIP y/o que requieren de estudios diagnósticos que no puedan ser realizados de forma ambulatoria.
- c) Desarrollar un plan individual de tratamiento integral, basado en modelo SMART.
  - d) Resguardar la continuidad del tratamiento y cuidados a través del seguimiento post alta, desde un enfoque de red.
  - e) Generar proceso de cuidado de equipo a través de un programa de actividades.
  - f) Fortalecer la referencia técnica, supervisión y coordinación de la UHCIP desde el Servicio de Salud Valdivia.
  - g) Co construir una mesa de coordinación de flujo con CIP CRC Valdivia en el cual se establezcan protocolos comunes y se mejoren los canales de comunicación y coordinación, la cual se visara desde la dirección del servicio.
  - h) Coordinación con los centros de la macro zona sur mediante reuniones presenciales y virtuales

### **TERCERO: Monto y Forma de Financiamiento.**

Por el presente acto e instrumento, el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA, ha resuelto colaborar técnica y financieramente, durante el año 2018, en la implementación del Programa de Tratamiento y Rehabilitación de las Personas Afectadas por la Drogadicción denominado "**Unidad de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría para Población Adolescente en Medio Privativo de libertad**", aportando la cantidad total de **\$132.904.100.-**, que el Servicio de Salud, acepta para su ejecución.

Dicha suma será entregada por el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA, al Servicio de Salud, en dos parcialidades.

La primera parcialidad, equivalente a **\$79.742.460.-**, será entregada dentro de los **30** días siguientes a la fecha de total tramitación del acto administrativo que apruebe el presente convenio, siempre que el Servicio de Salud haya rendido cuenta de la inversión de fondos concedidos por este Servicio en virtud de otros convenios.

La segunda parcialidad, equivalente a **\$53.161.640.-**, será entregada al Servicio de Salud, una vez aprobado por el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, el Informe de Avance de la Ejecución del Programa que deberá presentar el Servicio de Salud, de acuerdo a lo previsto en la **cláusula séptima** del presente acuerdo de voluntades. Con todo, las partes dejan constancia que en caso alguno la entrega del referido Informe de Avance podrá exceder el plazo de entrega señalado en dicha cláusula.

### **CUARTO: Duración del Programa y vigencia del convenio.**

Las partes dejan constancia que el presente Convenio entrará en vigencia desde la total tramitación del último acto administrativo aprobatorio del mismo y hasta el total cumplimiento de las obligaciones que se acuerden en este instrumento y, en este sentido, SENDA podrá transferir recursos al Servicio de Salud, sólo desde aquella fecha.

Sin embargo, por razones de buen servicio y para dar continuidad al programa, las partes se comprometen a iniciar las actividades y efectuar los gastos y pagos que irroga la ejecución de las mismas, a partir del **19 de enero del año 2018**. Para todos los efectos se deja constancia que el programa objeto del presente convenio tiene una duración de doce meses y concluye el 31 de diciembre del año 2018.

Asimismo, las partes dejan constancia que, por razones de continuidad del programa, al momento de la rendición de gastos, el Servicio de Salud, podrá presentar documentos sustentatorios de los mismos, emitidos desde la referida fecha de inicio.

Con todo, SENDA, no podrá transferir recursos al Servicio de Salud, sino desde la fecha de la total tramitación del acto administrativo que apruebe el presente convenio.

#### **QUINTO: Documentación.**

Las partes dejan constancia que la realización de este programa deberá ajustarse a los requerimientos del SENDA, según las actividades, metodología, cronograma de ejecución y presupuesto que se detallan en el documento denominado "Formulario de Presentación de Programas Fondo Especial 2018", el que, firmado por el representante legal del Servicio de Salud, es de conocimiento de las partes.

El referido documento podrá ser modificado, previa solicitud escrita del Servicio de Salud, debidamente fundamentada, la que deberá ser aprobada de la misma forma por el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, si se estima necesario para la correcta ejecución del programa.

#### **SEXTO: Coordinación entre las partes.**

La implementación en todas sus etapas, como el seguimiento y supervisión del programa objeto del presente acuerdo de voluntades, se ha efectuado y se deberá seguir haciendo en coordinación entre el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA, y el Servicio de Salud, bajo el marco establecido por el Convenio Senda – Sename – Genchi -Minsal. Dicho acuerdo de voluntades fue aprobado mediante **Resolución Exenta N° 841**, de fecha 13 de septiembre de 2016, de este Servicio.

#### **SÉPTIMO: INFORMES**

El Servicio de Salud se obliga a entregar por escrito al Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA, un **Informe de Avance de Ejecución del Programa**, teniendo como fecha límite el día 13 de julio de 2018.

Dicho informe deberá contener, a lo menos, la descripción del avance de cada objetivo del programa, la cantidad de adolescentes que efectivamente están siendo beneficiados por el mismo y su perfil, y las actividades realizadas hasta el 30 de junio de 2018.

Asimismo, el Servicio de Salud, se obliga a entregar un **Informe de Cierre de Ejecución del Programa**. Dicho informe deberá presentarse, a más tardar, el día 15 de enero de 2019, y deberá contener, a lo menos, la descripción del logro de cada objetivo del programa y sus productos, la cantidad de adolescentes que



hayan sido beneficiados por el mismo y su perfil, y las actividades realizadas durante la ejecución del programa, desde el mes de enero de 2018 hasta el mes de diciembre de 2018.

SENDA tendrá un plazo de 20 días hábiles para aprobar o realizar las observaciones que considere pertinentes al informe. Las observaciones a los informes deberán comunicarse al Servicio de Salud y aquel tendrá un plazo de 5 días hábiles para aceptar las observaciones, modificando el respectivo informe, o contestar las mismas mediante carta dirigida al (la) Jefe(a) de la División Programática de SENDA. Ante la entrega del nuevo informe o de la carta de contestación a las observaciones, se seguirá el mismo procedimiento establecido en este párrafo.

Con todo, si dentro de los 60 días siguientes a la presentación de cualquiera de los informes por parte del Servicio de Salud no se han subsanado las observaciones formuladas por SENDA, tal hecho deberá ser puesto en conocimiento del Servicio de Salud y SENDA podrá poner término anticipado al presente contrato de conformidad a lo establecido en la **cláusula novena**.

En este mismo contexto, y sin perjuicio de los informes establecidos precedentemente, SENDA podrá requerir fundadamente y por escrito al Servicio de Salud, la presentación de otros informes técnicos referidos a aspectos específicos de la ejecución del Programa. En dicho caso, SENDA deberá solicitar la presentación del respectivo informe con una antelación mínima de diez días a la fecha en que debe ser presentado.

El procedimiento de aprobación o rechazo de los referidos informes por parte de SENDA, será el señalado en la presente cláusula.

#### **OCTAVO: OBLIGACIONES**

Para supervisar el correcto cumplimiento del convenio, el Servicio de Salud deberá proporcionar a SENDA toda la información que éste le requiera, estando facultado para efectuar visitas de inspección, debiendo dársele las facilidades del caso. Con todo, lo anterior deberá hacerse siempre con el debido respeto a lo dispuesto en la Ley N°19.628, sobre protección a la vida privada y en cualquier otra norma legal que regule el carácter secreto o reservado de la información.

El Servicio de Salud se obliga a rendir cuenta documentada de la inversión de los recursos recibidos en los términos dispuestos por la Resolución N° 30, de 11 de marzo de 2015, publicada en el Diario Oficial de 28 de marzo de 2015, de la Contraloría General de la República, que Fija Normas de Procedimiento sobre Rendición de Cuentas, o el texto que lo reemplace, y de acuerdo a las instrucciones generales de rendición que imparta SENDA al efecto, las que se encuentran actualmente contenidas en la Resolución Exenta N° 639, de 2016, de Senda.

Con todo, el Servicio de Salud deberá proceder a la restitución de los recursos no ejecutados, no rendidos u observados definitivamente, dentro de los cinco días hábiles siguientes a la aprobación de la rendición de cuentas.

Las presentes obligaciones son sin perjuicio de las demás establecidas en este instrumento, especialmente aquellas establecidas en las cláusulas sexta y séptima.

## **NOVENO: CAUSALES DE TÉRMINO**

Sin perjuicio del plazo de vigencia estipulado en la **cláusula cuarta** precedente, las partes podrán poner término anticipado al presente convenio en cualquier momento, mediante resciliación o mutuo acuerdo.

Además, el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol deberá poner término anticipado en forma unilateral al presente Convenio, administrativamente y sin forma de juicio, mediante resolución fundada, en los siguientes casos:

- a) Por exigirlo el interés público o la seguridad nacional.
- b) Falta de disponibilidad presupuestaria para transferir los recursos acordados.
- c) Cobro por las prestaciones realizadas de parte del Servicio de Salud a las personas beneficiarias del programa.
- d) Si el Servicio de Salud, por razones que le fueran imputables, no iniciara o suspendiera la ejecución del programa materia del presente acuerdo de voluntades. En tal caso, si el Servicio de Salud hubiera recibido la transferencia de recursos, se obliga a hacer devolución de lo percibido y no ejecutado.
- e) Si por razones de fuerza mayor, caso fortuito o por cualquier otra causa de naturaleza similar, no se llevara a cabo el programa encomendado. En tal caso, de haber percibido y ejecutado dineros del programa inconcluso, el Servicio de Salud deberá proporcionar un informe fundado de la inversión y proceder a devolver los recursos percibidos y no ejecutados.
- f) En caso de incumplimiento grave del convenio, relacionado con la calidad del programa realizado. Para estos efectos, se entiende incumplimiento grave, entre otros incumplimientos de igual magnitud, la no ejecución injustificada de las actividades que se detallan en el apartado N° 14.- denominado "Actividades del Programa" (del Formulario de Presentación de Programas, Fondo Especial año 2018), que sea imputable a la actuación negligente o arbitraria del Servicio de Salud.
- g) Si dentro de los 60 días siguientes a la presentación de cualquiera de los informes de que trata la cláusula séptima, el Servicio de Salud no ha subsanado las observaciones formuladas a dicho informe por SENDA, de acuerdo al procedimiento previsto en la misma cláusula.

De producirse el término anticipado, el Servicio de Salud deberá entregar a SENDA, dentro de los 15 días corridos contados desde la notificación por medio de la cual se comunique el término del convenio, un informe escrito que contendrá todos los antecedentes, documentos y resultados provisionales del Programa y efectuará en dicho plazo la restitución de la totalidad de los recursos que SENDA le haya entregado, previa deducción de aquellos gastos cuya rendiciones hayan sido aprobados por SENDA y que se relacionen con la ejecución del mismo.

## **DECIMO: PROPIEDAD INTELECTUAL**

Las partes acuerdan que el material publicitario y audiovisual producto del programa materia del presente Convenio será de dominio del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, y del Servicio de Salud, encontrándose protegido por las disposiciones de la Ley N° 17.336 y sus modificaciones, sobre Propiedad Intelectual.

El material audiovisual, publicitario, de difusión y de capacitación, así como los contenidos de los programas de capacitación relacionados con este programa

deberán contar con la aprobación del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, debiendo en el mismo hacer mención que para su elaboración se ha contado con la colaboración técnica y financiera del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA.

#### **DÉCIMO PRIMERO**

Se deja expresa constancia que el Servicio de Salud contratará profesionales que se desempeñarán en el marco del programa denominado “**Unidad de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría para Población Adolescente en Medio Privativo de libertad**”. La selección de los profesionales se realizará previo concurso público, llevado a cabo por el Servicio de Salud o mediante la selección directa del profesional, efectuado por el mismo Servicio de Salud.

Considerando que los profesionales que participarán en la ejecución del programa cumplirán funciones que implican una relación directa y habitual con menores de edad, el Servicio de Salud, durante el proceso de selección de éstos deberá dar estricto cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 6 bis del Decreto Ley N° 645, de 1925, sobre el Registro General de Condenas, que fue modificado por el artículo 2 de la Ley N° 20.594, que crea inhabilidades para condenados por delitos sexuales contra menores y establece registro de dichas inhabilidades.

Se deja expresa constancia que el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA, no contraerá obligación alguna de carácter laboral, previsional, de salud, tributaria, ni de ninguna otra naturaleza derivada de otros cuerpos normativos con los profesionales contratados por el Servicio de Salud, no serán funcionarios ni asesores del SENDA.

#### **DÉCIMO SEGUNDO: DOMICILIO Y JURISDICCION**

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

#### **DÉCIMO TERCERO: PERSONERÍA**

La representación con la que comparece don **Antonio Leiva Rabael**, como Director Nacional (S), consta en el Decreto Exento N° 1.680, de fecha 26 de julio de 2017, del Ministerio del Interior y Seguridad Pública.

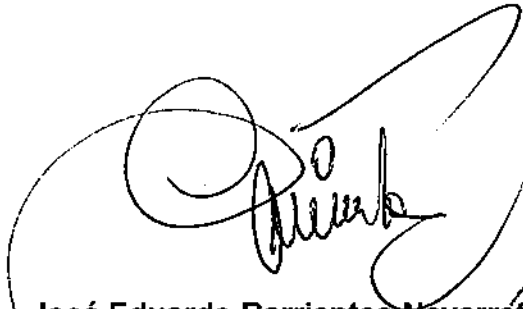
La personería de don **José Eduardo Barrientos Navarrete**, para representar al Servicio de Salud, emana de **Decreto Exento N° 242**, de fecha 05 de mayo de 2014, de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, del Ministerio de Salud.


#### **DÉCIMO CUARTO:**


Las partes dejan constancia que, salvo que se exprese que se trata de días corridos, los plazos de días establecidos en el presente convenio son de días hábiles, entendiéndose que son inhábiles los días sábados, los domingos y los festivos.

#### **DÉCIMO QUINTO: EJEMPLARES**

El presente Convenio se firma en dos ejemplares de idéntico tenor y contenido, quedando una copia en poder del Servicio de Salud y una en poder del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA.

  
**José Eduardo Barrientos Navarrete**  
Director (S)  
Servicio de Salud Valdivia

  
**Antonio Leiva Rabael**  
Director Nacional (S)  
Servicio Nacional Para La  
Prevención y Rehabilitación del  
Consumo de Drogas y Alcohol





# REQUERIMIENTO DE RECURSOS

58202(S-276/18)

Fecha Solicitud: 11-01-2018

Area Solicitante: TRATAMIENTO ADOLESCENTES

Actividad:

Cuenta Presupuestaria: 24.03.001 (fondo Especial)

*Rodrigo Lera*

**Justificación del Requerimiento:** (indicar objeto del requerimiento y antecedentes que complementen lo solicitado)

REQUERIMIENTO :SOLICITA REALIZAR REFRENDACION FINANCIERA Y POSTERIOR ELABORACIÓN DE CONVENIO BAJO LA MODALIDAD TRATO DIRECTO FONDO ESPECIAL CON EL SERVICIO DE SALUD VALDIVIA, PARA LA IMPLEMENTACION DEL PROYECTO UNIDAD DE HOSPITALIZACION DE CUIDADOS INTENSIVOS EN PSIQUIATRÍA PARA ADOLESCENTES EN MEDIO PRIVATIVO DE LIBERTAD, DE ENERO A DICIEMBRE DE 2018

SE ADJUNTA:

JUSTIFICACION TRATO DIRECTO, EVALUACIÓN FINANCIERA, EVALUACIÓN TÉCNICA, DOS FORMULARIOS DE PRESENTACIÓN PROYECTOS Y ANTECEDENTES LEGALES.

*U/S/O*  
MINISTERIO DEL INTERIOR Y SEGURIDAD PÚBLICA  
SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS  
TRATAMIENTO ADOLESCENTES

Autorizado Por		Monto Solicitado
MARIA JIMENA KALAWSKI Nombre jefe de área	<i>[Signature]</i> Firma	\$ 132.904.100
(Uso exclusivo Administración y Finanzas)		
Control Presupuestario		Recursos Humanos
Monto Autorizado	<i>[Signature]</i> Firma Autorizada	17 ENE 2018 Firma Autorizada
Fecha Autorización	15 / 01 / 2018	Fecha / /

**SENDA**Sistema del Incentivo  
Comunidad Filial**PAUTA DE EVALUACION FINANCIERA  
PROYECTOS 2018**

<b>NOMBRE Y/O RAZON SOCIAL</b>	Servicio de Salud Valdivia	
<b>RUT</b>	61.607.500-4	
<b>NOMBRE DEL RPTE LEGAL</b>	José Barrientos Navarrete	
<b>NOMBRE PROYECTO</b>	Unidad de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría	
<b>DURACION DEL PROYECTO</b>	Enero a diciembre 2018	
<b>TELEFONO</b>	632264800	
<b>EMAIL ENTIDAD</b>	direccionssv@redsalud.gob.cl	
<b>EMAIL OTRO</b>	-	
<b>ITEM PRESUPUESTARIO</b>	24.03.001 FONDO ESPECIAL	
<b>REMESAS</b>		
1°	\$ 79.742.460	
2°	\$ 53.161.640	
<b>MONTO PROYECTO= (SENDA)</b>		
<b>2018</b>	\$ 132.904.100	
<b>REGION</b>	<b>COMUNA</b>	<b>LOCALIDAD</b>
Los Ríos	Valdivia	Las Gaviotas

**PRESUPUESTO 2018**

ÍTEM	APORTE PROPIO	SENDA	TOTAL ÍTEM	% DEL ÍTEM APORTE SENDA
Gastos de Operación	\$ 5.300.000	\$ 500.000	\$ 5.800.000	0,38%
Gastos en personal	\$ 215.454.056	\$ 121.204.100	\$ 336.658.156	91,20%
Gastos en Inversión	\$ 0	\$ 0	\$ 0	0,00%
Gastos asociados a actividades	\$ 1.000.000	\$ 11.200.000	\$ 12.200.000	8,43%
Gastos de Habilitación	\$ 0	\$ 0	\$ 0	0,00%
<b>TOTAL</b>	<b>\$ 221.754.056</b>	<b>\$ 132.904.100</b>	<b>\$ 354.658.156</b>	<b>100%</b>

**CRITERIOS DE EVALUACIÓN**

CRITERIO	SI	NO
Los montos presentados son correctos.	X	
Los plazos definidos para el proyecto se ajustan en el marco establecido.	X	
Se entrega un detalle de los gastos realizadas por actividad.	X	

Existe coherencia entre los gastos y actividades a realizar.	X	
Existe un detalle de las horas trabajadas en el proyecto, por cada profesional que participa.	X	
Los gastos operacionales se ajustan a los valores referenciales	X	
El monto presupuestado para equipamiento esta de acuerdo a las bases establecidas.	-	
Se adjunta documentación de respaldo solicitada	-	
Ficha Obligatoria de Proyecto contiene información solicitada	X	

**OBSERVACIONES**

Sin observaciones.
--------------------

Documentación Obligatoria	SI	NO
2 ejemplares del proyecto en formato establecido para el caso.	X	
2 copias del presupuesto firmados por el representante legal según corresponda.	X	
Copia simple de la cédula nacional de identidad del representante legal	X	
Copia simple del Rol Único tributario de la institución	X	
Decreto Nombramiento del representante legal (en caso de Municipalidades en que no exista Decreto de Nombramiento se debe adjuntar copia de la Sentencia de Proclamación de Alcalde)	X	
Documento que acredite vigencia de Cuenta Corriente, Cuenta de Ahorro o Cuenta Visto a nombre de la entidad ejecutora <b>Banco Estado Cuenta corriente N° 72109115011</b>	X	
Declaración jurada del Art. 12 del reglamento de fondo especial	X	



*Paulina Vargas Novoa*

**Paulina Vargas Novoa**  
Asesora Financiera  
División Programática

Fecha de Aplicación Pauta:

10-01-2018

# SENDA

Ministerio del Interior y  
Seguridad Pública

## FICHA DE EVALUACIÓN TÉCNICA PROYECTOS DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DEL CONSUMO DE DROGAS CONVOCATORIA 2018

### I.- ANTECEDENTES DEL PROYECTO

Código	
Organización Responsable	Servicio de Salud Valdivia
Nombre del Proyecto	Unidad de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría
Cobertura	72
Duración del Proyecto	12 meses
Monto Total del Proyecto	\$354.658.156.-
Monto solicitado a SENDA	\$132.904.100.-
Fecha de Evaluación	8 de enero de 2018

### II.- EVALUACIÓN DE ITEMS

DIMENSIÓN	ITEM	PUNTAJE	
Pertinencia	1. Adecuación del proyecto al problema diagnosticado	7	
	2. Adecuación de la metodología a la población objetivo	4	
Focalización	3. Focalización del programa	10	
Especificidad	4. Especificidad del marco teórico	7	
Año Impacto	5. Cobertura	5	
Coherencia	6. Coherencia del proyecto	7	
	7. Adecuación presupuestaria	5	
Complementariedad	8. Aportes de la institución y/o terceros	10	
Entidad Ejecutora	9. Experiencia institucional	10	
	10. Organización del equipo técnico profesional	5	
* Puntaje Máximo 80 puntos – Puntaje Mínimo 48 puntos.		<b>PUNTAJE TOTAL</b>	<b>70</b>

### III.- OBSERVACIONES AL PROYECTO

La propuesta cumple con los requerimientos técnicos para dar adecuada respuesta a la situación planteada.

  
  
\_\_\_\_\_  
**Claudia Quinteros López**  
Área Técnica en Tratamiento y  
Rehabilitación



REPUBLICA DE CHILE  
MINISTERIO DE SALUD

SUBSECRETARIA DE REDES  
ASISTENCIALES

*[Handwritten signature]*

DESIGNA COMO DIRECTOR DEL SERVICIO  
DE SALUD DE VALDIVIA AL DR.  
PATRICIO EDUARDO ROSAS BARRIENTOS

Nº 01

SANTIAGO, 08 ENE. 2015

MINISTERIO DE HACIENDA  
OFICINA DE PARTES  
RECIBIDO

CONTRALORIA GENERAL  
TOMA DE RAZON  
RECEPCION

Depart. Jurídico		
Dep. T.R. y Regist.		
Depart. Contabil.		
Sub.Dep. C. Central		
Sub.Dep. E. Cuentas		
Sub.Dep. C.P. y B.N.		
Depart. Auditoría		
Depart. VOPU y T		
Sub. Dep. Munip.		

REFRENDACION

Ref. por S.....  
Imputación.....  
Anot. por.....  
Imputación.....  
Deduc. Deto.....

VISTO : lo dispuesto en los artículos 7º letra c) y 14º del Decreto con Fuerza de Ley Nº 29, de 2005 del Ministerio de Hacienda, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley Nº 18.834, sobre Estatuto Administrativo; el Libro I del Decreto con Fuerza de Ley Nº 1, de 2005 de Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley Nº 2.763 de 1979; el Título VI de la Ley Nº 19.882; la Resolución Nº 1.600, de 2008, de la Contraloría General de la República, y teniendo presente las facultades que me confiere el artículo 32 Nº 10 de la Constitución Política de la República de Chile.

CONSIDERANDO: que para los efectos de proveer la vacante del cargo de Director (a) del Servicio de Salud Valdivia, el Consejo de Alta Dirección Pública, por intermedio de la Dirección Nacional del Servicio Civil, convocó a un proceso de selección público abierto, de amplia difusión, conforme a lo establecido en el artículo cuadragésimo octavo de la Ley Nº 19.882, siendo seleccionado dentro de los postulantes Patricio Eduardo Rosas Barrientos.

D E C R E T O :

1.- DESIGNASE a Dr. PATRICIO EDUARDO ROSAS BARRIENTOS, RUN 07.460.994-5, en el cargo de Director del Servicio de Salud Valdivia, grado 2º EUS, 80% de Asignación de Alta Dirección, en calidad de titular, por un período de tres años, a contar del 1 de enero de 2015.

2.- El desempeño de estas funciones está afecto a rendición de fianza y por razones impostergables de buen servicio, la persona en referencia asumirá en la fecha indicada, sin esperar la total tramitación de este decreto.

3.- Impútese el gasto correspondiente al Subtítulo 21 Gastos en Personal del Presupuesto del "Servicio de Salud Valdivia"

ANOTESE, TOMESE RAZON, REGISTRESE Y PUBLIQUESE

MICHELLE BACHELET JERIA  
PRESIDENTA DE LA REPUBLICA



*Jaime Burrows Oyarzun*  
JAIME BURROWS OYARZUN  
MINISTRO (S) DE SALUD

662561

REPUBLICA DE CHILE  
MINISTERIO DE SALUD



PONE TERMINO Y ESTABLECE NUEVO ORDEN DE SUBROGANCIA DEL CARGO DE DIRECTOR DEL SERVICIO DE SALUD VALDIVIA

SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES



AV/SAHP/LRA/ABG/mmh.

MINISTERIO DE HACIENDA  
DIVISION JURIDICA  
RECIBIDO

EXENTO Nº 242

SANTIAGO 05 MAYO 2014

CONTRALORIA GENERAL TOMA DE RAZON RECEPCION		
DEPART. JURIDICO		
DEPART. T.R. Y REGIST.		
DEPART. CONTAB.		
SUB DEP. C. CENTRAL		
SUBDEP. E. CUENT.		
SUB DEP. E. CUENT.		
SUB DEP. C.P. Y BIENES N.		
DEPART. AUDITO		
DEPART. VOP. U. YT.		
SUB DEP. MUNICIPAL		
REFRENDACION		
REF. POR	\$	
IMPUTAC.		
ANOT. POR	\$	
IMPUTAC.	\$	
DEDUC. DTO.		

VISTOS: Lo solicitado en el oficio Ord. N° 1032 de 10 de abril de 2014 del Director del Servicio de Salud Valdivia; lo dispuesto en el artículo 81 del Decreto con Fuerza de Ley N°29 de 2004, del Ministerio de Hacienda, que fija texto refundido, coordinado y sistematizado de la ley N° 18.834 sobre Estatuto Administrativo; lo establecido en el artículo 9° del decreto supremo N° 140 de 2004 del Ministerio de Salud; lo señalado en el N°22 del artículo 1° del Decreto Supremo N°19 de 2001, del Ministerio Secretaría General de la Presidencia; y teniendo presente las facultades que me confieren los artículos 24 y 32 N°s. 8, 12 y 35 de la Constitución Política de la República de Chile; en la Resolución N°1600 de 2008, de Contraloría General de la República, y

CONSIDERANDO: Que, es menester establecer un nuevo orden de subrogación del cargo de Director del Servicio de Salud Valdivia

DECRETO:

- ESTABLÉCESE a contar de esta fecha, el siguiente orden de subrogación del cargo de Director del Servicio de Salud Valdivia, en caso de ausencia o impedimento del titular:
  - Primer orden de subrogación: Subdirector del Departamento de Subdirección de Recursos Humanos del Servicio de Salud Valdivia.
  - Segundo orden de subrogación: Subdirector del Departamento de Subdirección de Gestión Asistencial Servicio de Salud Valdivia.
  - Tercer orden de subrogación: Subdirector del Departamento de Subdirección de Recursos Físicos y Financieros del Servicio de Salud Valdivia
- DECLÁRASE que el Director subrogante asumirá sus funciones, en caso de ser necesario, a contar esta fecha, sin esperar la total tramitación de este Decreto.
- DÉJESE SIN EFECTO el decreto exento N° 50, de 13 de marzo de 2013 del Ministerio de Salud.

ANÓTESE Y PUBLÍQUESE.-

"POR ORDEN DEL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA"



DRA. HELIA MOLINA MILMAN  
MINISTRA DE SALUD

ROL UNICO TRIBUTARIO  
SERVICIO DE SALUD VALDIVIA

98-05-07

81.607.500-4

SEÑOR(A)  
SERVICIO DE SALUD VALDIVIA

CHACABUCO  
VALDIVIA

700

**ROL UNICO TRIBUTARIO**

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL  
SERVICIO DE SALUD VALDIVIA

DIRECCIÓN PRINCIPAL (CASA MATRIZ)  
CHACABUCO 700  
VALDIVIA

RUT  
61.607.500-4

**Sii**



616075004

Por razones técnicas el Sii podrá eventualmente publicar la Razón Social de esta tarjeta.

**ROL UNICO TRIBUTARIO**

Utilice **sii.cl**. Es más fácil, rápido y seguro.

PJM-0319 Recuerde, no procede el derecho a crédito fiscal por adquisición de bienes o utilización de servicios que no tengan relación con el giro o actividad del contribuyente. Art. 23 N° 1 D.L. 825 Ley de IVA.



FECHA EMISIÓN 30/03/2016

N° DE SERIE: 20160748473

En caso de extravío devolver esta tarjeta a la Unidad del Sii más cercana.



## o de Inscripción

### PERSONAS JURIDICAS RECEPTORAS DE FONDOS PUBLICOS

Se ha acreditado que la Institución **SERVICIO DE SALUD VALDIVIA**, RUT **61.607.500-4**, se ha inscrito en el Registro de Colaboradores del Estado y Municipalidades, con fecha **23/06/2015**, como persona jurídica receptora de fondos públicos, dando así cumplimiento a lo establecido en el artículo 6º de la Ley 19.862.

Este registro electrónico no sustituye la obligación de la persona jurídica de presentar los antecedentes de respaldo de la información (originales) en los registros institucionales de quienes le transfieren fondos al momento de realizar las transferencias.


Representante Legal : ROSALBA DEL CARMEN GOMEZ MONTECINOS  
Identificación Legal : 10.544.786-8  
Institución : SERVICIO DE SALUD VALDIVIA  
Situación : 61.607.500-4  
Fecha del certificado : 06/01/2015





## DECLARACIÓN JURADA SIMPLE

La persona que suscribe, en su calidad de representante legal de la entidad denominada Servicio de Salud Valdivia, y de conformidad con lo establecido en el artículo 12 del Reglamento del Fondo Especial del Artículo 46 de la Ley 20.000, aprobado mediante Decreto Supremo N° 820, de 2011, del Ministerio del Interior y Seguridad Pública, declara bajo juramento que la entidad que representa que no se encuentra en mora de presentar informes técnicos o rendición de gastos por concepto de programas, proyectos o actividades financiadas por algún organismo de la Administración del Estado.

JOSE EDUARDO BARRIENTOS NAVARRETE

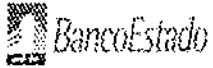
DIRECTOR (S)

SERVICIO DE SALUD VALDIVIA

En Valdivia, a 29 de Diciembre 2017







# CONSTANCIA DE VIGENCIA Y ANTIGUEDAD

Oficina N° 01 Nombre Oficina

OFICINA PRINCIPAL

Fecha 2017 11 15

El BANCOESTADO DE CHILE Sucursal VALDIVIA

Certifica que el (a) Sr. (a)

Nombre **SERVICIO DE SALUD DE VALDIVIA**

RUT **61.607.500-4**

Es titular de la Cuenta de Ahorro, N°

Desde DD/MM/NN

Es titular de la Cuenta Corriente  
N° 72109115011

Desde 14/08/1980

Es titular de la Cuenta Rur. N°

Desde DD/MM/NN

Es titular de la Cuenta Chequera Electrónica N°

Desde DD/MM/NN

Ejecutivo de Cuentas

Firma



# **FORMULARIO DE PRESENTACIÓN DE PROGRAMAS FONDO ESPECIAL AÑO 2018**





FORMATO B

FORMULARIO DE PRESENTACION PROGRAMAS FORMATO B 2018

1.- IDENTIFICACIÓN GENERAL DEL PROGRAMA

NOMBRE DEL PROGRAMA	UNIDAD DE HOSPITALIZACION DE CUIDADOS INTENSIVOS EN PSIQUIATRIA
AREA TEMATICA	TRATAMIENTO
DURACION PROGRAMA	12 MESES

2.- LOCALIZACION DEL PROGRAMA

REGION	PROVINCIA
DE LOS RIOS	VALDIVIA
COMUNA	SECTOR LOCALIDAD
VALDIVIA	LAS GAVIOTAS
DIRECCION	
LAS GAVIOTAS, POSTE 55 S/N	

3.- IDENTIFICACION DE LA INSTITUCION U ORGANIZACIÓN

NOMBRE Y/O RAZON SOCIAL	SERVICIO DE SALUD VALDIVIA
RUT	61.607.500-4
DIRECCION	CHACABUCO 700
TELEFONO	632264800
E-MAIL	<a href="mailto:direccionesv@redsalud.gob.cl">direccionesv@redsalud.gob.cl</a>
N° DE PERSONALIDAD JURIDICA	Decreto de Ley 2763, año 1979

4.- IDENTIFICACION DEL REPRESENTANTE LEGAL

NOMBRE	JOSÉ EDUARDO BARRIENTOS NAVARRETE
RUT	10.831.861-9
DIRECCION	Chacabuco 700, Valdivia
TELEFONO	632264800
E-MAIL	<a href="mailto:direccionesv@redsalud.gob.cl">direccionesv@redsalud.gob.cl</a>

5.- CUENTA CORRIENTE DE LA INSTITUCION (para el depósito de los recursos)

BANCO	BANCO DEL ESTADO
TIPO DE CUENTA	72109115011
N° DE CUENTA	CORRIENTE



FECHA DEL CERTIFICADO DE VIGENCIA	
-----------------------------------	--

**6.- EQUIPO RESPONSABLE DEL PROGRAMA**

NOMBRE	PROFESIÓN	CARGO O FUNCION	HORAS TOTALES DEL PROGRAMA
Andrea Santana Sánchez	Enfermera	Jefa de Sub-depto. Salud Mental- Referente técnico y administrativo.	4 hrs/semanales
Tania Solar López	Psicóloga	Referente Técnico	22 hrs/semanales

**7.- IDENTIFICACION ORGANIZACIONES E INSTITUCIONES COLABORADORAS**

NOMBRE	DIRECCION	TELEFONO	TIPO DE APOORTE (infraestructura, recurso humano, equipamiento, otros)
CIP-CRC Valdivia	Las Gaviotas Poste 55.	063- 275500	Infraestructura, Alimentación, Hotelería, Insumos de Aseo
Gendarmería de Chile	Las Gaviotas Poste 55	063-275500	Traslado de usuários/as, vigilancia perimetral.
Hospital Base Valdivia	Simpson 850	063-263700	Fármacos, laboratorio, esterilización, rayos, Interconsultas a Especialidades
PAImp Chol-Chol	Camino Chol-Chol Temuco Km 1. Sector Renaco	45 2 966227	Flujos de derivación, coordinación y análisis de casos
PAImp Puerto Montt	Chin Chin s/n. Puerto Montt	09 62077606	Flujos de derivación, coordinación y análisis de casos
PAImp Newenche Valdivia	Las Gaviotas poste N°55, Valdivia.	63 2 438837	Flujos de derivación, coordinación y análisis de casos
SENDA	Carlos Andwanter N°313, Valdivia	63 2 253 716	Designación de recursos, apoyo en el desarrollo del programa de salud mental en materia de rehabilitación y tratamiento de adolescentes y jóvenes que han infringido la Ley, supervisión administrativa, financiera y soporte SISTRAT



Servicio de salud Valdivia (SSV)	Chacabuco N°700, Valdivia	63 2 2264913	Asesoría, acompañamiento, supervisión técnica y gestión de RRHH.
Defensoría Regional	Beauchef N°889, Valdivia.	63 2 229803	Información de los procesos judiciales
Tribunales de Garantía	AV. Francia N°2688, Valdivia.	63 2 348 916	Derivación de usuarios e información de procesos judiciales.
PAImI La Roca	Angamos N°247, La Unión	64 2 425 273	Flujos de derivación, coordinación y análisis de casos
PAImI SERPAJ	AV. Argentina N°2662, Valdivia.	63 2 230210	Flujos de derivación, coordinación y análisis de casos
PAImp Tremun	Beauchef 822	63 2 255097	Flujos de derivación, coordinación y análisis de casos
SENAME	Vicente Pérez Rosales N°860, Valdivia	63 2 239233	Colaboración a través de los equipos de sanción, particularmente con sus delegados/as de libertad asistida y vigilada, con los cuales se trabaja la responsabilización de la sanción de los/as adolescentes.
CIP CRC Talca	Av. San Miguel s/n, Km 1.5 Talca	71-2263138 / 71-2263144	Flujos de derivación, coordinación y análisis de casos
CIP CRC Puerto Montt	Panamericana Norte N° 1039		Flujos de derivación, coordinación y análisis de casos



## 8.- DIAGNOSTICO Y DEFINICION DEL PROBLEMA

(Antecedentes sobre la situación de contexto, Identificar factores protectores y de riesgo a intervenir, oferta para abordar la problemática entre otros. Identificar siempre las fuentes de información y año)

### 8.1 - Contextualización y perfil de los usuarios:

Tras la promulgación y puesta en marcha de la Ley 20.084 el Ministerio de Salud, SENDA y el Servicio Nacional de Menores, desarrollaron en conjunto la instalación de cinco Unidades de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría para adolescentes en medio privativo de libertad (ex Unidades de Hospitalización de Corta Estadía). Esta medida se insertó dentro de las acciones del Programa de tratamiento integral de adolescentes en situación de infracción de ley, con consumo problemático de alcohol, drogas y otros trastornos de salud mental.

Es así como el 2008 inicia su funcionamiento la UHCIP Valdivia, siendo la primera en el país, tratándose de un centro de referencia macro zonal que abarca desde Santiago a Coyhaique. La dependencia técnica de esta unidad fue y es del Servicio de Salud Valdivia.

La puesta en marcha de la UHCIP Valdivia, así como la de Iquique, Títil, Limache y Coronel respondió a la necesidad de entregar cuidados intensivos 24 horas, de salud mental a adolescentes que debido a su situación de crisis requirieran de intervención diagnóstica, evaluación integral, estabilización y/o tratamiento en un ambiente terapéutico. Ellas se establecen como un contexto seguro y protegido para sus usuarios, que permite acoger, contener y estabilizar episodios de crisis, para así resignificar experiencias y modular conductas.

A una década de la puesta en funcionamiento de la UHCIP han existido cambios significativos en estas unidades, estando aún en proceso de tránsito desde un modelo fundamentalmente biomédico a uno con enfoque comunitario, el cual se sustenta en el derecho internacional, los derechos humanos y en las determinantes sociales en salud a la atención. Reforzando este enfoque, el 2016 se elaboró desde el MINSAL un modelo de gestión que, dentro de varios, buscaba como objetivo estandarizar criterios de ingreso, procesos clínicos, y gestión de cuidado, a objeto de contar con pautas homogéneas que permitieran enfrentar de mejor manera las hospitalizaciones (Modelo de Gestión UHCIP, 2016. MINSAL).

De la misma forma, en esta década de funcionamiento de la UHCIP, los/as adolescentes usuarios/as de nuestra unidad de hospitalización también han experimentado cambios significativos, principalmente en relación al delito, que actualmente es de mayor gravedad, y también respecto al tipo de sustancia problemática y daños asociados al consumo de drogas. Además se debe señalar que "(...) es un grupo que presenta una alta tasa de trastornos de salud mental y adaptación social..."

<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Vicente, Saldivia Et Al. (2012) Salud Mental Infante Juvenil en Chile y Brechas de atenciones sanitarias. Revista Médica de Chile, 14. 447-457. Citado en Perez-Luco Ricardo Et Al. 2014. Manual de Intervención diferenciada. Universidad de la Frontera.



En este orden de cosas un artículo aparecido en la Revista Médica de Chile el año 2014 señala en sus conclusiones que "...más del 85 % de los adolescentes que se encuentran cumpliendo condena tiene al menos un diagnóstico psiquiátrico, siendo el grupo de trastornos más prevalentes aquellos asociados al consumo de sustancias de abuso y trastornos disruptivos"<sup>2</sup>.

Es por ello que queda de manifiesto la importancia de la especialización de estas unidades y la continuidad en la prestación de servicio e intervenciones en salud a favor de los/as adolescentes que respondan a sus necesidades de salud. Cabe señalar que este proceso de instalación de un nuevo paradigma ha implicado redefinir las competencias del equipo, centrando la mirada en la evaluación continua de los procesos asociados.

#### **De las responsabilidades institucionales:**

**Servicio de Salud Valdivia (SSV):** La Unidad depende administrativa y técnicamente de éste. Es aquel que, en su calidad de ejecutor responsable, orienta, evalúa y supervisa la implementación de este dispositivo desde un modelo de Red, de acuerdo a lineamientos MINSAL y SENDA. En este marco, al Servicio de Salud le corresponde seleccionar, contratar, inducir y evaluar el recurso humano de la UHCIP, asegurando la dotación y permanencia del mismo para el cumplimiento de los objetivos técnicos y sanitarios del dispositivo. Le corresponde, además, la provisión de medicamentos e insumos clínicos, así como brindar el soporte de red para garantizar la continuidad de cuidados en la atención. Dentro del proceso de atención, el SSV, provee los exámenes complementarios, atenciones e interconsultas para resguardar la continuidad de la atención fuera o dentro de la UHCIP, así también velar por el cumplimiento de los requisitos exigidos por la autoridad sanitaria que permita otorgar una atención segura y de calidad.

El SSV velará también porque la UHCIP trabaje en estrecha y permanente complementariedad, coordinación y colaboración con los equipos socioeducativos de SENAME y los equipos de salud mental del Centro Privativo de Libertad, perfilándose como un referente técnico en la atención especializada de adolescentes que requieren atención de salud mental de alta complejidad.

**Servicio Nacional de Menores:** Provee la infraestructura y el equipamiento, necesarios para su operación. Asimismo, debe resguardar su funcionamiento y velar por el acceso a los otros servicios clínicos estableciendo los convenios que sean pertinentes. Cumple además un rol fundamental en velar por un correcto cumplimiento de la sanción del adolescente en el marco de los derechos del niño y la Ley de Responsabilidad Penal Adolescente, junto con propiciar los elementos necesarios para la reinserción de los jóvenes.

**Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA)** Es la entidad del Gobierno de Chile responsable de elaborar las políticas de prevención del consumo de drogas y alcohol, así como de tratamiento, rehabilitación e integración social de las personas

---

<sup>2</sup> Gaete Jorge, Labbe Nicolás, Del Villar Paloma, Allende Catalina y Valenzuela Eduardo. (2014) "Prevalencia de trastornos psiquiátricos en adolescente infractores de ley en Chile" Fonécito Regular N°1121107. Santiago.



afectadas por estas sustancias. En contexto convenio, le corresponde a SENDA disponer de los recursos para ejecutar el proyecto UHCIP de acuerdo a asignación directa de fondos especiales, así como monitorear el cumplimiento técnico y administrativo del mismo.

**La Secretarías Regional Ministerial de Salud (SEREMI):** Entidad responsable de otorgar la autorización sanitaria respectiva, toda vez, que se cumplen los estándares sanitarios y de calidad que brinden la seguridad requerida a la población usuaria definida, a través de la fiscalización periódica en el cumplimiento de los estándares clínicos-sanitarios requeridos para tal efecto.

**Gendarmería de Chile (GENCHI):** A esta institución le corresponde realizar la seguridad perimetral del recinto en el cual se inserta la unidad, y es responsable de los traslados que deban efectuarse con los/las jóvenes que se encuentran cumpliendo su sanción o en proceso de investigación dentro del recinto del CIP CRC, incluyendo a los que se encuentran hospitalizados/as en UHCIP.

## **8.2 Factores protectores y de riesgo a intervenir:**

Un diagnóstico integral, preciso y personalizado es el eje de partida que permite desplegar herramientas específicas de trabajo según la condición de los pacientes evaluados. Debe considerar factores protectores y de riesgo en la manifestación de problemas psicosociales, vinculados a las características de personalidad, las trayectorias biográficas, los recursos familiares, las fortalezas comunitarias, la etapa evolutiva del desarrollo y las posibles patologías de base asociadas. En particular, los factores protectores insuman recursos necesarios para diseñar un plan de tratamiento en una unidad clínica de hospitalización.

Se han identificado tres áreas específicas en las cuales podemos encontrar factores protectores de conductas de riesgo (Masten y Reed 2002: 1) en el niño/a o adolescente usuarias/os de la UHCIP Valdivia, 2) en su familia y 3) en su comunidad.

### **Factores protectores individuales:**

Dentro de los factores personales asociados a una baja incidencia de problemas de salud mental en adolescentes se encuentran los siguientes: alta autoestima, sentido y proyecto de vida elaborado, y fuertemente internalizado, locus de control interno bien establecido y un alto nivel de resiliencia. Pese a que en nuestra población es poco frecuente la presencia de muchos de estos factores de protección, lo que con frecuencia observamos es la presencia de niveles de resiliencia que han permitido la supervivencia en ambientes altamente hostiles. Con menor frecuencia observamos también, la existencia de metas significativas a mediano y largo plazo que se transforman en motores de desarrollo en situaciones de privación de libertad.

Otro factor protector es la etapa de desarrollo de nuestros usuarios, ya que a menor etapa madurativa del desarrollo cerebral existe una mayor calidad plástica, lo cual permite la integración de nuevos aprendizajes. Este hecho facilita el trabajo en torno a la problematización del consumo y a la modificación de distorsiones cognitivas en cuanto a la comisión de delitos y/o conductas riesgosas, entre otras áreas a intervenir. Es aquí donde toma vital relevancia el establecimiento de rutinas diarias con contenidos pro-sociales, que dotan a las personas tanto de estructuras como de





una actividad significativa. Las actividades rutinarias de trabajo y vida familiar tienen dos funciones principales: promover el respaldo social y el vínculo emocional.

**Factores protectores contextuales:**

Dentro de los factores protectores, está el contexto normativo jurídico que permite crear las condiciones para el acceso, oportunidad y cobertura en el tratamiento para jóvenes que se encuentran en situación de conflicto con la justicia y que requieren atención de especialidad en salud mental. (Informe 2013, Mesa Nacional de Gestión del Convenio II, Marzo 2014: P.2).

Así también, el marco político sanitario que trabaja desde la perspectiva de los derechos de los y las adolescentes que requieren dicha atención, facilita la articulación intersectorial para generar estrategias orientadas a dar respuesta a las necesidades de un segmento de la sociedad que ha permanecido, por diversas razones, excluida de los servicios de Salud Mental.

Desde el equipo de intervención de la unidad de hospitalización de cuidados intensivos en psiquiatría y la red inmediata con el programa de tratamiento intensivo PAI Newenche, se encuentra la experiencia y rica trayectoria de trabajo, de profesionales y técnicos, en contextos privativos de libertad, sumado a la proximidad física, que permite una articulación cercana para la continuidad de cuidados de jóvenes que son derivados/as del CIP-CRC Valdivia. Así también el marco del proyecto permite establecer año a año las prioridades del equipo, fomentando desde SENA y Servicio de Salud la construcción de una identidad de equipo, con la flexibilidad técnica y los recursos necesarios para enfrentar los desafíos y contingencias propias de este contexto de trabajo.

Otro de los factores protectores desde las y los jóvenes, está el hecho que tienen garantizado un soporte de red desde las defensorías y SENAME debe brindar una atención orientada al resguardo de sus derechos de acceso a la salud y los servicios de salud mental.

**Dentro de los factores de riesgo:**

Entenderemos como factor de riesgo cualquier influencia que aumente la posibilidad de desarrollar una condición problemática, empeorarla o mantenerla (Kirby y Fraser; 1997). Aplicado a la infancia Bravermann (2001), los define como aquellos estresores o condiciones ambientales que incrementan la probabilidad de que un niño o niña desarrolle una adaptación pobre o tenga resultados negativos en ámbitos como la salud física, salud mental, resultados académicos o la desadaptación social.

El desbalance entre estresores ambientales y factores de protección en sujetos en desarrollo, puede favorecer la presencia de diversos comportamientos de riesgo, actualmente clasificados en cuatro grupos principales:

- a) Abuso de alcohol y drogas.
- b) Relaciones sexuales no protegidas.
- c) Bajo rendimiento, fracaso o deserción escolar.
- d) Delincuencia, crimen o violencia.

Los cuatro tipos de comportamientos de riesgo señalados se observan con alta frecuencia en la población de adolescentes en conflicto con la justicia, requiriendo un trabajo coordinado y sistemático por parte de los diversos interventores de salud para lograr un impacto significativo en ellos.

#### **A. Factores de riesgo de problemas de salud mental en adolescentes:**

Respecto de los factores de riesgo generales o de amplio espectro, diversos estudios coinciden en señalar que se encuentran asociados a (García, 2003): a) Familia con pobres vínculos entre sus miembros; b) Violencia intrafamiliar; c) Autoestima baja; d) Pertenecer a un grupo con conductas de riesgo; e) Deserción escolar; f) Proyecto de vida débil; g) Locus de control externo; y h) Bajo nivel de resiliencia.

En relación a los factores de riesgo individuales, encontramos características de personalidad tales como (Florenzano, 1998, Donas, 1998): a) inseguridad; b) timidez; c) impulsividad; d) dificultades en la interacción social o baja tolerancia a la frustración al escaso desarrollo de habilidades sociales e interpersonales y, e) la dificultad para resistir las presiones del grupo de amigos.

#### **B. Factores de riesgo de actividad delictiva:**

Un alto porcentaje de pacientes UHCIP tiene problemas de salud mental asociados a su situación de privación de libertad. (Síndrome de Prisionización, trastornos adaptativos relacionados con factores estresores en sus centros de origen, entre los que destacan los conflictos con los pares). En este sentido, es importante señalar que un adecuado abordaje del problema de la comisión de delitos puede tener un impacto significativo en la reducción de problemas de salud mental de esta población.

a) Factores individuales: bajo coeficiente intelectual, pobre capacidad de resolución de conflictos, actitudes y valores favorables hacia conductas de riesgo, hiperactividad, temperamento difícil en la infancia.

b) Factores familiares: baja cohesión familiar, tener padres con enfermedad mental, estilos parentales coercitivos, ambivalentes o permisivos.

c) Factores ligados al grupo de pares: pertenencia a grupos de pares involucrados en actividades riesgosas (comportamientos delictivos, consumo de drogas, por ejemplo).

d) Factores escolares: bajo apoyo del profesor, alienación escolar, violencia escolar.

e) Factores sociales o comunitarios: bajo apoyo comunitario, estigmatización y exclusión de actividades comunitarias.

f) Factores socioeconómicos y culturales: vivir en condición de pobreza.

En cuanto a los factores de riesgo asociados específicamente a la actividad delictiva, cabe señalar que no actúan de manera aislada (Vanistandael, 2003) y que el riesgo de presentar conductas delictivas tiende a ser acumulativo y estable (Rutter, 2000), lo que magnifica las consecuencias



negativas asociadas a él. Es decir, cuanto más tiempo estén en el niño o adolescente, mayor será la probabilidad de que importantes procesos en el desarrollo se vean interrumpidos y el comportamiento perturbado.

Es importante señalar que reincidencia en la comisión de delitos aumenta drásticamente cuando más elementos de riesgo (asociados a la actividad delictiva) están involucrados.

### **C. Factores de riesgo y problemas específicos observados en la población atendida:**

Los usuarios de la UHCIP comparten diversas características, muchas de las cuales, a veces de manera simultánea, pueden incidir en la aparición de conductas delictivas, el consumo de sustancias, las alteraciones de conducta y la presencia de otras patologías de salud mental. Entre ellas destacan:

**Bajo nivel de escolaridad,** la deserción escolar en etapas tempranas se convierte en un factor fundamental en el inicio del consumo de sustancias, desarrollo de otros problemas de salud mental (baja autoestima, sensación de ineficacia personal, entre otros) e inicio de la actividad delictiva. Porque si bien, en la teoría, el colegio debiese ser un factor protector del/a adolescente, muchas veces resulta incapaz de lidiar con la gravedad de los problemas emocionales de los/as jóvenes con conductas trasgresoras en el aula, optando por la expulsión del problema, en lugar de tener una actitud de acogida y activar las redes de salud mental para el temprano tratamiento.

**Inicio temprano de consumo de sustancias:** En la actualidad dentro de la unidad de hospitalización ingresan jóvenes con consumo de sustancias de inicio temprano, incluso bajo la primera decena, y por tiempo prolongado. Se ha observado que el consumo con estas características está asociado a cambios estructurales en el cerebro, con daño de las funciones ejecutivas, deterioro cognitivo y disregulación emocional. Esta situación genera importantes dificultades para el paciente y sus tratantes, ya que, entrada la primera etapa de la adolescencia el daño bordea la organicidad, siendo, en un número significativo de casos, sólo parcialmente reversible tras la suspensión del consumo.

Cabe destacar que estudios nacionales muestran que alrededor de un 80 % de jóvenes privados de libertad puntúan con niveles de inteligencia normal lenta o inferior (Rioseco, Vicente, Saldivia, Cova, Melipillán y Rubi, 2009). Si bien, no hay estudios que determinen qué porcentaje de estos resultados son atribuibles a la baja escolarización o a alteraciones previas al inicio del consumo, se puede especular que, al menos un grupo de esta población podría tener déficits cognitivos asociados al consumo de sustancias.

**Vinculación temprana con grupo de pares asociados a la comisión de delitos y consumo de sustancias,** lo cual genera dificultades en términos de tratamiento, ya que, los contextos en los que habitan en muchas oportunidades los/as jóvenes, están asociados a dichos grupos, lo que se torna adaptativo; por lo que la intervención en un espacio como el nuestro se vuelve insuficiente, motivo por el cual se entregan lineamientos al equipo de intervención directa y con mayor contacto y/o posibilidad de modificar rutinas en contacto con su medio.

**Relación familia - delincuencia o abusos de sustancias:**

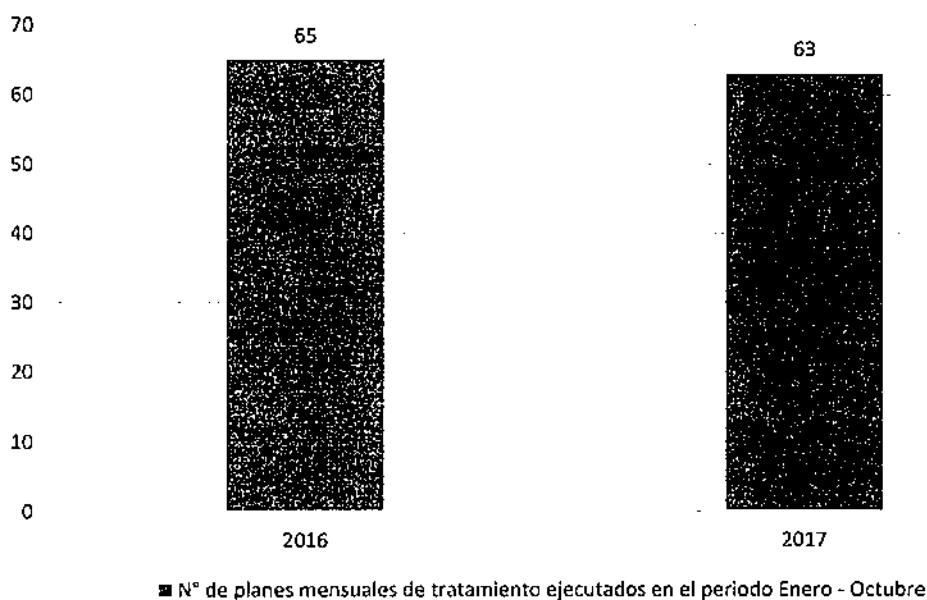
Familias de origen asociadas a la infracción de manera transgeneracional, situación en la que el paciente es validado en su actuar (consumo –delito), lo que genera en el mismo una idea nuclear con alta dificultad de modificación.

### 8.3. Caracterización sociodemográfica de la población objetivo

Los procesos de atención en salud requieren que tanto en su diseño como en su ejecución se consideren las diferentes características de la población objetivo. Son estas características sociodemográficas como las determinantes sociales, las que, en cierta medida, influirán en la severidad de la problemática, así como en la adherencia de tratamiento y expectativas de la recuperación del usuario/a.

A continuación se presenta el análisis de algunas de las características sociodemográficas de la población atendida durante el periodo enero-octubre de 2017 y su comparación con el mismo periodo del año 2016.

Gráfico 1 Números de Planes Mensuales de tratamiento ejecutados en el período Enero a Octubre, año 2016 y año 2017, UHCIP mp, Valdivia.



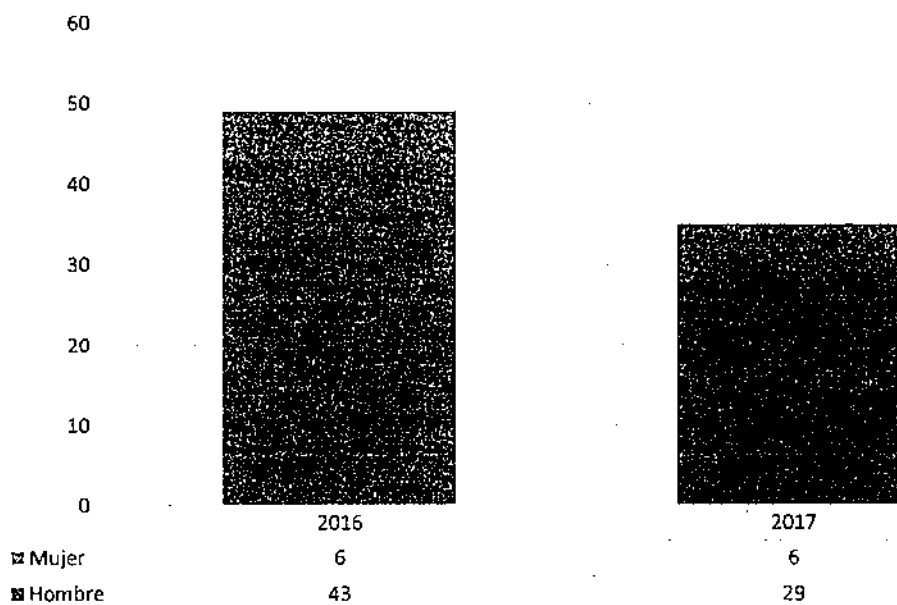
Fuente: Elaboración propia, registros UHCIPmp.

En Gráfico 1, se observa el número de la ejecución de planes de tratamiento durante el periodo comprendido entre enero y octubre del año 2017 (N° de ingresos 2016=49; N° de ingresos 2017=35). A la fecha se han ejecutado un total de 63 planes mensuales de tratamiento, es decir, existe un avance del 87,5% respecto del total de planes mensuales de tratamiento comprometidos.

Considerando la media, se puede proyectar que al mes de diciembre existirá una leve sobre ejecución de planes de tratamiento.

Tal como se observa en el gráfico, durante el mismo periodo del año 2016, se habían ejecutado 65 planes mensuales de tratamiento, es decir, 90% de avance respecto del total de planes comprometidos. Esta diferencia puede ser comprendida a partir de los días promedio de hospitalización. Durante el año 2016, el promedio de días de hospitalización fue de 14 días, mientras que durante 2017, el promedio de días de hospitalización es de 28 días.

Gráfico 2: Número de usuarios ingresados según sexo, año 2016 y año 2017, UHCIP, Valdivia.



Fuente: Elaboración propia, registros UHCIP mp.

El Gráfico 2, muestra el número de usuarios ingresados según sexo. Si bien, existe una clara tendencia respecto al mayor ingreso de hombres, dando cuenta de la mayor prevalencia de hombres en los Centros de Internación Provisoria y de Régimen Cerrado. Por otra parte, durante el año 2017 se evidencia un mayor porcentaje de mujeres ingresadas en comparación al año 2016, año que representaban el 13,9% (6) de la población atendida (49), durante el mismo periodo del año 2017, las mujeres representaban el 20% (6) de un total de 35 usuarios.

A partir de lo anterior, resulta relevante la consideración de las características de género respecto a posibles distinciones en relación al inicio de la comisión de delitos y/o consumo de drogas, diagnóstico, tratamiento y pronóstico.

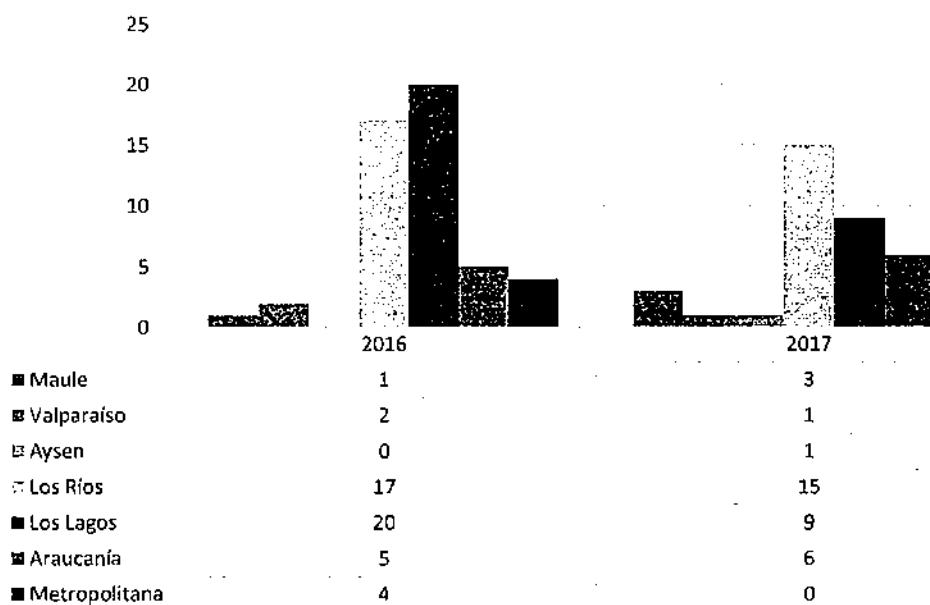
Gráfico 3: Distribución de usuarios ingresados según edad de ingreso, de acuerdo a la Ley RPA, año 2016 y 2017, UHCIP, Valdivia



Fuente: Elaboración propia, registros UHCIPmp.

El Gráfico 3, muestra la distribución de usuarios/as ingresados según edad al ingreso, agrupados según la Ley RPA. Se puede observar que durante el periodo comprendido entre enero y octubre de 2016 existía mayor prevalencia de usuarios cuyas edades se encontraban entre los 14 y 17 años, alcanzando un 55% (27) del total de 49 usuarios, mientras que la población cuya edad se encontraba entre los 18 y 23 años alcanzaba el 45% (22). Al año siguiente se observa el proceso de "adultización" del cual se habló en el proyecto UHCIP 2017, cuyas edades se encontraban entre 14 y 17 años alcanzaban el 45% (16), mientras que la población mayor de 18 años alcanzó el 55% (19) del total de usuarios ingresados (35).

Gráfico 4: Número de usuarios ingresados según Región de procedencia, año 2016 y 2017, UHCIP, Valdivia.

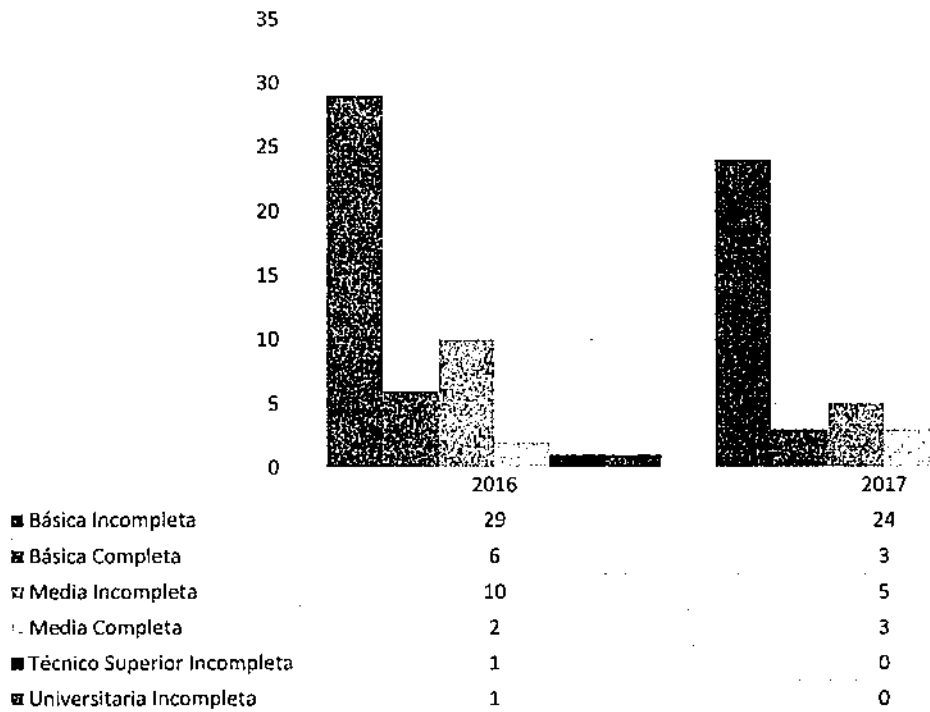


Fuente: Elaboración propia, registros UHCIPmp.

El Gráfico 4, muestra la distribución de usuarios ingresados según región de origen, durante el periodo enero-octubre de 2016 y 2017. De acuerdo a lo histórico registrado, para el año 2017 se mantiene la mayor prevalencia de derivaciones de centros corresponden a la macro zona sur (79%), sin embargo, existe menor ingreso de usuarios/as de esta macro zona en comparación al mismo periodo del año 2016 (86%).

Resulta especialmente llamativa la disminución de derivaciones desde la Región de Los Lagos, la que durante el periodo 2017 representa el 45% de la población derivada durante el año 2016.

Gráfico 5: Distribución de usuarios/as ingresados según nivel de escolaridad alcanzado, año 2016 y 2017, UHCIP, Valdivia.



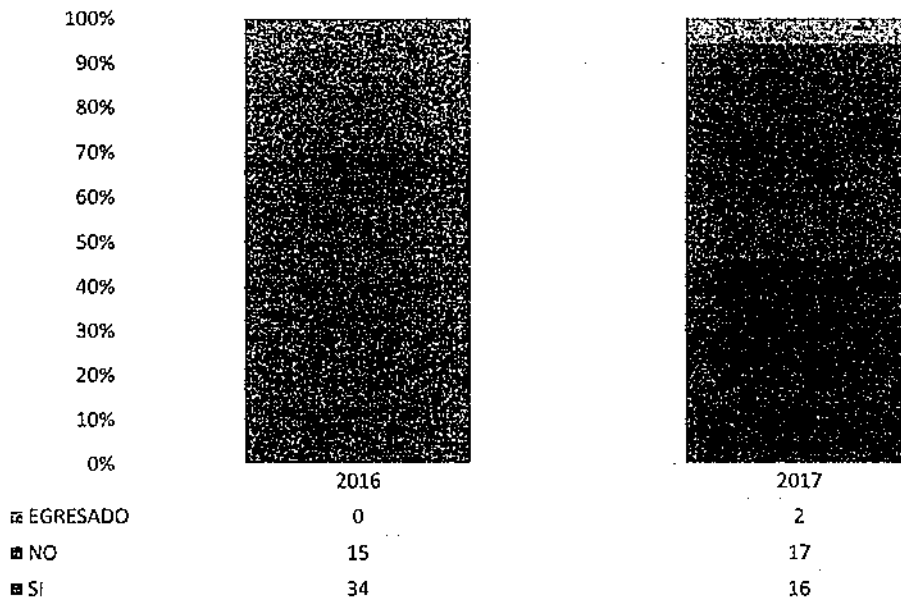
Fuente: Elaboración propia, registros UHCIPmp.

El Gráfico 5, muestra la distribución de usuarios ingresados según nivel de escolaridad alcanzado. Durante el periodo enero-octubre de 2017 aumenta la tendencia de educación básica incompleta como máximo nivel de escolaridad alcanzada (69%) en comparación al año 2016 (59%). Esto resulta altamente complejo dada la correlación ampliamente descrita entre el N° de años de escolaridad y la comisión de delitos en adolescentes.

Pese a que pudiera resultar estadísticamente relevante el aumento de usuarios ingresados con educación media completa durante el año 2017 (8%) en comparación al año 2016 (4%), es necesario señalar que se trata de un usuario que ha ingresado en tres ocasiones a la UHCIP durante el periodo 2017.



Gráfico 6: Porcentaje de usuarios/as ingresados en los años 2016 y 2017, según adherencia a sistema escolar, UHCIP, Valdivia.



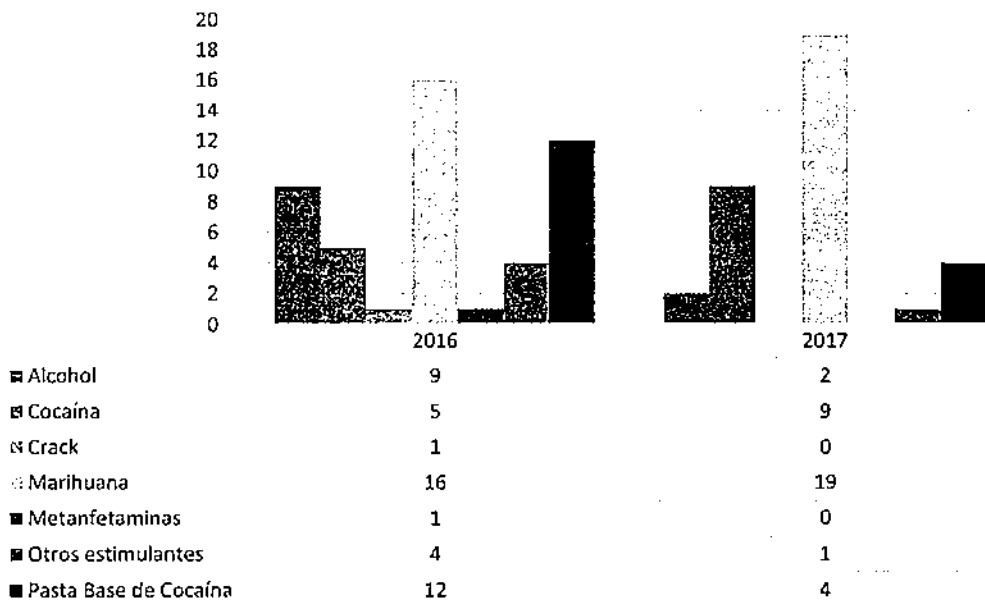
Fuente: Elaboración propia, registros UHCIPmp.

El Gráfico 6, muestra el porcentaje de usuarios ingresados a UHCIP durante el periodo comprendido entre enero y octubre de 2016 y la comparación con usuarios ingresados durante el mismo periodo del año 2017. Se puede señalar que existe un usuario egresado del sistema escolar, el que ha ingresado a UHCIP en dos ocasiones.

Resulta preocupante la disminución de adherencia al sistema escolar en 2016 (71%) en comparación al año 2017 (45%). Esto impresiona como relevante no sólo desde los múltiples beneficios que tiene el proceso de escolarización en sí para la habilitación de adolescente, sino también desde la estructuración de rutina y la participación en actividades no sólo de autocuidado y de tiempo libre, también de actividades productivas.



Gráfico 7: Número de usuarios ingresados/as en el año 2016 y 2017, según consumo de sustancia principal declarada, UHCIP, Valdivia.



Fuente: Elaboración propia, registros UHCIPmp.

El Gráfico 7, muestra la distribución de usuarios ingresados a UHCIP según sustancia principal declarada durante el periodo enero-octubre de 2016 y en igual período para el año 2017.

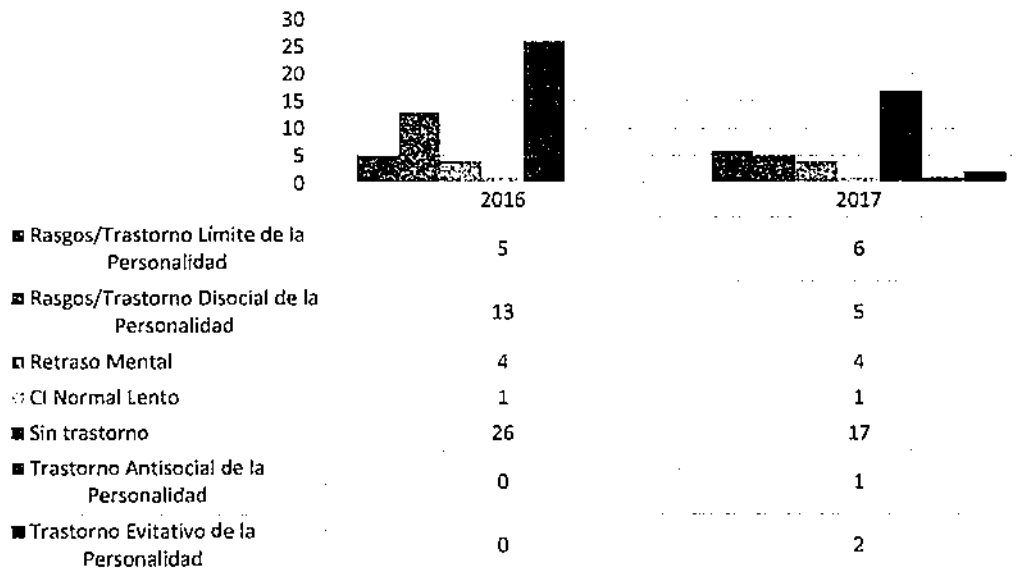
Se puede observar un importante aumento de marihuana como sustancia principal en el periodo estudiado del año 2017 (54%) en comparación al año 2016 (32%).

Igualmente, se puede señalar un importante aumento de cocaína como sustancia principal en el periodo estudiado del año 2017 (25%) en comparación al año 2016 (10%).

Por otra parte, se observa disminución de otros estimulantes durante el periodo estudiado el año 2017 (2,8%) en comparación al mismo periodo del año 2016 (8,1%). Esto puede explicarse en parte, porque a esta categoría se utiliza para designar el consumo de Tonaril, sustancia principalmente consumida por usuarios de la Región de Los Lagos, región en la que, como respuesta a esta situación, se ha restringido la venta de este fármaco. Además, se puede entender desde la disminución de usuarios/as derivados/as desde dicha región.



Gráfico 8: Número de usuarios ingresados en los años 2016 y 2017, según prevalencia de trastornos del eje II, UHCIP, Valdivia.

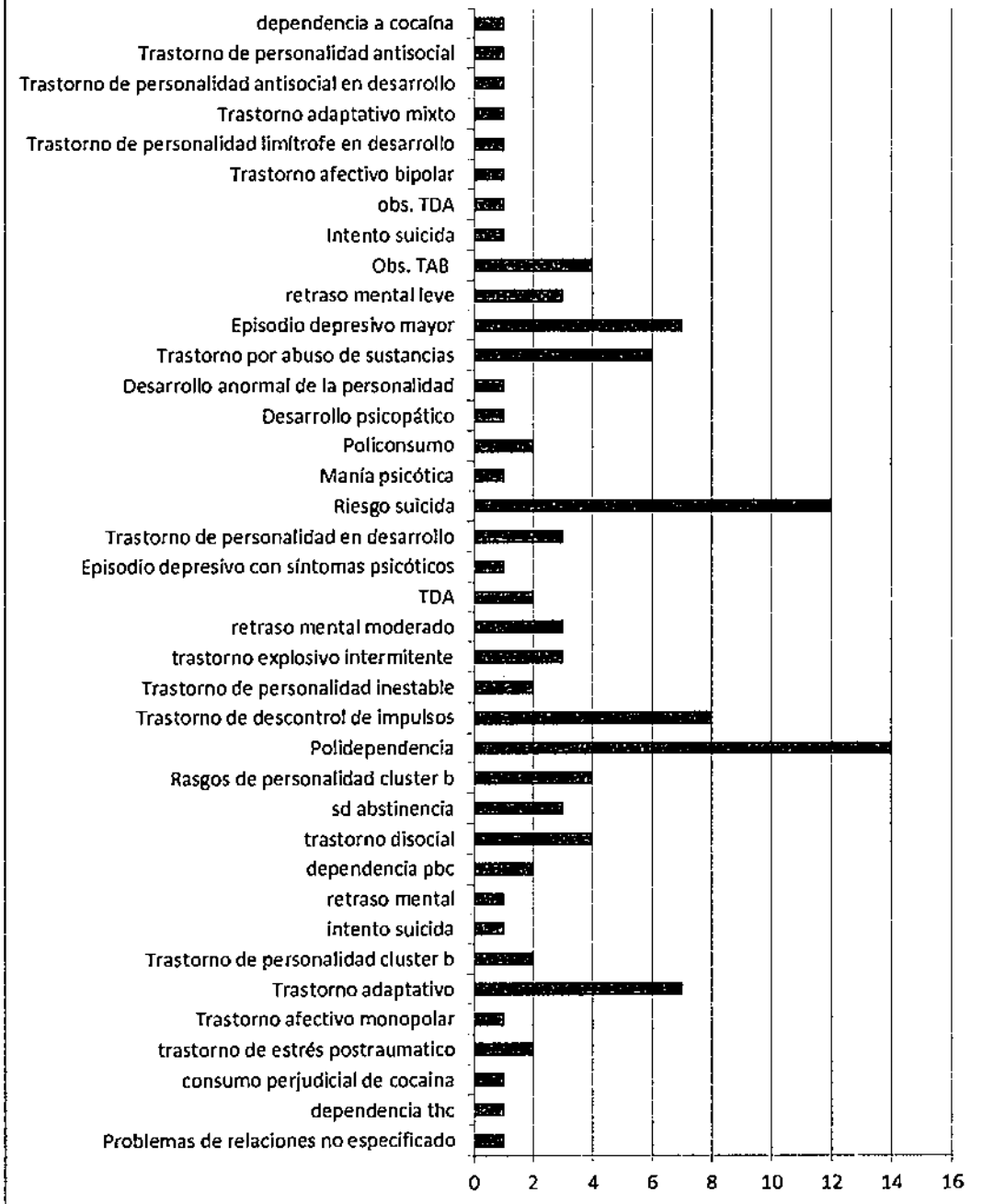


Fuente: Elaboración propia, registros UHCIPmp.

El Gráfico 8 muestra la distribución de usuarios ingresados a UHCIP según prevalencia de trastornos del eje II durante el periodo enero-octubre de 2017 en comparación al mismo periodo del año 2016.

Durante el año 2017, el 63% de los usuarios no presentaron trastornos del Eje II del Diagnóstico Multiaxial, mientras que en el mismo periodo del año 2016 los usuarios sin trastorno alcanzaban el 53%. Mientras que en el año 2016 los rasgos y trastorno disocial de la personalidad alcanzaba el 27% de los usuarios ingresados, durante el periodo 2017 representaban el 14%.

## Prevalencia de diagnósticos eje I y II en usuarios ingresados durante el periodo enero - octubre de 2017





## 9.- JUSTIFICACION

Según el punto anterior justifique por qué es importante ejecutar este programa y cuál es la relevancia de esta intervención para la temática de prevención de drogas en el territorio.

En Chile actualmente, un 20% de las personas afectadas por patologías de salud mental tienen acceso a un tratamiento médico (Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025). Siendo la población más afectada los niños, niñas y adolescentes en riesgo social, la población carcelaria, los pueblos originarios, las comunidades de migrantes, los grupos de diversidad sexual, entre otros. En este contexto se asume que la responsabilidad sobre la salud mental del país no depende exclusivamente del MINSAL, sino que es una responsabilidad global y colectiva de la cual se debe hacer cargo el Estado en su totalidad.

Para ello, el reciente Plan Nacional de Salud Mental (2017-2025) plantea una serie de necesidades que puedan subsanar esta problemática, entre ellas, contar con una Ley de Salud Mental que armonice su normativa a los estándares internacionales de los Derechos Humanos, la profundización del modelo de la red temática de salud mental en el modelo integral de salud familiar y comunitaria, así también la búsqueda de mayores recursos que apunte a mejores mecanismos de financiación que impulsen el modelo comunitario, a su vez mejorar mecanismos de registros y alinearlos a procesos de calidad e información. Disponer de recursos para la investigación científica, el mejoramiento de la entrega de información para mejorar y evaluar los diferentes procesos, e ir rompiendo la soledad con que el sector salud ha enfrentado las tareas de promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación e inclusión social, e ir incrementando la participación de comunidades y usuarios/as.

Si bien en la actualidad el país cuenta con indicadores que muestran que las personas gozan de una mejor salud, disponen de más recursos económicos y tienen una expectativa de vida mayor que hace 30 años (Ministerio de Salud de Chile, Minsal, 2011); al desagregar estos indicadores por edad, sexo, niveles socioeconómicos y zonas geográficas, aún persisten diferencias marcadas en la naturaleza y magnitud de los problemas de salud y el daño secundario a ellos, así como en el acceso y equidad en el uso de los recursos disponibles en los distintos grupos poblacionales, desventajas relacionadas en su mayoría con determinantes sociales estructurales o intermedios de la salud.

En el análisis de los resultados de la encuesta CASEN 2011, se puede observar la significativa relación entre la prevalencia de enfermedades y equidad, observándose mayor frecuencia de casi todas las enfermedades en personas con menor nivel socioeconómico. Fundamentado en lo anterior y apoyados en el marco conceptual de los determinantes sociales de salud de la población, donde se establece que:

"[...] las inequidades en materia de salud se deben a las condiciones de la sociedad en la que una persona nace, crece, vive, trabaja y envejece; esas condiciones se conocen como determinantes sociales de la salud. Ello abarca las experiencias de los primeros años, la educación, la situación económica, el empleo y el trabajo digno, la vivienda y el medio ambiente, y sistemas eficaces de prevención y tratamiento de los problemas de salud. Debemos convencernos de que para actuar sobre esos determinantes, tanto en el caso de grupos vulnerables como en el de toda



la población, es esencial conseguir una sociedad integradora, equitativa, económicamente productiva y sana. Considerar que la salud y el bienestar de la población son características fundamentales de lo que constituye una sociedad del siglo XXI exitosa, integrada y justa, es coherente con nuestro compromiso a favor de los derechos humanos en el ámbito nacional e internacional [...]” (Organización Mundial de la Salud, OMS, 2008, Conferencia Mundial sobre Determinantes sociales de la Salud, OMS, 2011).

Por lo dicho, es que tenemos una brecha significativa que disminuir en entregar cuidados de salud a niños y jóvenes en situación de exclusión y conflicto con la justicia, desde un enfoque territorial y de derechos humanos y determinantes sociales en salud.

El ejercicio del legítimo derecho de acceso a la salud en general y salud mental en particular, por parte de las y los adolescentes usuarios/as de la UHCIP, acorde a sus necesidades particulares, en sí justifica la existencia de la UHCIP en Valdivia.

#### **Ética terapéutica:**

Comprendiendo la temática de patología mental infanto-adolescente en su complejidad y espesura, es que creemos que se debe trabajar no sólo desde la técnica terapéutica, sino más bien desde la ética terapéutica, lo cual involucra evitar reproducir una lógica del quehacer que instala permanentemente al adolescente en el lugar de un objeto de evaluación y que tiene como objetivo su “domesticación adaptativa”. En cambio, tomaremos partido por una lógica terapéutica que opere como herramienta crítica y no como un instrumento de acatamiento. Lo que queremos llevar a la práctica en nuestro oficio, es que, en la escucha de cada adolescente, éste aparezca como sujeto particular y creativo, expuesto al referido sufrimiento de permanecer atrapado en un rol, “personaje”, estigma, etiqueta o lugar de objeto al interior de una trama social, escolar, familiar, etc.

#### **De lo legal:**

La promulgación de la Ley 20.084 sobre Responsabilidad Penal Adolescente, en junio del año 2007, involucró a diferentes actores a dar respuesta a dichas obligaciones, en relación a la atención de salud que se prestaría a jóvenes sancionados en internación provisoria y/o condenas por cumplir en centros cerrados, en los cuales, se puede observar perfiles de alta vulnerabilidad psicosocial, caracterizados por mayor compromiso delictivo, mayor prevalencia de patologías de salud mental y consumo de sustancias.

Para poner en marcha lo dictado por la ley, ese mismo año MINSAL, CONACE (actual SENDA), SENAME Y FONASA, establecieron un convenio, vigente desde el 07 de enero de 2007, el cual permite la ejecución del “Programa de tratamiento integral de adolescentes y jóvenes ingresados al sistema penal por Ley N°20.084 con consumo problemático de alcohol, drogas y otros trastornos de salud mental”, que es ejecutado primeramente por la UHCIP Valdivia el año 2008.

Es así que nace la necesidad de contar con un dispositivo de salud con atención especializada y oportuna a los requerimientos del nuevo desafío en materia de tratamiento del consumo

problemático de alcohol y otras drogas o patología psiquiátrica, considerando su situación de privación de libertad.

Todo lo anterior pone de manifiesto la necesidad de contar con este tipo de dispositivo al interior de los Centros CIP-CRC que puedan entregar los cuidados las 24 hrs. del día, acorde al perfil y las necesidades específicas de los/as jóvenes.

En el contexto internacional, existe un marco jurídico asociado a temas de DDHH que debe enmarcar nuestra práctica y ética terapéutica, entre los que se encuentran: Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, DDHH y legislación; normativas de la ONU como la declaración universal de DDHH; Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades Para las Personas con Discapacidad; Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad; Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; Convención Para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra las Mujeres; Convención de los DDHH de Los Niños y Niñas; la Observación General N°4 del Comité de Derechos de los Niños de ONU Sobre "La salud y el desarrollo de los adolescentes, en el contexto de la convención de los derechos del niño"; Observación general N°9 del Comité de Derechos del Niño de ONU sobre "Los derechos de los niños con discapacidad". De las normativas de la OEA, se destacan: Protocolo adicional a la convención americana sobre DDHH en materia de derechos económicos, sociales y culturales: "Protocolo de San Salvador"; La Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad.

En el marco jurídico nacional, tenemos: Constitución de la república; Código Sanitario; Ley 20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación a las acciones vinculadas a su atención de salud; Ley N°20.609, establece medidas contra la discriminación; Ley 20.422 que establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad.



#### 10.- BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA

Describir a los beneficiarios directos del programa, señalando el tramo etario al cual está dirigido, el sexo de los beneficiarios/as. Además, deberá entregar una caracterización de la población, con variables como: niveles de vulnerabilidad, pobreza, delincuencia, consumo de drogas, entre otras.

Podrá ocupar uno, dos, tres o la cantidad de tramos etarios que el programa abarque.

Los beneficiarios son personas entre 14 y 25 años de edad, procesadas y/o condenadas por la Ley 20.084, que presentan trastornos mentales o conductuales severos, cuya condición clínica, evolución de la enfermedad, discapacidad, alta vulnerabilidad psicosocial, daño severo y/o refractariedad a tratamiento farmacológico, hacen necesario un abordaje terapéutico en condiciones de mayor seguridad y protección, tanto para el propio adolescente, como para terceros. Dada la heterogeneidad en el desarrollo del ciclo vital o curso de vida de adolescentes, las estrategias de intervención deben apuntar a optimizar los resultados terapéuticos y disminuir los riesgos que la hospitalización implica.

POBLACIÓN BENEFICIARIA	GENERO	TOTAL ESTIMADO	CARACTERISTICAS DE LOS BENEFICIARIO
Tramo 2 (14 a 18 años)	Varones	35	Adolescentes procesados/as y/o condenados/as por Ley 20.084, que se encuentren privados de libertad que presentan trastornos mentales o conductuales severos, cuya condición clínica, evolución de la enfermedad, discapacidad, alta vulnerabilidad psicosocial, daño severo y/o refractariedad a tratamiento farmacológico, hacen necesario un abordaje terapéutico en condiciones de mayor seguridad y protección, tanto para el propio adolescente, como para terceros.
	Mujeres	2	
Tramo 3 (19 a 25 años)	Varones	33	Hombre y mujer procesados/as y/o condenados/as por Ley 20.084, que se encuentren privados de libertad que presentan trastornos mentales o conductuales severos, cuya condición clínica, evolución de la enfermedad, discapacidad, alta vulnerabilidad psicosocial, daño severo y/o refractariedad a tratamiento farmacológico, hacen necesario un abordaje terapéutico en condiciones de mayor seguridad y protección, tanto para la persona, como para terceros.
	Mujeres	2	
TOTAL		72	





## 11.- MARCO CONCEPTUAL

Describir el marco teórico en el que se fundamentan las intervenciones que propone realizar el programa, (Debe incluir bibliografía).

### 11.1 Generalidades:

Los/as jóvenes usuarios/as de nuestro dispositivo plantean problemáticas que requieren una descripción y diagnóstico precisos y un manejo interdisciplinario de alta complejidad. Con frecuencia nos encontramos con adolescentes que presentan áreas de conflicto que se superponen en un alto porcentaje de casos, entre las que destacan: -Consumo reiterado de sustancias de abuso;- Limitación de los recursos cognitivos, tanto por privación socio cultural como a consecuencia del consumo de sustancias; Otras patologías de salud mental de eje I, agudas o crónicas; Patrón de comportamiento con tendencia a la transgresión de las normas; -Entorno familiar y/o social poco protector.

Todas las condiciones descritas se interrelacionan e influyen mutuamente, permeando diversas áreas de expresión y desarrollo de adolescentes afectados/as, incluyendo la construcción de la identidad y la forma de enfermar psíquicamente.

El trabajo terapéutico de la UHCIP se basa en modelos teóricos que permiten un abordaje integral, favorecen la reestructuración del concepto de sí mismo/a, del rol social y de las relaciones interpersonales y posibilitan el desarrollo de la autonomía y la recuperación del estado de salud en el amplio sentido propuesto por la OMS.

### 11.2 Responsabilidad penal juvenil

La ley Nº 20.084, vigente desde el año 2007, provee un marco regulador para adolescentes en conflicto con la ley, orientado a la responsabilizarlos y a la reinserción social. Entre sus lineamientos, destaca el énfasis en el respeto al interés superior del adolescente y el reconocimiento de todos los derechos y garantías que se le reconoce a los menores de edad en la Constitución, en las leyes, en la Convención sobre los Derechos del Niño y en los demás instrumentos internacionales ratificados por Chile que se encuentren vigentes.

### 11.3 Enfoque de Determinantes Sociales en salud (DSS)

#### A. Consideraciones generales:

Esta perspectiva se sustenta en la consideración de factores (estructurales y mediadores) de carácter cultural, socio económicos y socio ambientales, que actúan generando/determinando el proceso de salud-enfermedad de las comunidades, reproduciendo inequidades en materia de salud surgidas dentro de cada país. Su atención debe constituir la principal preocupación de la comunidad mundial (OMS, 2005).

La salud y la enfermedad son fenómenos que contienen dimensiones individuales y colectivas, son un producto biopsicosocial resultado de complejas interacciones entre procesos biológicos, económicos, sociales y culturales que se dan en una sociedad, comunidad y familia en un

determinado momento. Esto significa que la salud se encuentra impactada, en gran medida, por determinantes sociales tales como: el trabajo, la cultura, la educación, el género, la etnia y discapacidad, entre otros. También está influida por la territorialidad, el clima, los recursos naturales y las condiciones socio económicas, estando estrechamente vinculada a los modos de vida humana. Además, la salud está determinada por las interacciones que se producen como resultado de las políticas de Estado, con responsabilidad de todas las instituciones, organizaciones públicas y privadas.

El conocimiento de los determinantes sociales de la salud permite comprender fenómenos como la desigual distribución de las enfermedades y la consecuente inequidad en el acceso a los servicios para la mantención y restablecimiento de la salud en sociedades diversas. Este enfoque constituye una herramienta conceptual útil para identificar los segmentos y actores sociales que detentan la responsabilidad en el proceso de generar cambios en las condiciones de acceso, resolución y atención a problemáticas de salud en una comunidad o una población específica. Permite, a su vez, identificar cómo operan estos determinantes en el proceso de salud-enfermedad en diversos grupos y territorios, cuestionando el paradigma que sostiene que la responsabilidad única recae sobre el sector salud o, en su defecto, sobre las personas usuarias del sistema (enfoque de factores de riesgo).

Se ha comprobado que la mayor parte de la carga mundial de morbilidad y el grueso de las inequidades en materia de salud se deben a los determinantes sociales de la salud. En el informe de la Comisión sobre determinantes sociales de la salud en Chile, se establece lo siguiente: *“Todos los países, con independencia de su nivel de ingresos, la salud y la enfermedad siguen un gradiente social: cuánto más baja es la situación socioeconómica, peor es el estado de la salud”*.

Por otra parte, en el documento *“Vulnerabilidad social y su efecto en salud en Chile”*, realizado por la Universidad del Desarrollo y publicado en el año 2016, se señalan cuatro principales mecanismos explicativos de cómo la desigualdad social impacta en la salud, a saber:

- a. Vulnerabilidad asociada a pobreza material absoluta
- b. Vulnerabilidad asociada a conductas de vida familiar y cultura local
- c. Vulnerabilidad asociada al estrés crónico producido por auto-percepción de inferioridad social
- d. Vulnerabilidad desde una perspectiva de ciclo vital

Los tres primeros puntos están presentes en la mayor parte de los usuarios Uhcip, por lo cual, parte del trabajo de la unidad está enfocado en identificar dichos factores, para poder realizar intervenciones durante la hospitalización y/o realizar sugerencias terapéuticas al alta que contribuyan a la reparación y/o resignificación de las consecuencias psíquicas asociadas a dichas experiencias.

#### **B. Determinantes sociales, salud y desarrollo psicosocial en la infancia:**

Intrínsecamente incorporada en el concepto de la salud mental, está la posibilidad de un adecuado desarrollo psicosocial, que implica, entre otras cosas, la construcción de la identidad, la gestión de los propios recursos y potencialidades, la capacidad de enfrentar crisis y desafíos y la identificación empática con otros seres humanos. Sin embargo, la adquisición de estas habilidades está determinada socialmente, relacionándose con las circunstancias en que las personas crecen, viven, se desarrollan, estudian, y trabajan y, particularmente, con la calidad de los lazos afectivos de la primera infancia.

La ausencia o precariedad de los cimientos básicos de la vida humana, establecidos durante la etapa prenatal y la primera infancia, se asocia a nutrición inadecuada, restricción del crecimiento, problemas de salud mental, metabólica y cardiovascular, rendimiento escolar y laboral deficientes y acumulación de limitaciones en el potencial psicosocial para asumir mayores responsabilidades en la comunidad. Las experiencias tempranas de la vida influyen en la manera en cómo se desarrolla el cerebro, observándose que antes de los 3 años se encuentran las ventanas de mayor sensibilidad en la mayoría de los ámbitos de su desarrollo.

Los gradientes socioeconómicos en salud presentes a lo largo de la vida, comienzan como gradientes socioeconómicos del desarrollo infantil temprano (Maggi et al 2007). En la provincia de British Columbia en Canadá se estima que 43% de la variación geográfica en el índice de desarrollo infantil se debe a diferencias socioeconómicas (Hertzman 2008, citando HELP 2007).

Los niños, niñas y adolescentes expuestos a situaciones de alta vulnerabilidad (cuidadores múltiples, con estilos de apego poco saludables, pautas de crianzas inconsistentes, pobreza económica y social, abuso sexual, violencia física, negligencia, exclusión social), tienen un riesgo aumentado de incurrir en diversas conductas de riesgo, señaladas con anterioridad.

Un ejemplo de los problemas atribuibles a fallas en los mecanismos reguladores en la primera infancia es la presencia de conductas violentas. Los niños y niñas inician el uso de la agresión física durante la infancia, pero la gran mayoría aprende a usar conductas alternativas por medio de la regulación emocional y el modelamiento conductual que proveen los cuidadores y los condicionantes sociales del entorno. Los que no lo logran, presentan altos riesgos de conductas violentas durante la adolescencia y la adultez, lo que se asocia a daños, no sólo hacia sus víctimas, sino también hacia sí mismos, tales como, el consumo de alcohol y drogas, accidentes, crímenes, depresión y suicidio. La comprensión de los orígenes infantiles de la violencia permite orientar hacia mejores y más oportunas intervenciones (Tremblay et al. 2004, Hertzman 2008)<sup>1</sup>.

La población adolescente en conflicto con la justicia, presenta las siguientes dificultades para su adecuado desarrollo psicosocial:

-Por una parte, se encuentra en una etapa del desarrollo caracterizada por una serie de reconocidos desafíos normativos, que constituyen factores estresantes por sí mismos.

-Por otra parte, presenta un daño psicológico y social acumulado de tal magnitud, que ha impactado profundamente su desarrollo en diversas áreas, observándose en la mayor parte de esta población, problemas de salud mental con desviaciones significativas respecto del desarrollo normal.

Sin embargo, en ocasiones, algunas de las dificultades presentes en adolescentes infractores corren el riesgo de quedar invisibilizadas, tanto por la ausencia de sistematización en la aplicación de instrumentos de screening, como por la normalización de problemas que, dada la frecuencia de aparición, resultan cotidianos.

#### **11.4 Modelo comunitario**

Una buena atención de salud trasciende la mera asistencia clínica, centrada en la persona enferma como asiento individual de patología, para proyectarse en la comunidad, tratando de producir cambios positivos en sus instituciones: colegios, empresas, asociaciones ciudadanas y en la comunidad misma, a fin de modificar los factores que predisponen la enfermedad mental, posibilitar mayor bienestar y hacer accesible la información necesaria para una vida más saludable. Esta observación ha llevado a la elaboración de nuevos conceptos acerca de la atención sanitaria en salud mental y psiquiatría y a la propuesta de nuevos paradigmas de intervención, entre los que destacan:

- Políticas de salud que engloban -pero van bastante más allá de- las intervenciones específicamente sanitarias.
- La articulación de las intervenciones sanitarias en una orientación integral de enfoque preventivo.
- La atención global a las necesidades de salud de los colectivos poblacionales – “comunidades”- como contexto obligado para el desarrollo de las intervenciones individualizadas.
- El papel activo e indispensable de la propia comunidad autorresponsabilizándose e interviniendo, a distintos niveles, en el cuidado de su propia salud.

En relación a los usuarios de la UHCIP, el uso del modelo comunitario favorece la integración social, y el desarrollo de proyectos de vida con sentido, permite que todas las acciones del sistema sanitario y social cautelen el pleno respeto a los derechos de los usuarios, promueve la desconcentración, diversificación y territorialización de las atenciones, facilita la coordinación con los diversos actores involucrados en la salud y bienestar de los adolescentes, entre los que destacan las redes de salud involucradas en la atención de los pacientes y sus familias, los encargados del cuidado los jóvenes dependientes de la Red Sename, los interventores del sistema judicial, las entidades educacionales y los dispositivos de apoyo social, favorece la continuidad de cuidados tras el alta y, finalmente, posibilita la superación de la barrera del estigma y la discriminación, focalizándose en la habilitación e integración de los adolescentes en conflicto con la justicia.

#### **11.6 Modelo de Ocupación Humana.**

El Modelo de Ocupación Humana es un modelo de intervención de Terapia Ocupacional, el cual comprende a los seres humanos como sistemas abiertos y dinámicos, quienes, mediante el involucramiento en actividades significativas u ocupaciones, afectan su salud y bienestar, así como los procesos de recuperación.

El centro del análisis del modelo es comprender cómo es motivada, organizada y ejecutada la ocupación (Kielhofner, 2011), la que es entendida como un conjunto de actividades que se realiza

con consistencia y regularidad, siendo observable una estructura, valor y significado para quienes la ejecutan en un contexto cultural (Polatajko et al., 2007).

El Modelo de Ocupación Humana comprende que el ser humano como ser ocupacional está compuesto por cuatro componentes, siendo el primero, la volición que corresponde a un patrón de pensamientos y sentimientos que permiten interesarse, anticipar, seleccionar involucrarse en ciertas ocupaciones. De igual manera, la volición influye en la forma en que el propio desempeño es evaluado.

El segundo componente, la habituación, corresponde a la capacidad de una persona para mostrar patrones constantes de conducta, los cuales son guiados por hábitos y roles, y son ajustados a las características de los ambientes temporales, físicos y sociales, constituyendo la rutina del día a día. La habituación permite el aprendizaje de las personas. En este sentido, Rojo-Mota (2016) señala que para quienes presentan consumo problemático de drogas, cada conducta adictiva se convierte en una ocupación en sí misma, tanto en la búsqueda de financiación para la obtención de la sustancia, la compra, administración y vivencia de efectos.

El tercer componente corresponde a la capacidad de desempeño, la cual permite ejecutar las actividades, basados por el estado de los sistemas físicos y mentales del cuerpo humano y la percepción subjetiva del de éste, los cuales permiten el desarrollo de habilidades motoras, de procesamiento y de comunicación. El desempeño permite la ejecución de las actividades que realizan las personas (Kielhofner, 2011). Diversos estudios muestran el impacto del consumo de drogas tanto a nivel cognitivo, motor, cardiovascular, entre otros (Rojo-Mota, 2016), por este motivo en UHCIP se propone realizar la evaluación general de este componente.

El cuarto componente del desempeño, si bien no es intrapersonal, resulta altamente relevante para la comprensión de la problemática de la población objetivo como del proceso de intervención en UHCIP. El ambiente se define como las características físicas y sociales particulares de un contexto específico, las que impactan en las ocupaciones que se realizan y en las formas en que éstas son ejecutadas (Kielhofner, 2011).

El ambiente tiene un alto impacto en adolescentes privados de libertad. Wilcock (1998) expone tres factores de riesgo que pueden afectar la percepción de bienestar, estos son, alienación, privación y desequilibrio ocupacional.

Son los dos últimos los que principalmente estarían afectando a los y las adolescentes en situación privativa de libertad. La privación corresponde al ejercicio de una fuerza externa que limita la participación en actividades placenteras y saludables, mientras que el desequilibrio se refiere a la incapacidad de ajustar sus necesidades físicas, mentales y emocionales a los diferentes roles que internalizan. Además, se refiere a la incapacidad de lograr participar de las diferentes áreas en tiempos suficientes para que sea satisfactorio.

De esta forma, el ambiente de UHCIP debe tener características terapéuticas, entre las que se puede señalar una rutina estructurada, equilibrada para actividades de la vida diaria, tiempo libre y productividad, ambiente predecible y que favorezca la flexibilidad de intervenciones.

### **11.7 Modelo Multidimensional de Intervención Diferenciada con Adolescentes (MMIDA):**

El modelo multidimensional de intervención diferenciada con adolescentes en conflicto con la ley (MMIDA) es un proyecto desarrollado por investigadores chilenos de la Universidad de La Frontera, que incorpora elementos que, desde la experiencia internacional, muestran ser los más eficaces para la rehabilitación de las conductas delictivas, lo cual, a su vez, incide en aspectos de salud mental asociados a la privación de libertad. Entre ellos destacan la evaluación y abordaje diferenciados y las intervenciones en múltiples niveles (Laporte y Dione, 2006).

El MMIDA provee una caracterización individual y sociodemográfica que se condice con la observación clínica de nuestros pacientes y con la literatura especializada en el área. Permite discriminar tres tipos de trayectorias delictivas (Transitoria, Compleja y Persistente, la última de las cuales se divide en cinco categorías: Normal Desviada, Pasiva Desesperanzada, Explosiva Autodestructiva, Antisocial Estabilizada y Transgresora Vinculada), cada una asociada a un perfil de personalidad y a un pronóstico diferente.

La identificación del estilo de funcionamiento de los/as usuarios/as facilita la comprensión de los fenómenos psicopatológicos observados y el establecimiento de un abordaje diferenciado, planificado y altamente especializado durante la hospitalización y tras el alta, en el entendido de que cualquier patología de salud mental se expresa de diversa manera de acuerdo a las características especiales de los/as sujetos en evaluación.

Por otra parte, El MMIDA propone como herramienta fiable en la evaluación de población con características de infracción de ley al MACI, instrumento que permite una adecuada descripción del funcionamiento psicológico y conductual, además de diferenciar trastornos específicos de personalidad y patologías asociadas al consumo de sustancias. (McCan1997, Grilo 1999, Romm, Beckley, Harvey 1996). Estas diferenciaciones se dan preferentemente, al asociar determinadas escalas de patrones de personalidad con escalas de síndromes clínicos (Hiatt y Cornel, 1999).

Entre los modelos teóricos en que se sustenta el MMIDA, destaca el modelo psicoeducativo, que pone el acento en las intervenciones diferenciadas y en la calidad del personal que interviene directamente con los adolescentes. Utiliza dos postulados básicos como marco de referencia:

a) El ser humano es único, global, portador de potencialidades, en continuo cambio y en permanente búsqueda de equilibrio. Tiene, por tanto, una posibilidad de transformación teóricamente infinita.

b) El operador social puede promover procesos de cambio y desarrollo, en la medida que pueda promover relaciones de calidad, organizando el entorno de manera que ofrezca oportunidades de experiencia en diversas áreas a trabajar y rescatando las potencialidades del individuo. Para ello es necesario que los interventores cuenten con esquemas relacionales positivos (Gendreau, 2003), entre los que destacan la consideración de la persona, la disponibilidad para el otro, la seguridad personal, la confianza, la congruencia y la empatía.

Los objetivos generales del modelo psicoeducativo están enfocados en atender a las necesidades del desarrollo, reparar el daño (si existiese), favorecer la integración psicosocial y reducir el riesgo criminógeno.

Otro modelo de trabajo, que actúa en sinergia con el anterior, es el constructivista, que en esta población, se enfoca en favorecer un ambiente prosocial, con un conjunto de actividades que facilitan la reflexión y el desarrollo de la democracia. Todo ello permite construir nuevos significados en torno a la experiencia social.

#### **11.8 Principios Orientadores en la atención de adolescentes con problemas de Salud Mental:**

Para el desarrollo del presente proyecto consideraremos como principios orientadores los siguientes conceptos técnicos.

- Equidad.
- Acceso universal.
- Singularidad.
- Diversidad.
- Adolescente como sujeto de derechos.
- Integralidad.
- Enfoque de trabajo clínico biopsicosocial interdisciplinario.
- Atención personalizada.
- Dimensión evolutiva.
- Promoción del desarrollo y resiliencia.
- Responsabilización.
- Acompañamiento terapéutico.
- Intersectorialidad.
- Continuidad de tratamiento.



## Referencias

Barrientos, G. 2001 *Psiquiatría Social y Comunitaria*.

CONACE 2007 *Orientaciones Técnicas: Tratamiento del consumo problemático de alcohol y drogas y otros trastornos de Salud Mental en adolescentes infractores de Ley*.

Gaete Jorge, Labbe Nicolas, Del Villar Paloma, Allende Catalina y Valenzuela Eduardo. (2014) "Prevalencia de trastornos psiquiátricos en adolescente infractores de ley en Chile" Fonocito Regular N°1121107. Santiago

García, J., Espino, A., Lara, L. 1996 *La Psiquiatría en la España de fin de siglo. Un estudio sobre la reforma psiquiátrica y las nuevas formas de atención en Salud Mental*.

Kielhofner, G. 2008 *Modelo de Ocupación Humana: Teoría y Práctica*. Tercera Edición.

Lalonde, Marc, 1981 *A new perspective on the health of canadions: A working document*.

Mesa Técnica Nacional 2009 *Modelo de Gestión Unidades de Hospitalización de Corta Estadía para jóvenes infractores de ley en medio privativo de libertad (Documento de trabajo)*.

MINSAL-SENAME 2016, *Estandarización del proceso de hospitalización de niños, niñas y adolescentes de la Red SENAME, en Unidades de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría*.

MINSAL. 2006 Norma Técnica N°85. "Tratamiento integral de adolescentes infractores de ley con consumo problemático de alcohol-drogas y otros trastornos de salud mental".

MINSAL. 2008 *Orientaciones Técnicas: Atención de adolescentes con problemas de Salud Mental*.

MINSAL. 2017. *Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025*.

OMS, 2005: *Acción Sobre Los Factores Sociales Determinantes De La Salud: Aprender De Las Experiencias Anteriores Documento de información preparado para la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud*.

Vicente, Saldivia Et Al. (2012) *Salud Mental Infanto Juvenil en Chile y Brechas de atenciones sanitarias*. *Revista Médica de Chile*, 14. 447-457. Citado en Perez-Luco Ricardo Et Al. 2014. *Manual de Intervención diferenciada*. Universidad de la Frontera.

-Karla Ximena Díaz Galván &Freggy Stroscky, 2012 Universidad autónoma de México; *Desempeño neuropsicológico en sujetos violentos de la población general*.

-Ricardo Pérez Luco, Paula Alarcón, Leonardo Lagos, Alba Zambrano &Andrés Reyes; 2015 MMIDA Universidad de la Frontera; Chile.

-Flores, Ostrosky-Solis & Lozano, revista neuropsicología, neuropsiquiatría y neurociencias, Abril 2008, Vol 8 N° 1; *Batería de funciones frontales y ejecutivas*.





-Ardila, A., & Ostrosky-Solis, F. (1996). *Diagnostico del daño cerebral. Un enfoque neuropsicológico*. México: Trillas.

-David Contreras, Andrés Catena, Antonio Cándido, José Perales y Antonio Maldonado (2006). *Funciones de la corteza prefrontal ventromedial en la toma de decisiones emocionales*. Universidad de Granada España.

*Modelo de Gestión Unidades de Hospitalización Corta Estadía Adolescentes, en Centros Privativos de Libertad (SENAME)*, Fecha junio 2014.

Kielhofner, G. (2011). *"Modelo de Ocupación Humana. Teoría y Aplicación"* (4° edición). Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.

Polatajko, H. J., Backman, C., Baptiste, S., Davis, J., Eftekhar, P., Harvey, A. y Connor A. A. (2007). Human occupation in context. En EA Townsend y HJ Polatajko (eds.), *Enabling occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being, & justice through occupation* (pp. 37-61). Ottawa, ON: CAOT Publications ACE.

Rojo-Mota, G. (2016). Terapia ocupacional en adicciones: de la teoría a la práctica. *Revista chilena de terapia ocupacional*. 16, 1, pág. 159-171.

Wilcock, A. A. (1998). *An occupational perspective of health*. Thorofare NJ: Slack Incorporated.



## 12.- METODOLOGIA

**Incluir: Conceptos claves:** Describa e identifique claramente los principales conceptos técnicos y teóricos asociados al diseño de la intervención.

**Líneas de Intervención:** Identifique y describa las principales líneas de trabajo que involucra la intervención que propone el programa.

**Etapas de la Intervención:** Describa las etapas que involucra la intervención que propone el programa

### 1. Conceptos Claves:

- Modelo de Salud Mental
- Determinantes Sociales en Salud.
- Contextos de Vulnerabilidad Social.
- Intervención Interdisciplinaria.
- Adolescencia, juventud y ciclo vital.
- Motivación.
- Responsabilización.
- Integración Social.
- Enfoque de Género.
- Continuidad de Cuidados.
- Enfoque de Derechos Humanos
- Integración dispositivos sanitarios
- Coordinación territorial
- Adecuación de competencia

### 2. Líneas de Intervención:

La hospitalización psiquiátrica responde a una crisis en un continuo de vida, en que los mecanismos adaptativos naturales han sido superados. Genera impactos en distintos niveles y puede favorecer movimientos o cambios positivos para el/la joven cuando la indicación y el tiempo de hospitalización son definidos desde el criterio clínico, pero que, también, puede producir efectos iatrogénicos cuando esta condición no se cumple. Por esta razón, resulta imprescindible el trabajo clínico articulado desde el período previo al ingreso de los adolescentes, tanto para favorecer la estabilidad psíquica de los jóvenes en medio ambulatorios, como para asegurar el flujo de información pertinente y tomar la decisión de hospitalización de manera adecuada.

Por otra parte, es necesario considerar que cada individuo incorpora en su propio desarrollo y expresión social un conjunto de características individuales, familiares y sociales, dimensiones que se retroalimentan recíprocamente. Por esta razón, para reestablecer las condiciones de salud y funcionamiento adaptativo deseables en el individuo, es necesario intervenir en todos los niveles señalados. La crisis que motiva la hospitalización desafía al equipo a mirar y comprender la multidimensionalidad implicada en el episodio y a priorizar las acciones terapéuticas pertinentes.

**Dimensiones a trabajar durante el proceso de hospitalización clínica:**

**A. Dimensión Individual:** Entendida como el trabajo directo con el/la adolescente, con quien se abordará un proceso de desintoxicación física y emocional, estabilización de la crisis, identificando en conjunto los precipitantes del episodio. Todo esto en un ambiente de acogida y contención que facilite el proceso de estabilización física y emocional, identificando y potenciando herramientas para la recuperación desde una mirada de continuidad de cuidados. En esta dimensión se despliega una serie de recursos terapéuticos del equipo al servicio del/a joven y que se organizan en función de las etapas que se describirán más adelante en este texto.

**A.1 Modelo Multidimensional de Intervención Diferenciada con Adolescentes (MMIDA):** Ofrece una caracterización individual y sociodemográfica de cada subtipo, que se condice con la observación clínica de nuestros pacientes y con la literatura especializada en el área. La identificación del estilo de funcionamiento de los usuarios/as facilita la comprensión de los fenómenos psicopatológicos observados y el establecimiento de un abordaje diferenciado, planificado y altamente especializado durante la hospitalización y tras el alta, en el entendido de que cualquier patología de salud mental se expresa de diversa manera de acuerdo a las características especiales de los sujetos en evaluación.

La aplicación de este modelo de manera sistemática, permitirá, además, realizar una adecuada diferenciación de los pacientes que sólo tienen conductas antisociales, quienes muchas veces son mal diagnosticados, estigmatizados y considerados "fuera del alcance terapéutico", de los que tienen características de personalidad antisocial con callo emocional, quienes requieren un abordaje diferenciado.

Se espera pues, que en el momento del alta, los/as usuarios/as tengan una caracterización diagnóstica de subespecialidad, en todas las áreas consignadas, a saber:

- Diagnóstico de Patología (s) Psiquiátrica (s)
- Descripción de perfil de consumo y etapa de tratamiento.
- Descripción de Trayectoria Delictiva
- Evaluación cognitiva, con identificación de recursos a potenciar y áreas de déficit, a rehabilitar.
- Evaluación diagnóstica de funcionamiento familiar y social.
- En el caso de usuarios provenientes de PAI que presentan los diagnósticos antes mencionados se realiza una profundización diagnóstica, según las sugerencias de médicos psiquiatras de ambos programas. (Diagnóstico de estructura de personalidad, funcionamiento cognitivo y/o perfil neuropsicológico).

**B. Dimensión familiar:** Entendida como el o los vínculos primarios y también vinculaciones relacionales subjetivas por el/a adolescentes que son representadas como familia en su propia narrativa. En este sentido es primordial tensionar el concepto de familia tradicional e interpelar al equipo para comprender la construcción de familia que cada joven se representa y significa como tal. También es relevante trabajar esta dimensión desde lo presencial (cuando sea posible y evaluado como favorable en el proceso de recuperación) así como con la familia simbólica o



introyectada con la cual se podrá trabajar en diversos momentos y etapas del proceso de tratamiento.

Nuevamente, el enfoque metodológico utilizado será el antes mencionado (MMIDAS) que abarca la integralidad de las dimensiones necesarias a trabajar tanto del área individual como familiar.

c. Dimensión Redes: Entendida como el tejido de dispositivos institucionales como SENAME, SENDA, SALUD, JUSTICIA, etc., que, desde lo formal, tienen o han tenido un rol en el proceso de recuperación del/a joven, o dispongan de información relevante para comprender y contextualizar el episodio. Así también, como las relaciones con pares o grupos de referencia introyectados o representados como significativos para el/la joven. En este mismo sentido, proporcionaremos a la red sugerencias clínicas con el objeto de mantener tratamiento ambulatorio en casos clínicos de mayor complejidad.

### 3. Proceso de Atención:

El proceso de atención, recoge y se ciñe fielmente a lo expuesto en documento elaborado por MINSAL y SENAME denominado "Estandarización del Proceso de Hospitalización de Niños, Niñas y Adolescentes de la red SENAME en unidad de Cuidados Intensivos en Psiquiatría (UHCIP)" (2016). En este documento se exponen las fases a desarrollar, con las actividades que se desprenden y que son coherentes con los objetivos planteados en este proyecto en el apartado 13 de este documento. El proceso de atención consta de cuatro etapas diferenciadas de trabajo, en orden correlativo desde el ingreso del paciente hasta un año después de su egreso.

Durante el período previo al ingreso del usuario a la UHCIP, se realizarán coordinaciones con el equipo derivador para que se haga efectiva la recepción de la información clínica relevante del joven, vía electrónica. Se solicitará que se complete un formulario de derivación estandarizado, el consentimiento del adolescente para ser evaluado en UHCIP (si corresponde) y, a partir del año 2018, se agregará además la solicitud de envío de último Plan de Tratamiento Individual y del último MACI, en caso de que se cuente con este instrumento. Esto con la finalidad de hacer una identificación más rápida de las características y necesidades del joven y, además, dar continuidad a las prestaciones realizadas por el PAI y equipo Sename.

#### Descripción y método del proceso de atención en UHCIP Valdivia:

1.- PRIMERA ETAPA: consiste en el proceso de evaluación inicial realizada por el equipo, incluirá exploración y sistematización detallada de las dimensiones mencionadas anteriormente (individual, familiar y redes), que permitan situar, comprender y abordar la crisis que genera el ingreso a hospitalización.

En relación a los flujos de ingreso propuestos en el modelo de gestión revisado. Una vez recepcionada la derivación por otro centro, y las evaluaciones previas solicitadas para el momento de ingreso el adolescente participara en un proceso de *Evaluación Integral Multidisciplinaria*: Este proceso debe ser realizado por todo el equipo e incluye los ámbitos de salud individual (salud general y salud mental), familiar y redes. La evaluación debe realizarse considerando un encuadre positivo (recursos) y encuadre negativo (deficiencias), que permita orientar un PTI específico, priorizando las intervenciones, para la compensación de la crisis actual.



En el marco de la evaluación Integral multidisciplinaria, serán realizadas las acciones por el equipo:

**1.1. Evaluación de ingreso por médico psiquiatra, acompañado por dos profesionales de diferentes áreas de intervención.**

1.1.1. Diagnóstico integral psicopatológico (bio-psico-social), consignado en ficha clínica de acuerdo a nomenclatura CIE -10DS y complementariamente el DSM V.

1.1.2. Firma de consentimiento informado y contrato terapéutico.

1.1.3. Ajuste de tratamiento farmacológico.

**1.2. Evaluación médico general. Desarrollando una evaluación integral de la condición de salud del adolescente al ingreso de UHCIP.**

1.2.1. Detección de posibles comorbilidades físicas.

1.2.2. Solicitud de exámenes para diagnóstico diferencial, cuando corresponda.

1.2.3. Evaluación de enfermería. Evaluación de la condición de salud integral.

1.2.4. Encuadre inicial en relación al modelo de funcionamiento de la unidad.

1.2.5. Cuidados en salud

1.2.6. Responsabilidad en la administración de farmacoterapia.

1.2.7. Coordinación con extra sistema y dispositivos primarios de salud si el joven lo requiere.

**1.3. Evaluación psicológica y de perfil criminológico; a través de instrumentos psicométricos y escalas. Se realizará para definir con mayor precisión:**

1.3.1. Estilo de personalidad.

1.3.2. Perfil Criminológico.

1.3.3. Compromiso cognitivo y/o perfil neuro-biológico, considerando variables étnicas, de género, etapa evolutiva y complejidad psicosocial.

1.3.4. Evaluación del daño psico-emocional, referido a experiencias traumáticas recientes y remotas, generando condiciones para su elaboración emocional y proceso de reparación posterior.

**1.4. Perfil socio-ocupacional.** Se basa en el Modelo de Ocupación Humana, con el objetivo de favorecer la integralidad de la comprensión del caso, será realizada a partir de diversas fuentes de información e instrumentos de evaluación, los que a continuación se detallan; como fuentes de información la Entrevista clínica, Revisión de ficha clínica y Entrevista con profesional TO del centro de referencia. Los instrumentos de evaluación serán evaluación de las Habilidades de Interacción y Comunicación, evaluación de las Habilidades Motoras y de Procesamiento, Listado de Roles, Listado de Intereses, Instrumento auto-administrado, tipo Escala Likert orientado a



conocer los intereses de cada usuario y Auto-evaluación del Desempeño Ocupacional. A partir del resultado de la evaluación se definirán estrategias necesarias para apoyar el proceso de Terapia Ocupacional tales como desarrollo de competencias para la integración social, uso de tiempo libre, identificación de intereses y habilidades, desarrollo de la creatividad y pensamiento divergente, estimulación cognitiva y desarrollo de competencias que favorezcan la vida independiente, entre otras.

**1.5. Evaluación de patrón de consumo y estadio motivacional, a través de MACI o TOP dependiendo de la edad del joven.**

**1.6. Evaluación de la salud física.** La forma de abordar el trabajo en UCHIP por parte del profesional de la actividad física y el deporte, se enfoca en el ámbito terapéutico de su quehacer, es decir, debe brindar actividades que inviten a la convivencia y la utilización del tiempo libre dentro de la hospitalización de los/as pacientes. Producto de lo anterior, la metodología de trabajo que se propone tiene que ver con la experiencia y las características de la población con la que se trabaja. De esta manera, se llega a elaborar un programa de trabajo individual que, en primera instancia, considera la aplicación de un instrumento de detección de necesidades y de satisfacción en experiencias previas ligadas a la actividad física. El objetivo de esta actividad es recabar información respecto a la situación de cada joven. Posterior al proceso descrito se realizan talleres deportivos enfocados en los intereses de cada sujeto, cuyas actividades varían en función de respetar cada individualidad. La gama de actividades que se realizan son generalmente, sesiones de elongación, relajación, clases dirigidas de acondicionamiento físico, trabajos específicos en máquinas de ejercicios, juegos de colaboración u oposición, deportes individuales o colectivos, etc. El proceso de participación de cada paciente es guiado de manera presencial poniendo énfasis en su desarrollo personal y tratando de brindar una experiencia enriquecedora física y emocionalmente. En paralelo al proceso descrito, se han incorporado evaluaciones físicas a cada joven para determinar con certeza distintos aspectos referidos a su salud corporal. Es así que en cada ingreso se determinan porcentajes de grasa, porcentajes de masa muscular, peso, IMC, grasa visceral y edad corporal de cada paciente. Estos datos brindan información que se asocia a la rutina de cada paciente y además posibilitan ejecutar una intervención más individualizada con cada paciente.

**1.7. Evaluación psicosocial integral:** Mediante el establecimiento de un perfil socio-familiar, que permita conocer y comprender la situación familiar y social de los/as jóvenes, identificando necesidades de intervención con usuario/a, su familia y/o adulto/a responsable. Esta información será graficada a través de la construcción de genograma familiar. Lo anterior se realizará mediante la intervención individual y grupal, con el fin de contribuir a la compensación del cuadro clínico a través de la estabilización sintomática y conductual. Además se realizará un fortalecimiento de las redes sociales de apoyo del adolescente, con el fin de robustecer los factores protectores presentes en el sistema familiar. Además, se intervendrá este –mediante visitas domiciliarias, entrevistas, etc.– con el fin de entregar información y orientación respecto a los diversos recursos sociales y comunitarios existentes.

- 1.8. **Evaluación de la dimensión Redes:** se realizarán entrevistas con los usuarios/as y sus familias, referentes de SENAME (PIC-PEC) el programa derivador (PAI) y cualquier actor institucional o no institucional, que el equipo releve como informante clave para contextualizar la situación de crisis del/a joven, construyéndose el sociograma para establecer las redes existentes.
- 1.9. **Se asigna un gestor clínico a cada joven en tratamiento,** el cual será el/la interlocutor/a principal con la persona y su familia respecto de la devolución del proceso diagnóstico, la elaboración conjunta del PTI (en base a propuesta de equipo) y del plan de egreso, lo que facilita el vínculo entre el equipo y la persona, familia y/o red, a través de un contacto permanente en todo el proceso de atención en el nodo. Este/a profesional es definido por el equipo al ingreso de la persona a UHCIP. Permite un adecuado seguimiento del plan de tratamiento integral, coordinando la realización y cumplimiento de todas las acciones y objetivos propuestos en este. Entre las actividades que realiza se encuentran; Apoyo, acompañamiento y asesoramiento a la persona, familia y/o red. Seguimiento de adherencia al tratamiento. Detectar y anticiparse ante situaciones de crisis. Orientación a actividades grupales contempladas en el PTI. Entrevistas con la familia y otras personas relacionadas con la persona, según pertinencia, coordinación con otros nodos para la derivación asistida.
- 1.10. **En esta primera etapa de evaluación,** se debe considerar lo que otros equipos insuman a la UHCIP en las diferentes materias. Estableciendo una coordinación directa con el dispositivo de derivación, tanto como con su PEC-PIC que nos permita recabar la información disponible del/a joven permitiendo un trabajo articulado, coherente y que responda a las necesidades en salud de los jóvenes a través de un continuo en las diferentes instancias de tratamiento.
2. **SEGUNDA ETAPA;** Fase de revisión/elaboración/adequación, según corresponda, del Plan de Tratamiento Individual (PTI por equipo interdisciplinario) e inicio de intervenciones terapéuticas basadas en dicho plan: Incluye la participación del o la joven en Talleres Psicosociales Grupales, controles psiquiátricos, atenciones médicas, consulta psicológica, consulta de salud mental, visita domiciliaria, trabajo con familia, coordinación con la red de atención. Las intervenciones terapéuticas se desprenden de un PTI personalizado y deben guardar coherencia con la evaluación integral realizada en etapa previa, que dé cuenta de las singularidades de cada joven.

Este proceso también requiere la participación de todo el equipo en conjunto con usuario/a y se sustenta en encuadre de equipo y vínculo terapéutico como eje sostenedor de las acciones a desplegar, siendo estas claves en la estabilización de la crisis, por lo que es importante cultivar con el usuario una relación profesional, de confianza y respeto, con límites claros y consistentes y un enfoque de constante rescate de los recursos del adolescente.

En esta etapa, las intervenciones se centrarán en estabilizar al/a joven en todas sus dimensiones (biológica, cognitiva, emocional, conductual), interactuando con la familia o adultos/as responsables o personas significativas, así como con las redes en el contexto de la crisis; entendiendo que se desarrolla la intervención en fase aguda, lo que requiere una focalización de objetivos a corto plazo.

Dentro de las acciones propias de esta etapa se encuentran las siguientes, que deben ser contempladas en PTI:

2.1. **Intervenciones biológicas:** Entendidas como cuidados generales específicos al cuerpo biológico, situado y contextualizado, desde un enfoque integral de salud para la estabilización de la crisis. Incluye, cuidados básicos como alimentación, aseo, evaluación médica general, considerando comorbilidad, rango etario, género y etnia. Monitoreo de variables biológicas y aplicación de procedimientos de enfermería, que son parte del proceso de estabilización y tratamiento (exámenes, desintoxicación y/o estabilización de cuadro agudo de salud mental), que implica una observación y atención constante (24/7). Administrando y evaluando la farmacoterapia indicada por médico general y médico psiquiatra, basadas en protocolo y guías clínicas vigentes; además de realizar acciones y procedimientos de gestión de continuidad de cuidados, como derivación a APS y/o a especialidad, según el caso (por ejemplo: apoyo nutricional, kinésico, odontológico y otras especialidades médicas), articulando estas acciones, siempre con las Unidades de Salud de SENAME y con equipos ambulatorios responsables de la continuidad.

Dentro de las prestaciones asociadas y que se reflejan en sistema de registro SISTRAT, se encuentran Controles por médico/a psiquiatra, controles por médico/a general; controles de enfermería diarios

2.2. **Intervenciones individuales, psicosociales, grupales, familiares y de redes:** Referida a todas las acciones del equipo, que favorecen la estabilización y elaboración de la crisis y que se corresponden con la implementación del PTI, se desarrollan en paralelo con la dimensión anterior y puede comprender las siguientes actividades: Contención emocional y elaboración de crisis, problematización del consumo, trabajo de análisis y abordaje de responsabilización frente a trayectorias de delito, estrategias motivacionales, desarrollo de la autonomía.

Dentro de las prestaciones asociadas y que se reflejan en sistema de registro SISTRAT, se encuentran:

2.2.1. Atenciones individuales desde las siguientes áreas: Intervención por psicólogo/a, Intervención por terapeuta ocupacional, Intervención por trabajador/a social (individual, familia y redes), Intervención por técnico en rehabilitación.

2.2.2. Intervenciones psicosociales grupales por todos/as los/as integrantes del equipo (talleres), los cuales constituyen una rutina diaria, que se debe ajustar a las necesidades de los/as adolescentes, monitoreando y evaluando constantemente, para contribuir a los objetivos acordados por el equipo y con usuarios/a en los PTI semanales.

2.3. En reunión clínica el gestor de caso, será quien lidere la revisión de PTI.

3. **TERCERA ETAPA;** Fase de egreso: Implica elaboración de informe de evaluación y proceso de alta con sugerencias de manejo ambulatorio.

El proceso de egreso debe iniciarse, idealmente, cuando los objetivos terapéuticos definidos para el/a adolescente estén cumplidos.



El proceso de egreso es gradual, por tanto conlleva tiempo y destinación de recursos; que tiene como objetivo finalizar el periodo de hospitalización y dar continuidad a un proceso de atención ambulatoria del/a joven, ya sea en el dispositivo derivador (PAI y/o SENAME) y/o en la red de salud mental pública. Para el logro de este objetivo, es central la participación articulada de todos los/as actores intervinientes del equipo, dando cuenta de la consecución de los objetivos terapéuticos propuestos al interior de la UHCIP (y plasmados en PTI semanal) y proyectar su continuidad en otro equipo, donde la coordinación de acciones es crítica para facilitar la mayor recuperación posible del/a joven en un máximo de sesenta días. En este proceso y con perspectiva de cuidados continuos, la información a traspasar se materializará en un informe de alta que contiene la mirada integral del joven, dando cuenta de una amplia comprensión del proceso hospitalario y donde se plasman los objetivos terapéuticos trabajados. Así como las orientaciones o recomendaciones a considerar por el equipo que continuará, de forma ambulatoria, los cuidados de salud mental del/a joven.

La decisión de alta en la UHCIP medio privativo Valdivia, se construye con la opinión técnica de los diferentes agentes de salud del equipo, es analizada en los espacios de reunión clínica y comunicada con antelación al/la joven y se materializa en el acto médico realizado por médico/a psiquiatra de alta clínica. El alta, puede darse por las siguientes razones, donde el ideal de alta terapéutica no siempre se cumple:

3.1. Alta terapéutica: Cuando los objetivos de estabilización de la crisis se logran en el proceso de hospitalización. Estimamos que el 80% de los egresos serán vía alta terapéutica. En este contexto los objetivos de corto plazo de la hospitalización son la compensación de cuadros críticos y la estabilización del paciente.

3.2. Alta administrativa: Debido al cambio en la sanción de parte del/a juez; por transgresión grave a normas internas, conocidas y consentidas previamente por el adolescente, en el proceso de hospitalización Cuando el/a adolescente rechaza la hospitalización y no existen criterios clínicos para solicitar su hospitalización no voluntaria, o bien cuando la medida cautelar o sanción es reemplazada por otra de menos intensidad y el paciente retorna al medio libre, se informará al Tribunal de Origen y se le solicitará la orden de la unidad. ?

3.3. Derivación asistida, proceso en que será realizada la derivación de la documentación necesaria para su continuidad de cuidados. Junto a ello se realizara contacto directo (tanto presencial o telefónico dependiendo de la distancia geográfica) con el equipo al que será derivado para la continuidad de cuidados, para realizar retroalimentación del proceso del adolescente y despejar dudas del proceso.

3.4. Evacuación de epicrisis al momento del alta del joven, y elaboración del informe de alta posterior a 3 días de su egreso.

4. CUARTA ETAPA: Fase de Seguimiento: Implica las acciones de tomar conocimiento de la situación de salud mental de los/as las jóvenes luego de su egreso de la Unidad (alta, rechazo y/o abandono); con la finalidad de pesquisar posibles riesgos de agudización del cuadro anticipándonos a una crisis. Además, permite conocer el trabajo terapéutico y los logros alcanzados por los jóvenes tras su alta hospitalaria. En la medida de lo posible, se realizarán intervenciones preventivas de recaídas.



Durante el año 2018 la información de seguimiento será registrada en un formulario donde se consignará la siguiente información:

4.1. Situación judicial: conocer situación legal, en relación a los antecedentes delictuales que originaron su ingreso al sistema privativo de libertad. Es relevante, ya que como equipo, se podrá entregar algunas indicaciones preventivas en caso de agudización, sobre todo cuando él o la joven están por cumplir su sanción o será revisada su sanción.

4.2. Estado y nivel de avances en lo que a su tratamiento se refiere: Se entenderá como la actualización de la información con respecto a la continuidad y adherencia a su proceso de rehabilitación en el programa que dé continuidad a su tratamiento, además se evaluará la adaptación del/a joven al contexto en el que se encuentre inserto/a. Es importante destacar desde una mirada de continuidad del cuidado, que se dará cuenta sobre la situación del/a joven en caso de abandono de tratamiento o haya solicitado su alta voluntaria, otorgando al menos una prestación de evaluación psicológica, o consulta de salud mental posterior al egreso (esto independientemente si el/a joven se integra en otro programa de tratamiento). Esta oferta de seguimiento con prestación psicológica, será exclusiva para jóvenes que se mantengan en CIP CRC Valdivia, dados los recursos que se compromete por proyecto. El objetivo de lo anterior es mantener la información actualizada respecto a la situación de salud del joven, para lo cual existirá coordinación con el equipo SENAME y con el equipo ambulatorio.

4.3. Situación personal y familiar: Se entenderá como la acción de tomar conocimiento sobre red de apoyo familiar del/a joven y configuración de su familia, contactos sostenidos entre el/a joven y su grupo familiar y/o adultos o referentes significativos.

La acción de seguimiento por parte de la Unidad de Corta estadía se realizará según acuerdo de mesa nacional al primer mes, tercer mes, sexto mes y primer año de egresado/a el/la joven (alta, rechazo y/o abandono) de la Unidad.

El seguimiento deberá ser de responsabilidad del/a encargado/a de caso, modalidad que fue implementada a partir del año 2017. En esta acción, se tomará cuenta de la situación de salud mental del/a adolescente y se pesquisarán riesgos de agudización del cuadro de salud, realizando alguna acción de intervención dentro de la línea de prevención de recaídas. Además, se realizará refuerzo, motivación y evaluación de la salud mental del/a joven.

El/a gestor de caso, será responsable de recoger la información de los programas en los que se encuentre el/a joven.

El medio de verificación del proceso de seguimiento de los/as jóvenes, luego de su alta médica de la Unidad, será el registro de gestor/a de casos en el formulario de seguimiento de casos dispuesto para esos fines, incorporado a la ficha clínica tras el alta.

### **1. Evaluación diferenciada desde Modelo Intermodal de Intervención:**



Principales objetivos de la aplicación del modelo al interior de una UHCIP:

- Diferenciar trayectorias evolutivas y delictivas de los adolescentes al momento de la evaluación.
- Determinar la intensidad de la intervención (principalmente al egreso de la hospitalización y posterior tratamiento ambulatorio).
- Determinar y jerarquizar los focos de intervención.
- Determinar el impacto de la intervención (realizar seguimiento según lo planteados en el proyecto 2018).

Debemos comprender el desarrollo de los comportamientos realizados por los adolescentes, desde una perspectiva evolutivo , es decir, conceptualizar como adaptativas o desadaptativas , dependiendo del impacto que provoquen en el entorno , en la construcción de sí mismo y en su proyecto vital (Compas, Hinden Gerhardt ,1995).Es aquí donde se podría utilizar como modelo interpretativo, del contextualismo evolutivo el cual permite visualizar al adolescente en diversos entornos, interpretando activamente su experiencias en el transitar hacia la adultez.

**Contexto evolutivo en la adolescencia:**

Proceso de transición bio-psico-social, determinada por los cambios sociales y culturales que modifican el impacto e interacción de las experiencias en el desarrollo, el adolescente, juega un rol activo al interpretar los acontecimientos y transitar por diversas trayectorias evolutivas.

Considerando lo anterior, se plantea realizar tres evaluaciones definidas por áreas específicas del adolescente:

- a) Riesgos contextuales criminológicos.
- b) Comportamiento desadaptativo y prosocial.
- c) Variables psicológicas.

**La metodología para registrar variable de tipo comportamental incluirían:**

- 1-Entrevista guiada motivacional cognitiva.
- 2-Cuestionario de auto-reporte CACSA (Alarcón 2010)
- 3-Entrevista guiada EDA (Pérez Luco 2004)
- 4-Rejilla de instrumento FER-R (Alarcón 2001-2004).

**En relación a los factores de riesgo criminogénicos:**

Predictores de riesgo estáticos, encontramos la edad de inicio en la trayectoria delictiva, historia de vida delictiva en la familia, estructura familiar, genero, funcionamiento intelectual, nivel socioeconómico.



Entre los predictores dinámicos, encontramos los diagnósticos de personalidad, grupo de pares con comportamientos antisociales, conflictos en las relaciones interpersonales, abusos de sustancias. (Gendreau, Little, Goggin 1996)

Es en este contexto en el que sabemos que nuestros pacientes presentan los mayores riesgos de reincidencia al presentar: Historia de la conducta antisocial, patrones personalidad antisocial, cognición antisocial y grupo de pares con conductas de tipo antisocial. (Andrews, Bonta, Wormith, 2006).

#### **Personalidad adolescente desde el modelo evolutivo de Millon:**

“Personalidad es un patrón complejo de características psicológicas profundamente arraigadas, que son en su mayor parte inconscientes y difíciles de cambiar, se expresan automáticamente en casi todas las áreas del funcionamiento del individuo. Estos rasgos intrínsecos y generales surgen de una complicada matriz de determinantes biológicos, aprendizajes y comprenden los modos idiosincráticos de percibir, sentir, pensar, afrontar y comportarse de un individuo” (Millon y Davis, 1998).

Bajo esta propuesta el autor y específicamente el MMID, proponen como herramienta fiable en la evaluación de población con características de infracción de ley al MACI, instrumento que permite una adecuada descripción del funcionamiento psicológico y conductual, además de permitir diferenciar trastornos específicos de personalidad, así como, patologías asociadas al consumo de sustancias. (McCan 1997, Grilo 1999, Romm, Buckley, Harvey 1996). Estas diferenciaciones se dan preferentemente, al asociar determinadas escalas de patrones de personalidad con escalas de síndromes clínicos (Hiatt y Cornel, 1999).

#### **2. Evaluación neuropsicológica:**

Uno de los grandes problemas que se observan al momento de evaluar psicométricamente a los pacientes en una unidad de hospitalización, está relacionado con el sesgo sociocultural y la falta de especificidad en las baterías psicométricas estandarizadas para la población adolescente. En primer lugar se observan dificultades en términos de escolarización (WAIS-WISC herramientas creadas para población escolarizada), motivo por el cual no es raro que los pacientes presenten discapacidad intelectual en la mayoría de las evaluaciones, ya que, los puntajes están relacionados de manera directa con entrenamiento muchas veces no adquiridos, en una población desfavorecida socialmente.

Es por este motivo y en pro de mejorar la calidad de la intervención, así como la especificidad en las sugerencias de tratamiento a la alta médica de los adolescentes. Se sugiere la implementación de una evaluación neuropsicológica mediante la batería de funciones frontales y ejecutivas (BANFE).

La importancia de contar con una herramienta como está en ejecución de un hospital de cuidados psiquiátricos, estará directamente relacionada con los trastornos conductuales de origen orgánico, regulación del estado del ánimo, el pensamiento y comportamiento social (Statuss & Levine, 2002).



La batería está dividida según función específica:

1-Stroop: Control Inhibitorio.

2-Prueba de cartas de IOWA: Capacidad para evitar y seleccionar situaciones de riesgo, así como, para detectar y mantener selecciones de beneficio.

3-Laberintos: capacidad para mantener reglas y límites.

4-Señalamiento auto dirigido: Memoria de trabajo viso espacial.

5-Memoria de trabajo visoespacial secuencial, evaluando la capacidad de retener y reproducir una orden.

6-Memoria de trabajo verbal por ordenamiento, evalúa capacidad para manipular mentalmente la información verbal contenida en un mensaje.

7-Prueba de clasificación de cartas, evalúa capacidad de flexibilidad mental.

8-Laberintos II evalúa capacidad de anticipar de forma sistemática la conducta viso espacial.

9-Torre de Hanoi, evalúa capacidad para anticipar de forma secuenciada acciones tanto en orden progresivo, como regresivo.

10-Resta consecutiva, capacidad para desarrollar secuencias en orden inverso.

11-Generación de verbos, capacidad para reproducir de forma fluida y dentro de un margen reducido de tiempo la mayor cantidad (fluidez verbal).

12-Generación de clasificaciones semánticas.

13-Comprensión y selección de refranes, mide capacidad para comprender, comparar y seleccionar respuestas con sentido figurado.

14-Curva de meta memoria, evalúa la capacidad para desarrollar una estrategia de memoria (control meta cognitivo, juicios de predicción de desempeño y ajustes entre juicio de desempeño y desempeño real).

Mediante el siguiente cuadro mostramos aras específicas de evaluación, junto a la función misma:

Metafunciones (CPFA)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Meta memoria.</li> <li>• Comprensión del sentido figurado.</li> <li>• Actitud abstracta.</li> </ul>
Funciones ejecutivas (CPFDL)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fluidez verbal</li> <li>• Productividad.</li> <li>• Flexibilidad mental.</li> <li>• Planeación viso espacial.</li> <li>• Planeación secuencial.</li> <li>• Secuenciación inversa.</li> <li>• Control de codificación.</li> </ul>

Memoria de trabajo (CPF DL)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Memoria de trabajo visual auto dirigida.</li> <li>• Memoria de trabajo verbal y auto ordenamiento.</li> <li>• Memoria de trabajo viso espacial secuencial.</li> </ul>
Funciones Básicas (COF Y CPF M)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Control inhibitorio.</li> <li>• Seguimiento de reglas.</li> <li>• Procesamiento riesgo – beneficio.</li> </ul>

La batería propuesta mediante este documento , presenta múltiples beneficios en nuestro quehacer clínico , el primero está relacionado a generar la diferenciación de un alteración netamente biológica en desmedro de los social comunitario; situación que se torna relevante al momento de tomar una decisión de tratamiento y/o posteriores sugerencias de intervención ,ya que , el trabajo deberá ser netamente de entrenamiento y reparación de un función específica (margen que nos permite la edad de los pacientes , en relación a las ventanas de oportunidades).La segunda y no por eso menos importante , tiene relación con la comisión del delito y/o consumo relacionado a una alteración prefrontal y no asociada al descontrol de impulsos producto de una historia asociada ; situación que deberá tratarse en términos de rehabilitación neuropsicológico y no desde un modelo de tratamiento en drogas , ya que, la misma alteración muchas veces no permitirá tener un proceso exitoso de tratamiento. Para finalizar, comentar que este es un modelo complementario de trabajo a lo ya propuesto, motivo por el cual vendría a enriquecer el quehacer clínico de la unidad; dando cabida a una visión macro del tratamiento de nuestro pacientes.

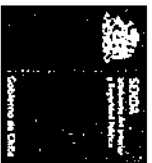
**Rendimiento de tiempo por Evaluación<sup>3</sup>**

Instrumento.	Tiempo de evaluación.	Tiempo de corrección.	Tiempo Devolución.	Profesional encargado de caso.
MACI	60"	90'	60'	Psicólogo
DEP –ADO	45'	45'	45'	TENS
URICA	45'	45'	45'	TENS
Cuestionario de comportamiento social adolescente CACSA	60'	60'	60'	Psicólogo/trabajador social
Escala de delincuencia auto revelada EDA	60'	60'	60'	Psicólogo
Cuestionario de salud mental adolescente CESMA	45'	45'	45'	Psicólogo/Psiquiatra
Ficha de riesgos y recursos FER-R	60'	60'	60'	Psicólogo/Trabajador social
Escala de enganche delictivo EGED	60'	60'	60'	Psicólogo
Batería evaluación neuropsicológica funciones ejecutivas y lóbulos frontales (BANFE)	60'	60'	60'	Psicólogo
Test de inteligencia no verbal. Apreciación de la habilidad cognitiva sin influencia del lenguaje. TONI 2	60'	60'	60'	Psicólogo

<sup>3</sup> El rendimiento se calcula sobre la base de 44 horas por cada profesional.







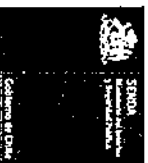
### 13.- OBJETIVO DEL PROGRAMA

Se espera que cada uno de los programas presentados al Fondo defina claramente cuál(es) será(n) la(s) variable(s) sobre las cuales pretende intervenir.

#### OBJETIVO GENERAL

Proveer cuidados intensivos en salud mental a población infanto-adolescente, que dada su situación de salud requieran de procedimientos de profundización diagnóstica, evaluación, estabilización o tratamiento en un ambiente terapéutico seguro, o bien que, en algún momento de su patología presente descompensación de su cuadro clínico, constituyendo un riesgo para sí mismo/a o para terceros.

OBJETIVOS ESPECIFICOS	PRODUCTOS ESPERADOS	Indicador	Medios de verificación
Realizar proceso de evaluación de ingreso por dupla (psiquiatra y otro/a integrante de equipo) previo ingreso de adolescentes a la Unidad.	100% de jóvenes recibe evaluación integral en dupla.	N° de jóvenes evaluados/as en dupla/N° jóvenes derivados/as, registro en ficha clínica x 100	-Ficha de contra-referencia. -Entrevista de ingreso en Ficha Clínica UHCIP
Realizar diagnóstico integral, a todos/as los/as jóvenes que ingresan a la UHCIP y/o que requieren de estudios diagnósticos que no puedan ser realizados de forma ambulatoria.	100% de adolescentes que ingresan tienen diagnóstico integral	N° de jóvenes ingresados con diagnóstico integral/ N° de jóvenes ingresados/as x 100	- Ficha clínica: evaluación de ingreso por área, presentando: - Evaluación Perfil epidemiológico -Evaluación personalidad - Construcción socio grama -Construcción genograma -SISTRAT.



				-Informe de alta.
Desarrollar un plan individual de tratamiento integral, basado en modelo SMART.	100% de los/as jóvenes ingresados/as cuentan con un PTI semanal.	-N° de jóvenes con PTI semanal/N° de jóvenes ingresados x100.	-Ficha clínica	
Resguardar la continuidad del tratamiento y cuidados a través del seguimiento post alta, desde un enfoque de red.	100% de los/as jóvenes egresados/as recibe seguimiento de acuerdo a lo establecido en protocolo.	-N° de jóvenes con seguimiento efectivo/N° de jóvenes egresados/as x100.	- Informes de seguimiento en Ficha Clínica. -Actas de reuniones de cabaña (PAL, PEC, PIC, ETD, contacto telefónico). -Planilla de procesos de seguimiento.	
Generar proceso de cuidado de equipo a través de un programa de actividades.	100% de las actividades de cuidado de equipo realizadas.	-N° de instancias de autocuidado realizadas/N° de instancias planificadas X 100	- Programa cuidado equipo. - Lista de asistencia a las instancias de autocuidado.	
Fortalecer la referencia técnica, supervisión y coordinación de la UHCIP desde el Servicio de Salud Valdivia.	100% de las actividades de asesoría, coordinación y supervisión realizadas	-N° de reuniones de coordinación y asesoría con referente SSV realizadas /N° de reuniones planificadas x100.	-Actas de reuniones de coordinación y asesoría. -Aplicación de lista de cotejo de implementación del proyecto 2018.	
		-Pauta de supervisión aplicada por referente técnico del SSV. -Elaboración de informe de avance semestral en conjunto	-Informe de aplicación de lista de cotejo, con sugerencias técnicas y plan de mejora.	



		jefatura técnica UHCIP y referente técnico SSV.	-Plan de mejora UHCIP. -Informe de avance semestral.
Co construir una mesa de coordinación de flujo con CIP CRC Valdivia en el cual se establezcan protocolos comunes y se mejoren los canales de comunicación y coordinación, la cual se visara desde la dirección del servicio.	100% de las actividades realizadas.	N° de reuniones y coordinaciones realizadas/N° de reuniones y coordinaciones planificadas x100	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Actas de reuniones</li> <li>- Flujoograma de comunicación</li> </ul>
Coordinación con los centros de la macro zona sur mediante reuniones presenciales y virtuales.	100% de las actividades realizadas.	N° de reuniones y coordinaciones realizadas/N° de reuniones y coordinaciones planificadas x100	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Actas de reuniones realizadas con cada uno de los dispositivos de derivación de la macro zona.</li> </ul>



#### 14.- ACTIVIDADES DEL PROGRAMA

##### Actividad N° 1: Atención Integral a jóvenes y adolescente derivados a UHCIP MP Valdivia

<b>Nombre de la actividad</b>	Atención Integral a las/las jóvenes por equipo transdisciplinario con el fin de evaluar, diagnosticar, elaborar un plan de tratamiento y asegurar el tratamiento post alta mediante la continuidad de cuidados que brindará la red.
-------------------------------	---

La UHCIP brindará un servicio de evaluación y tratamiento integral durante la hospitalización UHCIP MP Valdivia. El enfoque a utilizar es el biopsicosocial para adolescentes en situación de infracción de ley que se encuentran solicitando atención desde centros de régimen cerrado o internación provisoria y que cumplan con los siguientes criterios de ingreso, de acuerdo a documento Modelo de Gestión para UHCIP (MINSAL, 2017):

**Adolescentes y jóvenes que presentan una o más de las siguientes condiciones:**

1. Intoxicación aguda por consumo de OH-Drogas
2. Síndrome de abstinencia con síntomas de privación severa
3. Comorbilidad psiquiátrica grave descompensada
4. Trastorno mental descompensado con riesgo vital (auto-heteroagresión)
5. Necesidad de realizar diagnóstico que requiere observación permanente, que no es posible realizar de forma ambulatoria. Esta evaluación no está destinada a la realización de pericias u otros fines forenses, sino a la definición de un diagnóstico diferencial en aquellos casos que la sintomatología no sea lo suficientemente clara y se requiera de observación 24 horas de la conducta del usuario.

En todas las situaciones señaladas, no es posible su abordaje terapéutico en forma ambulatoria; requiriendo observación, atención médica, acompañamiento y cuidados especiales las 24 horas del día.

**Criterios de exclusión:** Estos criterios también son los que están definidos en Modelo Gestión UHCIP MP, (MINSAL 2016:31), a saber:

1. Que no se cumplan criterios de ingreso definidos.
2. Adolescente y/o joven proveniente de Unidades de Gendarmería (Secciones Juveniles), Centros de Internación Semi Cerrado y programas de medio libre.



3. Descontrol de impulsos que no corresponda a origen psicopatológico (Auto o hetero agresión por mal manejo de interventores, como castigo por desajuste conductual, auto agresión y conflictos como motines o riñas), manipulación para ser ingresado/a (autoagresión).
4. Cuadro psiquiátrico, en un estado de la enfermedad que pueda ser manejada ambulatoriamente.
5. Cuadro orgánico que prime sobre el cuadro psiquiátrico, como intento de suicidio o intoxicación por consumo de sustancias en donde exista riesgo vital y requiera atención en una unidad de tratamiento intensivo (UTI, UCI).
6. Hospitalización indicada como una medida de protección, sin responder a criterios clínicos, lo cual trasgrede derechos de la población adolescente.
7. Hospitalización indicada para descomprimir módulos o como castigo.
8. Que, siendo menor de 18 años, y no estando sujeto a lo dispuesto en la normativa vigente con respecto a ingreso por situación de emergencia, no presente un Consentimiento Informado por parte del/la adolescente y tutor legal.

La evaluación será realizada por médico psiquiatra y integrante del equipo, quienes realizarán un proceso de revisión de la derivación, evaluación y contra referencia de la entrevista realizada.

Realizada la evaluación e ingresado el adolescente a la unidad, se dará paso a la atención integral con el objeto de establecer o profundizar un diagnóstico. Las evaluaciones las realizarán profesionales de las áreas de Terapia Ocupacional, Psicología, Trabajo Social, evaluación en consumo de sustancias, enfermería y psiquiatría.

En paralelo se desarrollara un plan de tratamiento individual el cual tiene como fin establecer objetivos de corto plazo que sean alcanzables por el paciente, y además sea una medida cuantifica le del trabajo de intervención realizado.

Una vez al Alta Médica, mediante la derivación asistida se garantizará la continuidad de cuidados, para ello se realizará un seguimiento determinados en el tiempo.

Lugar (espacio físico en que se va a desarrollar	Duración, en semanas o meses	Frecuencia, cuantas veces al día/semana/mes	N° total de horas dedicadas a la actividad
UHCIP	12 meses	72 día/54 sem/12 meses	72 hrs.
<b>RECURSOS DESTINADOS A LA ACTIVIDAD (indicar cuando corresponde aporte propio)</b>			
<b>Gastos de Operación</b>			



TIPO	Aporte SSV	Aporte SENDA
INSUMOS MATERIALES OFICINA Y COMPUTACIONALES	X	
INSUMOS PARA FUNCIONAMIENTO <sup>4</sup>	X	
FONDO FIJO		X
TRASLADO FUNCIONARIOS Y ESTAFETA	X	
Esterilización	X	
Laboratorio	X	
Farmacia	X	

Los gastos operacionales asociados no exclusivamente a cumplimiento de esta actividad, ya que insumos tales como insumos para funcionamiento y fondo fijo serán transversales a las actividades desarrolladas durante el año.

**Gastos en personal**

TODO EL RRHH DE LA UNIDAD DE ACUERDO A DETALLE EN PRESUPUESTO

**Gastos en inversión:**

NO CORRESPONDE.

**Gastos asociados a actividades:**

TIPO	Aporte SSV	Aporte SENDA
PROCESO CUIDADO EQUIPO		X

<sup>4</sup> Se entiende por materiales para talleres, atención clínica u otro requerimiento para el funcionamiento de la Unidad.



MOVILIZACIÓN DIARIA			X
MATERIAL TALLERES <sup>5</sup>	X		

Gastos de habilitación:

NO CORRESPONDE.

**Actividad N° 2: Cuidado de equipo.**

**Nombre de la actividad** Diseño, ejecución y evaluación de un programa de cuidado de equipo.

**Descripción y Metodología de la actividad**

Esta actividad tiene como objetivo general promover cuidados de salud mental adecuada en los/as integrantes del equipo de trabajo que se desempeña en la UHCIP. Considerando objetivos específicos que permitan:

1. Abordar herramientas de trabajo e identidad de equipo.
2. Facilitar el reconocimiento de recursos para el manejo de estrés y prevención de *burn out* en el ámbito laboral, como técnicas de relajación, técnicas de comunicación asertiva.
3. Identificar y adquirir herramientas de resolución de conflicto, comunicación asertiva frente a situaciones de crisis, posicionamiento claro en roles y establecimiento de límites.
4. Incorporar a través de técnicas de autoobservación, un análisis crítico de aspectos individuales y grupales que son necesarios de modificar en la búsqueda de un mejor clima laboral.
5. Identificar los diversos factores protectores y de riesgo que inciden en la salud mental del equipo.

Como método, se pretende trabajar desde una mirada operativa co-constructiva. En actividades fuera y dentro de la Unidad, en la cual participaran todos/as los/as personas que conforman el equipo de trabajo de la UHCIP.

Dentro del proceso de cuidado de equipo, se considera la inclusión, a través de compra de servicios de relatoría externa, de un/a profesional facilitador/a externo/a. Este rol implica una presencia que acompaña y favorece, mediando la comunicación grupal, dando una mirada amplia y facilitando la meta análisis de los procesos de grupo. Esta visión la aporta un/a tercero/a que posee herramientas para facilitar procesos de cambio, que en su posición de externalidad, sistematiza, orienta y también actúa como un reflejo de dinámicas y procesos que el grupo no ve, por estar inmerso en un cotidiano flujo de demandas y relaciones propias de su quehacer.

<sup>5</sup> Se entiende por materiales para talleres, atención clínica u otro requerimiento para el funcionamiento de la Unidad.



Además, desde la lógica de cuidado de equipo se trabajará en las reuniones clínicas, se conmemorarán eventos significativos para el equipo (aniversario de las Unidad, cumpleaños, día del profesional, etc.), con la finalidad de favorecer la cohesión grupal. En este sentido, se desarrollará un programa de auto capacitación de parte del equipo UHCIP tanto del área psicosocial y de enfermería con el objeto de profundizar en temáticas relacionado con el quehacer así como fortalecer las áreas deficientes de la unidad.

Lugar (espacio físico en que se va a desarrollar)	Duración, en semanas o meses	Frecuencia, cuantas veces al día/semana/mes	N° total de horas dedicadas a la actividad
Por definir	12 meses	Por definir	24 horas
<b>RECURSOS DESTINADOS A LA ACTIVIDAD (indicar cuando corresponde aporte propio)</b>			
<b>Gastos de Operación</b>			
No corresponde			
<b>Gastos en personal</b>			
No corresponde			
<b>Gastos en inversión</b>			
No corresponde			
<b>Gastos asociados a actividades</b>			
No corresponde			
<b>Gastos de habilitación</b>			
No corresponde			

TIPO	Aporte SENDA
Actividad N° 1 Proceso cuidado de equipo (relatoría externa)	





**Actividad N° 3 Fortalecimiento del trabajo en red.**

<b>Nombre de la actividad</b>	Articular el tejido de la red territorial que participa en la atención integral de jóvenes hospitalizados en la UHCIP MP Valdivia.
-------------------------------	--

<b>Descripción y Metodología de la actividad</b>
--

Para poder cumplir con el objetivo de proveer cuidados intensivos en salud mental a población infanto-adolescente, debe existir coordinación, supervisión y mutua cooperación para el expedito acceso a aquellas prestaciones de salud que sean necesarias para su desarrollo integral.

Este convenio favorece la participación en diferentes instancias que sirven de apoyo a la gestión clínica, como mesa técnica regional (a través de nuestra/o referente técnico/a del Servicio de Salud Valdivia); mesa de tratamiento regional, diversas reuniones de coordinación con el intrasector, etc.

Por lo tanto, esta actividad estará enfocada en la ejecución de reuniones de coordinación y gestión clínica y técnica-administrativa, así como instancias de derivación y seguimiento de casos con la red de tratamiento de la Ley de responsabilidad penal adolescente en medio cerrado de las regiones de La Araucanía, Los Ríos y Los Lagos. En dichas instancias participará, de preferencia, la jefa técnica del equipo en coordinación referente técnico/a del Servicio de Salud, más parte del equipo psicosocial. En esta instancia, además de la revisión clínica de ingresos y seguimientos, se realizará revisión de protocolos y flujos de derivación. Paralelamente, se considerarán las acciones de coordinación como llamadas telefónicas y comunicaciones por correo electrónico, así como videoconferencias, con los equipos que derivan, según las necesidades de los/as usuarios/as.

También se realizarán reuniones mensuales con el equipo de intervención clínica del CIP-CRC, con la posibilidad de integrar a integrantes del equipo de intervención en las reuniones de cabaña realizadas por el equipo técnico profesional del Centro.

Por último, se considera la participación de Jefa Técnica de la UHCIP, o a quien ella designe, en las reuniones que tienen como objetivo velar por la seguridad del centro, en la cuales participan todos los equipos intervinientes al interior del CIP CRC Valdivia.

En la tabla siguiente se resumen las actividades asociadas al cumplimiento del trabajo en red:

ACTIVIDAD	N° ANUAL	OBJETIVO	Asisten desde UHCIP	RESPONSABLE
Reunión con equipos de atención en medio cerrado, incluyendo PAI y Dupla Psicosocial SENAME Región de los Ríos, con programa de trabajo y acta de la jornada.	12	Coordinación y articulación clínica.	Jefatura UHCIP Trabajador/a Social	Jefatura UHCIP
Reunión de Coordinación con equipo de CIP-CRC Chol Chol y PAI, con acta de la jornada (traslados con cargo al fondo fijo)	3	Coordinación y articulación clínica.	Equipo UHCIP Trabajador Social	Jefatura UHCIP
Reunión de Coordinación con equipo de CIP-CRC Puerto Montt y PAI, con acta de la jornada (traslados con cargo a fondo fijo).	3	Coordinación y articulación clínica.	Equipo UHCIP Trabajador Social	Jefatura UHCIP
Reunión de Coordinación con equipo CIP CRC Talca y PAI Abate Molina (traslados con cargo a fondo fijo).	2	Coordinación y articulación clínica	Equipo UHCIP Trabajador Social	Jefatura UHCIP
Reuniones de coordinación con equipo de Gendarmería, ASR, Escuela, SENAME y PAI (reunión de seguridad)	6	Revisión de protocolo de seguridad, con programa de trabajo y acta de la jornada.	Jefatura UHCIP Trabajador Social	Jefatura UHCIP
Reuniones de Coordinaciones con equipos PAI y/o Psicosocial en medio cerrado (reuniones de cabañas).	12	Realizar el seguimiento de los casos egresados de la UHCIP.	Encargados de casos UHCIP.	Jefatura UHCIP



Reuniones PAI, PEC, PIC y educadores de trato directo.	12	En el marco del proceso de seguimiento.	Encargados de casos UHCIP	Jefatura UHCIP
Reuniones de Coordinación y supervisión entre referente del SSV y coordinación de la UHCIP	12	Coordinación y supervisión. Monitoreo técnico y administrativo proyecto 2016	Jefatura UHCIP	Jefatura UHCIP
Lugar (espacio físico en que se va a desarrollar)	Duración, en semanas o meses	Frecuencia, cuantas veces al día/semana/mes	N° total de horas dedicadas a la actividad	
Varía dependiendo de disponibilidad de espacios pudiendo ser en dependencias de: CIP CRC Valdivia; Servicio de Salud Valdivia, SENDA Los Ríos, UHCIP	12	Variable, dependiendo de la reunión: en un rango de una mensual hasta dos en el año.	150 horas.	
<b>RECURSOS DESTINADOS A LA ACTIVIDAD (indicar cuando corresponde aporte propio)</b>				
<b>Gastos de Operación</b>				
	<b>TIPO</b>	<b>APORTE PROPIO</b>	<b>APORTE SENDA</b>	
	INSUMOS COMPUTACIONALES	X		
	FONDO FIJO		X	
<b>Gastos en personal</b>				
TODO EL RRHH DE LA UNIDAD DE ACUERDO A DETALLE EN PRESUPUESTO				
<b>Gastos en inversión</b>				
No corresponde.				
<b>Gastos asociados a actividades</b>				
No corresponde.				
<b>Gastos de habilitación</b>				



No corresponde.



**Actividad N° 4: Gestión Técnica-Administrativa**

**Nombre de la actividad:** Monitoreo y sistematización de las actividades del proyecto con mirada de red.

**Descripción y Metodología de la actividad**

El Servicio de Salud Valdivia visualiza la necesidad continuar fortaleciendo acciones del equipo desde una mirada amplia, de continuidad de los cuidados de los/as usuarios/as, que se traduzca en una mayor articulación colaborativa y recíproca con los equipos que conforman esta red. Para enfrentar este desafío, desde el Servicio de Salud se dispondrá del recurso humano especializado desde el SSV, con jefatura directa desde el Subdepartamento de Salud Mental.

Dentro de las acciones contempladas a realizar se describen las siguientes:

- Elaboración del plan de acción anual en conjunto con equipo (considerando insumos a ser entregados por Coordinación de la Unidad).
- Apoyo en la gestión técnico-administrativa de los productos asociados al proyecto (los insumos serán entregados por Coordinación de la UHCIP).
- Solicitar informe semanal de novedades a Coordinación de UHCIP. El informe debe contener: N° de plazas ocupadas/disponibles, vía de ingreso, actas de reunión con la red.
- Coordinación con referentes regionales de SENDA, SENAME y GENDARMERÍA.
- Entregar y recoger insumos a la mesa técnica regional, sobre la ejecución del proyecto, identificando nudos críticos y elaborando propuestas en relación a problemáticas propias del contexto de trabajo intersectorial, con mirada de red.

Lugar (espacio físico en que se va a desarrollar)	Duración, en semanas o meses	Frecuencia, cuantas veces al día/semana/mes	N° total de horas dedicadas a la actividad
Servicio de Salud Valdivia, UHCIP, SENDA	12 meses	1 vez a la semana.	240



**RECURSOS DESTINADOS A LA ACTIVIDAD (indicar cuando corresponde aporte propio)**

Gastos de Operación

No corresponde.

Gastos en personal

<b>Aporte del SSV</b>
11 horas psicóloga 4 horas enfermera Sub-departamento Salud Mental

Gastos en inversión

No corresponde.

Gastos asociados a actividades

No corresponde.

Gastos de habilitación

No corresponde.



15.- CRONOGRAMA

N°	Nombre de la actividad	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6	Mes 7	Mes 8	Mes 9	Mes 10	Mes 11	Mes 12
1	Actividad N° 1 Atención Integral de adolescentes privados de libertad según Ley 20.084 de la Macrozona sur modalidad corta estadia.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
2	Actividad N° 2 Cuidado de Equipo.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
3	Actividad N° 3 Fortalecimiento del trabajo en red.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
4	Actividad N° 4: Gestión Técnica-Administrativa.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X



#### **16.- DURACION DEL PROGRAMA**

Duración en Meses: 12

#### **17.- EVALUACION DEL PROGRAMA**

El programa deberá considerar los mecanismos de evaluación de las acciones propuestas, así como la evaluación de resultados e impacto sobre las variables que se propuso intervenir.

En virtud de lo establecido en el Art. 14 del Reglamento de Fondo Especial, que señala se deberán considerar en forma obligatoria indicadores de evaluación, cobertura e impacto de los resultados del programa.

Para la evaluación del programa se considera los siguientes mecanismos:

- Evaluación mensual de cumplimiento de programas y perfil clínico mediante registros SISTRAT.
- Informe semestral que dé cuenta de ejecución del proyecto en función de cronograma de actividades e indicadores de logro establecidos según objetivos específicos.
- Supervisión Administrativo - Financiera anual ejecutada por SENDA.
- Supervisión Técnica anual ejecutada por SENDA.
- Seguimiento y asesoría mensual ejecutada por Servicio de Salud Valdivia y SENDA.





**18.- CURRÍCULO INSTITUCIONAL**

**IDENTIFICACION DE LA INSTITUCION U ORGANIZACIÓN**

<b>NOMBRE Y/O RAZON SOCIAL</b>	Servicio de Salud Valdivia
<b>RUT</b>	61.607.500-4
<b>DIRECCION</b>	Chacabuco N° 700
<b>TELEFONO</b>	063-226 48 00
<b>E-MAIL</b>	patricio.rosas@redsalud.gov.cl
<b>N° DE PERSONALIDAD JURIDICA</b>	DECRETO LEY N°.2763 DEL AÑO 1979
<b>NOMBRE del Representante Legal</b>	JOSÉ EDUARDO BARRIENTOS NAVARRETE
<b>RUT del Representante Legal</b>	10.831.861-9

**IDENTIFICACION DE LA CONTRAPARTE INSTITUCIONAL PARA SENDA**

<b>NOMBRE DE LA PERSONA RESPONSABLE</b>	Andrea Santana Sánchez
<b>CARGO DENTRO DE LA INSTITUCIÓN</b>	Jefa Subdepartamento de Salud Mental
<b>DIRECCION</b>	Calle Arauco N°709
<b>TELEFONO</b>	63-268 59 77
<b>E-MAIL</b>	Andrea.santana@redsalud.gov.cl

**IDENTIFICACION DE LA CONTRAPARTE INSTITUCIONAL PARA SENDA**

<b>NOMBRE DE LA PERSONA RESPONSABLE</b>	Tania Solar López
<b>CARGO DENTRO DE LA INSTITUCIÓN</b>	Profesional Referente Técnico Convenio SENDA II
<b>DIRECCION</b>	Calle Arauco N°709
<b>TELEFONO</b>	63-268 59 77
<b>E-MAIL</b>	Tania.solar@redsalud.gov.cl

**EXPERIENCIA EN PROYECTOS Y/O PROGRAMAS DE PREVENCIÓN, TRATAMIENTO Y/O REINSERCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS Y/O ALCOHOL**

<b>PROYECTO O PROGRAMA</b>	CONVENIO SENDA II UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE CORTA ESTADÍA EN MEDIO PRIVATIVO DE LIBERTAD
<b>AÑO DE EJECUCIÓN</b>	2007- HASTA LA FECHA
<b>COBERTURA</b>	POBLACIÓN LEY 20.084
<b>FINANCIAMIENTO</b>	SENDA-MINSAL-FONASA

<b>PROYECTO O PROGRAMA</b>	CONVENIO SENDA I
<b>AÑO DE EJECUCIÓN</b>	2008 HASTA LA FECHA



<b>COBERTURA</b>	POBLACIÓN GENERAL: 2 CESAMCO y 1 HOSPITAL DE DÍA;
<b>FINANCIAMIENTO</b>	SENDA-MINSAL-FONASA

<b>PROYECTO O PROGRAMA</b>	CONVENIO SEDA I
<b>AÑO DE EJECUCIÓN</b>	2015 HASTA LA FECHA
<b>COBERTURA</b>	POBLACIÓN GENERAL, 1 CESFAM Río BUENO.
<b>FINANCIAMIENTO</b>	SENDA-MINSAL-FONASA

<b>PROYECTO O PROGRAMA</b>	PILOTO VIDA SANA-OH
<b>AÑO DE EJECUCIÓN</b>	2014
<b>COBERTURA</b>	POBLACIÓN INSCRITA DE 4 ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA REGIÓN DE LOS RÍOS
<b>FINANCIAMIENTO</b>	MINSAL-FONASA



**19. CURRÍCULO VITAE RECURSO HUMANO**

<b>Nombre</b>	Yasna Berenice Aravena Vergara
<b>Edad</b>	39 años
<b>Rut</b>	13.378.421-7
<b>Domicilio</b>	Valle de Aconcagua 2445. Valdivia
<b>Profesión/oficio</b>	Médico Psiquiatra
<b>Teléfono</b>	9-82933090
<b>Email</b>	yaravena@gmail.com

<b>Estudios básicos</b>
Ens. Básica: Escuela Arturo Toro Amor, Santiago. Ens. Media: Inst de Ens. Media Claudio Matte, Santiago
<b>Estudios pre grado:</b>
Universidad o instituto: Pontificia Universidad Católica de Chile Año de Titulación: 2005
<b>Estudios post grado:</b>
Universidad o instituto: Formación CONACEM Inst. Psiquiátrico J. Horwitz Barak Año de Titulación: 2011
<b>Cursos, seminarios en los que ha participado (relacionados al proyecto) o experiencia en proyectos y/o programas de prevención, tratamiento y/o reinserción social</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2017: Diplomado de Psicopatología Infanto Juvenil. U de Chile. 230 horas</li> <li>• 2017: Mental Health Crisis Seen in Youth: New Data. Medscape CME</li> <li>• 2017: Categorización de Riesgo de Dependencia. U. Virtual Minsal. 20 horas</li> <li>• 2016: Vida como peso, comprensión existencial y Tratamiento Fenomenológico de la Depresión. ICAE y GLE Internacional. 22 horas</li> <li>• 2010: Curso Trauma, Historia y Subjetividad. AASM Argentina. 40 horas</li> <li>• 2009: Atención en Servicio de Estabilización de Trastornos Adictivos I. Psiquiátrico</li> <li>• 2005: Curso Neurociencias, Psiquiatría y Rehabilitación Psicosocial. I. Psiquiátrico. 20 hrs</li> </ul>

<b>Función que desempeña en el programa</b>
Médico Psiquiatra

<b>Declaración de Participar en el programa</b>
Declaro participar en el Proyecto

<b>Firma</b>	<b>Fecha</b>



<b>Nombre</b>	Julio Eduardo Mella Seguel
<b>Edad</b>	41
<b>Rut</b>	12.985.421-9
<b>Domicilio</b>	Cutipay Bajo, Valdivia
<b>Profesión/oficio</b>	Trabajador Social
<b>Teléfono</b>	+56999945409
<b>Email</b>	edumella@gmail.com

<b>Estudios básicos</b>
Enseñanza media (1990-1993), Colegio Instituto Victoria. Victoria, Región de la Araucanía.
<b>Estudios pre grado: Trabajo Social</b>
Universidad o instituto: Universidad de la Frontera. Temuco, Chile Año de ingreso: 1994 Año de Titulación: 2002
<b>Estudios post grado:</b>
Universidad o instituto: Universidad Complutense (Diplomado en actuaciones psicosociales en contextos de violencia) Año de ingreso: 2009 Año de egreso: 2010
<b>Cursos, seminarios en los que ha participado (relacionados al proyecto o experiencia en proyectos y/o programas de prevención, tratamiento y/o reinserción social)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2009. Curso. "Determinantes Sociales en Salud" Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Pública. Santiago de Chile</li> <li>• 2009. Curso "Determinantes Sociales e Inequidades Sociales en Salud". Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Pública. Santiago de Chile</li> <li>• 2010. Taller de Formación Forense en "Protocolo de Estambul". International Rehabilitation Council for Torture Victims. Clínica Psicológica de la Universidad de la Frontera.</li> <li>• 2012. Taller Internacional de Sociología Jurídica. Universidad del País Vasco, España. Instituto Internacional de Sociología Jurídica</li> <li>• 2014. Curso "El derecho en acción ante la diversidad cultural". Núcleo de Investigación en Estudios Interétnicos e Interculturales de la Universidad Católica de Temuco.</li> <li>• 2014. Curso de post grado "Trauma, Resiliencia e interculturalidad; el protocolo de Estambul como instrumento de evaluación forense en violaciones de Derechos Humanos". Facultad de Educación y Humanidades, Universidad de la Frontera.</li> <li>• 2015. Seminario Internacional "Hacia un Estado Garante de Derechos para Niñas, Niños Y Adolescentes" Organizado por el Consejo Nacional de la Infancia, Eurosocial y Unicef. Santiago</li> <li>• 2016. Seminario "Avances y Desafíos de la Mediación en Chile: Mediación Penal y Comunitaria". Universidad Católica de Temuco, Universidad Santo Tomas, CREA. Temuco</li> </ul>



- 2017. Pasantía Internacional "Sistemas Sancionatorios" en México (Colegio de Tlaxcala) en el marco del FONDEF ID 16110424, Universidad Católica de Temuco.

- 2017, "III Jornada de Género y Diversidad en Salud", SSV, Valdivia, Chile

**Función que desempeña en el programa:**

Trabajador Social

**Declaración de Participar en el programa**

Si declaro intención de participar

<b>Nombre</b>	Cristian Andrés Vega González
<b>Edad</b>	27 años
<b>Rut</b>	17.067.494-4
<b>Domicilio</b>	Túnez 354
<b>Profesión/oficio</b>	Terapeuta Ocupacional
<b>Teléfono</b>	50061120
<b>Email</b>	vegagonzalez.cristian@mail.com

**Estudios básicos**

Escuela El Laurel, Valdivia.

**Estudios pre grado: Terapia Ocupacional**

**Universidad o instituto:** Universidad Austral de Chile

**Año de ingreso:** 2007

**Año de Titulación:** 2012

**Estudios post grado:**

Universidad o instituto

Año de ingreso

Año de Titulación

**Cursos, seminarios en los que ha participado (relacionados al proyecto o experiencia en proyectos y/o programas de prevención, tratamiento y/o reinserción social)**

- Noviembre de 2016, "II Jornada de Género y Diversidad en Salud", SSV, Valdivia, Chile.
- Agosto de 2016 "Técnicas de entrevista para fomentar la motivación y vínculo terapéutico: Entrevista Motivacional". Dirección Regional, SENDA, Valdivia Chile.
- Mayo de 2016 "Diseño de Planes de Tratamiento SMART". Dirección Regional SENDA, Valdivia, Chile.
- Agosto de 2015 "Trabajando con pacientes adultos y adolescentes con disregulación emocional y múltiples diagnósticos a través de la terapia conductual dialéctica. Módulo 2'. 20 horas. Grupo DBT Chile, Valdivia, Chile.
- Junio de 2015 "Prevención de suicidio", U. Virtual, MINSAL. 20 horas
- Mayo de 2015 "Herramientas para el reconocimiento y diagnóstico diferencial de trastornos afectivos". U. Virtual, MINSAL. 20 horas.
- Mayo de 2015 "Herramientas de manejo farmacológico y apoyo psicosocial para pacientes con trastornos afectivos". U. Virtual, MINSAL. 20 horas.



- |   |
|---|
| • Abril de 2015 "Consumo de Alcohol - Guía para reducir los riesgos". U. Virtual, MINSAL, 20 horas.   |
| • Diciembre de 2014 "Portafolio Metodológico para el desarrollo de competencias para la integración social", SENA, Valdivia, Chile. 20 horas.   |
| • Octubre de 2014 "Trabajando con pacientes adultos y adolescentes con desregulación emocional y múltiples diagnósticos a través de la terapia conductual dialéctica". 20 horas. Grupo DBT Chile, Valdivia, Chile   |
| • Julio 2013 "Herramientas de terapia ocupacional para el fortalecimiento de competencias socio laborales de jóvenes infractores de Ley". Universidad de Chile, Santiago de Chile. 20 horas.  |
| • Diciembre de 2013 "Herramientas específicas para el trabajo con adolescentes en situación de exclusión social y conflicto con la justicia y que presentan comorbilidad psiquiátrica". Unidad de Hospitalización de Corta Estadía Medio Privativo, Valdivia. 20 horas. |

<b>Función que desempeña en el programa</b>
Terapeuta Ocupacional.

<b>Declaración de Participar en el programa</b>
Declaro participar en el proyecto.

<b>Firma</b>	<b>Fecha</b>



<b>Nombre</b>	Loreto L. Vallejos Riquelme.
<b>Edad</b>	32 años.
<b>Rut</b>	15.988.111-3
<b>Domicilio</b>	Soto Aguilar #340, Valdivia.
<b>Profesión/oficio</b>	Terapeuta Ocupacional.
<b>Teléfono</b>	979810048
<b>Email</b>	loreto.vallejos1@gmail.com

<b>Estudios básicos:</b>
Educación Básica en Colegio Teresiano Padre Enrique e Instituto Claret de Temuco. Educación Media en Liceo Armando Robles Rivera de la ciudad de Valdivia.
<b>Estudios pre grado:</b>
Universidad o instituto: Universidad Austral de Chile. Año de ingreso: 2006. Año de Titulación: 2013.
<b>Estudios post grado:</b>
Universidad o instituto: Pontificia Universidad Católica de Chile. Año de ingreso: 2015. Año de Titulación: 2015
<b>Cursos, seminarios en los que ha participado (relacionados al proyecto o experiencia en proyectos y/o programas de prevención, tratamiento y/o reinserción social)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación de las habilidades, acompañamiento y asesoría para personas en situación de discapacidad y/o que vivieron privación de libertad, que participan de programas de capacitación en oficios del Servicio Nacional de Capacitación y Empleo.</li> <li>• Apoyo Sociolaboral a personas en situación de discapacidad y/o que vivieron privación de libertad, que participan en programas de Reinserción Social de SENCE.</li> <li>• Colocación Laboral para personas que participan de programas de reinserción social de SENCE. Sensibilización a empresas y empleadores respecto a la Ley de Inclusión Laboral para personas en situación de discapacidad (Ley de cuotas).</li> </ul>

<b>Función que desempeña en el programa</b>	
Terapeuta Ocupacional Responder a requerimientos de jefatura directa.	
<b>Declaración de Participar en el programa</b>	
Declaro la intención de continuar participando en la Unidad de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría medio privativo Valdivia.	
<b>Firma</b>	<b>Fecha</b>



<b>Nombre</b>	Rodrigo Alan Montealegre Choloux
<b>Edad</b>	34 años
<b>Rut</b>	15287792-7
<b>Domicilio</b>	Velero Elida 94 Brisas de la rivera
<b>Profesión/oficio</b>	Psicólogo
<b>Teléfono</b>	988072071
<b>Email</b>	Montealegre.choloux@gmail.com

<b>Estudios básicos</b>
Enseñanza media (1996-2000), Liceo Domingo Espinera Riesco Ancud Chiloé
<b>Estudios pre grado: Psicología</b>
Universidad o instituto: Universidad Mayor sede Temuco. Año de ingreso: 2001 Año de Titulación:2006
<b>Estudios post grado:</b>
Universidad o instituto: Universidad Mayor (magister en neuropsicológico) Año de ingreso: 2016 Año de egreso: En curso.
<b>Cursos, seminarios en los que ha participado (relacionados al proyecto o experiencia en proyectos y/o programas de prevención, tratamiento y/o reinserción social)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Técnicas de intervención psicosocial con familias vulnerables Universidad Bio Bio 2008</li> <li>• Taller de perfeccionamiento Zulliger sist. Comprensivo de Exner, Universidad del Desarrollo. Concepción (Enero 2008)</li> <li>• Diplomado formador del educador social como parte de un proceso de colaboración organizacional desarrollado por CODENI e instituto Matriztico (Humberto Maturana ,Ximena Dávila)</li> <li>• Evaluación integral de la personalidad adolescente: El uso de MACI en Chile.Dra Eugenia Vinet Reichhardt.</li> <li>• Experiencias en implementación de la justicia juvenil: Ser y deber ser de la política pública. 2011</li> <li>• Universidad de la Frontera.</li> <li>• Magister © neuropsicología Universidad Mayor 2016</li> </ul>
<b>Función que desempeña en el programa</b>
Psicólogo.
<b>Declaración de Participar en el programa</b>
Si declaro intención de participar

<b>Firma</b>	<b>Fecha</b>
--------------	--------------





<b>Nombre</b>	Jorge Ignacio Fonseca Hoare
<b>Edad</b>	27 años
<b>Rut</b>	17.396.129-4
<b>Domicilio</b>	Los Olivos #180
<b>Profesión/oficio</b>	Profesor de Educación Física
<b>Teléfono</b>	+56971832361
<b>Email</b>	jorgefonsecahoare@gmail.com

<b>Estudios básicos</b>
Escuela España, Valdivia
<b>Estudios pre grado: Educación Física</b>
Universidad o instituto: Universidad San Sebastián
Año de ingreso: 2008
Año de Titulación: 2012
<b>Estudios post grado:</b>
Universidad o instituto
Año de ingreso
Año de Titulación
<b>Cursos, seminarios en los que ha participado (relacionados al proyecto o experiencia en proyectos y/o programas de prevención, tratamiento y/o reinserción social)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Febrero 2017 – a la fecha Profesor de educación Física Unidad de Hospitalización de cuidados intensivos en psiquiatría</li> </ul>

<b>Función que desempeña en el programa</b>
Profesor de Educación Física

<b>Declaración de Participar en el programa</b>
YO DECLARO PARTICIPAR EN ESTE PROYECTO

<b>Firma</b>	<b>Fecha</b>



<b>Nombre</b>	Alejandra Paola Winckler Valdés
<b>Edad</b>	35 años
<b>Rut</b>	14.084.049-1
<b>Domicilio</b>	Francisco de Aguirre 130 Barrio Los Conquistadores
<b>Profesión/oficio</b>	Técnico en Enfermería de Nivel Superior
<b>Teléfono</b>	63-227 5532 / 2275531
<b>Email</b>	winckleralejandra@hotmail.com
<b>Estudios básicos</b>	
<b>Estudios pre grado:</b>	
Universidad o instituto: Instituto INACAP	
Año de ingreso: 2006	
Año de Titulación: 2008	
<b>Estudios post grado:</b>	
Universidad o instituto	
Año de ingreso	
Año de Titulación	
<b>Cursos, seminarios en los que ha participado (relacionados al proyecto o experiencia en proyectos y/o programas de prevención, tratamiento y/o reinserción social)</b>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Prevención de Suicidio</li><li>• Abuso sexual en niños, niñas y adolescentes</li><li>• Herramientas de manejo farmacológico y apoyo psicosocial para pacientes con trastornos afectivos</li></ul>	

<b>Función que desempeña en el programa</b>
Técnico en Enfermería de Nivel Superior

<b>Declaración de Participar en el programa</b>
Declaro participación del programa



<b>Nombre</b>	Carlos Fabián Faúndez Campos
<b>Edad</b>	35
<b>Rut</b>	14.081.227-7
<b>Domicilio</b>	Pishuinco s/n
<b>Profesión/oficio</b>	Auxiliar de servicio
<b>Teléfono</b>	+56984430914
<b>Email</b>	Carlosfaundez25@hotmail.com

<b>Estudios básicos</b>
Básicos : Escuela F No. 155, Antilhue.
Media : Liceo Industrial, Valdivia.
<b>Estudios pre grado:</b>
<b>Estudios post grado:</b>
<b>Cursos, seminarios en los que ha participado (relacionados al proyecto o experiencia en proyectos y/o programas de prevención, tratamiento y/o reinserción social)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Curso de A.I.I.H. Aseo, infección intra-hospitalaria.</li> <li>• Curso de cuidado y manejo en patologías psiquiátricas.</li> <li>• Capacitación "El Contexto Jurídico de la Atención de Adolescentes en Conflicto con la Justicia en el Marco de sus Derechos de Acceso la Salud en General y Específicamente a la Salud Mental. Diciembre 2013.</li> <li>• Capacitación "El Contexto Jurídico de la Atención de Adolescentes en Conflicto con la Justicia en el Marco de sus Derechos de Acceso la Salud en General y Específicamente a la Salud Mental. Noviembre 2014.</li> <li>• Capacitación RCP 2016</li> <li>• Trato al usuario. Octubre 2016</li> </ul>

<b>Función que desempeña en el programa</b>
Auxiliar de servicio

<b>Declaración de Participar en el programa</b>
YO DECLARO PARTICIPAR EN ESTE PROYECTO

<b>Firma</b>	<b>Fecha</b>



<b>Nombre</b>	Digna Deysi Cabrera Peña
<b>Edad</b>	29
<b>Rut</b>	16.564.660-6
<b>Domicilio</b>	Camino Angachilla #1320 Villa Galilea
<b>Profesión/oficio</b>	Técnico en enfermería
<b>Teléfono</b>	+56981462040
<b>Email</b>	deysic2014@gmail.com
<b>Estudios básicos</b>	
Básicos: Liceo Santo Cura de Ars, Máfil. Medios: Liceo Santo Cura de Ars, Máfil.	
<b>Estudios pre grado:</b>	
Técnico en enfermería de nivel superior, instituto Valle Central. Año de ingreso: 2013 Año de Titulación: 2015	
<b>Estudios post grado:</b>	
Universidad o instituto Año de ingreso Año de Titulación	
<b>Cursos, seminarios en los que ha participado (relacionados al proyecto o experiencia en proyectos y/o programas de prevención, tratamiento y/o reinserción social)</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ley 20.084 y sanciones accesorias, dictada por Subdpto. de Psiquiatría del Hospital Base Valdivia).</li> <li>• Capacitación "El Contexto Jurídico de la Atención de Adolescentes en Conflicto con la Justicia en el Marco de sus Derechos de Acceso la Salud en General y Específicamente a la Salud Mental. Diciembre 2013.</li> <li>• Capacitación "El Contexto Jurídico de la Atención de Adolescentes en Conflicto con la Justicia en el Marco de sus Derechos de Acceso la Salud en General y Específicamente a la Salud Mental. Noviembre 2014</li> <li>• Inducción al servicio de salud Valdivia, septiembre 2013.</li> <li>• Patologías GES, diciembre 2013.</li> <li>• Prevención de suicidio, febrero 2014.</li> <li>• Control de infecciones asociadas a la atención en salud, marzo 2014.</li> <li>• Introducción al abordaje del consumo de drogas en salud, agosto 2014.</li> <li>• Consumo de alcohol - guía para reducir los riesgos, marzo 2015.</li> <li>• RCP, agosto 2016.</li> </ul>	
<b>Función que desempeña en el programa</b>	
Técnico en enfermería de nivel superior de la Unidad de Hospitalización Corta Estadía Medio Privativo.	
<b>Declaración de Participar en el programa</b>	
<b>YO DECLARO PARTICIPAR EN ESTE PROYECTO</b>	

<b>Firma</b>	<b>Fecha</b>



<b>Nombre</b>	Gina Torres Silva
<b>Edad</b>	32
<b>Rut</b>	15.760.002-8
<b>Domicilio</b>	Alonso Zurita # 27, Valdivia
<b>Profesión/oficio</b>	Técnico En Enfermería
<b>Teléfono</b>	+56994918647
<b>Email</b>	Gtecnicoenfermeria@Gmail.Com
<b>Estudios básicos</b>	
<b>Estudios pre grado:</b>	
Superior: Técnico Enfermería, Universidad Aconcagua	
Año de ingreso	
Año de Titulación	
<b>Estudios post grado:</b>	
<b>Cursos, seminarios en los que ha participado (relacionados al proyecto o experiencia en proyectos y/o programas de prevención, tratamiento y/o reinserción social)</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ley 20.084 y sanciones accesorias, dictado por Servicio de Psiquiatría del Hospital Base Valdivia.</li> <li>• Tratamiento, rehabilitación y reinserción Conace.</li> <li>• Actualización teórico - práctica en la intervención en adolescentes infractores de ley con consumo de drogas, Conace-Codeni-Sename.</li> <li>• Capacitación "El Contexto Jurídico de la Atención de Adolescentes en Conflicto con la Justicia en el Marco de sus Derechos de Acceso la Salud en General y Específicamente a la Salud Mental. Diciembre 2013.</li> <li>• -Capacitación "El Contexto Jurídico de la Atención de Adolescentes en Conflicto con la Justicia en el Marco de sus Derechos de Acceso la Salud en General y Específicamente a la Salud Mental. Noviembre 2014.</li> </ul>	
<b>Función que desempeña en el programa</b>	
Técnico en Enfermería de la Unidad de Hospitalización Corta Estadía Medio Privativo.	

<b>Declaración de Participar en el programa</b>
<b>YO DECLARO PARTICIPAR EN ESTE PROYECTO</b>

<b>Firma</b>	<b>Fecha</b>
--------------	--------------



<b>Nombre</b>	FRANCISCO ABDIAS CASTILLO CASTILLO
<b>Edad</b>	33 años
<b>Rut</b>	15.547.719-9
<b>Domicilio</b>	Sedeño #410, Las Animas, Valdivia
<b>Profesión/oficio</b>	Técnico en enfermería nivel superior
<b>Teléfono</b>	985896251 - 81475620
<b>Email</b>	francisco.abdias.castillo@gmail.com

<b>Estudios básicos</b>
Liceo Industrial, Técnico en mantenimiento Industrial, Valdivia.
<b>Estudios pre grado:</b>
Universidad o instituto: Instituto Técnico Profesional INACAP, Valdivia Año de ingreso: 2005 Año de Titulación: 2007
<b>Estudios post grado:</b>
Universidad o instituto Año de ingreso Año de Titulación
<b>Cursos, seminarios en los que ha participado (relacionados al proyecto o experiencia en proyectos y/o programas de prevención, tratamiento y/o reinserción social)</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• 2007, Curso "Actualización en Patologías Psiquiátricas Ges": Servicio de Salud Valdivia</li><li>• 2008, Curso: "Herramientas conceptuales y prácticas en el abordaje del consumo de drogas en adolescentes, adultos y familia" CONACE.</li><li>• 2008, Curso: "Perfeccionamiento para técnicos en el tratamiento y la rehabilitación de adolescentes infractores de ley, con consumo problemático de drogas", Universidad de Concepción.</li><li>• 2009, Curso: "Jornada de actualización teórico-práctico en la intervención de Adolescentes infractores de ley con consumo de drogas" CONACE Los Ríos.</li><li>• 2011, "Jornada de capacitación "intervención sistémico familiar en población adolescente con consumo problemático de drogas e infracción a la ley".</li><li>• 2016, Curso <i>on line</i> Universidad Virtual "Prevención de suicidio"</li></ul>

<b>Función que desempeña en el programa</b>
Técnico en Enfermería de Nivel Superior

<b>Declaración de Participar en el programa</b>
Declaro participar en el proyecto.

<b>Firma</b>	<b>Fecha</b>
--------------	--------------



<b>Nombre</b>	Nancy Arlette Sarabia Carvajal
<b>Edad</b>	37 años.
<b>Rut</b>	13. 846. 593-4
<b>Domicilio</b>	Valle de Azapa 475, Villa Alborada Valdivia.
<b>Profesión/oficio</b>	Enfermera
<b>Teléfono</b>	79461294
<b>Email</b>	nsarabia001@gmail.com
<b>Estudios básicos</b>	
1985 a 1997: Educación Básica y Media.	
<b>Estudios pre grado: ENFERMERÍA</b>	
Universidad o instituto: Universidad Austral de Chile; Enfermera, Licenciada en Enfermería.	
Año de ingreso: 1998	
Año de Titulación: 2003	
<b>Estudios post grado: Diploma en Salud Ocupacional</b>	
Universidad o instituto: Universidad de Chile	
Año de ingreso: 2006	
Año de Titulación: 2016	
<b>Cursos, seminarios en los que ha participado (relacionados al proyecto o experiencia en proyectos y/o programas de prevención, tratamiento y/o reinserción social)</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2008 a la fecha: Capacitaciones y Cursos de Perfeccionamiento en Atención de Adultos y Adolescentes, Privados de Libertad con Patologías de Salud Mental</li> <li>• Capacitación "El Contexto Jurídico de la Atención de Adolescentes en Conflicto con la Justicia en el Marco de sus Derechos de Acceso en la Salud en General y Específicamente a la Salud Mental". Diciembre 2013.</li> <li>• Capacitación "El Contexto Jurídico de la Atención de Adolescentes en Conflicto con la Justicia en el Marco de sus Derechos de Acceso en la Salud en General y Específicamente a la Salud Mental". Noviembre 2014.</li> <li>• Capacitación "Jornada Interdisciplinaria en el Tratamiento de Adolescentes en Conflicto con la Justicia y que presenten Consumo de Alcohol, Drogas y otras Patologías de Salud Mental". Diciembre 2015.</li> </ul>	
<b>Cursos UVirtual, Programa de Aprendizaje Autogestionado, Servicio de Salud, Valdivia:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• "Abuso Sexual en Niños, Niñas y Adolescentes".</li> <li>• "Control de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud"</li> <li>• "Herramientas de Manejo Farmacológico y Apoyo Psicosocial para Pacientes con Trastornos Afectivos"</li> <li>• "Introducción a la Consejería de Promoción de la Salud Sexual y Prevención de VIH/SIDA e ITS".</li> <li>• "Prevención de Suicidio"</li> </ul>	
<b>Función que desempeña en el programa</b>	
ENFERMERA	
<b>Declaración de Participar en el programa</b>	
Declaro participar en el proyecto.	

<b>Firma</b>	<b>Fecha</b>
--------------	--------------



<b>Nombre</b>	LUIS CHRISTIAN SANTIBAÑEZ ROSAS
<b>Edad</b>	45 años
<b>Rut</b>	11.712.361-8
<b>Domicilio</b>	Alonso Zurita 27
<b>Profesión/oficio</b>	ENFERMERO
<b>Teléfono</b>	965831746
<b>Email</b>	Luissanti23mail.com

<b>Estudios básicos</b>	
Superior	Obstetricia y Puericultura Universidad Austral de Chile Valdivia Enfermería Universidad Austral de Chile Valdivia
<b>Estudios pre grado:</b>	
Universidad o instituto	Universidad Austral de Chile
Año de ingreso	1990
Año de Titulación	1995
<b>Estudios post grado: Sin estudios de post grado</b>	
<b>Cursos, seminarios en los que ha participado (relacionados al proyecto o experiencia en proyectos y/o programas de prevención, tratamiento y/o reinserción social)</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacitación "El Contexto Jurídico de la Atención de Adolescentes en Conflicto con la Justicia en el Marco de sus Derechos de Acceso la Salud en General y Específicamente a la Salud Mental. Diciembre 2013.</li> <li>• -Capacitación "El Contexto Jurídico de la Atención de Adolescentes en Conflicto con la Justicia en el Marco de sus Derechos de Acceso la Salud en General y Específicamente a la Salud Mental. Noviembre 2014</li> </ul>	

<b>Función que desempeña en el programa</b>	
COORDINADOR Transitorio UHCIP Enfermero en turno de la Unidad de Hospitalización Corta Estadía Medio Privativo.	

<b>Declaración de Participar en el programa</b>	
YO DECLARO PARTICIPAR EN ESTE PROYECTO	

<b>Firma</b>	<b>Fecha</b>





<b>Nombre</b>	PABLO ANDRES MONTAÑA CISTERNAS
<b>Edad</b>	30
<b>Rut</b>	16160859-9
<b>Domicilio</b>	SECTOR LAS GAVIOTAS, PARCELA 7B, VALDIVIA
<b>Profesión/oficio</b>	ENFERMERO
<b>Teléfono</b>	+56968794456
<b>Email</b>	pmc_hxc@hotmail.com

<b>Estudios básicos</b>
Escuela básica Corral. Liceo Armando Robles Valdivia
<b>Estudios pre grado:</b>
Universidad o instituto: Enfermería, Universidad Austral de Chile. Año de ingreso:2005 Año de Titulación:2011
<b>Estudios post grado:</b>
Universidad o instituto Año de ingreso Año de Titulación
<b>Cursos, seminarios en los que ha participado (relacionados al proyecto o experiencia en proyectos y/o programas de prevención, tratamiento y/o reinserción social)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacitación Simposio de trastornos afectivos y de personalidad, julio 2012.</li> <li>• Capacitación X jornada de neurología Valdivia 2013, mayo2013.</li> <li>• Capacitación Conducta suicida y su responsabilidad médico legal, noviembre 2013.</li> <li>• Curso Tratamiento y atención de pacientes con consumo problemático de OH, Agosto 2016</li> </ul>

<b>Función que desempeña en el programa</b>
ENFERMERO

<b>Declaración de Participar en el programa</b>
YO DECLARO PARTICIPAR EN ESTE PROYECTO

<b>Firma</b>	<b>Fecha</b>



<b>Nombre</b>	MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ MONTECINOS
<b>Edad</b>	32
<b>Rut</b>	15.531.344-7
<b>Domicilio</b>	REINA SOFIA, PASAJE INFANTA ELENA #3590
<b>Profesión/oficio</b>	AUXILIAR DE SERVICIO
<b>Teléfono</b>	+56963968721
<b>Email</b>	mf_montecinos@hotmail.com

<b>Estudios básicos</b>
Básicos: Escuela N° 1, Valdivia. Medios: Colegio Austral, Valdivia
<b>Estudios pre grado: Sin estudio pregrado</b>
<b>Estudios post grado: Sin estudio de post gado</b>
<b>Cursos, seminarios en los que ha participado (relacionados al proyecto o experiencia en proyectos y/o programas de prevención, tratamiento y/o reinserción social)</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Unidad de Hospitalización de Corta Estadía Medio Libre, Hospital Clínico Regional Valdivia.</li><li>• Capacitación "El Contexto Jurídico de la Atención de Adolescentes en Conflicto con la Justicia en el Marco de sus Derechos de Acceso la Salud en General y Específicamente a la Salud Mental. Diciembre 2013.</li><li>• Capacitación "El Contexto Jurídico de la Atención de Adolescentes en Conflicto con la Justicia en el Marco de sus Derechos de Acceso la Salud en General y Específicamente a la Salud Mental. Noviembre 2014</li></ul>

<b>Función que desempeña en el programa</b>
Auxiliar de servicio de la Unidad de Hospitalización Corta Estadía Medio Privativo.

<b>Declaración de Participar en el programa</b>
YO DECLARO PARTICIPAR EN ESTE PROYECTO

<b>Firma</b>	<b>Fecha</b>



<b>Nombre</b>	JESÚS SEBASTIAN GODOY GARCES
<b>Edad</b>	34
<b>Rut</b>	15.250.428-4
<b>Domicilio</b>	DONALD CANTER 2860
<b>Profesión/oficio</b>	TECNICO EN ENFERMERIA
<b>Teléfono</b>	946628460
<b>Email</b>	JESUS.SEBASTIAN.GODOY@GMAIL.COM

<b>Estudios básicos</b>	
Básica	Escuela España D-21 1° a 8°
Enseñanza media	Liceo Benjamín Vicuña Mackena, Valdivia
<b>Estudios pre grado: Técnico de Nivel Superior en Enfermería</b>	
Universidad o instituto	INACAP Valdivia
Año de ingreso	2010
Año de Titulación	2012
<b>Estudios post grado: Sin estudios de postgrado</b>	
<b>Cursos, seminarios en los que ha participado (relacionados al proyecto o experiencia en proyectos y/o programas de prevención, tratamiento y/o reinserción social)</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Curso prevención y educación en drogas, dictado por Agrupación Juvenil Belén.</li> <li>• Curso de Habilidades Preventivas Parentales SENDA</li> <li>• "El Contexto Jurídico de la Atención de Adolescentes en Conflicto con la Justicia en el Marco de sus Derechos de Acceso la Salud en General y Específicamente a la Salud Mental. Diciembre 2013.</li> <li>• Curso Prevención alcoholismo y tratamiento MINSAL</li> <li>• Curso introducción el abordaje del consumo de drogas en salud. MINSAL</li> <li>• Curso Inteligencia Emocional Capacitación Austral Valdivia</li> <li>• Capacitación Violencia, Género y consumo de drogas Senda</li> <li>• Capacitación Modelo SMART Senda</li> <li>• Jornada Regional de Género y Consumo de sustancias 2017.</li> <li>• Cursando 1° año carrera Técnico en Rehabilitación en Instituto Profesional de la Universidad de Los Lagos Valdivia.</li> </ul>	

<b>Función que desempeña en el programa</b>
Técnico en Rehabilitación

<b>Declaración de Participar en el programa</b>
YO DECLARO PARTICIPAR EN ESTE PROYECTO.

--	--



<b>Nombre</b>	JESÚS SEBASTIAN GODOY GARCES
<b>Edad</b>	34
<b>Rut</b>	15.250.428-4
<b>Domicilio</b>	DONALD CANTER 2860
<b>Profesión/oficio</b>	TECNICO EN ENFERMERIA
<b>Teléfono</b>	946628460
<b>Email</b>	JESUS.SEBASTIAN.GODOY@GMAIL.COM

<b>Estudios básicos</b>	
Básica	Escuela España D-21 1° a 8°
Enseñanza media	Liceo Benjamín Vicuña Mackena, Valdivia
<b>Estudios pre grado: Técnico de Nivel Superior en Enfermería</b>	
Universidad o instituto	INACAP Valdivia
Año de ingreso	2010
Año de Titulación	2012
<b>Estudios post grado: Sin estudios de postgrado</b>	
<b>Cursos, seminarios en los que ha participado (relacionados al proyecto o experiencia en proyectos y/o programas de prevención, tratamiento y/o reinserción social)</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Curso prevención y educación en drogas, dictado por Agrupación Juvenil Belén.</li> <li>• Curso de Habilidades Preventivas Parentales SENDA</li> <li>• "El Contexto Jurídico de la Atención de Adolescentes en Conflicto con la Justicia en el Marco de sus Derechos de Acceso la Salud en General y Específicamente a la Salud Mental. Diciembre 2013.</li> <li>• Curso Prevención alcoholismo y tratamiento MINSAL</li> <li>• Curso introducción el abordaje del consumo de drogas en salud. MINSAL</li> <li>• Curso Inteligencia Emocional Capacitación Austral Valdivia</li> <li>• Capacitación Violencia, Género y consumo de drogas Senda</li> <li>• Capacitación Modelo SMART Senda</li> <li>• Jornada Regional de Género y Consumo de sustancias 2017.</li> <li>• Cursando 1° año carrera Técnico en Rehabilitación en Instituto Profesional de la Universidad de Los Lagos Valdivia.</li> </ul>	

<b>Función que desempeña en el programa</b>
Técnico en Rehabilitación

<b>Declaración de Participar en el programa</b>
YO DECLARO PARTICIPAR EN ESTE PROYECTO.

--	--



<b>Nombre</b>	Mónica Carmen Alicia González Lagos
<b>Edad</b>	35 años
<b>Rut</b>	14.080.702-8
<b>Domicilio</b>	Las Mulatas #360, Condominio Río Valdivia casa N° 43
<b>Profesión/oficio</b>	Enfermera
<b>Teléfono</b>	986870732
<b>Email</b>	monicaguhcemp@gmail.com
<b>Estudios básicos:</b> 1988-1995 Escuela Alberto Córdova , Lanco 1996-1999 Liceo Camilo Henríquez, Lanco	
<b>Estudios pre grado: Enfermería.</b>	
Universidad o instituto: 2000-2002, Universidad Austral de Chile, Valdivia, Bioquímica Universidad Austral de Chile, Valdivia, Licenciada en Enfermería,	
Año de ingreso: 2003 Año de Titulación: 2008	
<b>Estudios post grado:</b>	
Universidad o instituto: Universidad de Chile, Instituto de Asuntos Públicos, Diplomado, "Intervención en tratamiento y reinserción social, en población de adolescentes infractores de ley con consumo problemático de alcohol, drogas y otros trastornos de Salud Mental. Año de ingreso: 2008 Año de Titulación: 2008 Universidad Andrés Bello, Facultad de Enfermería, Diplomado, "Gestión y Calidad en Salud". Año de ingreso: 2014 Año de Titulación: 2014	
<b>Cursos, seminarios en los que ha participado (relacionados al proyecto o experiencia en proyectos y/o programas de prevención, tratamiento y/o reinserción social</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2008 Participación en el Seminario "Herramientas conceptuales y prácticas en el abordaje del consumo de drogas en adolescentes, adultos y familia".</li> <li>• 2008 Servicio de Salud Valdivia, Capacitación en "Infecciones de transmisión sexual" protocolo de detección y derivación VIH.</li> <li>• 2011 Senda Los Ríos, Capacitación en "Intervención Sistémico familiar en población adolescente con Consumo de drogas e infracción a la ley".</li> <li>• 2012 Universidad de Valparaíso, Capacitación "Actualización en psiquiatría: Últimos avances clínico y psicológicos".</li> <li>• 2013 Universidad Austral, Capacitación "Curso de inteligencia emocional para una atención de calidad al usuario".</li> <li>• 2013 "Herramientas específicas para el trabajo con adolescentes en situación de exclusión social y conflicto con la justicia y que presentan co-morbilidad psiquiátrica".</li> <li>• 2014 "Salud Mental, autonomía y derechos de jóvenes infractores de ley".</li> <li>• 2016 RCP en adultos y pacientes pediátricos.</li> </ul>	
<b>Función que desempeña en el programa</b>	
Enfermera Clínica	
<b>Declaración de Participar en el programa</b>	
Declaro participar del programa	
<b>Firma</b>	<b>Fecha</b>



<b>Nombre</b>	Lucia Nery Gueregat Maraboli
<b>Edad</b>	35
<b>Rut</b>	15.262.286-4
<b>Domicilio</b>	Las Parras Parcela 4B Valdivia
<b>Profesión/oficio</b>	Técnico Paramédico
<b>Teléfono</b>	632231545
<b>Email</b>	Lucia.gueregat@gmail.com

<b>Estudios básicos</b>
Básicos : Media : 1° a 4° Año de Enseñanza Media Liceo "San Luis de Alba. San José de la Mariquina.
<b>Estudios pre grado:</b>
Universidad o instituto: Curso de auxiliares paramédicos de enfermería. Servicio de salud Valdivia. Año de ingreso: 2003 Año de Titulación: 2003
<b>Estudios post grado: Sin estudios.</b>
<b>Cursos, seminarios en los que ha participado (relacionados al proyecto o experiencia en proyectos y/o programas de prevención, tratamiento y/o reinserción social)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención Pre hospitalaria 2004</li> <li>• Capacitación "El Contexto Jurídico de la Atención de Adolescentes en Conflicto con la Justicia en el Marco de sus Derechos de Acceso la Salud en General y Específicamente a la Salud Mental. Noviembre 2014.</li> </ul>

<b>Función que desempeña en el programa</b>
Técnico en Enfermería de Nivel Superior de la UHCIP Valdivia, en Medio Privativo de Libertad.

<b>Declaración de Participar en el programa</b>
<b>YO DECLARO PARTICIPAR EN ESTE PROYECTO</b>

	<b>06/12/2017</b>
<b>Firma</b>	<b>Fecha</b>



<b>Nombre</b>	Juan De Dios Klaassen Segovia
<b>Edad</b>	32
<b>Rut</b>	14.589.913-3
<b>Domicilio</b>	Camilo Henríquez 971 Valdivia
<b>Profesión/oficio</b>	Auxiliar De Servicio
<b>Teléfono</b>	+56987891077
<b>Email</b>	jotaktonijua@hotmail.com

<b>Estudios básicos</b>
Enseñanza básica: Esc. N° 1 Valdivia
Enseñanza media: Liceo Benjamín Vicuña Mackenna Valdivia
<b>Estudios pre grado:</b>
Universidad o instituto: Universidad Los Lagos, Valdivia. Orientador familiar
Año de ingreso: 2003
Año de Titulación: 2007
<b>Estudios post grado:</b>
<b>Cursos, seminarios en los que ha participado (relacionados al proyecto o experiencia en proyectos y/o programas de prevención, tratamiento y/o reinserción social</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ley 20.084 y sanciones accesorias, dictada por Subdpto. de Psiquiatría del Hospital Base Valdivia).</li> <li>• RCP</li> <li>• Capacitación de Genero</li> <li>• Intervención Drogo dependiente</li> </ul>

<b>Función que desempeña en el programa</b>
Técnico en enfermería de nivel superior de la Unidad de Hospitalización Corta Estadía Medio Privativo.

<b>Declaración de Participar en el programa</b>
<b>YO DECLARO PARTICIPAR EN ESTE PROYECTO</b>

	<b>06/12/2017</b>
<b>Firma</b>	<b>Fecha</b>



<b>Nombre</b>	Edgar Alexander Ríos Roldan
<b>Edad</b>	27
<b>Rut</b>	17.358.827-5
<b>Domicilio</b>	Avenida Lynch, pasaje 21 #790
<b>Profesión/oficio</b>	Técnico nivel superior en enfermería
<b>Teléfono</b>	61074239
<b>Email</b>	ríos.er14@gmail.com
<b>Estudios básicos</b>	
Básicos : Escuela España D-21, Valdivia.	
Media : instituto superior de administración y turismo, Valdivia.	
<b>Estudios pre grado:</b>	
Universidad de Aconcagua: Técnico nivel superior en enfermería.	
Año de ingreso:2013	
Año de Titulación:2016	
<b>Estudios post grado: Sin estudios post grado.</b>	
<b>Cursos, seminarios en los que ha participado (relacionados al proyecto o experiencia en proyectos y/o programas de prevención, tratamiento y/o reinserción social</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Funciones de TENS en la unidad de hospitalización de corta estadía medio privativo (reemplazo).</li> </ul>	

<b>Función que desempeña en el programa</b>
Técnico en Enfermería de la Unidad de Hospitalización Corta Estadía Medio Privativo.

<b>Declaración de Participar en el programa</b>
<b>YO DECLARO PARTICIPAR EN ESTE PROYECTO</b>

<b>Firma</b>	<b>Fecha</b>
--------------	--------------





<b>Nombre</b>	Boris Fabián Álvarez Fuentes
<b>Edad</b>	28
<b>Rut</b>	17.296.952-6
<b>Domicilio</b>	Villa Laminadora, psje Laurel 9 #5070
<b>Profesión/oficio</b>	TENS
<b>Teléfono</b>	950616722
<b>Email</b>	Boris.alvarez89@gmail.com

<b>Estudios básicos</b>
1996 – 1998: Enseñanza Básica, Escuela Rural El Salto 1999 – 2003: Enseñanza Básica, Escuela Rural Reumén 2004 – 2007: Enseñanza media, Liceo Rodolfo Amando Philippi, Paillaco 2008: Servicio militar, término de enseñanza media
<b>Estudios pre grado:</b>
Universidad o instituto: Instituto Profesional AIEP, sede Concepción Año de ingreso: 2013 Año de Titulación: 2015
<b>Estudios post grado:</b>
Universidad o instituto Año de ingreso Año de Titulación
<b>Cursos, seminarios en los que ha participado (relacionados al proyecto o experiencia en proyectos y/o programas de prevención, tratamiento y/o reinserción social)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Curso "Fortalecimiento de ambientes de trabajo" (Programa Biblioredes SNBP) 24 horas cronológicas. Nota 7.0</li> <li>• Curso "Inclusión y atención de usuarias y usuarios" (Programa Biblioredes SNBP) 40 horas cronológicas. Nota 7.0</li> <li>• Capacitación "Probidad y ética" SSV.</li> </ul>

<b>Función que desempeña en el programa</b>
TENS

<b>Declaración de Participar en el programa</b>
Yo declaro participar en el programa

<b>Firma</b>	<b>Fecha</b>



Nombre	FELIX ENRIQUE OBREQUE RIVAS
Edad	35 años
Rut	14.082.769-K
Domicilio	PSJE FRANCISCO VIDAL 512
Profesión/oficio	MONITOR TALLER HIP HOP
Teléfono	63-2-200482 986744558
Email	Felix.obreque.r@gmail.com

<b>Estudios básicos</b>
Básicos : Escuela helvecia
Media : liceo Benjamín Vicuña Mackenna

<b>Función que desempeña en el programa</b>
Monitor creación musical hip hop de la Unidad de Hospitalización Corta Estadía Medio Privativo.

<b>Declaración de Participar en el programa</b>
YO DECLARO PARTICIPAR EN ESTE PROYECTO

	06/12/201
Firma	Fecha



Nombre	Silvia de Lourdes Cañulef Caro
Edad	49
Rut	11.307.253-9
Domicilio	Nueva 6 #3166, Villa Cau-Cau, Valdivia
Profesión/oficio	Orientadora Familiar Mención Relaciones Humanas.
Teléfono	063-226672 - 81232821
Email	silviacanulef@gmail.com

Estudios
Orientadora Familiar, Mención Relaciones Humanas. Universidad de Los Lagos.

Función que desempeña en el programa
Monitora de taller de arte terapia.

Declaración de Participar en el programa
YO DECLARO PARTICIPAR EN ESTE PROYECTO

Firma	Fecha

**20.- RECURSO HUMANO DEL PROGRAMA:  
(Financiado por Senda)**

Nombre	Función	Horas semanales
Rodrigo Montealegre Choloux	Psicólogo	33
Cristian Vega González	Terapeuta ocupacional	22
Loreto Vallejos Riquelme	Terapeuta Ocupacional	11
Jesús Godoy Garcés.	Técnico en rehabilitación	44
Víctor Villaroel	Médico General	11
Félix Obreque Rivas	Tallerista Audiovisual	2
Yasna Aravena	Médico psiquiatra	22
Eduardo Mella Seguel	Trabajador/a social y apoyo a la Coordinación	33
Jorge Fonseca Hoare	Profesor de educación física	22
Por definir	Médico psiquiatra (de remplazo)	10 eventos anuales
Por definir	Administrativo/estafeta	22
Por definir	Jefatura	22

**(No financiado por Senda)**

Nombre	Función	Horas semanales
Luis Santibáñez Rosas	Encargado del área de enfermería	48
Mónica González Lagos	Enfermera	48
Nancy Sarabia Carvajal	Enfermera	48
Pablo Montaña Cisternas	Enfermero	48
Alejandra Winkler Valdés	TENS	48
Digna Daisy Cabrera Peña	TENS	48
Gina Torres Silva	TENS	48
Francisco Castillo Castillo	TENS	48
Por definir, en concurso	TENS	48
Boris Álvarez Fuentes	TENS	48
Lucía Gueregat Marabolis	TENS	48
Edgar Ríos	TENS	48
Carlos Faúndez Campos	Auxiliar	48
Miguel Fernández Montecinos	Auxiliar	48
Sergio Morales Muñoz	Auxiliar	48
Juan Klaassen Segovia	Auxiliar	48
Por definir	Coordinación	22
Andrea Santana	Jefa Subdpto Salud Mental SSV (Referente Técnico y Administrativo)	4



Alejandro Gómez	Dpto. Finanzas SSV	4
Carola Solis	Gestión Financiera Subdpto. Salud Mental	4
Tania Solar López	Referente Téc. Convenio II	11

**21.- PRESUPUESTO DEL PROGRAMA**

Planilla EXCEL adjunta.

**PRESUPUESTO FORMATO B  
DESCRIPCIÓN DE ÍTEM**

**Gastos de Operación**

TIPO	CANTIDAD	QUIÉN Y CUANTO APORTA \$		
		APORTE PROPIO	SENDA	TOTAL \$
INSUMOS MATERIALES OFICINA Y COMPUTACIONALES		\$ 500.000	\$ 0	\$ 500.000
INSUMOS Clínicos y fármacos ocasionales		\$ 100.000	\$ 0	\$ 100.000
FONDO FIJO		\$ 0	\$ 500.000	\$ 500.000
Esterilización		\$ 400.000	\$ 0	\$ 400.000
Laboratorio		\$ 300.000	\$ 0	\$ 300.000
Farmacia		\$ 4.000.000	\$ 0	\$ 4.000.000
<b>SUB TOTAL \$</b>		<b>\$ 5.300.000</b>	<b>\$ 500.000</b>	<b>\$ 5.800.000</b>
<b>TOTAL ÍTEM \$</b>				<b>\$ 5.800.000</b>

**Gastos en personal**

PROFESIÓN U OFICIO	CANTIDAD DE PROFESIONALES DESTINADOS	N° DE HORAS SEMANALES AL PROYECTO	QUIÉN Y CUANTO APORTA \$		
			APORTE PROPIO	SENDA	TOTAL \$
Jefatura Técnica del equipo clínico de la UHCIP.	1	44	\$ 11.815.382	\$ 11.815.382	\$ 23.630.723
Psiquiatra	1	22	\$ 0	\$ 38.379.200	\$ 38.379.200
Médico General	1	11	\$ 0	\$ 7.892.888	\$ 7.892.888
Trabajador/a social	1	33	\$ 0	\$ 13.569.788	\$ 13.569.788
Psicóloga	1	33	\$ 0	\$ 13.569.788	\$ 13.569.788
Profesora de educación física	1	22	\$ 0	\$ 6.785.000	\$ 6.785.000
Terapeuta ocupacional	1	33	\$ 0	\$ 13.569.788	\$ 13.569.788
Psiquiatra llamado	1	10	\$ 0	\$ 1.200.000	\$ 1.200.000
Técnico en Rehabilitación	1	44	\$ 0	\$ 11.000.528	\$ 11.000.528
Monitor Audiovisual	1	2	\$ 0	\$ 2.180.000	\$ 2.180.000
Secretaría/o	1	22	\$ 0	\$ 3.281.760	\$ 3.281.760
Auxiliares de Servicio	4	4° TURNO	\$ 29.252.354	\$ 0	\$ 29.252.354
Técnicos en Enfermería	8	4° TURNO	\$ 66.345.201	\$ 0	\$ 66.345.201
Enfermeros/as	4	4° TURNO	\$ 85.784.524	\$ 0	\$ 85.784.524
Técnico en Enfermería	2	2° TURNO	\$ 11.880.000	\$ 0	\$ 11.880.000
Psicóloga, Referente Subdepto Salud Mental	1	11	\$ 10.428.564	\$ 0	\$ 10.428.564
Enfermera, Referente Sub Depto. Salud Mental	1	4	\$ 948.051	\$ 0	\$ 948.051
<b>SUB TOTAL \$</b>			<b>\$ 215.454.056</b>	<b>\$ 121.204.100</b>	<b>\$ 336.658.156</b>
<b>TOTAL ÍTEM \$</b>					<b>\$ 336.658.156</b>

**Gastos en inversión**

TIPO	CANTIDAD	QUIÉN Y CUANTO APORTA \$		
		APORTE PROPIO	SENDA	TOTAL \$
				\$ 0
				\$ 0
				\$ 0
				\$ 0
				\$ 0
				\$ 0
<b>SUB TOTAL \$</b>		<b>\$ 0</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 0</b>
<b>TOTAL ÍTEM \$</b>				<b>\$ 0</b>

**Gastos asociados a actividades**


TIPO	CANTIDAD	QUIÉN Y CUANTO APORTA \$		
		APORTE PROPIO	SENDA	TOTAL \$
Actividad N° 1 Proceso cuidado de equipo (relatoría externa)	4	\$ 500.000	\$ 1.000.000	\$ 1.500.000
Actividad N°1 Materiales de Talleres (cocina, manualidades, huerto y jardín, etc.)		\$ 500.000	\$ 0	\$ 500.000
Actividad N° 1 Movilización diaria (traslado muestras, medicamentos, esterilización, recurso humano y documentos)	2288 viajes	\$ 0	\$ 10.200.000	\$ 10.200.000
<b>SUB TOTAL \$</b>		<b>\$ 1.000.000</b>	<b>\$ 11.200.000</b>	<b>\$ 12.200.000</b>
<b>TOTAL ÍTEM \$</b>				<b>\$ 12.200.000</b>

**Gastos de Habilitación**

TIPO	CANTIDAD	QUIÉN Y CUANTO APORTA \$		
		APORTE PROPIO	SENDA	TOTAL \$
				\$ 0
				\$ 0
<b>SUB TOTAL \$</b>		<b>\$ 0</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 0</b>
<b>TOTAL ÍTEM \$</b>				<b>\$ 0</b>

**PRESUPUESTO TOTAL DEL PROGRAMA**

ÍTEM	APORTE PROPIO	SENDA	TOTAL ÍTEM	% DEL ÍTEM APORTA SENDA
Gastos de Operación	\$ 5.300.000	\$ 500.000	\$ 5.800.000	8,38%
Gastos en personal	\$ 215.454.056	\$ 121.204.100	\$ 336.658.156	91,20%
Gastos en inversión	\$ 0	\$ 0	\$ 0	0%
Gastos asociados a actividades	\$ 1.000.000	\$ 11.200.000	\$ 12.200.000	8,43%
Gastos de Habilitación	\$ 0	\$ 0	\$ 0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>\$ 192.904.100</b>	<b>\$ 132.904.100</b>	<b>\$ 354.658.156</b>	<b>100%</b>


  
**EDUARDO BARRIENTOS NAVARRETE**  
 DIRECTOR (S)  
 Servicio de Salud Valdivia  
 Firma Representante Legal Programa  
 (Nombre Organización Responsable)