



Aprueba Bases Administrativas y Técnicas de propuesta pública para contratar la compra de planes de tratamiento para personas con consumo problemático de sustancias estupefacientes o sicotrópicas, población específica mujeres, para el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA.



RESOLUCION EXENTA N° 1113

SANTIAGO, 20 DE MARZO DE 2013

VISTO: Las facultades que me confiere el Decreto Supremo N° 58, de 18 de enero de 2012, del Ministerio del Interior y Seguridad Pública, lo previsto en el Decreto con Fuerza de Ley N° 1/19.653 del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, de 2000, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley N° 18.575, Orgánica Constitucional de Bases Generales de Administración del Estado; en la Ley N° 20.641 de presupuestos para el sector público, año 2013; en la Ley N° 19.886, de Bases sobre Contratos Administrativos de Suministro y Prestación de Servicios; en el Decreto Supremo N° 250, de Hacienda, de 2004 que estableció el Reglamento de la Ley individualizada precedentemente y sus modificaciones; en la Resolución N° 1.600, de 30 de octubre de 2008, de la Contraloría General de la República, que fija normas sobre exención del trámite de Toma de Razón; en la Resolución Exenta N° 724, de 21 de Febrero de 2013, del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación; en la Ley N° 20.502 que crea el Ministerio del Interior y Seguridad Pública y el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del consumo de drogas y alcohol; y

[Handwritten signature]
S/MS/MER/PCV/AU/RG/CP/Or/mb
DISTRIBUCIÓN:

1. Jefa de División Programática
2. Área de Tratamiento
3. Jefa División de Administración y Finanzas
4. Área de Compras y Contrataciones
5. División Jurídica
6. Partes

S- 2778/13

CONSIDERANDO:

1. Que, Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA, se encuentra facultado para desarrollar actividades relacionadas con la prevención y rehabilitación de las personas con problemas asociados al consumo de drogas y alcohol.
2. Que, para estos efectos, en el año 2001 el Ministerio del Interior y Seguridad Pública, con la asesoría técnica del Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes, en adelante "CONACE" (actual Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA), suscribió un convenio de colaboración técnica y financiera con el Ministerio de Salud y con el Fondo Nacional de Salud (en adelante "FONASA"), en virtud del cual se creó un Programa de Tratamiento Nacional para otorgar tratamiento a personas que presentaren consumo problemático de sustancias psicoactivas ilícitas.
3. Que, la finalidad del referido programa era implementar un Programa de Apoyo a Planes de Tratamiento y Rehabilitación con el objetivo de otorgar acceso y cobertura, libre de copago, a la atención de personas beneficiarias de FONASA que consultan por problemas derivados del consumo de drogas ilícitas u otras substancias estupefacientes o sicotrópicas en los centros de tratamiento públicos y privados que, para estos efectos, han sido autorizados por la Autoridad de Salud correspondiente. Cada plan constituía un conjunto de intervenciones y prestaciones recomendables para el logro de los objetivos terapéuticos, de carácter resolutivo, dirigido al tratamiento y rehabilitación de personas (hombres y mujeres mayores de 20 años) que presentaban consumo perjudicial o dependencia a sustancias psicoactivas.
4. Que, durante los años 2001 y hasta el 2010 se dio continuidad al referido Programa constituyéndose en una de las vías principales de acción del CONACE (actual Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA) en el ámbito de tratamiento del consumo problemático de drogas ilícitas u otras Sustancias Estupefacientes o Sicotrópicas.
5. Que, para cumplir con los objetivos y funciones señaladas en el Decreto Supremo N° 683, de 1990, del Ministerio del Interior, actual Ministerio del Interior y Seguridad Pública, la Ley N° 20.481, Ley de Presupuestos para el sector público, año 2011, facultó a dicho Ministerio, con la asesoría técnica del CONACE, a celebrar contratos con entidades públicas o privadas destinados a otorgar tratamiento y rehabilitar a personas afectadas por el consumo de drogas estupefacientes o sicotrópicas.
6. Que, en dicho contexto, para la implementación del Programa durante el año 2011, con fecha 22 de Noviembre del 2010, el Ministerio del Interior, actuando con la asesoría técnica del Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE) suscribió un Convenio de Colaboración Técnica y Financiera directamente con el Ministerio de Salud, destinado a implementar el referido Programa de Apoyo a Planes de Tratamiento y Rehabilitación de Personas con Problemas Derivados del Consumo de Drogas Ilícitas u Otras Sustancias Estupefacientes o Sicotrópicas. Tal Convenio de Colaboración Técnica y Financiera fue aprobado por Decreto Exento N° 4306, de fecha 21 de Diciembre de 2010, del Ministerio del Interior, actual Ministerio del Interior y Seguridad Pública.
7. Que, a efectos de implementar el referido Programa y según los términos del correspondiente convenio, durante el año 2011 el Ministerio del Interior, actual

Ministerio del Interior y Seguridad Pública, contrató directamente con entidades privadas la compra de meses de planes de tratamiento.

8. Que, para el año 2012 y a objeto de dar mayor transparencia a la implementación de este Programa de Apoyo a Planes de Tratamiento y Rehabilitación de Personas con Problemas Derivados del Consumo de Drogas Ilícitas u Otras Sustancias Estupefacientes o Sicotrópicas, el Ministerio del Interior y Seguridad Pública, con la asesoría técnica del Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE), licitó la compra de meses de planes de tratamiento a través de los cuales se ejecutó dicho programa.

9.- Que, en el mismo sentido, para periodo 2013-2014, el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA, creado por la Ley 20.502, publicada en el Diario Oficial el 21 de febrero de 2011, mediante Resolución N° 98, de fecha 27 de agosto de 2012, licitó la compra de meses de planes de tratamiento a través de los cuales se encuentra ejecutándose el Programa de Apoyo a Planes de Tratamiento y Rehabilitación de Personas con Problemas Derivados del Consumo de Drogas Ilícitas u otras Sustancias Estupefacientes o Sicotrópicas.

10.- Que, para la implementación del Programa durante el año 2013, con fecha 02 de enero de 2013, el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA, suscribió un Convenio de Colaboración Técnica y Financiera con el Ministerio de Salud, destinado a implementar el Programa de Apoyo a Planes de Tratamiento y Rehabilitación de Personas con Problemas Derivados del Consumo de Drogas, Alcohol y otras sustancias estupefacientes o psicotrópicas, el que fue aprobado por la Resolución Exenta N° 724, de fecha 20 de febrero de 2013, de este Servicio.

10. Que, el consumo problemático de sustancias es considerado como un problema de salud crónico o "de duración prolongada" tratable, por lo que la oferta de tratamiento debe cautelar, tanto en su implementación como en su desarrollo, la continuidad en la atención de las personas que se someten a él, no sólo para evitar recaídas o fracasos, sino también en consideración a que los procesos terapéuticos son personales, no tienen un periodo de duración definido, sino que se trata de una trayectoria que se debe enfocar en las necesidades de cada individuo, lo que señala la necesidad de contar con ofertas de apoyo de acuerdo a estos perfiles.

11. Que, consecuentemente con lo indicado en el párrafo precedente, y considerando que es deber del Estado otorgar una atención oportuna, integral y de calidad para la población con problemas de drogas y alcohol, capaz de asegurar la continuidad en su rehabilitación, es que la superioridad de este servicio ha resuelto que los servicios que se licitan a través de las presentes bases, deberán ser prestados por un periodo de 20 meses, a contar del 01 de mayo de 2013 hasta el 31 de diciembre 2014, dada la naturaleza, complejidad y objetivos de los mismos, y teniendo en cuenta además la necesidad de aumentar las posibilidades de logros terapéuticos sostenibles en el tiempo.

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

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

RESOLUCIÓN

ARTÍCULO PRIMERO: Apruébanse las Bases Administrativas y Técnicas, y los documentos anexos a ellas, para contratar la compra de meses planes de tratamiento para personas con consumo problemático de sustancias estupefacientes o sicológicas, población específica mujeres, para el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA.

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

1. De los servicios requeridos.

El Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA, llama a licitación pública para contratar la compra de meses de planes de tratamiento para personas que padecen de consumo problemático de sustancias estupefacientes o sicológicas, en población específica de mujeres, considerando las características y particularidades de cada individuo, para ser ejecutados durante 20 meses, a contar del mes de mayo de 2013, para el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA.

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

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

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

Sin perjuicio de las especificaciones técnicas del servicio que se licita descritas en el documento denominado "Norma y Orientaciones Técnicas de los Planes de Tratamiento y Rehabilitación para Personas Adultas con Problemas Derivados del Consumo de Drogas" (también llamada "Norma Técnica") y sus anexos, que en calidad de anexo se adjunta a las presentes Bases, un mes de plan de tratamiento corresponde a un mes en que una persona con problemas de consumo de sustancias ilícitas participa de un Plan de Tratamiento y Rehabilitación que contempla un conjunto intervenciones y prestaciones recomendables asociadas al cumplimiento de los objetivos terapéuticos del mismo, de acuerdo al proceso terapéutico en que se encuentra.

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

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

Sin perjuicio que dichas intervenciones se encuentran señaladas en las bases técnicas y contenidas en el documento denominado "Norma y Orientaciones Técnicas de los Planes de Tratamiento y Rehabilitación para Personas Adultas con Problemas Derivados del Consumo de Drogas", que en calidad de anexo se adjunta a las presentes Bases, éstas son las siguientes:

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

Se deja expresa constancia que el servicio licitado contempla también el acceso a tratamiento de personas infractoras, bajo supervisión judicial, comprendidas dentro del programa de Tribunales de Tratamiento de Drogas ("T.T.D."), que han cometido delito por primera vez y que presentan consumo problemático de sustancias, y respecto de las cuales se ha decretado su ingreso a un programa de tratamiento, mediante la resolución judicial que aprueba la suspensión condicional del procedimiento. El tratamiento de estas personas se otorga a través de planes preferenciales, no exclusivos, en centros de tratamiento públicos y privados.

Con todo, se deja constancia que la preferencia de estos usuarios deriva de la orden judicial respectiva.

Para todos los efectos, la ejecución de los meses de planes de tratamiento objeto de la presente licitación, debe regirse por la "Norma y Orientaciones Técnicas de los Planes de Tratamiento y Rehabilitación para Personas Adultas con Problemas derivados del Consumo de Drogas" y sus respectivos documentos anexos, todos los cuales forman partes de las presentes bases de licitación en calidad de anexos.

Los meses de planes de tratamiento según la modalidad de tratamiento que el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA, llama a licitación pública es la siguiente:

Plan de Tratamiento Residencial Específico para Mujeres Adultas (PR-PM)¹:

Este plan está compuesto por el conjunto de intervenciones y prestaciones que se detallaron precedentemente, se realizan en un régimen de internación de 24 horas, preferentemente en una modalidad de comunidad terapéutica, para obtener el logro de los objetivos terapéuticos, destinado a mujeres adultas con diagnóstico de consumo perjudicial o dependencia a sustancias psicoactivas con y sin hijos, embarazadas o no, con compromiso biopsicosocial severo (múltiples tratamientos previos, consumo y/o tráfico en miembros de la familia, sin red de apoyo familiar y

¹ El Programa Terapéutico para los Planes Intensivo y Residencial Específico Mujeres, deben regirse por las "Orientaciones Técnicas y Criterios de calidad en la atención de mujeres adultas con consumo problemático de drogas" y su anexo N° 2 "Orientaciones Técnicas Adicionales y Complementarias para la Intervención Terapéutica diferenciada para Mujeres Adultas con consumo problemático de drogas", que forman parte integrante de las presentes bases.

social, con trastorno psiquiátrico severo compensado, percepción disminuida o ausente de autoeficacia).

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

2. Modalidad de la Licitación.

El Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA, convoca a diversos oferentes, a participar en un proceso de propuesta pública para contratar la compra de meses de planes de tratamiento para personas que padecen de consumo problemático de sustancias estupefacientes o sicotrópicas, en población específica de mujeres.

Para todos los efectos legales, esta licitación está compuesta por la siguiente línea de producto:

LP	Distribución Geográfica			Nº de meses de planes por año/ Nº de meses de planes mensuales	
	Región	Localización del centro de tratamiento		Año	PR Población Mujeres
1	Metropolitana	Comunal	La Pintana	2013	128/16

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

La columna "Localización del Centro de Tratamiento" representa el o los lugares físicos, sea cualquiera en la región o en algunas de las comunas señaladas, en que se necesita se encuentre ubicados el o los centros de tratamiento.

Se deja constancia que esta línea de producto fue definida de acuerdo a las siguientes variables:

- Tasa de desempleo y porcentaje personas bajo la línea de la pobreza²;
- Variabilidad con la que se presenta regionalmente el problema;
- Caracterización del consumo problemático de alcohol y otras drogas (tipo de drogas, edad de inicio, compromiso biopsicosocial);
- Brecha entre la demanda y la oferta de tratamiento para esta población;
- Necesidad de completar circuitos de modalidades de tratamiento (considerando oferta pública y privada);
- Accesibilidad física (geográfica).

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

² Encuesta CASEN.

Los recursos que el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA, está dispuesto a destinar por cada unidad de mes de plan de tratamiento PR-PM es de **\$594.870.-**

Este precio podrá ser reajustado en el mes de enero de 2014 conforme al reajuste que experimente el Índice de Precios al Consumidor (IPC), con un tope del 2,8%, en el respectivo año.

Con todo, los recursos que el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA, destinará por cada unidad de mes de plan de tratamiento, estarán sujetos a lo que establezca la ley de presupuesto para el año 2014, reservándose este Servicio la facultad de ajustar el número de planes adjudicados mediante resolución fundada.

4. De las Ofertas

4.1 Presentación de las ofertas

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

Con todo, en caso de indisponibilidad técnica de la plataforma del portal www.mercadopublico.cl, durante este periodo, circunstancia que deberá ser ratificada por la Dirección de Compras Públicas, excepcionalmente las ofertas podrán ser recepcionadas en soporte papel, en la Oficina de Partes del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA (calle Agustinas N° 1235, piso 6, Santiago Centro), de acuerdo al procedimiento señalado en el número 10 de las presentes bases de licitación.

El encargado del presente proceso de licitación es don Cristián Farias Osses, cuyo correo electrónico es el siguiente: cfarias@senda.gob.cl.

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

4.2 Fecha de cierre de recepción de las ofertas.

La fecha de cierre de recepción de las ofertas será el día de vencimiento del plazo para la presentación de las mismas, indicado en el número 4.1 precedente, a las 15:00 horas.

Esta fecha será indicada en el portal www.mercadopublico.cl, en el ID que identifica a la presente licitación, una vez publicadas las presentes bases en el referido portal.

4.3 Número de ofertas.

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

4.4 Contenido de las ofertas.

Toda oferta deberá incluir los antecedentes administrativos que se señalan en estas bases y una propuesta técnica.

4.4.1 Antecedentes administrativos.

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

1) Antecedentes generales del oferente:

Cada oferente deberá presentar los siguientes documentos, dependiendo de si se trata de una persona natural o jurídica:

A.- Documentos para Oferentes Personas Jurídicas:

- i) Copia simple del certificado de vigencia de la entidad, emitido con no más de 90 días hábiles de anterioridad, por el Registro de Comercio respectivo, por el Departamento de Personas Jurídicas del Ministerio de Justicia, por el Registro Civil o por la autoridad que sea competente, según la naturaleza del oferente.
- ii) Fotocopia simple de la escritura o documento donde conste la personería o representación de él o los representante(s) legal(es) de la entidad oferente, autorizado(s) para suscribir contratos.
- iii) Fotocopia simple de la cédula de identidad de él o los representante(s) legal(es) de la entidad oferente.
- iv) Fotocopia simple del RUT de la entidad oferente.

B.- Documentos para Oferentes Personas Naturales:

- i) Fotocopia simple de la cédula de identidad.
- ii) Copia simple del certificado de iniciación de actividades en el Servicio de Impuestos Internos.

Si los documentos requeridos en las letras A y B anteriores estuviesen disponibles en forma electrónica en el Registro de ChileProveedores al momento de la apertura de las ofertas, no será necesaria su presentación como parte de los antecedentes administrativos, siempre que el oferente respectivo se encuentre en calidad de Habil.

Con todo, este Servicio podrá, antes de la celebración del contrato, requerir toda información legal adicional a que haya lugar en protección de sus intereses y podrá solicitar, especialmente, los documentos auténticos o debidamente autorizados que hayan sido adjuntados a la presentación de las ofertas y cuya autenticidad no conste por alguna de las formas establecidas en la ley.

2) Una declaración jurada simple, firmada por el oferente en caso de ser persona natural o de su representante legal en caso de tratarse de personas jurídicas que declare lo siguiente:

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

- b)** Que indique conocer los términos de referencia, el hecho de haber estudiado los antecedentes y haber verificado su concordancia, así como también que todos los antecedentes presentados como parte de su oferta, son veraces y exactos, estando conforme con las condiciones de la presente licitación.

Sólo para el caso de tratarse de personas jurídicas, el representante legal deberá agregar a la declaración jurada:

- c)** Que no ha sido condenado a alguna de las penas establecidas en el artículo 8º de la Ley N° 20.393 que establece la Responsabilidad Penal de las Personas Jurídicas en los Delitos de Lavado de Activos, Financiamiento del Terrorismo y Delitos de Cohecho, que le impida celebrar actos o contratos con organismos del Estado.

Para facilitar el cumplimiento de los requisitos administrativos, a continuación se adjunta un modelo de declaración jurada, de acuerdo a la condición jurídica del oferente. Se deja constancia que además un formato de declaración jurada estará disponible en el portal www.mercadopublico.cl en el ID que identifica la presente licitación, para aquellos oferentes que deseen utilizarlo.

Oferente Persona Natural:

Declaración Jurada
En Santiago de Chile, a _____ de _____ de 2013, don/doña _____, RUT _____, declara bajo juramento lo siguiente:
<p>a) No estar afecto a ninguna de las inhabilidades indicadas en el artículo 4º inciso primero y sexto, de la Ley 19.886, de Bases sobre Contratos Administrativos de Suministro y Prestación de Servicios.</p> <p>b) Conocer los términos de referencia, haber estudiado los antecedentes y verificado su concordancia, así como también que todos los antecedentes presentados como parte de mi oferta son veraces y exactos, conforme con las condiciones de la presente licitación.</p>
_____ Firma

Oferente Persona Jurídica:

Declaración Jurada
En Santiago de Chile, a _____ de _____ de 2013, don/doña _____, RUT _____, representante legal de _____, RUT _____, viene en declarar bajo juramento, que tanto el(la) que suscribe como la persona jurídica a la que representa:
<p>a) No se encuentra afecto a ninguna de las inhabilidades indicadas en el artículo 4º inciso primero y sexto, de la Ley 19.886, de Bases sobre Contratos Administrativos de Suministro y Prestación de Servicios.</p> <p>b) Conocer los términos de referencia, haber estudiado los antecedentes y verificado su concordancia, así como también que todos los antecedentes presentados como parte de la oferta de mi</p>

- representada son veraces y exactos, conforme con las condiciones de la presente licitación.
- c) La Entidad a la que represento no ha sido condenada a alguna de las penas establecidas en el artículo 8º de la Ley N° 20.393 que establece la Responsabilidad Penal de las Personas Jurídicas en los Delitos de Lavado de Activos, Financiamiento del Terrorismo y Delitos de Cohecho, que le impida celebrar actos o contratos con organismos del Estado.

Firma

3) Una garantía de seriedad de la oferta tomada por el oferente o su representante legal en caso de ser persona jurídica, de acuerdo a lo previsto en el número 4.4.2 de las presentes bases.

En consecuencia, toda oferta debe contener los siguientes antecedentes administrativos:

- 1.- Los antecedentes generales del oferente, según se trate de una persona natural o jurídica, salvo en el caso de oferentes inscritos en el Registro Chile Proveedores y con calidad de hábiles para contratar, para quienes no rige esta obligación.
- 2.- La declaración jurada pertinente; y
- 3.- Una Garantía de Seriedad de la Oferta.

Los antecedentes administrativos exigidos, constituyen los requisitos administrativos que los oferentes deben cumplir en la presente licitación. **Por consiguiente, al verificarse la apertura técnica y antes de proceder a la evaluación de las ofertas se examinará el cumplimiento de los mismos.**

4.4.2 Garantía de seriedad de la oferta.

La garantía de seriedad de la oferta señalada en el número anterior de estas bases deberá estar constituida en uno de los siguientes instrumentos:

- a) Boleta de Garantía Bancaria, pagadera a la vista, con carácter de irrevocable, tomada por el oferente a nombre del **Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA, RUT N° 61.980.170-9** por un monto de **\$150.000.-** (ciento cincuenta mil pesos chilenos). Esta garantía deberá señalar que está tomada como "Garantía por Seriedad de la Oferta" e indicar en ella el ID que identifica la presente licitación a través del portal www.mercadopublico.cl. Asimismo, esta Garantía deberá tener una vigencia mínima hasta el 03 de agosto de 2013 y ser entregada en la forma, lugar y plazo que se indica en el número 4.4.3 de las presentes bases.
- b) Póliza de Seguro, tomada por el oferente a favor del **Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA, RUT N°**

61.980.170-9, por un monto de \$150.000.- (ciento cincuenta mil pesos chilenos). Esta garantía deberá señalar que está tomada como "Garantía por Seriedad de la Oferta" e indicar en ella el ID que identifica a la presente licitación a través del portal www.mercadopublico.cl, la cual deberá tener una vigencia mínima hasta el 03 de agosto de 2013 y ser entregada en la forma, lugar y plazo que se indica en el número 4.4.3 de las presentes bases.

c) Vale vista, tomado por el oferente en un Banco comercial con oficinas en Santiago, a la vista, con carácter irrevocable y endosable, a la orden del **Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA, RUT N° 61.980.170-9**, en moneda nacional, por la suma de \$150.000.- (ciento cincuenta mil pesos chilenos). El referido documento, en consideración a su naturaleza, no se exigirá la incorporación de glosa ni vigencia del mismo. Asimismo, esta Garantía deberá ser entregada en la forma, lugar y plazo que se indica en el número 4.4.3 de las presentes bases.

La Garantía de seriedad de la oferta se hará efectiva si:

- El oferente, cuya oferta ha sido adjudicada, retira la misma en el período de validez de ésta.
- El oferente, cuya oferta ha sido adjudicada, no acompaña dentro de plazo la garantía de fiel cumplimiento de contrato.
- El oferente cuya oferta ha sido adjudicada no suscribe el contrato dentro del plazo señalado en el número 7.1. de estas bases.

En virtud de lo dispuesto en el artículo 43 del Reglamento de la Ley N° 19.886 y considerando lo dispuesto en el número 7.1 de estas bases, las garantías de seriedad de la oferta serán devueltas a aquellos oferentes cuyas ofertas hayan sido declaradas inadmisibles, dentro de los 10 días siguientes a la publicación de la resolución que dé cuenta de la inadmisibilidad de su oferta a la respectiva línea de producto en el portal www.mercadopublico.cl.

Las garantías de seriedad de la oferta serán devueltas a aquellos oferentes cuyas ofertas hayan sido desestimadas y no hayan resultado adjudicados, en un plazo de 30 días hábiles contados desde la publicación de los resultados de la adjudicación.

Finalmente, la garantía de seriedad de la oferta que haya presentado el oferente que resulte adjudicatario, será restituida a éste contra la entrega de la garantía de fiel cumplimiento al momento de la suscripción del convenio.

4.4.3 Presentación de los antecedentes administrativos.

Los antecedentes generales del oferente y declaración jurada a que se refieren los numerales 1) y 2) del número 4.4.1 precedente deberán ser ingresados como antecedentes administrativos, digitalizados en formato PDF, al portal www.mercadopublico.cl en el ID que identifica esta licitación.

La garantía de seriedad de la oferta, exigida en el número 3) del número 4.4.1 precedente, deberá ser entregada materialmente por el oferente en un sobre cerrado, debidamente individualizado, en la Oficina de Partes del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA, (calle Agustinas 1235, Piso 6, Santiago Centro), a más tardar a las 15:00 horas del día de cierre de recepción de las ofertas.

Para los efectos de determinar la fecha de cierre de recepción de las ofertas, estése a lo señalado en el número 4.2 de estas bases.

4.4.4 Falta u omisión de los antecedentes administrativos.

La oferta que no cumpla con acompañar uno cualquiera de los requisitos administrativos exigidos en el número 4.4.1, en la forma prevista en los números 4.4.2 y 4.4.3 precedente, será declarada inadmisible, quedando, por tanto, fuera de la presente Licitación Pública.

4.4.5 Propuesta Técnica.

La propuesta técnica por la línea de producto licitada deberá ingresarse como archivo adjunto en el sitio www.mercadopublico.cl, en el ID que identifica esta licitación, debiendo denominarse dicho archivo adjunto como “**Propuesta Técnica**” y cumplir con todas y cada una de las especificaciones establecidas en los números 1; 4.4.6 y 12 de las presentes bases.

Se deja expresa constancia que la propuesta técnica deberá estar contenida en un máximo de 3 archivos, en formato PDF y con una extensión máxima de 20 M.B. (mega bytes) cada uno.

4.4.6 Contenido de la Propuesta Técnica.

Toda Propuesta Técnica deberá contener los siguientes antecedentes:

a) **Autorización Sanitaria:** Copia de la Resolución de Autorización Sanitaria vigente que apruebe al centro de tratamiento respectivo para efectuar las prestaciones ofertadas, el que deberá estar ubicado físicamente en el área de localización señalada en la línea de producto licitada.

Debido a que la línea de producto que se licita consiste en un plan residencial, la copia de la Resolución de Autorización Sanitaria Vigente **debe consignar expresamente el número de cupos autorizados**, el que **debe ser igual o mayor** a los requeridos en la línea antes mencionada.

b) **Condiciones de empleo y remuneración:** Cada oferente deberá presentar un Certificado de Antecedentes Laborales y Previsionales **vigente** emitido por la Dirección del Trabajo.

c) Una copia del "**FORMULARIO DE PRESENTACIÓN DE PROPUESTA PARA LICITACIÓN Programa de Tratamiento y Rehabilitación Población Específica de Mujeres**".

Este Formulario será el formato oficial de presentación de propuesta técnica en esta licitación y, en tal carácter es un documento Anexo a las presentes bases. El formulario deberá ser completado de acuerdo a las instrucciones señaladas en él y conforme a lo dispuesto en estas bases.

d) **Certificado de Cumplimiento Contractual Anterior:** Cada oferente deberá presentar un certificado de cumplimiento contractual anterior respecto de servicios relativos a la ejecución de programas o proyectos de tratamiento en drogas y alcohol, por el centro de tratamiento y rehabilitación ofertado para realizar los servicios licitados, prestados a entidades públicas o privadas, durante el año 2012, o respecto del último servicio relativo a la ejecución de programas o proyectos de tratamiento en drogas y alcohol, prestados a entidades públicas o privadas, aun cuando no hayan sido ejecutados durante el mencionado año.

Para tal efecto, el cliente referenciado deberá señalar su nivel de satisfacción con los servicios prestados por el oferente completando íntegramente el documento denominado "Certificado de Cumplimiento Contractual Anterior", el que forma parte integrante de las presentes bases de licitación en calidad de anexo.

El oferente debe asegurar la fidelidad de los datos señalados en dicho documento e incluir en él la información vigente de contacto (teléfono o e-mail u otro) del cliente referenciado.

Al efecto, el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA, a solicitud de los interesados, hará entrega de dichos certificados a aquellos oferentes que le hayan prestado servicios.

Con todo, para aquellos oferentes que hayan prestado servicios al Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA, durante el año 2012, **es obligatorio presentar el mencionado certificado emitido por este Servicio**. Dicho certificado será entregado de lunes a jueves de 09:00 a 18:00 horas y los días viernes de 09:00 a 17:00 horas, en la respectiva Dirección Regional de este Servicio.

Se deja constancia que se eximen de esta obligación aquellos oferentes cuyos centros de tratamiento y rehabilitación no tengan experiencia contractual previa.

4.4.7 De la validez de la propuesta.

La propuesta técnica deberá tener una validez mínima hasta el 03 de agosto de 2013. La oferta cuyo periodo de validez sea menor que el requerido, será rechazada por este Servicio. Con todo, si un oferente no señala el plazo de validez de su oferta en su propuesta técnica, se entenderá, en su silencio, que la oferta tiene validez hasta el día 03 de junio de 2013.

4.4.8 Disponibilidad del Personal Profesional Ofertado.

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

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

Si por cualquier motivo externo o ajeno a la gestión del adjudicatario, tales como jubilación, muerte, incapacidad médica, renuncia, entre otros, fuere necesario sustituir a algún integrante del Personal Profesional, y muy especialmente el Director del Centro de Tratamiento, el adjudicatario lo reemplazará por otra persona con calificaciones y experiencia similares a las de la persona reemplazada, el que deberá ser aprobado por el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA, quien para resolver tendrá a la vista el acta de calificación de la propuesta técnica presentada.

4.5 Consultas, aclaraciones y respuestas a las presentes bases.

4.5.1 Recepción de consultas y aclaraciones.

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

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

4.5.2 Respuestas a las consultas y solicitudes de aclaración

La respuesta a todas las consultas se realizará a través del Sistema de Información del portal www.mercadopublico.cl dentro de los 5 días corridos siguientes del vencimiento del plazo para presentar consultas o aclaraciones señalado en el número anterior.

5. De la Evaluación.

5.1 De la Modalidad de Evaluación

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

En esta etapa se evaluará la propuesta técnica presentada por cada oferente.

Se aplicarán puntajes con valores absolutos 1, 4 y 7, tanto para evaluar los criterios que esta etapa comprende, como para determinar la nota final, con excepción del ítem III letra e y del ítem V, los que serán evaluados con notas 1 o 7.

Se deja expresa constancia que el proceso de evaluación se hará dentro de los 6 días corridos contados desde la fecha de apertura de las propuestas, conforme al número 5.4 de estas bases.

5.2 De la Comisión Evaluadora.

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

Para la presente licitación la comisión evaluadora estará formada por la Jefa de la División Programática de SENDA, Coordinador del Área de Tratamiento Adulto, Un Funcionario de la División de Administración y Finanzas de SENDA, un Profesional del Gabinete de la Directora Nacional, o por quienes éstos designen, lo que será aprobado mediante resolución exenta.

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

Con todo, la comisión evaluadora deberá estar integrada por al menos tres funcionarios públicos y éstos deberán ser mayoría en relación a los mencionados profesionales.

5.3 Del acta de Evaluación y Adjudicación.

De la evaluación realizada por la Comisión Evaluadora, así como de su propuesta de adjudicación, se levantará un acta y actuará como ministro de fe un abogado del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA.

5.4 Apertura de la oferta y Evaluación de la propuesta técnica.

La apertura de las ofertas se realizará el mismo día del cierre de recepción de las mismas referido en el numeral 4.2 de estas Bases, a partir de las 15:01 horas.

5.5 Evaluación de la Propuesta Técnica.

Sin perjuicio de lo dispuesto en el número 4.4.4 de estas bases, antes de evaluar las ofertas, se hará una pre-evaluación técnica de las mismas, en donde se revisará la pertinencia de la autorización sanitaria presentada.

En esta instancia se evaluará si la autorización sanitaria es de aquellas que permite realizar las prestaciones que importa el servicio licitado, y si consta en ella el número de cupos autorizados, el que debe ser mayor o igual al comprendido en la línea licitada, y si la misma corresponde a un centro de tratamiento ubicado físicamente en el área de localización señalada en la línea de producto licitada.

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

Por su parte, el Certificado de Antecedentes Laborales y Previsionales solicitado, debe haber sido emitido por la Dirección del Trabajo a nombre del oferente.

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

	ITEM	SUBITEM	Porcentaje Subitem%	Porcentaje Item%
I	Experiencia del Oferente	a. Experiencia en la Ejecución de programas o proyectos de tratamiento en drogas y alcohol.	50%	10%
		b. Certificado de Cumplimiento Contractual Anterior	50%	
II	Programa Terapéutico	a. Coherencia de la propuesta	25%	30%
		b. Metodología	35%	
		c. Evaluación de Procesos y Resultados terapéuticos	15%	
		d. Ficha Clínica	15%	
		e. Protocolos y/o Procedimientos	10%	
III	Recurso Humano Disponible	a. Presencia de Equipo multidisciplinario	30%	35%
		b. Experiencia Director Centro en tratamiento	10%	
		c. Experiencia Director del Centro en coordinación técnica	5%	
		d. Experiencia del RRHH	20%	
		e. Organización del RRHH	35%	
IV	Infraestructura y Equipamiento			20%
V	Condiciones de Empleo y Remuneración			5%
Total				100%

ITEM I. EXPERIENCIA DEL OFERENTE (10%)

a.- Experiencia del Oferente en la Ejecución de programas o proyectos de tratamiento en drogas y alcohol. (50%)

Criterios	Puntaje
Experiencia igual o superior a 3 años en ejecución de programas o proyectos de tratamiento en drogas y alcohol respecto de los planes de la línea respectiva.	7
Experiencia inferior a 3 años y superior a 1 año en ejecución de programas o proyectos de tratamiento en drogas y alcohol respecto de los planes de la línea respectiva.	4
Experiencia inferior a un año o sin experiencia respecto de los	1

planes de la línea respectiva.

b.- Certificado de Cumplimiento Contractual Anterior (50%):
En base a las respuestas entregadas en el Certificado presentado.

Criterios	Puntaje
El nivel de satisfacción de los servicios prestados es bueno	7
El nivel de satisfacción de los servicios prestados es regular	4
El nivel de satisfacción de los servicios prestados es malo	1

Concepto	Puntaje	Nota de evaluación en Pauta
Malo	0 - 6	1
Regular	7 - 9	4
Bueno	10	7

Estos parámetros se definirán de acuerdo a los puntajes asignados de conformidad a la tabla anterior, incluida en el certificado que cada oferente deberá acompañar, por línea de producto ofertada, de conformidad a la letra d) del número 4.4.6 de las presentes bases, y cuyo formato forma parte de las presentes bases en calidad de anexo.

ITEM II. PROGRAMA TERAPÉUTICO (30%)

a.- Coherencia de la Propuesta (25%): Coherencia entre marco conceptual, metodología, población destinataria, objetivos y criterios para el egreso.

Criterios	Puntaje
El programa terapéutico es totalmente coherente si el 100% de los elementos que lo componen son coherentes entre sí y con el programa terapéutico al que postula. 1. Marco conceptual 2. Descripción de la población destinataria 3. Metodología 4. Objetivos 5. Criterios para el egreso	7
El programa terapéutico es parcialmente coherente si al menos 4 de los elementos que lo componen son coherentes entre sí y con el programa terapéutico al que postula: 1. Marco conceptual 2. Descripción de la población destinataria 3. Metodología 4. Objetivos 5. Criterios para el egreso	4
El programa terapéutico no es coherente si 3 o menos elementos que lo componen son coherentes entre sí y con el programa terapéutico al que postula: 1. Marco conceptual 2. Descripción de la población destinataria 3. Metodología 4. Objetivos 5. Criterios para el egreso	1

b.- Metodología (35%): La metodología es coherente con el Programa Terapéutico al que postula: tipo de intervenciones y su frecuencia, etapas del proceso terapéutico, duración del programa, actividades semanales y coordinaciones intersectoriales.

Criterios	Puntaje
El 100% de los elementos contenidos en la metodología son totalmente coherentes con el programa terapéutico al que postula: 1. Tipo de intervenciones y su frecuencia 2. Etapas del proceso terapéutico 3. Duración del programa 4. Actividades semanales 5. Coordinaciones intersectoriales	7
El 80% de los elementos contenidos en la metodología son coherentes con el programa terapéutico al que postula: 1. Tipo de intervenciones y su frecuencia 2. Etapas del proceso terapéutico 3. Duración del programa 4. Actividades semanales 5. Coordinaciones intersectoriales	4
El 60% o menos de los elementos contenidos en la metodología son coherentes con el programa terapéutico al que postula: 1. Tipo de intervenciones y su frecuencia 2. Etapas del proceso terapéutico 3. Duración del programa 4. Actividades semanales 5. Coordinaciones intersectoriales	1

c.- Evaluación de Procesos y Resultados Terapéuticos de los usuarios (15%).

Criterios	Nota
El 100% de los objetivos son pertinentes y sus indicadores son coherentes y factibles de medir.	7
Al menos el 50% de los objetivos son pertinentes y sus indicadores son coherentes y factibles de medir.	4
Menos del 50% de los objetivos son pertinentes o menos del 50% de sus indicadores son coherentes y factibles de medir.	1

d.- Ficha Clínica o Carpeta Individualizada (15%): La Ficha Clínica o Carpeta Individualizada es el instrumento en el que se realiza un registro completo y exhaustivo de la condición de salud integral de las personas usuarias.

Criterios	Puntaje
Se asignará este puntaje a las propuestas técnicas que presenten un formato de Ficha Clínica o Carpeta Individualizada que contemple el 100% de los siguientes elementos: - Antecedentes de Identificación - Anamnesis - Diagnóstico - Plan de Tratamiento Integral - Consentimiento Informado - Contrato terapéutico - Evolución o Seguimiento - Informe de egreso	7
Se asignará este puntaje a las Fichas Clínicas que sólo consideren los siguientes elementos: - Antecedentes de Identificación - Diagnóstico - Plan de Tratamiento Integral - Contrato terapéutico - Consentimiento Informado. - Evolución o Seguimiento	4

Se asignará este puntaje a las propuestas técnicas que no consideren alguno de los siguientes elementos:	1
- Plan de Tratamiento Integral	
- Contrato Terapéutico	
- Consentimiento Informado	

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

Criterios	Puntaje
El Programa Terapéutico que presenta en la Propuesta Técnica, contempla protocolos y/o procedimientos:	
Si la propuesta técnica presenta 2 protocolos y/o procedimientos más de los mínimos solicitados (*)	7
Si la propuesta técnica presenta 1 protocolo y/o procedimiento más de los mínimos solicitados (*)	4
Si la propuesta técnica presenta al menos los siguientes Protocolos y/o procedimientos: (*) - Rescate de usuarios que presentan inasistencias reiteradas - Manejo de crisis, descompensación del cuadro clínico y/o por síndrome de abstinencia - Manejo de VIH /SIDA	1

ÍTEM III. RECURSO HUMANO DISPONIBLE (35%)

a.- Presencia de Equipo Multidisciplinario (30%):

Criterios	Puntaje
El programa cumple totalmente con un equipo multidisciplinario.	
Se asignará este puntaje a los oferentes cuyas propuestas consideren al menos:	
<ul style="list-style-type: none"> - Médico psiquiatra (excepto en PAB que puede ser médico general), - Psicólogo, - Trabajador Social, - Técnico en Rehabilitación y/o Técnico Paramédico y/o Técnico Psicoeducador - Terapeuta Ocupacional o Enfermera 	7
El programa cumple parcialmente con un equipo multidisciplinario.	
Se asignará este puntaje a los oferentes cuyas propuestas consideren:	
<ul style="list-style-type: none"> - Médico psiquiatra y/o Médico General o Familiar con formación en Salud Mental (excepto en PAB que puede ser médico general), - Psicólogo, - Trabajador Social y - Técnico en Rehabilitación y/o Técnico Paramédico y/o Técnico Psicoeducador 	4
El programa no cumple con un equipo multidisciplinario.	
Se asignará este puntaje a las propuestas que no consideren dentro del equipo la participación de:	
<ul style="list-style-type: none"> - Psicólogo o - Psiquiatra y/o Médico General o Familiar con formación en Salud Mental - Trabajador Social 	1

b.- Experiencia del Director del Centro en tratamiento (10%)

Criterios	Puntaje
El Director del Centro tiene experiencia igual o superior a 4 años en tratamiento del consumo de sustancias	7
El Director del Centro tiene experiencia entre 2 y 3 años en tratamiento del consumo de sustancias	4
El Director del Centro tiene experiencia inferior a 2 años en tratamiento del consumo de sustancias	1

c.- Experiencia del Director del Centro en Coordinación Técnica (5%)

Criterios	Puntaje
El Director del Centro tiene experiencia igual o superior a 2 años en coordinación técnica de centros o equipos	7
El Director del Centro tiene experiencia igual o superior a 1 año en coordinación técnica de centros o equipos	4
El Director del Centro tiene experiencia inferior a 1 año en coordinación técnica de centros o equipos	1

d.- Experiencia del RRHH: psicólogo, asistente social, médico, psiquiatra, terapeuta ocupacional, enfermera, técnico en rehabilitación, técnico paramédico y psicoeducador. (20%)

Criterios	Puntaje
Al menos el 75% del equipo cuenta con experiencia igual o superior de 2 años de trabajo en programas de tratamiento en consumo problemático de sustancias	7
Al menos el 50% del equipo cuenta con experiencia igual o superior de 2 años de trabajo en programas de tratamiento en consumo problemático de sustancias	4
Menos del 50% del equipo cuenta con experiencia igual o superior de 2 años de trabajo en programas de tratamiento en consumo problemático de sustancias	1

e.- Organización del Recurso Humano (35%)

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

ÍTEM IV. INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO (20%)

Criterios	Puntaje
Las condiciones de infraestructura y equipamiento del centro resultan totalmente adecuados para desarrollar el programa de tratamiento si considera al menos una dependencia extra a las marcadas como mínimas, para el funcionamiento del programa	7
Las condiciones de infraestructura del centro resultan parcialmente adecuadas para desarrollar el programa de tratamiento si considera únicamente las dependencias marcadas como mínimas para el funcionamiento del programa	4
Las condiciones de infraestructura del centro resultan no adecuadas para desarrollar el programa de tratamiento si no considera alguna de las dependencias marcadas como mínimas para el funcionamiento del programa.	1

Estos parámetros se definirán de acuerdo al formulario de presentación de propuestas que cada oferente debe presentar de acuerdo al número 4.4.6 de las presentes bases, y cuyo formato forma parte de las presentes bases en calidad de anexo.

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

Criterios	Puntaje
Oferente acredita el cabal cumplimiento de obligaciones laborales y previsionales.	7
El Oferente no acredita el cabal cumplimiento de obligaciones laborales y previsionales.	1

5.6 Errores u omisiones.

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

5.7 Aclaraciones a la propuesta.

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

5.8 Nota Final.

La nota final que los oferentes obtengan por línea de producto será el promedio de las notas obtenidas conforme a la evaluación señalada en el punto 5.5 de estas bases.

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

6. De la Adjudicación.

El Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA, adjudicará la línea de producto de la presente licitación, a quien presente la mejor oferta, dentro de los 7 días corridos posteriores a la fecha de cierre de recepción de las ofertas.

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

Con todo, sólo podrán ser adjudicados los oferentes que obtengan un puntaje final igual o superior al 50% del máximo posible que para estos efectos corresponde a un puntaje de 7.0.

En consecuencia, todos aquellos oferentes que obtengan un puntaje igual o inferior a 3.49, quedarán por este sólo hecho fuera de la presente licitación por no ajustarse sus propuestas a los requisitos esenciales establecidos en las presentes bases de licitación.

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

Con todo, sin perjuicio de lo dispuesto en la resolución que adjudique la línea de producto de la presente licitación, se deja constancia que la cantidad de meses de planes de tratamiento que, en definitiva, se contraten con quien resulte adjudicatario, queda sujeta a la disponibilidad presupuestaria que establezca la Ley de Presupuestos para el sector público correspondiente al año 2014, en su caso, para el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA.

6.1 Mecanismo para dirimir empates.

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

- 1.- Primeramente se resolverá el empate en favor de aquél oferente que hubiere obtenido la más alta calificación en la evaluación del elemento **“Recursos Humanos disponible”**, que corresponde al Ítem III de la evaluación, especificado en el número 5.5 de estas bases.
- 2.- Si luego de aplicar el criterio precedente se mantuviere el empate, se resolverá éste a favor de aquel oferente que hubiere obtenido la más alta calificación en el criterio de evaluación de la propuesta técnica denominado **“Programa Terapéutico”**, que corresponde al Ítem II de la evaluación, especificado en el número 5.5 de estas bases.
- 3.- Si no obstante, y luego de aplicar el criterio precedente, se mantuviere el empate, se resolverá éste a favor de aquel oferente que hubiere obtenido la más alta calificación en el criterio de evaluación de la propuesta técnica denominado **“Experiencia del oferente”**, que corresponde al Ítem I de la evaluación, especificado en el número 5.5 de estas bases
- 4.- Si después de aplicado los criterios anteriores se mantuviere el empate, éste se resolverá a favor de aquel oferente que hubiere obtenido la más alta calificación en el elemento de evaluación de la propuesta técnica denominado **“Infraestructura y Equipamiento”**, que corresponde al Ítem IV de la evaluación, especificado en el número 5.5 de estas bases
- 5.- Si, no obstante, subsiste el empate, éste se resolverá a favor de aquel oferente que hubiere obtenido la más alta calificación en el elemento de evaluación denominado **“Presencia de equipo multidisciplinario”**, que integra el Ítem III de la evaluación y que se especifica en el número 5.5 de estas bases
- 6.- Si, no obstante, subsiste el empate, éste se resolverá a favor de aquel oferente que hubiere obtenido la más alta calificación en el elemento

de evaluación denominado “Organización del Recurso Humano”, que integra el Ítem III de la evaluación y que se especifica en el número 5.5 de estas bases.

7.- Si, no obstante, subsiste el empate, éste se resolverá a favor de aquel oferente que hubiere obtenido la más alta calificación en el elemento de evaluación denominado “Metodología” que integra el Ítem II de la evaluación y que se especifica en el número 5.5 de estas bases.

8.- Si, no obstante, subsiste el empate, éste se resolverá a favor de aquel oferente que hubiere obtenido la más alta calificación en el elemento de evaluación denominado “Coherencia de la Propuesta”, que integra el Ítem II de la evaluación y que se especifica en el número 5.5 de estas bases.

9.- Finalmente, si aplicados todos los criterios anteriores, se mantuviere el empate la Directora Nacional del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA, decidirá fundadamente a favor de quien se resuelve el empate.

6.2 De la comunicación de la adjudicación.

La adjudicación se realizará mediante resolución fundada, la que se informará una vez culminado el proceso de evaluación, conforme al número 5 de estas bases, y siempre que el acto administrativo que adjudica la presente licitación se encuentre totalmente tramitado, y publicado en el sitio www.mercadopublico.cl.

6.3 Consultas a la adjudicación.

En caso que los oferentes, una vez adjudicada la presente licitación pública, quieran aclarar aspectos de la evaluación de la adjudicación, podrán comunicarse vía correo electrónico con el responsable de la presente licitación pública, individualizado en el número 4.1 de estas bases.

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

Con todo, sólo se aceptarán consultas a la adjudicación dentro de los 10 días corridos siguientes a la publicación de la resolución que adjudica la presente licitación pública. Toda consulta que se realice con posterioridad al plazo de 10 días señalado en el correo electrónico de la encargada de la presente licitación, se tendrá por no presentada.

7. Del Contrato de Compra de Meses de Planes de Tratamiento.

7.1 De la Suscripción del Contrato.

El Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA, suscribirá un contrato con el adjudicatario de la línea de producto licitada, el que deberá ser aprobado a través del correspondiente acto administrativo.

El adjudicatario deberá firmar un contrato con el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA, el que tendrá un plazo de duración de 20 meses, contados desde el 01 de mayo de 2013, y hasta el 31 de diciembre de 2014.

El adjudicatario que esté inscrito en el Registro Chile Proveedores deberá suscribir el contrato dentro de un plazo de 15 días corridos siguientes a la adjudicación.

El adjudicatario que no se encuentre inscrito en el Registro de Proveedores, deberá inscribirse antes de la firma del contrato, el que en todo caso deberá suscribirse dentro de los 20 días corridos siguientes a la adjudicación.

Si el adjudicatario no quisiera o no pudiera celebrar el correspondiente contrato dentro de los plazos señalados, el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA, estará facultado para proceder a adjudicar al segundo oferente mejor evaluado en el proceso de evaluación y adjudicación descrito en estas Bases, haciendo efectiva la garantía de seriedad de la oferta que hubiese presentado para la línea de producto licitada.

En caso que el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA, proceda a adjudicar al segundo oferente mejor evaluado de la línea de producto licitada, conforme a lo señalado en los párrafos precedentes, y se verifique un empate en la calificación final obtenida entre dos o más oferentes, se aplicarán los criterios señalados en el punto 6.1 de estas bases para los efectos de dirimirlo.

El contrato entrará en vigencia desde la total tramitación del acto administrativo aprobatorio del mismo y, en este sentido, el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA, no podrá transferir recursos al adjudicatario sino desde aquella fecha.

No obstante lo anterior, por razones de buen servicio, esto es la necesidad imperiosa de prestar tratamiento a la población que presenta un consumo problemático de sustancias estupefacientes y sicolíticas, los meses de planes de tratamiento objeto de dicho contrato se otorgarán a partir del 01 de mayo de 2013.

Se deja constancia que los meses de planes de tratamiento que el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA, contratará con el adjudicatario, estarán sujetos a la disponibilidad presupuestaria que establezca la Ley de Presupuesto para el sector público para el año 2014, en su caso, reservándose este Servicio Público el derecho a modificar el número de meses de planes de tratamiento a contratar.

Para la suscripción del respectivo contrato, el adjudicatario deberá presentar todos aquellos documentos auténticos o debidamente autorizados que sean necesarios para dichos efectos dentro del plazo de **7 días hábiles** contados desde la publicación de la resolución que adjudica la presente licitación pública.

El encargado de la ejecución técnica del presente contrato será el encargado del Área de Tratamiento del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, cuyo correo electrónico de contacto es: tecnica@senda.gob.cl.

Asimismo, el encargado del proceso de pago a los prestadores asociados al presente contrato será el jefe del Departamento de Gestión Interna del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, cuyo correo electrónico de contacto es: presupuestaria@senda.gob.cl

7.2 Garantía de Fiel Cumplimiento.

El oferente que resulte adjudicatario de esta licitación, al momento de suscribir el contrato deberá presentar una Garantía tomada por él, a nombre del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, RUT Nº 61.980.170-9, para garantizar el fiel cumplimiento de las obligaciones que adquiera en virtud de la presente licitación pública y del contrato respectivo.

Esta garantía debe ser presentada dentro del plazo de **7 días hábiles** contados desde la publicación de la resolución que adjudica la presente licitación pública.

La garantía de fiel cumplimiento podrá consistir en una **boleto de garantía bancaria**, pagadera a la vista, con carácter de irrevocable, tomada por el adjudicatario a nombre del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, RUT Nº 61.980.170-9; o en una **póliza de seguro**, tomada a favor del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, RUT Nº 61.980.170-9; o en un **vale vista**, tomado en un Banco comercial con oficinas en Santiago, a la vista, con carácter irrevocable y endosable, a la orden del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, RUT Nº 61.980.170-9, en moneda nacional.

Cualquiera sea la garantía por la que se opte, ésta deberá señalar que está tomada como **“Garantía por Fiel Cumplimiento de Contrato”** e **indicar en ella el ID** que identifica a la presente licitación en el portal www.mercadopublico.cl. La referida garantía, que será emitida por una sola vez, garantizará el cumplimiento de todas y cada una de las obligaciones que deba cumplir el adjudicatario al cual se le encomiende los servicios materia de esta licitación. **Se deja constancia que, conforme al artículo 68 del Reglamento de la ley Nº 19.886, estas garantías constituidas para asegurar el fiel cumplimiento del contrato caucionan también el pago de las obligaciones laborales y sociales con los trabajadores de los contratantes.**

En caso de optar por una **póliza de seguro**, se deja expresa constancia que la referida póliza de seguro **deberá ser extendida en pesos chilenos, la que debe consignar expresamente que caucciona también las obligaciones laborales y previsionales de los trabajadores de los contratantes**.

Asimismo, toda garantía de fiel cumplimiento deberá ser equivalente al 5% del valor total del contrato (impuestos incluidos) y tener una vigencia hasta el 01 de abril de 2015.

La garantía de seriedad de la oferta que haya presentado el adjudicatario, será restituida a éste conforme a lo señalado en el punto número 4.4.2 de las presentes bases.

La no entrega de la garantía de fiel cumplimiento facultará al Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, para revocar la adjudicación respectiva y hacer efectiva la garantía de seriedad de la oferta.

La garantía de fiel cumplimiento se debe regresar a los 5 días siguientes a su vencimiento, devolución que se realizará en las oficinas del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, ubicadas en calle Agustinas N° 1235, Piso 6, Santiago Centro.

7.3 De las Prestaciones.

El adjudicatario deberá realizar, durante 20 meses contados desde el 01 de mayo de 2013, y hasta el 31 de diciembre de 2014, a través de los establecimientos de su dependencia, la actividad correspondiente a la línea de producto adjudicada, por tipo de plan y por establecimiento, según se detalla en el contrato respectivo.

El adjudicatario proporcionará a los beneficiarios todos y cualesquiera de las prestaciones que incluye el plan de tratamiento adjudicado, sin exigir al usuario algún tipo de pago por las atenciones que le serán otorgadas.

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

Para cumplir con la integralidad y la flexibilidad que requiere la intervención en el tratamiento del consumo problemático de sustancias, la entidad prestadora deberá ser partícipe de la red de centros de tratamiento de la jurisdicción del Servicio de Salud correspondiente, estar participando de manera activa en reuniones formales de red de alcohol y drogas y/o de salud mental u otras análogas o similares, estar en coordinación con la red de Salud General, según el funcionamiento del sistema de derivación y contra derivación correspondiente, con el propósito de facilitar la atención y resolutividad de problemas de salud asociados, el acceso a oportunidades de apoyo a la integración social y la continuidad de la atención y cuidados en salud de las personas usuarias de los programas de tratamiento.

Dadas las exigencias y la complejidad del perfil de las personas usuarias, el oferente debe contar con un equipo técnico en condiciones de realizar la intervención considerando las necesidades de las personas adultas que acceden a este Programa. La intervención es de carácter especializado por lo que el equipo de profesionales debe tener formación, experiencia y

características personales adecuadas a la intervención que se requiere y al perfil de los consultantes, razón por la cual deberá estarse a lo previsto en el número 4.4.8 de las presentes bases de licitación.

En razón de lo anterior, la selección del recurso humano en el programa terapéutico debe considerar las variables como experiencia en tratamiento en adicciones, enfoque de género y asociación delito-droga.

Por otro lado, la intervención requiere de una coordinación interna del equipo que permita un efectivo trabajo interdisciplinario que no fragmente la intervención, sino que permita la integración de los aspectos que el equipo técnico evalúa como esenciales en la intervención.

El equipo debe promover la interdisciplinariedad y la integralidad de la intervención a través de la incorporación de profesionales de las distintas disciplinas (psiquiatría, psicología, enfermería, trabajo social, terapia ocupacional, técnicos, entre otros).

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

7.4 Modalidad de pago.

El Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol pagará al adjudicatario los planes de tratamiento y rehabilitación a que se refieren los números 2 y 7.3 de estas bases, por mes de plan de tratamiento adjudicado y contratado efectivamente otorgado.

Se entenderá por mes de plan de tratamiento y rehabilitación efectivamente otorgado, cuando se cumpla la condición de persona beneficiaria de FONASA (que sean beneficiarios del D.F.L. N° 1, Libro II, de 2005 del Ministerio de Salud), y tenga el registro en el Sistema de Gestión de Tratamiento (SISTRAT), de a lo menos una prestación al mes, de las mencionadas en el documento: "Norma y Orientaciones Técnicas de los Planes de Tratamiento y Rehabilitación para Personas Adultas con Problemas Derivados del Consumo de Drogas", establecido para cada uno de los planes de tratamiento y rehabilitación definidos por el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, conjuntamente con el Ministerio de Salud.

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

El pago de los planes de tratamiento a cada adjudicatario se realizará mensualmente y se hará efectivo sólo una vez que el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA, a través de su Dirección Nacional o la Dirección Regional del SENDA que corresponda, haya recibido la respectiva factura, por el monto exacto de los meses de planes de tratamiento otorgados en el respectivo mes, dentro de los tres primeros días corridos del mes siguiente.

Recibida la factura en la Dirección Nacional o la Regional del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol que corresponda, y previa visación del documento y sus antecedentes complementarios, este Servicio procederá a su registro y pago dentro de los 20 días corridos siguientes.

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

Las facturas deberán ser extendidas a nombre del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, RUT N° 61.980.170-9, dirección calle Agustinas N° 1235, piso 6, Santiago, o en la forma que el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA, instruya a futuro. El Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol no pagará facturas que no se encuentren debidamente extendidas, que presenten enmiendas o estén incompletas, procediéndose a la devolución de la misma.

Sin perjuicio que el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, pagará mensualmente el monto de los planes de tratamiento que efectivamente fueron realizados por el adjudicatario por la línea de producto, considerando el tope máximo mensual señalado en el número 2 de estas bases, este Servicio Público realizará, durante los meses de agosto y diciembre de 2013, y abril, agosto y diciembre de 2014, un proceso de ajuste en el pago de los meses de planes de tratamiento contratados. Conforme a este proceso, el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA, pagará al adjudicatario los planes de tratamiento que hubiere efectivamente realizado en el correspondiente período por sobre los máximos mensuales, pero bajo el máximo cuatrimestral.

7.5 De la Supervisión de los Servicios.

7.5.1 De la supervisión administrativa.

El Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, realizará la supervisión y el control administrativo-financiero de la actividad realizada y de la calidad previsional de la persona atendida.

Para ello, el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol verificará la condición de beneficiarias de las personas en tratamiento que hayan sido informadas mediante el Sistema de Información y Gestión de Tratamiento (SISTRAT), descontando de la actividad las prestaciones o tratamientos realizados a personas que no sean beneficiarios del D.F.L. N° 1, Libro II, de 2005 del Ministerio de Salud. En este sentido, el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA en ningún

caso financiará atenciones a personas que no sean beneficiarios del Sistema Público de Salud.

Esta supervisión tendrá como objetivo cautelar la adecuada ejecución de los servicios contratados, a través de un correcto manejo o utilización de los recursos entregados, a fin de entregar a los beneficiarios de los programas de tratamiento un servicio de calidad.

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

7.5.2 De la Asesoría, Supervisión y Evaluación Técnica.

El Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, supervisará, asesorará y evaluará técnicamente en forma periódica el funcionamiento y operación de los servicios licitados. Para ello El Servicio Nacional para la prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol podrá contar con la colaboración técnica del Ministerio de Salud, a través de los servicios de salud y Secretarías Regionales Ministeriales respectivas, en adelante "SEREMIS".

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

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

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

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

7.5.3 Del Sistema de Información y Gestión de Tratamiento (SISTRAT).

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

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

Al respecto, se destaca que la oportunidad en el registro es fundamental para la gestión del programa, siendo crítico, por ejemplo, el llenado en tiempo real de la Ficha de Demanda, atendida su implicancia en la gestión de la lista de espera.

En el evento que el establecimiento, por cualquier circunstancia, no pueda utilizar el referido software deberá enviar al Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, a través de la Dirección Regional del SENDA correspondiente, mediante correo electrónico u otro medio magnético, la información requerida a través de una planilla de registro diseñada en formato Excel especialmente para estos efectos denominada "Planilla de Registro e Instructivo Llenado Planilla de Registros". Dicha planilla será sólo excepcionalmente utilizada y, una vez regularizado el acceso al software destinado para el registro de la información, el prestador deberá poner al día el registro de la actividad realizada en la herramienta destinada para ello.

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

7.5.4 De la coordinación con el Ministerio de Salud.

El Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA, en atención a las competencias propias del Ministerio de Salud en tanto autoridad sanitaria, cuidará coordinar su supervisión, asesoría y evaluación técnica de los servicios licitados con dicha Cartera. En este contexto, y para la ejecución de las supervisiones de que tratan los números

7.5.1 y 7.5.2 de estas bases, este Servicio Público procurará celebrar el convenio con la referida Cartera de Estado en materia de orientaciones, asesorías, colaboración técnica y formas coordinadas de supervisión, tanto administrativa como técnica.

7.6 De la vigencia del contrato y de su término anticipado.

El contrato que se celebrará con el adjudicatario regirá desde la total tramitación del acto administrativo que lo apruebe hasta el 31 de diciembre de 2014.

No obstante lo anterior, por razones de buen servicio, se podrá convenir que las prestaciones respectivas se otorguen a partir del 1 de Mayo de 2013. Con todo, en ningún caso el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA, pagará los servicios otorgados mientras no esté totalmente tramitado el acto administrativo que apruebe el respectivo contrato.

El Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol podrá poner término anticipado al contrato, en cualquier tiempo, por medio de una carta certificada que le hará llegar al respectivo adjudicatario, a lo menos, con 60 días de anticipación.

Además, el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol pondrá término anticipado al contrato, mediante resolución fundada, en caso de verificarse alguna de las siguientes situaciones, sin perjuicio de las acciones legales que sea del caso entablar:

- a) Resciliación o mutuo acuerdo entre las partes.
- b) Si el contratista fuere declarado en quiebra o cayera en estado de notoria insolvencia, a menos que se mejoren las cauciones entregadas o las existentes sean suficientes para garantizar el cumplimiento del contrato.
- c) Por exigirlo el interés público o la seguridad nacional.
- d) Caso fortuito o fuerza mayor, comprendiéndose dentro de ellas razones de ley o de autoridad que hagan imperativo terminarlo.
- e) Revocación de la autorización sanitaria del adjudicatario.
- f) Falta de disponibilidad presupuestaria para cubrir el pago de las prestaciones contratadas.
- g) Cobro por las prestaciones realizadas de parte del adjudicatario a las personas beneficiarias de los planes de tratamiento y rehabilitación contratados.
- h) Incumplimiento grave de las obligaciones contractuales, entendiendo por tales aquellas que pongan en riesgo el oportuno otorgamiento de los meses de planes de tratamiento convenidos, en términos tales que el beneficiario del plan de

tratamiento de que se trate, no reciba el tratamiento convenido.

- i) Si a la institución se le hubiere aplicado dos o más multas durante un año calendario, de aquellas a que se refiere el número 7.8 de estas bases.
- j) Falta de veracidad de la información o de los antecedentes presentados durante el proceso de licitación, especialmente aquellos que fueron considerados en el proceso de evaluación de las propuestas.
- k) Incumplimiento de la obligación de entrega de certificado de cumplimiento de obligaciones laborales y previsionales en un plazo superior a 15 días hábiles o incumplimiento de la obligación de pago de saldos insoluto de remuneraciones o cotizaciones de seguridad social del contratista con sus actuales trabajadores o con trabajadores contratados en los dos últimos años, de acuerdo a lo establecido en el número 7.9 de las presentes bases.

En caso de verificarse alguna(s) de las causales señaladas, el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA, enviará aviso de término anticipado de contrato por carta certificada despachada al domicilio del contratante respectivo, con 15 días de antelación a la fecha en que se desea terminar el contrato, la cual se entenderá notificada a contar del tercer día siguiente a su recepción en la oficina de correos respectiva.

En caso de término anticipado de algún contrato por verificarse alguna(s) cualquiera de las causales señaladas precedentemente imputables al proveedor, el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA, hará efectiva la garantía de fiel cumplimiento de contrato, pudiendo además, solicitar judicialmente la indemnización de perjuicios que corresponda, de conformidad a las reglas generales del derecho común.

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

Respecto del registro de las prestaciones, en caso de producirse el término anticipado del contrato, el adjudicatario deberá evaluar el tipo de egreso de cada una de las personas usuarias, como alta terapéutica o derivación a otro centro, con o sin convenio según corresponda.

7.7 Cesión de contrato.

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

7.8 Multas y Sanciones.

El Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol cobrará multas al adjudicatario que estén relacionadas con incumplimientos por parte de éste, aplicables a los siguientes casos:

- Efectuar cobros improcedentes al Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA: 10 U.F. cada vez.
- Incumplimiento de las normas legales, reglamentarias y administrativas que rigen el convenio: 5 U.F. por cada ocasión en que el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, deba representarle tal hecho.
- Incumplimiento de obligaciones contractuales: 10 U.F. por cada ocasión en que el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, deba representarle tal hecho.
- Falta de entrega de certificado de cumplimiento de obligaciones laborales y previsionales, dentro del plazo señalado en el punto 7.9 de estas bases: 0.5 U.F. por día hábil de atraso, con un tope de 15 días hábiles.
- No informar al Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA, alguno de los siguientes hechos, dentro de los 5 días hábiles de haber acaecido: cambios en el nombre o la razón social, representante legal, dirección de funcionamiento, término, renovación o modificaciones en la resolución sanitaria, o cualquier otro dato o hecho relevante para la ejecución del servicio: 5.0 U.F por cada ocasión en que el Servicio deba representarle tal hecho.
- Falta de veracidad de la información registrada en el Sistema de Información y gestión de Tratamiento (SISTRAT) respecto de las intervenciones realizadas a personas usuarias en tratamiento: 5.0 U.F. por cada ocasión en que el Servicio deba representarle tal hecho.

En el caso de que se detectara una situación como las anteriormente mencionadas que amerite la aplicación de multas, se aplicará el siguiente procedimiento:

- a) El Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA, notificará por escrito al adjudicatario dicha circunstancia, indicando los hechos que originan la multa y su monto.

Las notificaciones que se efectúen al adjudicatario en virtud de este procedimiento, se realizarán mediante carta certificada dirigida a su domicilio, comenzando a contarse los plazos a partir del tercer día después de despachada la carta por Correo.

b) El adjudicatario dispondrá de cinco días hábiles contados desde que se le haya notificado, para efectuar sus descargos, acompañando todos los antecedentes que acrediten fehacientemente que no ha tenido responsabilidad en los hechos que originan las multas. En esa misma oportunidad, podrá solicitar rebaja de los montos de las multas. Si el adjudicatario no presenta sus descargos en el plazo señalado, la multa quedará firme, dictándose la pertinente resolución por parte del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol.

c) Si se han presentado descargos oportunamente, la Directora Nacional dispondrá de cinco días hábiles contados desde la recepción de los descargos para resolver, sea rechazándolos o acogiéndolos, total o parcialmente. De lo resuelto, se notificará al adjudicatario.

d) El adjudicatario podrá presentar recurso de reposición ante la Directora Nacional, dentro de los cinco días hábiles contados desde la notificación de la resolución que se recurre, quien dispondrá por su parte de cinco días hábiles contados desde la recepción del recurso para resolver si lo acoge total o parcialmente. Si el adjudicatario no presenta recurso de reposición dentro del plazo indicado, la multa quedará firme, dictándose la pertinente resolución, por parte de la Dirección Nacional del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol.

El monto de las multas se rebajará de los pagos que el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol deba efectuar al adjudicatario en la factura más próxima y de no ser suficiente ese monto, la citada rebaja se hará en la o las facturas siguientes.

7.9 Entrega de Certificado.

El adjudicatario, durante la ejecución de los servicios contratados y a fin de acreditar que no registra saldos insoluto de remuneraciones o cotizaciones de seguridad social, deberá hacer entrega al Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, **dentro de los primeros cinco días hábiles del mes de diciembre de 2013 y de los meses de junio y diciembre de 2014**, de un certificado de cumplimiento de obligaciones laborales y previsionales vigente, emitido por la Dirección del Trabajo.

La falta de entrega de dicho certificado dentro del plazo señalado, faculta al Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol para solicitarlo directamente al adjudicatario, sin perjuicio de la aplicación de multas u otras sanciones que procedan.

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

El incumplimiento de esta obligación dará derecho al Servicio Nacional para la prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol a hacer efectiva la garantía de fiel cumplimiento del contrato y dar por terminado el contrato con el adjudicatario en los términos establecidos en el artículo 4º de la ley N° 19.886.-

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

8. Modificación del Convenio.

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

Sin perjuicio de lo anterior, en el mes de junio del año 2014, el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, evaluará el nivel de ejecución del convenio celebrado con el adjudicatario.

Si el adjudicatario al 30 de junio del año 2014, y por razones que no le son imputables, no ha cumplido con realizar el 50% del número de meses de planes de tratamiento anuales adjudicados, se podrá modificar el convenio suscrito con dicho adjudicatario en términos de disminuir la cantidad de meses de planes de tratamiento anuales y mensuales adjudicados y, consecuentemente, el monto del mismo convenio, sin que ello implique la aplicación de multas contempladas en las presentes Bases.

Asimismo, si producto de dicha evaluación, el adjudicatario a la referida fecha presenta una ejecución completa, equivalente al 50% del total de meses de planes de tratamiento anuales adjudicados, el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, podrá modificar el convenio suscrito con el adjudicatario y aumentar el número de meses planes de tratamiento anuales y mensuales adjudicados a efectos de cubrir así la demanda existente. Con todo, este aumento en meses de planes de tratamiento no podrá extenderse a planes no incluidos originalmente la línea de producto que se adjudicó el prestador.

Análogamente, en el mes de diciembre de 2013, el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA, evaluará el nivel de ejecución del convenio celebrados con el adjudicatario. Si a esa época, y por razones que no le sean imputables, el adjudicatario no ha cumplido con realizar el 100% del número de meses de planes de tratamiento anuales adjudicados, se podrá modificar el convenio suscrito con dicho adjudicatario en términos de disminuir la cantidad de meses de planes de tratamiento anuales y mensuales adjudicados que deberán ejecutarse durante el año 2014. Por el contrario, si a diciembre del año 2013, el adjudicatario presenta una ejecución completa, equivalente al 100% del total de meses de planes de tratamiento anuales adjudicados, se podrá modificar el convenio suscrito con el adjudicatario y aumentar el número de meses de planes de tratamiento anuales y mensuales adjudicados a efectos de cubrir así la demanda existente durante el año 2014. Con todo, este aumento en meses de planes de tratamiento no podrá extenderse a planes no incluidos originalmente en la línea de producto adjudicada al prestador.

Sin perjuicio de lo anterior, se deja expresa constancia que la compra de meses de planes de tratamiento, que deban ejecutarse durante el año 2014 estará sujeta a lo que establezca la ley de presupuesto para el sector público correspondiente a dicho año, reservándose este Servicio la facultad de requerir modificaciones al convenio suscrito con el adjudicatario..

Por su parte, si durante la ejecución del contrato el adjudicatario sufre cambios en su propuesta técnica, como por ejemplo cambios en el nombre o la razón social, representante legal, dirección de funcionamiento; término, renovación o modificaciones en la Resolución Sanitaria, cambios en el personal que presta el servicio para el adjudicatario o cualquier otro dato o hecho relevante para la ejecución del servicio, deberá informarse a este Servicio de la ocurrencia de ese hecho, dentro de 5° día hábil de acaecido, requiriéndose la correspondiente modificación del contrato, si es que fuere pertinente.

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

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

Para todas estas modificaciones, el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, podrá acordar mecanismos y convenios de colaboración y asesoría con el Ministerio de Salud.

9. Disponibilidad de bases.

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

10. Fallas en la plataforma del portal.

En caso de indisponibilidad técnica de la plataforma del portal www.mercadopublico.cl, durante el periodo de presentación de propuestas, circunstancia que deberá ser ratificada por la Dirección de Compras Públicas, excepcionalmente las propuestas podrán ser recepcionadas en soporte papel, en la Oficina de Partes del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA, (calle Agustinas N° 1235, piso 6, Santiago Centro), de lunes a jueves entre las 9:00 am y las 18:00 horas, y los días viernes de 09:00 a 17:00 horas.

Con todo, sólo se recibirán aquellas propuestas técnicas en soporte papel que adjunten un certificado de indisponibilidad del sitio emitido por la Dirección de Compras, presentadas dentro del plazo de 02 días corridos de acaecido el hecho, salvo que recayere en día sábado, domingo o festivo, caso en el cual el término del plazo para la recepción de las propuestas se trasladará al día hábil siguiente.

11. Modificaciones a las bases.

El Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol podrá modificar las presentes Bases, ya sea por iniciativa propia o en atención a una aclaración solicitada por alguno de los oferentes, durante el

proceso de presentación de propuestas, otorgando un plazo prudencial para que los oferentes puedan adecuar sus ofertas a los nuevos requerimientos.

Las modificaciones que se lleven a cabo serán informadas a través del Sitio Web www.mercadopublico.cl. Estas modificaciones se harán mediante el respectivo acto administrativo totalmente tramitado y formarán parte integrante de las bases.

12. Bases Técnicas.

Las especificaciones técnicas del servicio que se licita se encuentran incorporadas en el documento denominado **“Norma y Orientaciones Técnicas de los Planes de Tratamiento y Rehabilitación para Personas Adultas con Problemas Derivados del Consumo de Drogas”** y sus anexos, el cual tiene calidad de anexo de las presentes Bases y se pondrá a disposición de los interesados junto a las mismas en la plataforma del portal www.mercadopublico.cl.

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

13. FORMULARIO DE PRESENTACIÓN DE PROPUESTA PARA LICITACIÓN 2013-2014 Programa de Apoyo a Tratamiento y Rehabilitación en Consumo Problemático de Sustancias Estupefacientes o Sicotrópicas para Programas de Población General y Población Específica de Mujeres.

FORMULARIO DE PRESENTACIÓN DE PROPUESTA

1. Línea de Producto a la que postula: N° _____

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

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

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

2. Antecedentes del Oferente

Nombre de la Institución Responsable – Giro comercial			R.U.T.
Dirección (calle, número, depto.)		Comuna	Región
Teléfono	Fax	Nº de Personalidad Jurídica	Correo Electrónico

Nombre del Representante Legal		R.U.T.
Dirección (calle, número, depto.)		Comuna
Teléfono	Fax	Correo Electrónico

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

HORARIO FUNCIONAMIENTO DEL CENTRO:

Horario Diurno	Horario Vespertino (después de las 17:00 hrs)	Otro (Describir)

3. Programa Terapéutico del Centro: se deberán presentar las características del programa de tratamiento y rehabilitación que ofrecerá a las personas usuarias. Este programa debe contemplar un marco teórico - conceptual, objetivo general y específicos, actividades a desarrollar para el logro de estos objetivos, indicadores de evaluación del proceso, criterios para el egreso de tratamiento de las personas, entre los principales.

3.1.- MARCO CONCEPTUAL.

Describir en forma sucinta el marco o los supuestos teóricos que sustentan el Programa, indicando los factores identificados como influyentes sobre la problemática. Se debe incluir la bibliografía en la cual está basado el marco teórico utilizado en la propuesta.
Máximo dos planas, excluyendo la bibliografía.

3.2.- DESCRIPCION POBLACION DESTINATARIA.

Se debe describir las características sociodemográficas (rango etáreo, sexo, pertenencia a pueblos originarios, condición sociocupacional, socioeconómica, entre otras), situación de salud (patrón de consumo, salud mental y/o física) y otros antecedentes que permitan caracterizar el perfil de las personas usuarias del programa.
Máximo 10 líneas

--

3.3.- METODOLOGÍA.

Describa de qué manera se desarrollará la intervención para lograr los objetivos. Se espera que la metodología sea coherente con todos las dimensiones contenidas en el Programa Terapéutico, y debe incluir como elementos mínimos la metodología asociada a: diagnóstico, tipo de intervenciones, frecuencia de éstas, distribución por fases o etapas de intervención y características e intervenciones propias de cada una, duración del programa, acciones de rescate, coordinaciones intersectoriales.

Se debe adjuntar calendario semanal de intervenciones.

Máx. 3 planas, excluyendo el calendario semanal de intervenciones.

--

3.4.- OBJETIVOS DEL PROGRAMA.

(Máximo 1 plana)

OBJETIVO GENERAL							
OBJETIVOS ESPECÍFICOS							

--

3.5.- CRITERIOS PARA EL EGRESO.

Señale y describa los criterios que se consideran para los distintos motivos de egreso del programa.
Máximo 1 plana

--

3.6.- EVALUACIÓN DE PROCESO Y RESULTADOS TERAPÉUTICOS A NIVEL DE LAS PERSONAS USUARIAS. Máximo 1 plana

Objetivos	Indicadores		Medios de Verificación Señalan las fuentes de información de los indicadores
	Enunciado Es la expresión conceptual (escrita) de lo que se desea medir a través de un indicador	Fórmula Es la expresión matemática que permite cuantificar el nivel o magnitud que alcanza el indicador en un cierto período de tiempo	

3.7.- INSTRUMENTOS DE REGISTRO.

La Ficha Clínica o Carpeta Individualizada es el instrumento en el que se realiza un registro completo y exhaustivo de la condición de salud integral de las personas usuarias. Se debe adjuntar formato de Ficha Clínica o Carpeta Individualizada, que debe contemplar en su contenido al menos: Antecedentes individuales, Anamnesis, Diagnóstico, Consentimiento Informado, Contrato terapéutico, Plan de Tratamiento Individualizado, Evolución y Seguimiento, Informe de Egreso, los que deben estar acorde a la Norma y Orientaciones Técnicas vigentes.

3.8.- PROTOCOLOS O PROCEDIMIENTOS.

Adjuntar:

- Protocolo o Procedimientos de Rescate
- Protocolo o Procedimientos de manejo de Crisis y/o descompensaciones
- Protocolo de manejo de VIH-SIDA
- Otros

4. RECURSOS HUMANOS: Se espera conocer información relevante sobre el equipo que ejecutará el Programa. Para esto, se deberá completar, por cada integrante del equipo, especificando el nombre, su profesión u oficio (por ejemplo, psicólogo/a, trabajador/a social, profesor/a de educación física, etc.), el cargo que ocupará (coordinador/a u otro), la jornada de trabajo en horas semanales, distinguiendo aquellas horas que serán destinadas a atención directa de aquellas destinadas a trabajo de equipo y tareas administrativas. Se debe agregar además el número de años de experiencia con la que cuenta cada uno/a en tratamiento en consumo problemático de alcohol y drogas. Finalmente, se debe agregar una síntesis de las funciones que desempeñará.

Este cuadro contempla tanto el recurso humano profesional, técnico y de apoyo administrativo.

La información registrada en el presente ítem será verificada a través de los Curículos Vitae que se deben adjuntar en el formato definido.

5. INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO.

Se debe presentar una Declaración Jurada en formato adjunto que dé cuenta de los espacios físicos. En el caso de las propuestas programas residenciales y de programas específicos de mujeres, se debe especificar la existencia de espacios y equipamiento específicos.

El Centro donde se ejecuta el programa de tratamiento debe tener espacios físicos acordes a la cantidad de profesionales y técnicos que trabajen, así como al número de personas usuarias a atender.

Declaración Jurada de Infraestructura y Equipamiento

Yo _____, RUN _____, en mi calidad de
Representante Legal del Centro de Tratamiento _____. Declaro que la

infraestructura y equipamiento señalada en el formato adjunto refleja fielmente los espacios físicos con que cuenta el Centro de Tratamiento _____ en la actualidad.

Marcar con una X aquellos espacios que el programa dispone

	SI	Cantidad	Uso exclusivo	
			SI	Cantidad
Sala/s de atención individual				
Sala/s de atención grupal				
Sala/s de atención familiar				
Espacios habilitados para talleres				
Espacios habilitados para actividades deportivas				
Espacios de descanso y esparcimiento para los usuarios				
Espacios de descanso y esparcimiento para las niñas y niños				
Dormitorios separados para hombres y mujeres				
Dormitorios personas usuarias				
Dormitorios que cuentan con un máximo de 4 camas				
Dormitorios acondicionados para mujeres con hijos lactantes				
Cunas				
Dormitorios acondicionados para mujeres con hijos preescolares				
SEDILE (Servicio dietético de la Leche)				
Cocina y comedor separados de los espacios comunes				
Baños diferenciados para personas usuarias y equipo				
Baños diferenciados para personas usuarias hombres y mujeres				
Sala de espera				
Sala para el equipo, con la implementación necesaria				
Lugar seguro para el almacenamiento de medicamentos, material clínico y de primeros auxilios				
Otros, especificar				

CURRICULO VITAE INSTITUCIONAL

1. Identificación de la Institución.

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

2. Experiencia en proyectos y/o programas de tratamiento del consumo problemático de drogas y alcohol.

Proyecto o Programa:	
Año de inicio y de término:	Lugar de ejecución:
Cobertura:	Fuente de Financiamiento:

Proyecto o Programa:	
Año de inicio y de término:	Lugar de ejecución:
Cobertura:	Fuente de Financiamiento:

Proyecto o Programa:	
Año de inicio y de término:	Lugar de ejecución:
Cobertura:	Fuente de Financiamiento:

(*) Replicar tablas cuantas veces sea necesario.

CURRICULO VITAE DEL DIRECTOR DEL CENTRO O PROGRAMA DE TRATAMIENTO

1.- ANTECEDENTES PERSONALES.

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

2.- ANTECEDENTES ACADEMICOS.

(Adjuntar copia simple de certificado de título técnico o profesional)

2.1.- ENSEÑANZA MEDIA

Licencia de Enseñanza Media - AÑO DE EGRESO

2.2.- ENSEÑANZA SUPERIOR

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

2.3.- OTROS GRADOS ACADEMICOS.

POSTITULO O POSTGRADO

INSTITUCION	
FECHA DE TERMINO (mes- año)	

2.4.- DIPLOMADOS, CURSOS DE CAPACITACION Y SEMINARIOS.

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

NOMBRE DIPLOMADO, CURSO, SEMINARIO Y/O CONGRESO	
Favor aquí mencionar si es Diplomado, Curso, Seminarios y/o Congreso y el nombre.	
INSTITUCION	
TOTAL DE HORAS PEDAGOGICAS	
FECHA DE TÉRMINO E INICIO	

3.- EXPERIENCIA LABORAL.

Sólo considerar antecedentes vinculados a tratamiento de consumo problemático de drogas – alcohol y/o trabajo de coordinación técnica de centros o equipos.

CARGO O FUNCIÓN	
INSTITUCIÓN	
FECHA DE INICIO (mes- año)	FECHA DE TERMINO (mes- año)
PRINCIPALES FUNCIONES (no más de 5 líneas)	

(*) Replicar tablas cuantas veces sea necesario.

Declaración de participación en el Programa	
Firma	Fecha

CURRICULO VITAE DEL RECURSO HUMANO

1.- ANTECEDENTES PERSONALES.

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

2.- ANTECEDENTES ACADEMICOS

(Adjuntar copia simple de certificado de título técnico o profesional, en caso de médico psiquiatra, presentar además certificado de especialidad.)

2.1.- ENSEÑANZA MEDIA

Licencia de Enseñanza Media - AÑO DE EGRESO	
---	--

2.2.- ENSEÑANZA SUPERIOR

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

2.3.- OTROS GRADOS ACADEMICOS.

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

2.4.- DIPLOMADOS, CURSOS DE CAPACITACION Y SEMINARIOS.

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

NOMBRE DIPLOMADO, CURSO, SEMINARIO Y/O CONGRESO	
Favor aquí mencionar si es Diplomado, Curso, Seminarios y/o Congreso y el nombre.	
INSTITUCION	
TOTAL DE HORAS PEDAGOGICAS	
FECHA DE TERMINO E INICIO	

3.- EXPERIENCIA LABORAL.

Sólo considerar antecedentes vinculados a tratamiento de consumo problemático de drogas – alcohol.

CARGO O FUNCIÓN	
INSTITUCIÓN	
FECHA DE INICIO (mes- año)	FECHA DE TERMINO (mes- año)
PRINCIPALES FUNCIONES (no más de 5 líneas)	

(*) Replicar tablas cuantas veces sea necesario.

Declaración de participación en el Programa	
Firma	Fecha

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

ANEXO N°1

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

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

Los diferentes planes de tratamiento y rehabilitación comprenden objetivos terapéuticos a desarrollar progresivamente en la medida que se avanza en el proceso de tratamiento y rehabilitación, de acuerdo a las características y necesidades de las personas, considerando etapas o períodos en la medida que las acciones terapéuticas logren del objetivo, de acuerdo a la especificidad de la intervención.

Estas intervenciones terapéuticas se realizan en concentración y frecuencias diversas, donde la mayor intensidad del proceso, se produce en la segunda etapa correspondiente

a la fase de tratamiento y rehabilitación donde se abordan en profundidad los factores interviniéntes en el inicio y mantención del problema de consumo.

A. PLANES DE TRATAMIENTO Y REHABILITACION PARA POBLACION GENERAL.

1. PLAN DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN AMBULATORIO BÁSICO

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

Los objetivos terapéuticos del Plan Ambulatorio Básico son los siguientes:

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

Centros para su Implementación:

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

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

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

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

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

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

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

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

2^a etapa: está abocada principalmente al abordaje en **profundidad** de los factores que intervienen en el inicio y mantención del consumo problemático, apoyo al proceso de desintoxicación a mediano y largo plazo, evaluación y apoyo al desarrollo de intereses, habilidades, y competencias socio ocupacionales, además de estrategias de prevención de recaídas.

3^a etapa: es la preparación para el egreso del plan y corresponde principalmente al periodo denominado de *incorporación*, donde se fortalecen los cambios terapéuticos y se profundiza en los aspectos vinculados a las alternativas reales de integración, con énfasis en la vinculación a redes de apoyo personal e institucional.

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

2. PLAN DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN AMBULATORIO INTENSIVO

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

Los objetivos terapéuticos del Plan Ambulatorio Intensivo son los siguientes:

- Apoyar y fortalecer el proceso de motivación al cambio.
- Propiciar la problematización de los factores que facilitan y mantienen el consumo.
- Fortalecer los factores protectores que permitan el logro del proceso de cambio.
- Apoyar y fortalecer estrategias de prevención de recaídas.
- Apoyar el desarrollo de habilidades sociales.
- Orientar y apoyar el proceso de integración social.
- Apoyar y orientar el propósito de cambio en el estilo de vida.

- Facilitar el proceso de preparación para el egreso de acuerdo a los criterios definidos.
- Realizar acciones de seguimiento posterior al egreso del plan.

Centros para su implementación

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

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

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

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

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

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

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

2^a etapa: etapa abocada principalmente al abordaje en profundidad de los factores que intervienen en el inicio y mantención del consumo problemático, apoyo al proceso de desintoxicación a mediano y largo plazo, evaluación y apoyo al desarrollo de intereses, habilidades, y competencias socio ocupacionales, además de estrategias de prevención de recaídas

3^a etapa: es la preparación para el egreso del plan y corresponde principalmente al

periodo denominado de Incorporación, donde se fortalecen los cambios terapéuticos y se profundiza en los aspectos vinculados a las alternativas reales de integración, con énfasis en la vinculación a redes de apoyo personal e institucional.

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

3. PLAN DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN RESIDENCIAL

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

Los objetivos terapéuticos del Plan Residencial son los siguientes:

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

Centros para su implementación:

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

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

Establecimientos Privados: Centros de Tratamiento Residencial, Comunidades Terapéuticas u otros autorizados por la Autoridad Sanitaria Regional correspondiente, con infraestructura necesaria que garantice el desarrollo adecuado de las intervenciones individuales, familiares y grupales, tanto en metros cuadrados de superficie de salas de trabajo terapéutico como de espacios de descanso, recreación, y hotelería; que considere

la implementación de una sala de procedimientos médicos y/o de enfermería, cuando corresponda. Asimismo, debe contar con hotelería adecuada a las necesidades para una

adecuada permanencia (tamaño y superficie de las salas, dormitorios, comedor, espacios de descanso y recreación). Si el programa es mixto, contar con espacios de dormitorio, baños y salas de estar, diferenciados para hombres y mujeres

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

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

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

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

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

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

2^a etapa: abocada principalmente al abordaje **en profundidad** de los factores que intervienen en el inicio y mantención del consumo problemático, apoyo al proceso de desintoxicación a mediano y largo plazo, prevención de recaídas; restablecimiento de vínculos saludables. Asimismo, debe considerar reparación de experiencias traumáticas, elaboración de duelos, redefinición de roles e identidad de género; fortalecimiento de factores protectores, evaluación de intereses, habilidades, y competencias socio ocupacionales y apoyo al desarrollo de ellas.

3^a etapa: es la preparación para el egreso del plan y corresponde principalmente al periodo denominado de incorporación, donde se fortalecen los cambios terapéuticos y se profundiza en los aspectos vinculados a las alternativas reales de integración, con énfasis en la vinculación a redes de apoyo personal e institucional.

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

ANEXO N°2

GESTIÓN DE CALIDAD EN LA ATENCIÓN DE LOS PROGRAMAS DE TRATAMIENTO DEL CONSUMO PROBLEMATICO DE DROGAS EN LOS PROGRAMAS DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN

I. Introducción

En el contexto del fortalecimiento al desarrollo de redes integradas de atención para diferentes problemas de salud mental, entre ellos los derivados del consumo de alcohol y drogas, se hace necesario disponer de un sistema de gestión que incorpore la dimensión de la gestión de la calidad de la atención de las personas y de la gestión clínica para contribuir al mejoramiento de la calidad de los programas de tratamiento por consumo problemático de sustancias.

La gestión de la calidad, por otra parte se conceptualiza como todas las actuaciones conscientes de mejora que emprende un equipo clínico sobre el conjunto de procesos implicados en las decisiones que se producen al relacionarse con las personas consultantes o usuarias del sistema sanitario.

La Gestión clínica permite incrementar la eficiencia y la calidad de las prestaciones sanitarias dispensadas por las unidades asistenciales; disminuir la variabilidad de la práctica clínica; mejorar la efectividad y la eficiencia en la toma de decisiones; usar los recursos de salud en servicios con valor demostrado para la mejora de salud del pacientes; incorporar a los profesionales clínicos en la gestión de los recursos utilizados en su propia práctica para mejorar la efectividad de las decisiones clínicas y dar a conocer al profesional médico el impacto de sus decisiones individuales en el sistema.

La identificación de los distintos procesos que inciden en la calidad de los servicios otorgados a través de un determinado programa, que permitan comprobar si se está dando respuesta a las necesidades o se están logrando los cambios planificados, es decir el cómo se consigue y cómo se logra la calidad, se implementa a través de la evaluación, la que se constituye finalmente en la emisión de juicios fundamentados que orientan la toma de decisiones que conducen a la realización de acciones de mejora de los grupos y los individuos.

En este contexto, se necesita un marco comprehensivo general, que vincule e integre las actividades de la evaluación a un nivel también general, ya que las intervenciones de los programas no trabajan normalmente, de un modo predecible, y los problemas a resolver no son sencillos. Por ello, las evaluaciones que se centran sólo en los resultados de los programas no son útiles, puesto que no informan para tomar decisiones, al no indicar en qué dirección, en qué aspectos y de qué manera se debe incidir para conseguir mejores resultados (Catalina Martínez M. "La Teoría de la Evaluación de Programas", 1998)

Pérez Juste, define la evaluación como un proceso sistemático de recogida de información rigurosa, valiosa, válida y fiable, orientado a valorar la calidad y los logros de un programa para la toma de decisiones de mejora del mismo, del personal implicado y del cuerpo social en el que se encuentra inmerso. Utiliza metodologías cuantitativas y cualitativas. Su informe es descriptivo, basado en los datos y en los juicios.

SENDA y MINSAL, preocupados por una atención de calidad en el contexto de la red de centros de tratamiento y rehabilitación del consumo problemático en el marco de este convenio, incorpora *la gestión de la calidad de la atención* como el mecanismo a implementar en el desarrollo de programas de tratamiento en convenio, que incluye la asesoría técnica y la evaluación de los programas.

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

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

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

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

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

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

A continuación se definen y describen las variables e indicadores de calidad

1.- Vía de Administración de las sustancias

- **Intranasal** (aspiración de polvo por la nariz)
- **Fumada** (aspiración de gases o vapores)
- **Oral** (bebida o comida)
- **Inyectada** (intravenosa o intramuscular)
- **Otros**
- **No sabe**

2.- Categorías Diagnósticas

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

Consumo Perjudicial:

- Patrón de consumo de una sustancia que provoca daños a la salud física o psicológica. Los daños (hepático, depresión) deben ser causados por la sustancia misma (daño hepático por el alcohol), por las formas de uso (infecciones por uso de drogas inyectables o por las consecuencias sobre el equilibrio psicológico (depresión post privación de estimulantes o del alcohol).
- Las personas con diagnóstico de consumo perjudicial reciben a menudo críticas por ello y experimentan consecuencias sociales adversas de variados tipos.
- En todo caso el solo hecho que una forma de consumo sea criticada por el entorno en general, no es por sí misma indicativa de consumo perjudicial.³

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

³ En el caso del alcohol, en Chile utilizamos con fines de tamizaje o detección precoz, la categoría "Beber Problema" que coincide y amplifica la categoría de consumo nocivo de la CIE 10. Incluye la presencia de problemas de salud, más problemas familiares, económicos, laborales, con la justicia y cualquier otro que sea atribuible a la modalidad o patrón de ingestión de alcohol. Durante varios años se ha utilizado la Escala Breve de Beber Anormal (EBBA) para detectar consumo perjudicial y/o de dependencia al alcohol. Hoy se utiliza el Cuestionario de Autodiagnóstico sobre riesgos en el uso del alcohol (AUDIT).

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

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

Dependencia:

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

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

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

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

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

Clasificación CIE 10

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

Clasificación DSM-IV

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

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

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

2.4.- Otros problemas de salud mental

- Violencia Intrafamiliar
- Abuso Sexual
- Maltrato Infantil
- otros

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

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

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

VARIABLES y DIMENSIONES A OBSERVAR	GRADO DE COMPROMISO BIOPSICOSOCIAL POBLACIÓN GENERAL		
	leve	Moderado	severo
1. Patrón de consumo Tipo sustancia, vía administración y frecuencia de consumo	- Una sola sustancia - En forma esporádica - vía oral, o respiratoria	- 2 ó más sustancias - consumo semanal o fin de semana - vía oral y/o respiratoria	- 2 ó más sustancias - consumo en la semana y fines de semana, con crisis de ingesta. - Aumento de dosis - se agrega vía inyectable
2. Diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias (C.I.E. 10).	Consumo perjudicial	Consumo perjudicial y hasta 3 criterios para dependencia	Más de 3 criterios para dependencia
3. Síndrome de abstinencia	ausente	Con molestias físicas y psicológicas que puede controlar	Requiere de ayuda para tolerar las molestias y signos de abstinencia.
4. Patología psiquiátrica	Descartada	Trastorno psiquiátrico leve a moderado	Con trastorno psiquiátrico severo
5. Percepción de problemas de salud físicos asociados	Leves o ausentes	Presentes, pero no limitantes	Presentes y limitantes
6. Contexto del motivo de consulta	Voluntario	Condicionado por familia o ámbito judicial	Obligado por ámbito judicial u otro.
7. Motivación al cambio	convinciente en su propósito de iniciar un proceso de cambio	Ambivalente y contradictoria (etapa de contemplación)	Muy contradictoria, débil o ausente (etapa precontemplativa)
8. Tratamientos anteriores	Ninguno	1 a 3 incompletos	Más de tres, Abandonos antes de tres meses
9. Intentos de abstinencia sin tratamiento	Si, con logros parciales	Ha intentado pero sin éxito, con recaídas frecuentes	Sin intento, sin ningún periodo de abstinencia
10 Percepción de autoeficacia	Percepción de obtención de logros en resolución de problemas.	Percepción de bajo control del medio y de la conducta de consumo	Auto percepción de muy bajo control del medio o absoluta ineficacia en el control del consumo
11. Situación Ocupacional	Mantiene su trabajo o estudios	Ha discontinuado actividad ocupacional, asiste en forma intermitente	Despidos laborales, interrupción de estudios, abandono de actividades ocupacionales
12. Consumo y/o tráfico en otros familiares	Descartados ambos	Presente el consumo, sin tráfico	Presente ambos, en uno o más de sus miembros
13. Problemas judiciales asociados	Sin antecedentes penales	Detenciones, formalizaciones, pero sin condena o medida.	Con antecedentes penales (sentencias, sanciones)
14. Apoyo familiar	Presencia de red familiar de apoyo	Precaria red de apoyo, dispuesta con reparos	Ausente, con gran conflicto relacional.
15. Red de apoyo social	Presencia de red de amistades de apoyo	Precaria red apoyo, dispuesta con reparos	Ausente, con gran conflicto relacional.

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

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

Lo que parece predecir el cambio es que una persona efectivamente siga un tratamiento o un plan terapéutico. Por ejemplo, es más probable que se recuperen aquellos que toman

una medicación que se les ha prescrito, que aquellos que no cumplen con el consejo que se les ha dado, incluso cuando el fármaco es un placebo sin ingrediente activo alguno. Seguir el consejo del terapeuta o, de forma más general, seguir un programa estructurado a fin de cambiar, está asociado con resultados positivos.

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

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

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

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

El consentimiento informado debe reunir al menos tres requisitos fundamentales.

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

6.- Egreso: término de la relación entre la persona y el centro de tratamiento. Se considerarán motivos de egreso de un programa, las

- **Alta Terapéutica:** cumplimiento de objetivos terapéuticos Evaluación realizada por equipo tratante en acuerdo con la persona.

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

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

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

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

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

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

Las variables a evaluar son las siguientes

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

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

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

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

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

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

Las categorías de consenso son:

- **Logro alto:** alcance de la totalidad de los objetivos planteados. La persona se encuentra en condiciones de integrarse al medio de manera satisfactoria. Se aprecia la decisión por consolidar un cambio favorable en su estilo de vida.
- **Logro intermedio:** alcance parcial de los objetivos, requeriría de un período de apoyo para una integración social satisfactoria. Se aprecia una débil disposición y preparación para sostener un cambio de estilo de vida.
- **Logro Mínimo:** con alcance mínimo de logros de los objetivos planteados. Se mantienen sin modificación la generalidad de las variables personales y del contexto que hacen pensar que la persona se encuentra en riesgo de una probable recaída. Se aprecia una débil o nula disposición al cambio en estilo de vida.

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

metas /objetivos	logro alto	logro intermedio	logro mínimo
1-			
2-			
3 -			
4 -			
5 -			
6 -			
7-			

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

- **Patrón de consumo:** el tipo de sustancia, la dosis, la frecuencia y tiempo de consumo, el contexto de consumo, vale decir, forma de acceso a la sustancia, consumo en compañía o en solitario, entre otros.
- **Situación familiar:** calidad de las relaciones al interior del grupo de referencia y la actitud de familia o cercanos en relación al consumo.
- **Relaciones interpersonales:** calidad de relaciones entre sus pares en el contexto general, y el referido al problema de consumo.
- **Situación ocupacional:** de la experiencia laboral, de estudios y del tiempo libre (u ocio).

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

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

I.- COMPRENSIÓN DEL FENÓMENO DEL CONSUMO

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

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

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

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

II.- GÉNERO

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

III.- ÉTNIA

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

El acceso a los programas de tratamiento y rehabilitación y otros servicios vinculados con salud mental por parte de personas de diferentes minorías étnicas es un tema de interés. Dicho acceso ha de ser tenido en cuenta a la hora de desarrollar eficazmente programas

sobre este tipo de trastorno y centrados en este grupo específico de la población. Al igual como se ha tenido la precaución de considerar otras variables en el diseño y flexibilización del acceso a programas a personas de acuerdo a sus necesidades así también, se debe incorporar a personas de minorías étnicas dentro de este colectivo, derribando una serie de barreras en el acceso:

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

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

Un aspecto a tener en cuenta es la variabilidad en la respuesta a los psicofármacos que presentan las personas en general y en especial las minorías étnicas, es otro aspecto a considerar en los programas. Del mismo modo que no todas las personas que prueban las drogas se vuelven dependientes a la sustancia, tampoco todos las personas tienen la misma tolerancia a los psicofármacos que se usan en el manejo de las complicaciones de las adicciones, ni todas requieren las mismas dosis de fármacos y estrategias para estabilizarse. Detrás de estas diferencias parece evidente que ha de haber un sustrato biológico que las justifique. Este componente biológico se va conociendo según se avanza en la investigación genética. Así, se van descubriendo diferencias entre personas de la misma o de diferentes etnias que condicionan una importante variabilidad en la respuesta a los fármacos, ya sean prescritos como psicofármacos legales o consumidos como drogas de abuso, en función de los diversos polimorfismos genéticos que determinan la expresión de los sistemas de neurotransmisión-neuromodulación y los variados sistemas metabólicos.

IV.- CICLO VITAL INDIVIDUAL Y FAMILIAR

Ciclo Vital Individual

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

Las teorías del ciclo vital se basan en distintos supuestos:

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

El ciclo vital comprende las siguientes etapas:

1. Período prenatal

Desde la implantación del óvulo hasta el nacimiento. En este período la persona está expuesta al estrés que la madre pueda sufrir así como al consumo de sustancias por parte de la madre.

2. Lactancia

Desde el nacimiento hasta los 15 meses. En este período se desarrolla una intensa relación psicológica entre el/la niño/a y su madre (relación de apego) que es fundamental para el futuro desarrollo del autoconcepto y el sí mismo.

3. Infancia

Se divide en tres períodos: Primera infancia (de los 15 meses a los 2 años y medio), Preescolar (de los 2 años y medio a los 5 años) y Escolar (de 6 a 12 años). Esta etapa se caracteriza por el desarrollo motor e intelectual, crecimiento físico y emocional y el inicio de la educación formal y las exigencias de aprendizaje y rendimiento escolar se convierten en determinantes importantes del desarrollo posterior de la personalidad. Por otra parte, se produce la interiorización de normas, la relación con los pares y el desarrollo del rol sexual.

4. Adolescencia

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

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

5. Adulvez

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

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

Ciclo Vital Familiar

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

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

A continuación se detallan algunos aspectos de cada etapa:

1. Noviazgo, galanteo

Es la etapa en la cual un hombre y una mujer se disponen a construir una relación de pareja.

La identidad de pareja que se construya a través del análisis y confrontación mutua de los valores, las historias personales, deseos, costumbres, expectativas hacia el futuro, determinarán la consolidación de la relación o el término del proyecto de pareja.

2. La pareja conviviente

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

3. Nacimiento del primer hijo:

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

El nacimiento del primer hijo modifica la estructura, dinámica y funcionamiento de la familia instala la relación triangular y los múltiples ajustes que derivan de este cambio

como la redefinición de acuerdos que respondan a las necesidades tanto del subsistema conyugal como del subsistema parental.

4. **Hijos en etapa escolar:**

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

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

5. **Hijos adolescentes:**

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

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

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

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

6. **Salida de los hijos:**

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

7. **Jubilación y vejez "Nido vacío":**

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

V.- INTEGRACIÓN SOCIAL

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Las acciones que se lleven a cabo en el desarrollo del proceso terapéutico, en el contexto del tratamiento del consumo problemático de sustancias, deben estar orientadas fundamentalmente a reforzar las capacidades personales, y trascienden el momento del egreso del plan terapéutico, contemplando en el seguimiento un apoyo a la consolidación del proceso de integración.

En cada etapa del tratamiento existen acciones que se pueden implementar para el trabajo de este eje de intervención. A continuación se detallan cada una de ellas:

Etapa 1, de Diagnóstico Integral: Durante la elaboración del diagnóstico integral se debe incorporar la evaluación de aspectos relacionados con la integración social. Para esto se sugiere evaluar:

1. **Nivel de inclusión social:** es decir el grado de participación de las políticas de protección social; condición de habitabilidad, condición de empleo, situación financiera familiar, educación y capacitación.
2. **Participación social del usuario:** existencia redes de apoyo social, ocupación del tiempo libre, ocio, etc.
3. **Habilidades y competencias para la integración social:** es decir intereses para el trabajo, participación, etc.

Etapa 2, de Tratamiento y Reparación:

En esta etapa al construir el plan individualizado de tratamiento se sugiere incorporar en él un **Itinerario de Integración específico**, este itinerario debe surgir del diagnóstico anterior, y en él deben estar consignadas actividades como talleres, coordinaciones con otras organizaciones, vinculaciones con redes de apoyo, etc. que le permitan a la persona habilitarse, reforzar y reparar los aspectos necesarios para la integración social.

Una herramienta a utilizar en esta etapa puede ser el Portafolio de Competencias de empleabilidad para las transiciones laborales.⁴

Etapa 3, de Reinscripción:

En esta etapa debiera darse un proceso de **incorporación**, el cual se define como un proceso personalizado y flexible, constituido por acciones e integración que pretenden implicar activamente, responsabilizar, promover y facilitar en las personas su autonomía, desarrollo y integración social, integración y capacidad crítica con su entorno, así como también debe implicar cambios y acciones en el entorno en donde se pretende que la persona se integre. En esta etapa debe existir un procedimiento y metodología clara para que la persona se incorpore a las distintas esferas de lo social. Es el momento en que la persona participa efectivamente de distintas instancias e integración concretas de integración (trabajo, barrio, integración, etc.). Estas acciones deben estar planificadas y deben responder a una metodología de trabajo claramente definida. Para esto se recomienda utilizar las herramientas de trabajo en red.

Estas acciones deben estar también consignadas en el itinerario de integración social del usuario.

Etapa 4: Seguimiento

Esta etapa tiene como objetivo principal evaluar la mantención de los logros del proceso terapéutico una vez egresada la persona del programa del centro, por lo que en lo que se refiere a la integración social en este contexto, el equipo de tratamiento, tiene la función de apoyar en caso necesario a la persona para vincularla con las instancias que correspondan.

VI.- NORMA SOCIAL Y SU TRASGRESIÓN.

En toda sociedad humana existen pautas que regulan el comportamiento de sus integrantes. Estas pautas establecen de manera explícita o implícita lo esperado en determinadas circunstancias. Estas pautas corresponden a las normas sociales, que son incorporadas en las personas a través de los procesos de socialización.

Corresponde a cada grupo social mantener la vigencia de los aspectos normativos en el sentido de sancionar la observancia o no a lo que las normas prescriben o prohíben. Asociado a cada norma existen valores, sentimientos y conocimientos que son la base por la cual el individuo ajusta su conducta a ellas.

Existen procesos estructurales de cambios normativos, en los cuales la observancia a las normas vigentes disminuye y surgen nuevas pautas de conducta que comienzan a reemplazarlas. Otro aspecto a considerar son las diferencias normativas entre grupos de la sociedad, en las cuales lo que es valorado o aceptado por un grupo no lo es por otros.

Cada sociedad y grupo humano establecen metas o propósitos a alcanzar por los individuos como por ejemplo: el éxito, el consumo, lograr una familia, una profesión, etc. Conjuntamente a ellos establecen los caminos o mecanismos para alcanzar esos propósitos. Estos mecanismos son las normas que establecen los comportamientos aceptables para alcanzar las metas sociales. (Merton⁵).

La presión por el éxito es constante, las oportunidades pueden ser mínimas, los medios legitimados por su grupo social insuficientes, la frustración permanece por tanto para llegar al mismo fin puede considerar medios no legitimados incluso castigados por su grupo

La conducta desviada de las normas surge bajo dos circunstancias principales, la aceptación de los mecanismos normativos y la aceptación de los propósitos o metas sociales. De esta manera se pueden establecer diferentes situaciones:

⁴ Este material corresponde a un portafolio de trabajo desarrollado por SENDA y Fundación Chile. Los profesionales de los centros de tratamiento de todo Chile fueron capacitados en esta metodología durante el año 2010 y 2011.

⁵ Robert Merton T³ de las Funciones manifiestas y latentes

Existirían, de acuerdo al autor señalado, cinco posibles reacciones ante la tensión entre finalidad y medios para alcanzarlos:

Adaptación: Las personas aceptan, se adaptan a los medios disponibles, desestimando el valor del triunfo o éxito.

Innovación: Comparte propósitos de su sociedad (por ej. éxito económico) utilizando medios que pueden ser ilegítimos y/o ilegales para alcanzarlos.

Ritualismo: Las normas se siguen porque sí, no existe mayor cuestionamiento aunque los resultados compensen poco o nada sus expectativas.

Retraimiento: Están fuera del marco de la competencia por el éxito y de los medios legitimados. (por ej. persona en calle).

Rebelión: Rechazan los propósitos aceptados y los medios para alcanzarlos, concentrando sus esfuerzos para reemplazarlos por nuevos valores que lleven a un nuevo sistema social que incluirá nuevos mecanismos para lograr sus propósitos.

Lo mencionado anteriormente pretende visualizar que la conducta que trasgreda las normas no es sólo una conducta individual, sino que se sitúa en un contexto. La comprensión de este fenómeno implica situar la conducta en la biografía de la persona, en el contexto histórico y social. Una persona puede tener un estilo de vida que no necesariamente trasgreda las leyes, pero si lo hace con valores, normas, medios y oportunidades brindadas por su grupo de pertenencia.

A.- Infracción De Ley.

Conceptualizaciones Jurídicas

Un tipo de conductas consideradas como desviadas corresponden a la trasgresión de normas jurídicas por parte de los individuos. Estas se constituyen en delitos que son sancionadas a través de penas y medidas judiciales.

La pena es una consecuencia jurídica que se impone al responsable de un delito, cuyo fin es lograr efectos de prevención general y específica, de manera de proteger los bienes jurídicos que la sociedad estima más valiosos. La pena debe ser declarada a través de una sentencia condenatoria, pronunciada por un tribunal competente, en virtud de un proceso previo legalmente tramitado.

La pena se traduce en una restricción o pérdida de determinados derechos del individuo. En nuestro ordenamiento jurídico los derechos que pueden ser objeto de restricción o privación en virtud de una sanción penal son: **la libertad personal** (por ej. la reclusión, extrañamiento, destierro); **la libertad de trabajo y la igualdad ante los cargos públicos** (ej. inhabilitación y suspensión para cargos públicos o profesiones titulares); **el derecho a sufragio y el derecho a ser elegido** (ej. inhabilitación para derechos políticos); y, **la propiedad** (ej. multas, comiso).⁶

¿Cuándo una sanción puede relacionarse con una instancia de tratamiento?

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

Lo que hoy en día se puede decir es que ambos comportamientos comparten causas y consecuencias, que se interrelacionan. Por lo tanto cuando se interviene sobre uno de ellos es probable que se produzca un efecto en ambos, es decir, al reducir la probabilidad

⁶ El Artículo 1º del Código Penal señala que " Es delito toda acción u omisión voluntaria penada por la ley. "Art. 3º Los delitos, atendida su gravedad, se dividen en crímenes, simples delitos y faltas y se califican de tales según la pena que les está asignada en la escala general del artículo 21."

de reincidencia en el consumo, también se reduce la probabilidad de reincidencia en la comisión de delitos y viceversa⁷.

Por lo tanto es posible que ingresen a programas de tratamiento por su consumo problemático de drogas, personas derivadas del sistema jurídico por infracción de ley, (Ley de drogas 20.000, Ley 19.995, sobre Expendio y Consumo de Bebidas Alcohólicas, en la 20.084, que establece un sistema de responsabilidad de los adolescentes por infracciones a la ley penal y en la Ley 19.968, que crea los Tribunales de Familia).

Imposición de una pena.

Como se ha señalado, la consecuencia jurídica de un delito estará dada por la imposición de una pena. Nuestro sistema penal se caracteriza por su heterogeneidad, es decir, existe no una sino varias clases de penas, aunque en la práctica se da un predominio de las penas privativas de libertad⁸ por sobre las otras clases de pena, como, por ejemplo, las penas restrictivas de libertad⁹.

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

Si la pena es sólo restrictiva de libertad podrá acceder voluntariamente a tratamiento en las redes asistenciales o, igualmente, podría ser condenado a tratamiento, de acuerdo a lo establecido en la Ley 20.000 que sanciona el tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias sictotrópicas; en la Ley 19.925, sobre Expendio y Consumo de Bebidas Alcohólicas; en la Ley 20.084, que establece un sistema de responsabilidad de los adolescentes por infracciones a la ley penal y en la Ley 19.968, que crea los Tribunales de Familia.

Imposición de una medida cautelar personal

Puede ocurrir que, durante el proceso de investigación, la persona sea enviada a un tratamiento por orden del juez a través de una medida cautelar.

Las medidas cautelares son resoluciones que el juez puede dictar en contra del imputado limitando provisionalmente su libertad o la libre disposición de sus bienes, con el objeto de garantizar los efectos penales o civiles de la sentencia, pero que no son penas en sentido estricto.¹⁰ Estas medidas pueden ser personales o reales.

Las medidas cautelares personales que puede adoptar el tribunal en el proceso penal, con el objeto de asegurar la realización de los fines del procedimiento son: a) Citación, b) detención, c) prisión preventiva¹¹ y d) Medidas Cautelares Generales contemplada en el artículo 155 del Código Procesal Penal.

El artículo 155 del Código Procesal Penal señala siete posibilidades dentro de estas medida generales de las cuales dos pudieran tener relación con concurrir a una instancia de tratamiento:

a) La sujeción a la vigilancia de una persona o institución determinada, las que informarán periódicamente al juez; (en el caso que el juez envíe a una persona imputada a un centro de tratamiento para su evaluación).

7 Nota, para mayor información ver: "Abordaje terapéutico en el tratamiento del consumo problemático de drogas de personas que han cometido delitos" Publicación Área Técnica en Tratamiento CONACE 2008

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

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

10 El artículo 20 del Código Penal establece que no se consideran penas la restricción de la libertad de los imputados (medidas cautelares personales), la separación de los empleos públicos acordada por las autoridades en uso de sus atribuciones o por el tribunal durante el proceso o para instruirlo, ni las multas ni demás medidas correccionales que los superiores jerárquicos impongan a los subordinados y gobernados en uso de sus atribuciones disciplinarias o gubernativas.

11 Es importante tener presente que la prisión preventiva sólo procederá cuando las demás medidas cautelares personales fuesen insuficientes para asegurar las finalidades del procedimiento.

b) La obligación de presentarse periódicamente ante el juez o ante la autoridad que él designare;

Suspensión condicional de procedimiento (SCP)

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

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

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

- **Tribunales de Tratamiento de Drogas**

Consiste en una modalidad de trabajo en la cual el mundo jurídico y sanitario se unen coherentemente para buscar una respuesta adecuada al incremento de uso de drogas y comisión delito.

Esta iniciativa se convierte en una alternativa a la sanción que busca intervenir tanto en la disminución de la reincidencia en el delito, en la reducción del consumo problemático y en la inserción social de la persona. Con ello esta iniciativa va más allá del castigo al mal causado, incorporando evitar su recurrencia.

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

La UNODC¹² establece 12 principios que guían la implementación de los TTD en la actualidad:¹³

Unión entre el Tratamiento y los Tribunales.

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

Acercamiento entre los opuestos para las decisiones.

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

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

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

12 Oficina de las Naciones Unidas Contra la Drogas y el Delito.

13 María Mercedes Dueñas Asesora UNODC Colombia. 2007

- **Servicios de Tratamiento**

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

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

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

- **Estímulos y sanciones**

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

- **Supervisión Judicial Continua**

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

Evaluación para medir el éxito del programa

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

- **Capacitación interdisciplinaria**

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

- **Asociaciones con la Comunidad**

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

- **La importancia del Manejo del Caso**

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

- **El programa debe ser flexible**

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

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

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

ORIENTACIONES Y SUGERENCIAS PARA LA INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

La intervención terapéutica con personas consumidoras problemáticas de drogas, que son derivadas a tratamiento formalizadas por un delito, es similar al tratamiento de personas que no presentan comisión de delitos. Sin embargo, dada la evidencia que existe respecto de las características observadas en esta población, el énfasis de la intervención está en torno al pensamiento y valores pro sociales.

La intervención en esta área, se deben orientar principalmente a favorecer y facilitar que la persona problematice la conducta delictual, tome conciencia del daño o mal causado a

terceros, se responsabilice de su comportamiento y repare si es necesario, con el objetivo de prevenir comportamientos similares futuros.

Sugerencias para el Tratamiento

Diagnóstico

Cuando una persona es derivada a tratamiento, en este contexto, es pertinente en el diagnóstico integral abordar directamente la comisión de los delitos por los cuales ha sido formalizado.

En la o las entrevistas es recomendable indagar respecto de:

a.- Versión del delito (actual):

- Recoger relato textual (¿actuó sólo?, ¿estado?, ¿motivo?, ¿cómo fue aprehendido?, ¿violencia?, ¿lo había hecho antes?)
- Establecer hipótesis sobre factores predisponentes.
- Establecer hipótesis sobre factores desencadenantes.
- Observar actitud respecto del delito
- En ocasiones es importante contrastar con la versión jurídica

b.- Actitud frente al delito:

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

c.- Conciencia de delito:

Aspecto intelectual:

- Análisis del relato de la persona
- Reconocimiento del grado de participación en el delito (asumirlo en primera persona)
- Negación, minimización, difusión de la responsabilidad en el hecho, auto-justificación.
- Juicio crítico, valoración de los hechos, autocrítica

Aspecto emocional:

- *Análisis del modo de expresión de la persona: tono de voz, mimética, gestualidad, etc.*
- Concordancia ideo-afectiva ante el delito
- Discordancia, trivialización del hecho, indiferencia
- Expresiones de culpa, pesar, arrepentimiento, dolor o similares
- Necesidad de reparación a las víctimas, a familiares o a terceros

d.- Conciencia de daño causado

- Capacidad de ponerse en el lugar de la víctima (empatía, resonancia afectiva, egocentrismo)
- Atribución de responsabilidad a la víctima
- Reconocimiento del daño social que implica el delito

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

Cuando la persona no refiere conciencia de delito, minimiza el acto, no empatiza con la víctima, es posible que sea necesario además realizar intervenciones individuales, en donde estos aspectos sean abordados con mayor detenimiento.

Los énfasis en el tratamiento de personas derivadas en contexto judicial, dicen relación con abordar el pensamiento prosocial y valores pro sociales

El pensamiento prosocial y el desarrollo de valores prosociales¹⁴, se refiere a la presencia de habilidades cognitivas y emocionales necesarias para un adecuado ajuste social.

La investigación ha evidenciado que las personas que han cometido delito, presentan frecuentemente déficit de estas habilidades, siendo el entrenamiento de las mismas un componente esencial para el cambio. Las habilidades con menor desarrollo, observadas en esta población, son: resolución de problemas, habilidades de negociación, control de impulsos y empatía.

La conducta prosocial inhibe la conducta agresiva¹⁵, siendo la empatía, el proceso emocional, el aspecto más relevante en la conducta prosocial, en tanto que en el desarrollo del pensamiento prosocial es el razonamiento.

Es por ello que las personas empáticas son menos agresivas dada su sensibilidad emocional y su capacidad para comprender las consecuencias negativas que se pueden derivar de la agresión.

La empatía aparece como un fuerte motivador de la conducta prosocial en la infancia y en la adolescencia (Carlo et al., 2003). Con el paso de la infancia a la adolescencia, los argumentos que se utilizan en el razonamiento prosocial avanzan hacia el ajuste a las normas y la necesidad del otro, mientras que en la infancia predominan los argumentos orientados a buscar la aprobación.

Un planteamiento interesante de mencionar es el desarrollado por Eisenberg, N. y colaboradores en la Universidad de Burgos el año 2000 quienes estudiaron la conducta prosocial en función del razonamiento que el sujeto lleva a cabo ante un problema o una necesidad de otra persona que implica una respuesta de ayuda.

Se han definido categorías de razonamiento, a saber:

- **Hedonista** Se orienta a la obtención del placer (beneficio hedonista) de la propia persona que realiza la acción.
- **Orientado a las necesidades** Identifica las necesidades físicas o psicológicas de otros y las considera en su razonamiento.
- **Orientado a la aprobación** Orientado a la aceptación y aprobación de otros al decidir cuál es la conducta correcta.
- **Estereotipado** Se justifica el desarrollo de una acción, con conceptos repetitivos frecuentemente (estereotipados) de conducta y/o en personas buenas o malas.
- **Internalizado:** Incluye empatía, toma de perspectiva, afecto positivo y negativo, reciprocidad generalizada, anticipación de consecuencias.

Se trata entonces que la persona incorpore la necesidad del otro con un razonamiento internalizado, lo que favorece una conducta prosocial. El razonamiento hedonista y el razonamiento en función de la aprobación inhiben la conducta prosocial

¹⁴ "El pensamiento prosocial: el modelo cognitivo para la prevención y el tratamiento de la delincuencia" de Robert R. Ross y Vicente Garrido de la Universidad de Ottawa Canadá y Universidad de Valencia España 1990

¹⁵ Seligman 2000 Psicología Positiva

Según este autor los mecanismos reguladores del comportamiento prosocial son la cognición, la emoción y la autorregulación, en donde la familia, los pares y el contexto son agentes socializadores morales.

Los estilos de crianza, estilos de crianza, hostiles, rígidos o de rechazo o indiferencia hacia los hijos, inhiben la disposición prosocial y favorecen la agresividad

Factores potenciadores de la disposición prosocial

- empatía : en su componente emocional y prosocial
- Estilos de crianza: amor y control
- Razonamiento internalizado

Factores inhibidores de la disposición prosocial

- Agresividad
- Inestabilidad emocional
- Estilos de crianza: hostilidad
- Razonamiento hedonista.

Por lo tanto en el tratamiento es necesario intervenir para el desarrollo prosocial a través del entrenamiento de habilidades cognitivas y desarrollo de la empatía.

Para el desarrollo de la empatía se sugiere:

- Trabajar la capacidad para ponerse en el lugar del otro
- Analizar los sentimientos que se derivan de evaluar la situación o el problema que experimenta otra persona
- Analizar y diferenciar las conductas y consecuencias para la víctima que se derivan de una disposición empática o de la ausencia de ella.

Intervenciones

Para el desarrollo de habilidades cognitivas se sugiere ¹⁶ principalmente intervenciones psicosociales de grupo.

a.- Entrenamiento en la solución de problemas.

Objetivos

- Ofrecer soluciones específicas a problemas concretos
- Enseñar habilidades cognitivas y conductuales que permitan capacitar a usuario para desarrollar una aproximación general a los problemas

Habilidades a entrenar:

Reconocimiento de problemas

- Importancia de reconocer cuándo existe un problema, señales internas (físicas y emocionales) y externas (expresión facial, gestos, conductas)
- ¿Qué sentimientos experimentamos cuando tenemos un problema?

Identificación de Problemas

- Definición de Hechos y Opiniones
- Establecer diferencias entre Hechos y Opiniones

¹⁶ " El pensamiento Prosocial "Una guía de trabajo para la prevención y el tratamiento de la delincuencia y la drogodependencia " Robert R. Ross, Vicente Garrido, Elizabeth Fabiani, Ana M. Gómez Universidad de Ottawa, Canadá Universidad de Valencia España

Recopilación de información

- Recoger información
- Recordar datos

Conceptualización

- Enseñar a recordar información.
- Escuchar atentamente cuando se dan los datos
- Pedir más información cuando no se está seguro de haber entendido todo
- Anotar la información
- Repetirla antes de memorizarla

Comunicación no verbal

- Lenguaje corporal
- Reconocimiento de situaciones no verbales

Comunicación verbal

- Reconocimiento de la existencia de diversidad de pensamientos y opiniones en las personas
- Énfasis en que lo diferente no es incorrecto, sino distinto

Pensamiento alternativo

- detenerse a pensar en todas las alternativas posibles

Pensamiento consecuente

- Definición de consecuencia: aquello que sucederá si hacemos o decimos algo.
- Reacción a lo que decimos o hacemos.
- Establecer diferencia entre buena y mala consecuencia (logro de meta y satisfacción de necesidades)

Comunicación asertiva: Definición de tipos de respuestas:

- No asertiva
- Agresiva
- Asertiva

b.- Entrenamiento de habilidades sociales

Con esta población se sugiere preferentemente entrenar en

- Pedir ayuda
- Expresar quejas
- Responder a los sentimientos de los demás
- Responder a la manipulación
- Responder ante el fracaso
- Responder a mensajes contradictorios
- Responder a una queja

c.- Desarrollo de valores prosociales

Para facilitar el desarrollo de valores pro sociales es necesario tener presente:

- No sermonear
- No dar consejos o decir que valores son correctos
- Trabajar con el sistema de creencias de la persona
- Entrenar en la toma de perspectiva social.
- No buscar consensos, sino amplitud de opiniones
- Estimular la consideración del punto de vista del otro.

Plantear Dilemas morales: Una actividad recomendada es el planteamiento de dilemas, para lo cual se sugiere seguir los siguientes pasos:

- Presentar Dilema Moral (situación donde entran en conflicto) ¿qué es lo que ellos harían?
- Hacer que cada persona piense en el Dilema Moral y decida que debería hacer el personaje central y las razones que lo llevan a pensar de esa manera.
- Formar grupos de discusión donde se examinen posturas a favor y en contra de diferentes temas
- Estimular la reflexión sobre la posición adoptada

d.- Entrenamiento en el control de la rabia

Se trata principalmente de aprender a:

- Reconocer las situaciones que provocan irritación.
- Reducir la probabilidad que estas situaciones provoquen irritación.
- Reconocer signos internos y externos

VII.- SEGUIMIENTO POSTERIOR AL EGRESO DE TRATAMIENTO

Seguimiento y Reforzamiento

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PLAN AMBULATORIO INTENSIVO					
Mes	Objetivos Terapéuticos	Tipo de prestaciones FONASA	Responsables de la Intervención	Indicadores de verificación	
1º	1. Acoger y otorgar contención emocional 2. Evaluar y Confirmar diagnóstico 3. Abordaje de complicaciones médicas 4. Apoyar proceso de desintoxicación 5. Iniciar motivación a tratamiento	Consulta salud mental individual Consulta psiquiátrica individual Consulta médica individual Consulta psicológica individual psicodiagnóstico Consulta salud mental familiar Consulta psicológica familiar Interv. Psicosoc. Grupo pares Visita domiciliaria Consultoría Salud Mental	Profesional / T. Rehabilitación a Psiquiatra Médico/a general Psicólogo/a Psicólogo/a Profesional / T. Rehabilitación Psicólogo/a Tec. Rehab /Profesional As. Social Equipo SM Nivel Secundario	<input type="checkbox"/> Diagnóstico consumo <input type="checkbox"/> Diagnóstico biopsicosocial <input type="checkbox"/> Diagnóstico comorbilidad <input type="checkbox"/> Evaluación estudio motivacional <input type="checkbox"/> Consentimiento informado <input type="checkbox"/> Consultorías realizadas <input type="checkbox"/> Referencia asistida realizada <input type="checkbox"/> Abandono <input type="checkbox"/> Rescate realizado	
2º	1. Fortalecer motivación y adherencia a tratamiento 2. Intervenir en los factores mantenedores del consumo 3. Prevención de recaídas 4. Manejo de proceso dx. de mediano plazo 5. Fortalecer factores protectores del cambio de conducta 6. Evaluación y entrenamiento en habilidades socio ocupacionales	Consulta salud mental individual Consulta psiquiátrica individual Consulta médica individual Psicoterapia individual Consulta salud mental familiar Consulta psicológica familiar Interv Psicosocial Grupo familiar Interv Psicosocial Grupo pares Psicoterapia grupo pares Visita domiciliaria Consultoría Salud Mental	Profesional /T. Rehabilitación Psiquiatra Médico/a general Psicólogo/a Psicólogo/a Profesional / T. Rehabilitación Profesional / T. Rehabilitación Profesional / T. Rehabilitación Psicólogo/a As. Social Equipo SM Nivel Secundario	<input type="checkbox"/> Plan de tratamiento formulado <input type="checkbox"/> Asistencia semanal <input type="checkbox"/> Indicadores de progreso terapéutico <input type="checkbox"/> Interconsultas realizadas <input type="checkbox"/> Consultorías realizadas <input type="checkbox"/> Abandono <input type="checkbox"/> Rescate realizado	
6º	1. Orientar reestructuración de proyecto de vida 2. Resignificación de situaciones de consumo 3. Fortalecer percepción de auto eficacia 4. Propiciar y apoyar la vinculación a redes sociales de apoyo	Consulta salud mental individual Consulta psiquiátrica individual Consulta médica individual Consulta psicológica individual Consulta salud mental familiar Consulta psicológica familiar Interv. Psicosocial Grupo pares Interv. Psicosocial Grupo familiar Visita domiciliaria	Profesional / T. Rehabilitación Psiquiatra Médico/a general Psicólogo/a Psicólogo/a Profesional / T. Rehabilitación Profesional / T. Rehabilitación Profesional / T. Rehabilitación As. Social Equipo SM Nivel Secundario	<input type="checkbox"/> Asistencia semanal <input type="checkbox"/> Indicadores de proceso con énfasis en los familiares y de reinserción <input type="checkbox"/> Interconsultas realizadas <input type="checkbox"/> Consultorías realizadas <input type="checkbox"/> Abandono <input type="checkbox"/> Rescate realizado <input type="checkbox"/> Permisos cumplidos <input type="checkbox"/> Satisfactoriamente <input type="checkbox"/> Indicadores de egreso	
7º	1. Evaluar mantenimiento de ingresos terapéuticos 2. Reforzar proceso de reintegración 3. Reforzar estrategias de solución de riesgo	Consultoría salud mental Consulta salud mental individual Consulta salud mental familiar Intervención psicosocial de grupo Visita domiciliaria	Equipo SM Nivel Secundario Profesional a cargo / T. Rehabilitación Asistente Social	<input type="checkbox"/> Consumo <input type="checkbox"/> relaciones de pares <input type="checkbox"/> relaciones familiares <input type="checkbox"/> Salud física <input type="checkbox"/> Salud mental <input type="checkbox"/> reinserción laboral /académica <input type="checkbox"/> Situación con la justicia	
POS T ALT A					

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

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

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

1. PLAN DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN AMBULATORIO BÁSICO

Constituye un conjunto de intervenciones y prestaciones dirigido al logro de los objetivos terapéuticos, de carácter resolutivo, que se ofrecen a mujeres adultas, con y sin hijos, embarazadas o no, que presentan consumo perjudicial o dependencia a sustancias psicoactivas y compromiso biopsicosocial leve a moderado, que desempeñan una actividad ocupacional (laboral, incluida las labores de casa y educacionales) parcial o total y cuentan con red de apoyo familiar.

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

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

Centros para su implementación:

Establecimientos Públicos de Salud: Establecimientos de Atención Primaria y Centros de Salud Mental Comunitaria (COSAM) con infraestructura necesaria para el desarrollo

de las intervenciones, en especial para el cuidado y permanencia de los hijos, en caso de ser necesario, con espacios que proporcionen privacidad, si el programa es mixto, con especial énfasis en sistemas de seguridad exterior tales como, iluminación, zonas despejadas y proximidad a vías de transporte.

Establecimientos privados asociados a la red de salud: Centros privados, ONG, fundaciones, u otros, debidamente autorizados por la autoridad sanitaria, con infraestructura indispensable para el desarrollo de las intervenciones, en especial para el cuidado y permanencia de los hijos, en caso de ser necesario y con espacios que posibiliten la privacidad, si el programa es mixto, con especial énfasis en sistemas de seguridad exterior tales como, iluminación, zonas despejadas y proximidad a vías de transporte.

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

Se debe incluir personal femenino en el centro.

Prestaciones¹⁷: incluye un conjunto de prestaciones que técnicamente no pueden estar ausentes para el logro de los objetivos terapéuticos, tales como: consulta médica-psiquiátrica, consulta de salud mental individual y familiar consulta psicológica, individual y familiar, psicoterapia individual, psicoterapia de grupo, intervención psicosocial de grupo, psicodiagnóstico (incluye aplicación de test psicológicos si corresponde), exámenes de laboratorio que se requieran y prescripción y dispensación de medicamentos si corresponde.

Duración del Plan: Tanto la duración del plan, como la frecuencia de las prestaciones entregadas deben corresponder a lo que la usuaria necesita. Un panel de expertos sugiere una duración aproximada de seis meses, con una frecuencia de asistencia de 3 días por semana, con 3 a 4 horas de permanencia cada vez, y una concentración de 2 a 3 intervenciones por día.

Se puede desarrollar en horario diurno o vespertino.

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

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

¹⁷ Ver sección 1

2^a etapa: etapa intermedia que interviene los factores que inician y mantienen el consumo problemático; apoya el proceso de desintoxicación a mediano y largo plazo y de prevención de recaídas; entrena en la relación de apego y establecimiento de vínculos saludables con los hijos y el sistema intra familiar; interviene en la reparación de experiencias traumáticas, elaboración de duelos, redefinición de roles e identidad de género; fortalece factores protectores y entrena habilidades y competencias ocupacionales para la integración social

3^a etapa: es la preparación para el egreso del plan, y corresponde principalmente al periodo denominado de incorporación, donde se fortalecen los cambios terapéuticos y se profundiza en los aspectos vinculados a las alternativas reales de integración socio ocupacional, con énfasis en la vinculación a redes de apoyo personal e institucional.

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

2. PLAN DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN AMBULATORIO INTENSIVO

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

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

- Establece diagnóstico integral.
- Define plan de intervención según diagnóstico, ejecuta intervenciones terapéuticas y educativas, dirigidas a la mujer afectada, su familia y a la relación entre ellos, priorizando el binomio madre-hijo
- Promueve y acompaña el proceso de motivación al cambio
- Interviene sobre los factores que facilitan y mantienen el consumo
- Fortalece los factores protectores que permitan el logro del proceso de cambio
- Instala y /o fortalece estrategias de prevención de recaídas
- Fortalece y repara las relaciones vinculares significativas
- Reeduca en habilidades sociales

- Orienta y Fomenta la integración social y ocupacional
- Contribuye a reestructurar los estilos de vida
- Entrena en estilos de crianza saludables
- Facilitar relaciones saludables de la diádica madre hijo, cuando corresponda

Centros para su implementación

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

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

Se debe incluir personal femenino en el centro.

Prestaciones¹⁸: El Plan de tratamiento ambulatorio intensivo, incluye la alimentación diaria y todos los procedimientos terapéuticos y de rehabilitación que se efectúan con estas usuarias durante su permanencia en el establecimiento y que técnicamente no pueden estar ausentes para el logro de los objetivos terapéuticos: consulta médica psiquiátrica, consulta psicológica individual y familiar, consultas de salud mental, intervención psicosocial de grupo, visitas domiciliarias, psicoterapia individual, y grupal, psicodiagnóstico (Incluye aplicación de test psicológicos si corresponde), exámenes de laboratorio que se requieran y medicamentos si corresponde.

¹⁸ Ver anexo 1

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

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

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

2^a etapa: etapa intermedia que interviene los factores que inician y mantienen el consumo problemático; apoya el proceso de desintoxicación a mediano y largo plazo y de prevención de recaídas; entrena en la relación de apego y establecimiento de vínculos saludables con los hijos y el sistema intrafamiliar; interviene en la reparación de experiencias traumáticas, elaboración de duelos, redefinición de roles e identidad de género; fortalece factores protectores y entrena habilidades y competencias ocupacionales para la integración social

3^a etapa: es la preparación para el egreso del plan, y corresponde principalmente al período denominado incorporación, donde se fortalecen los cambios terapéuticos y se profundiza en los aspectos vinculados a las alternativas reales de integración socio ocupacional, con énfasis en la vinculación a redes de apoyo personal e institucional.

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

3. PLAN DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN RESIDENCIAL

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

ausente de autoeficacia).

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

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

Centros para su implementación:

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

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

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

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

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

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

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

Se debe incluir personal femenino en el centro, tanto en el día como, en los turnos de noche.

Prestaciones¹⁹: El Plan de tratamiento residencial incluye el día cama y todos los procedimientos terapéuticos y de rehabilitación que se efectúan con estas usuarias durante su permanencia en el establecimiento y que técnicamente no pueden estar ausentes para el logro de los objetivos terapéuticos: consulta médica psiquiátrica, consulta psicológica individual y familiar, consultas de salud mental, intervención psicosocial de grupo, visitas domiciliarias, psicoterapia individual y grupal, psicodiagnóstico (Incluye aplicación de test psicológicos si corresponde), exámenes de laboratorio que se requieran y medicamentos si corresponde.

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

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

1^a etapa: contempla la acogida y contención emocional de la mujer, el diagnóstico integral o confirmación diagnóstica del problema, que incluye: aspectos clínicos del consumo; estado de salud general y ginecobiestética; estado de salud mental; valoración del compromiso biopsicosocial de la usuaria afectada directamente por el consumo; valoración de la identidad y rol de género; abordaje del proceso de desintoxicación inmediato y las complicaciones asociadas, para ella y su hijo en caso de estar embarazada; apoyo y profundización de la motivación al cambio; evaluación de intereses, habilidades y competencias ocupacionales, como elemento a considerar para la

¹⁹ ver sección 1

integración social y el cuidado y custodia de los hijos, durante el período de permanencia en el plan; inclusión de la familia como parte del proceso.

2^a etapa: etapa intermedia que interviene los factores que inician y mantienen el consumo problemático; apoya el proceso de desintoxicación a mediano y largo plazo y de prevención de recaídas; entrena en la relación de apego y establecimiento de vínculos saludables con los hijos y el sistema intra familiar; interviene en la reparación de experiencias traumáticas, elaboración de duelos, redefinición de roles e identidad de género; fortalece factores protectores y entrena habilidades y competencias ocupacionales para la integración social

3^a etapa: es la preparación para el egreso del plan, y corresponde principalmente al período denominado incorporación, donde se fortalecen los cambios terapéuticos y se profundiza en los aspectos vinculados a las alternativas reales de integración socio ocupacional, con énfasis en la vinculación a redes de apoyo personal e institucional.

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

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

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

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

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

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

- Hemograma completo.
- Perfil bioquímico general: Función hepática
 - Función renal
 - LDH
 - Perfil lipídico completo
 - Glicemia, creatininemia, uremia

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

3.-Pruebas biológicas recomendables en mujeres con ADVP:

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

ALGUNAS ORIENTACIONES PARA LA ADMINISTRACIÓN DE PSICOFÁRMACOS EN MUJERES

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

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

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

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

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

La amitriptilina es una molécula relativamente bien tolerada a dosis bajas. Se utiliza cuando coexisten alteraciones del sueño y cuadros psicosomáticos como: jaqueca mixta, colopatía funcional, bruxismo, dorsolumbalgia, fibromialgia, etc. Los inconvenientes son sus efectos adversos inducidos por el bloqueo de los receptores L1, H1 y M1; y la

estimulación de receptores como consecuencia de la inhibición de la recaptación de noradrenalina y serotonina: sedación, sequedad bucal, constipación, diplopia, retención urinaria, hipotensión ortostática, taquicardia, sudoración, temblor, trastornos cardíacos, hipertensión arterial, convulsiones, disfunción sexual, etc.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Se ha sugerido el uso de gabapentina, en atención a que, además de disminuir el craving (deseo irrefrenable) a cocaína, tiene un efecto ansiolítico por su acción inhibidora del

sistema glutamato. También tiene acción antiepiléptica, eutimizante y facilitador del control de impulsos.

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

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

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

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

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

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

El conjunto de prestaciones diferenciadas que aquí se establecen para la población adulta femenina, ha sido construido en base a la experiencia clínica nacional y extranjera, la evaluación de los planes del Convenio CONACE-FONASA, al proceso de supervisión y asesoría de aquellos centros de tratamiento que ejecutan proyectos de tratamiento y rehabilitación con perspectiva de género para mujeres adultas con consumo problemático de drogas y a criterios de consenso de expertos. Su objeto es orientar a los equipos directamente involucrados en las intervenciones terapéuticas, para aumentar su efectividad en el logro de los objetivos clínicos y terapéuticos planteados tales como la modificación en el patrón de consumo, mejoría en la situación familiar, mejoría en el rol y la función materna, relaciones de pareja e interpersonales, mejoría en la situación socio ocupacional, uso del tiempo libre, bienestar emocional y salud física y regularizar la relación con la justicia, entre los más relevantes.

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

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

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

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

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

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

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

Durante todo el proceso, es necesaria la presencia de los siguientes principios rectores:

ENFOQUE DE GÉNERO

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

ENFOQUE BIOPSICOSOCIAL

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

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

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

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

ENFOQUE EN RED

Integrar la atención terapéutica en el conjunto de los planes y acciones socio sanitarias existentes para la población en general. Otorgar tratamiento y rehabilitación de forma

integral, utilizando todos los recursos existentes que sean necesarios, enlazándolos y promocionando la autonomía, la integración social, y la construcción de un estilo de vida saludable

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

ENFOQUE INTERDISCIPLINARIO

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

ENFOQUE RELACIONAL

Numerosos autores (Finkelstein y otros, Jean Baker Miller,)²⁰ han planteado que la motivación principal de la mujer es la necesidad de crear un sentido de enlace con los demás y la noción de sí misma y de su propia valía se basan en esta vinculación; las mujeres entonces, asumen la responsabilidad del cultivo y la conservación de las relaciones

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

La incorporación del enfoque relacional en las intervenciones de tratamiento para la mujer permite reconocer que en su vida es esencial establecer y mantener relaciones y por ello es necesario incorporar componentes y medios que permitan pasar revista a sus relaciones anteriores y actuales y aprender a establecer y mantener relaciones sanas²¹

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

INCLUSIÓN DE HIJOS E HIJAS AL TRATAMIENTO

Existe suficiente literatura que menciona que²² la incorporación de los hijos al programa de tratamiento, permite desde la observación natural, generar un ambiente familiar, abrir

²⁰ S,S Covington y J.Surrey The Relational Model of Women's Psychological development:Implications for Substances abuse.,mayor información,consultar en www.stephaniecovington.com .

²¹ Citado en Tratamiento del Abuso de sustancias y atención para la mujer. Estudios monográficos y experiencia adquirida, publicado por Oficina de las Naciones Unidas Contra la Drogas y el Delito Viena 2005

la posibilidad de redefinir roles entre usuarias y terapeutas; así como también la posibilidad de gatillar dinámicas más profundas en las mujeres, que deben ser abordadas en terapia individual o grupal según la necesidad específica.

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

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

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

Si bien es cierto la evidencia empírica, permite orientar respecto del diseño y ejecución de planes de tratamiento diferenciados para mujeres, no es menos cierto que aún se requiere contar con información valida y sistematizada para el análisis comparativo de programas de tratamiento para mujeres en nuestro país, que permita evaluaciones de impacto.

INTEGRACIÓN SOCIAL

Para entrar en detalle en el concepto de integración social, es necesario que lo iniciemos hablando de otro concepto, *la exclusión social*, ésta ha sido definida por el Consejo Económico y Social de Naciones Unidas como un fenómeno que permite "designar los procesos, situaciones y mecanismos en función de los cuales una parte de la población, personas, grupos o territorios, quedan al margen de la participación en la vida social y económica" por tanto se considera un problema no sólo material sino multidimensional, entendiéndose como tal, el resultado de falta de oportunidades de tipo social, político y económico. Este problema, así definido, consta de tres dimensiones:

- b) **Dimensión económica:** desigual acceso a los recursos productivos (tierras, capital, crédito, empresas, etc.), limitado control sobre el trabajo propio, especialmente por las normas socioculturales, desigualdad de oportunidades para desarrollar sus capacidades y recursos para el trabajo: educación y capacitación y menores oportunidades para acceder al trabajo remunerado.
- c) **Dimensión Sociocultural:** carencias sociales (escolaridad insuficiente, deficitario acceso a salud, etc.), aislamiento, falta o pobreza de redes y vínculos sociales y menor valoración de las actividades y tareas, menor reconocimiento social y poder para expresar opiniones y desarrollar proyectos personales y colectivos.

- d) **Dimensión Política:** lejanía de los espacios de decisión, menores posibilidades de organización, precariedad de las relaciones de las personas con las instituciones sociales, desconocimiento del funcionamiento de las instituciones y ausencia de canales en las instituciones para conocer las necesidades, menores oportunidades de ejercer derechos, menor incidencia en la toma de decisiones de la comunidad.

De esta manera, la **Integración Social** se entiende como lo opuesto a la exclusión, como un proceso con diferentes niveles de intensidad donde se busca que la persona pueda desarrollarse y pueda ser aceptada y considerada como ciudadano/a sujeto de derechos y deberes.

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

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

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

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

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

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

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

Las acciones que se lleven a cabo en el desarrollo del proceso terapéutico, en el contexto

del tratamiento del consumo problemático de sustancias, deben estar orientadas fundamentalmente a reforzar las capacidades personales, y trascienden el momento del egreso del plan terapéutico, contemplando en el seguimiento un apoyo a la consolidación del proceso de integración.

En cada etapa del tratamiento existen acciones que se pueden implementar para el trabajo de este eje de intervención. A continuación se detallan cada una de ellas:

Etapa 1, de Diagnóstico Integral: Durante la elaboración del diagnóstico integral se sugiere incorporar aspectos relacionados con la integración social, tales como: nivel de inclusión social, intereses, habilidades y competencias para la integración social, evaluación de perfil socio ocupacional, entre otros.

Se recomienda profundizar en el diagnóstico de los siguientes aspectos:

- Sistemas de Participación Actual de la persona en tratamiento; salud, vivienda, legal, comercial, laboral, etc.
- Sistema Motivacional: aspectos relacionados con intereses, causalidad personal, expectativas, valores, etc.
- Sistema Organizacional: estructura y rutinas cotidianas, además de roles y responsabilidades.
- Sistema Ejecución: Conocer la batería de habilidades (fortalezas y debilidades) de la persona en tratamiento.
- Contextos: Conocer los ambientes de desempeño e impactos de estos en las personas en tratamiento de adicciones.

Para diagnosticar cada una de estas áreas se dispone, entre otros, de los siguientes instrumentos: entrevista Socio ocupacional y Perfiles Socio Ocupacional³.

Perfiles Socio Ocupacionales:

Con la información obtenida con el diagnóstico se puede establecer en el Plan de Tratamiento Personalizado un esquema de trabajo que considere las potencialidades, trabaje las debilidades y las características asociadas a cada perfil socio ocupacional. El plan de intervención debe incluir los objetivos de la mediación y/o intervención, las actividades y acciones programadas, los plazos previstos y los recursos locales con los que se cuenta o los que se deben gestionar y coordinar para facilitar la integración socio ocupacional del usuario.

El equipo o profesional encargad/a debe realizar un ajuste de expectativas entre los intereses y resultados esperados por el usuario, tomando en cuenta sus capacidades, habilidades y posibilidades en relación a la oferta ocupacional y a los recursos existentes en la red local ya sean, laborales, educacionales, de vivienda, entre otros.

³ Abriendo Puertas. CONACE 2004

Lo anterior permite definir y construir perfiles socio ocupacionales coherentes con las variables establecidas en los criterios para evaluar el compromiso biopsicosocial de las personas. La red social y familiar, las capacidades y competencias para la obtención de logros, el nivel de formación, la experiencia laboral previa, los antecedentes legales y comerciales, la condición de salud y los recursos del entorno o contexto social, por ejemplo.

Es importante considerar en este proceso, que se trata de una clasificación del perfil socio ocupacional, que es dinámico y flexible, ya que está determinada por las experiencias y vivencias personales. Lo que las intervenciones en la línea de apoyar la integración social debe permitir, es que la persona pueda avanzar o desarrollar un grado mayor autonomía y desempeño ocupacional satisfactorio.

Clasificación de Perfiles Ocupacionales

a.- Perfil Socio Ocupacional Alto: Se trata de personas que poseen un empleo estable, o se encuentran estudiando y/o realizando actividades sociales, recreativas, de uso del tiempo libre, etc. Y están satisfechos o no, con su desempeño ocupacional.

El medio ambiente cercano reconoce el ejercicio de los roles que desempeñan, aunque el cumplimiento de los mismos, sea disímil. Estos últimos requieren de ayuda o asesoría para mejorar su desempeño y satisfacción personal respecto de las actividades y roles que ejercen.

También incluye aquellas personas que no poseen empleo estable, y presentan un mediano nivel de autonomía, con experiencia laboral intermitente, con períodos de cesantía, pero que han logrado mantenerse en alguna ocupación por un espacio prolongado de tiempo (actividad regular asociada a lo social, recreativo, etc.). Es decir, se trata de usuarios que cuenten con capacidad para mantener una actividad estructurada y desempeñarla de manera aceptable como para sostenerse en ella sin disfuncionalidad del medio.

En lo familiar, cuentan con una red de apoyo que, aunque disfuncional mantiene una actitud de apoyo y cercanía, no presenta antecedentes penales por su historia de consumo, y tampoco presenta trastornos psiquiátricos.

Los problemas personales, familiares y sociales asociados a su condición de consumidor de drogas, son de compromiso leve.

Para este perfil se recomienda un **Itinerario de integración de baja intensidad**: Las personas con este perfil cuentan con un nivel satisfactorio de autonomía y es factible entregarle información y orientación hacia oficios o agencias normalizadas de empleo públicas y privadas, así como también hacia la regularización de estudios o búsqueda de capacitación de mayor calificación para la obtención de un empleo más rentable y de mayor satisfacción personal y social.

En este perfil se propende el desarrollo de actividades con mayor participación social y vinculación con la vida en comunidad.

En este perfil se propende el desarrollo de actividades con mayor participación social y vinculación con la vida en comunidad.

Se debe derivar a la persona donde corresponda e iniciar un seguimiento para orientar en la resolución de conflictos (mediar) en caso de que ésta lo requiera, ayudando a reforzar algunos aspectos de su vida familiar, laboral, educacional y social para evitar descompensaciones, ansiedades, etc., privilegiando la sensación de autonomía que reforzará su causalidad personal.

b.- Perfil socio ocupacional moderado: La persona se encuentra desempleada y sus experiencias laborales datan de trabajos esporádicos e informales con largos períodos de cesantía. Posee un mediano a bajo nivel de autonomía. Muestra baja participación en actividades ocupacionales de tipo social lo recreativa y baja percepción de logro.

Se observa con dificultad para la constitución de propósito, lo que los hace poco proactivos, con una actitud más bien pasiva respecto de sí mismo y situando la responsabilidad de lo que le acontece en el entorno.

Pudiera presentar obstáculos relacionados con los aspectos físicos y/o problemas de salud asociados, o presentar antecedentes penales por porte de sustancias.

Cuenta con una red de apoyo familiar precaria, presente pero con reparos.

Puede presentar trastornos psiquiátricos no severos y compensados.

Los problemas personales, familiares y sociales asociados a su condición de consumidor de drogas, son de compromiso moderado.

Para este perfil se sugiere un **itinerario de integración de moderada intensidad**: La persona que se ajusta a este perfil ocupacional debe dar inicio a un itinerario personalizado intensivo con apoyo y seguimiento. Se deben establecer metas menos exigentes que para el perfil anterior, aunque la demanda explícita del usuario sea encontrar trabajo u ocupación en forma inmediata.

Se deben realizar acciones concretas que apunten hacia el desarrollo de actividades ocupacionales que le permitan satisfacción personal y social, orientar hacia la capacitación y nivelación de estudios, realizando un diseño de intereses, necesidades, habilidades y oferta de formación a la que puede optar. Esta orientación debe ser lo más realista posible, conjugando la necesidad sentida por el paciente y la realidad tanto laboral como de formación de la realidad local.

En relación al empleo se debe realizar en forma conjunta el currículum del sujeto, para ir entrenando habilidades básicas de apresto laboral. El objetivo es que la persona logre alcanzar metas que le permitan comenzar la búsqueda de empleo normalizadamente. Se debe potenciar la autoimagen de ser capaz de enfrentar las propias limitaciones y de fortalecer las habilidades descubiertas.

c.- Perfil socio ocupacional bajo: La persona posee un bajo nivel de autonomía. Experiencia ocupacional muy escasa o nula, autopercepción de fracaso ocupacional. El desempleo o desocupación ha sido lo más frecuente en su vida.

Puede poseer antecedentes penales por consumo y actos delictuales y presentar grados de discapacidad o problemas relacionados con los aspectos físicos y/o problemas de salud asociados. Baja escolaridad y formación.

La familia está presente, de tal manera que cuenta con un lugar donde vivir y con quienes vivir, pero con gran conflicto relacional; puede haber antecedentes de consumo y/o de tráfico al interior del sistema.

Puede presentar trastornos psiquiátricos no severos, compensados, y en situación de vulnerabilidad social.

Los problemas personales, familiares y sociales asociados a su condición de consumidor de drogas, son de compromiso severo.

Para este perfil se sugiere trabajar un **itinerario de alta intensidad**: es necesario reorientar a los usuarios hacia planes de formación o capacitación y trabajar las habilidades sociales más básicas de las que carezca, reforzando al máximo sus recursos personales. Se debe trabajar objetivos que apunten a resolver sus problemas judiciales, de vivienda, familiares, deterioros físicos y/o de salud.

Se sugiere que se realicen actividades que le ayuden a reforzar algunos aspectos de su vida social y laboral, para evitar descompensaciones, ansiedades, etc., así como también, orientar a hacer uso de los servicios sociales adecuados en cada caso, a sean grupos de autoayuda o centros específicos para la integración social de discapacitados, en caso de ser requeridos.

El análisis de las necesidades y posibilidades de la persona en lo que a ocupación se refiere, debe incluir el empleo, que conduzca al diseño de ofertas laborales y ocupacionales que puedan darle respuesta (empleo protegido, voluntariados)

Este perfil requiere de una intervención a largo plazo, muy intensiva, lo que implica un mayor uso de recursos personales, sociales y comunitarios y una oferta laboral y de actividades más amplia y específica; así como estar bien coordinadas con las actividades terapéuticas del tratamiento y rehabilitación.

d.- Perfil socio ocupacional de casos especiales: Las personas presentan reiteradas experiencias de fracaso en actividades ocupacionales, con una muy baja o nula motivación hacia la realización de actividades con propósito.

Pueden tener presencia de trastorno psiquiátrico severo (psicosis, trastornos orgánicos, desórdenes antisociales, etc.) con una larga historia de consumo.

No hay familia que acompañe o apoye, o su disfuncionalidad es tan grave, que no es recomendable la inserción en ella (altos índices de violencia, abuso, tráfico, consumo de drogas). Puede presentar problemas físicos crónicos asociados al consumo.

Antecedentes penales por consumo, tráfico y/o delitos comunes.

Los problemas personales, familiares y sociales asociados a su condición de consumo de drogas, son de compromiso muy severo.

Este perfil requiere de una mediación socio ocupacional intensa con características de tutoría.

Se sugiere diseñar un **itinerario de integración específico**: La intervención con personas que presentan este perfil no permite iniciar itinerarios de trabajo utilizando los mismos procedimientos que con los perfiles anteriores, se requiere comenzar a desarrollar otro tipo de alternativas que busquen la combinación entre cubrir las necesidades básicas y tener una actividad.

Estas personas presentan un deterioro que hace imposible recuperar ciertas capacidades imprescindibles en el mercado laboral normalizado. Son aquellas personas a las que se les denomina como "inempleables", al menos tal como está concebido el empleo en la sociedad actual. Sin embargo la actividad ocupacional puede ser un medio para mejorar las posibilidades de integración social y una ayuda a procesos de cambio.

Se sugiere una orientación hacia la incorporación de actividades protegidas, grupos de autoayuda, hogares protegidos, seguridad social, casas de acogida y, en particular, con aquellos que presentan patología dual (trastornos psiquiátricos severos y consumo problemático de drogas), una coordinación y derivación asistida al sistema de salud.

Etapa 2, de Tratamiento y Reparación: En esta etapa al construir el plan individualizado de tratamiento se sugiere incorporar actividades, talleres, coordinaciones, etc. que le permitan al usuario habilitarse, reforzar y reparar los aspectos necesarios para la integración social. Una herramienta a utilizar en esta etapa puede ser el Manual de Apuesto Laboral.³

Etapa 3, de Reinserción: En esta etapa debiera darse un proceso de **Incorporación**, el cual se define como un proceso personalizado y flexible, constituido por acciones e intervenciones que pretenden implicar activamente, responsabilizar, promover y facilitar en las personas su autonomía, desarrollo y bienestar social, participación y capacidad crítica con su entorno, así como también debe implicar cambios y acciones en el entorno en donde se pretende que la persona se integre⁴ En esta etapa debe existir un procedimiento y metodología clara para que el usuario se incorpore a las distintas esferas de lo social. Es el momento en que la persona participa efectivamente de distintas instancias y oportunidades concretas de integración (trabajo, barrio, formación, etc.). Estas acciones deben estar planificadas y deben responder a una metodología de trabajo claramente definida. Para esto se recomienda utilizar las herramientas de Trabajo en red y la construcción de un itinerario de integración.

Etapa 4: Seguimiento Este proceso de integración deberá considerarse como objetivo o meta global del proceso de tratamiento, para lo cual es necesario tener un plan de seguimiento para el proceso de incorporación que se diseñó, tomando en cuenta aspectos tanto en la persona, como en la institución y/o entorno en que se ha llevado a cabo este procedimiento.

³ Manual De Apuesto Laboral. CONACE.

⁴ Xunta de Galicia

Indicadores de Calidad de la Atención.

Los siguientes indicadores serán considerados pertinentes para evaluar la calidad de la atención. Su adecuado y oportuno registro será por tanto requisito fundamental.

Definición de Indicadores

1. Categorías Diagnósticas

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

Consumo Perjudicial:

- Patrón de consumo de una sustancia que provoca daños a la salud física o psicológica. Los daños (hepático, depresión) deben ser causados por la sustancia misma (daño hepático por el alcohol), por las formas de uso (infecciones por uso de drogas inyectables o por las consecuencias sobre el equilibrio psicológico (depresión post privación de estimulantes o del alcohol)).
- Las personas con diagnóstico de consumo perjudicial reciben a menudo críticas por ello y experimentan consecuencias sociales adversas de variados tipos.
- En todo caso el solo hecho que una forma de consumo sea criticada por el entorno en general, no es por sí misma indicativa de consumo perjudicial.²³

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

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

1.2. Dependencia:

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

²³ En el caso del alcohol, en Chile utilizamos con fines de tamizaje. El Cuestionario de Autodiagnóstico de Riesgos en el Uso de Alcohol (AUDIT), permite reconocer, tanto en hombres como en mujeres, las categorías "Consumo en riesgo", "Consumo perjudicial" y "Dependencia" del alcohol.

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

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

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

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

2-3. - Diagnóstico de comorbilidad física: presencia simultánea de un trastorno por consumo de sustancias (consumo perjudicial o dependencia) y una o más patologías somáticas severas.

- Hepatitis alcohólica subaguda
- Hepatitis crónica
- Enfermedades somáticas
- Hepatitis B, C, D
- ETS

- VIH - SIDA
- Otras Enfermedades o Condiciones de Riesgo Vital
- Infecciosas relacionadas con uso de sustancias
- Traumatismos y secuelas secundarios
- Otras enfermedades o condiciones Físicas Limitantes
- Patología de la gestación y del niño intrauterino
- Anemia: megaloblástica y ferropénica
- Cardiopatías: miocardiopatía dilatada por OH, arritmias, HTA
- Patología Bucal
- En estudio

2.4' - Otros problemas de atención clínica:

- Violencia Intrafamiliar
- Abuso Sexual
- otros

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

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

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

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

VARIABLES BIOPSICOSOCIALES	GRADO DE COMPROMISO BIOPSICOSOCIAL EN POBLACIÓN FEMENINA ²⁴		
	Leve	moderado	severo
1. Tipo sustancia, vía administración y frecuencia de consumo	- Una sola sustancia - En forma esporádica - vía oral, o respiratoria	- 2 ó más sustancias - semanal o fin de semana - vía oral y/o respiratoria	- 2 ó más sustancias - consumo en la semana y fines de semana, con crisis de ingestión - se agregar vía inyectable
2.-Diagnóstico de consumo de sustancias C.I.E. 10	Consumo perjudicial	Consumo perjudicial ó desde 3 criterios para dependencia	Más de 3 criterios para dependencia
3.-Síndrome de abstinencia	Ausente	Con molestias que puede controlar de manera ambulatoria	Requiere de apoyo y soporte especializado para tolerar las molestias y síntomas.
4.-Patología psiquiátrica	Descartada	Trastorno psiquiátrico leve a	Con trastorno psiquiátrico

²⁴ Pauta adaptada del original, por equipo de asesoras de proyectos de tratamiento para mujeres con consumo problemático de drogas, CONACE 2005.

concurrente		moderado	severo
5.-Percepción de problemas de salud físicas asociadas	Leves o ausentes	Presentes, pero no limitantes,	Presentes y limitantes
6.-Contexto del motivo de consulta	Voluntario	Condicionado por familia u otros	Obligado por ámbito judicial
7. Motivación al cambio	convinciente en su propósito de iniciar un proceso de cambio	Ambivalente y contradictoria (etapa de contemplación)	Muy contradictoria, débil o ausente (etapa precontemplativa)
8. Tratamientos anteriores	Ninguno	1 ó 3 incompletos	Más de tres tratamientos. Abandonos antes de los tres meses
9. Intentos de abstinencia sin tratamiento	Si, con logros parciales	Ha intentado sin éxitos. Con recaídas.	Sin intentos. O, con intentos, pero sin ningún periodo de abstinencia.
10. Percepción de autoeficacia	Con percepción de obtención de logros en resolución de problemas	Percepción de bajo control del medio y de la conducta de consumo problemático.	Auto percepción de muy bajo control del medio, y/o ineficacia en el control del consumo.
11. Situación Ocupacional	Mantiene su trabajo, estudio o actividades de casa	Ha discontinuado su actividad o asiste en forma intermitente	Despidos laborales, Interrupción de estudios, abandono actividades laborales (fuera o dentro del hogar)
12.-Consumo y/o tráfico en otros Familiares	Descartados ambos	Presente el consumo, sin tráfico	Presente ambos, en uno o más de sus miembros.
13.-Violencia intrafamiliar,	Ausencia de VIF	Antecedentes de VIF (ejerce o es víctima)	Presencia actual de VIF (ejerce o es víctima)
14.-Problemas judiciales asociados	Sin detenciones, imputaciones o condenas	Detenciones, imputaciones y/o condenas por faltas o delitos leves	Detenciones, imputaciones y/o condenas por faltas o delitos graves.
15.-Red de apoyo familiar	Existe familia que le apoya	Familia o cercanos dispuesta a participar, pero con reparos	Ausente, o con gran conflicto relacional.
16.-Relación y cuidado de los hijos	Mantención y cuidado de los hijos /hijas , no presenta cambios por conducta de consumo	Descuidos, o cuidado irregular de los hijos /hijas por conducta de consumo	Negligencia o abandono de los hijos /hijas por conducta de consumo
17.-Consumo durante embarazos	No hay consumo en periodos gestacionales	Disminución del consumo en períodos gestacionales	Mantención o aumento de consumo en períodos gestacionales
18.-Desempeño Ocupacional	Espera el éxito Acepta responsabilidades Ha realizado elecciones ocupacionales. Organiza su tiempo libre Mantiene hábitos	Dudosa capacidad para lograr el autocontrol Presenta dificultad para organizar las rutinas diarias	Incapacidad para lograr el autocontrol. Gran inseguridad frente al éxito Se frustra fácilmente al enfrentar desafíos Percepción de fracaso al organizar su rutina Mantiene un estilo de vida altamente estresante

Diagnóstico Estadio Motivacional:²⁵ la motivación es un estado de disponibilidad o

²⁵ Ver sección 3

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

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

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

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

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

4- **Contrato terapéutico:** este es una estrategia útil para explicitar por escrito las condiciones del tratamiento, en el cual la mujer su familia o en su defecto un adulto significativo responsable, de preferencia que viva con la usuaria, (para mujeres en situación de calle, se sugiere que el contrato lo firme un tutor y el director/a del centro de tratamiento), con consentimiento informado, se comprometen a respetar las normas y recomendaciones en el marco del plan de tratamiento; al igual que el equipo terapéutico, se compromete a brindar las atenciones e información necesaria para contribuir al alivio de las molestias (somáticas y emocionales) como a la superación del problema.

El contrato terapéutico es más efectivo cuando se firma en un estadio motivacional de "acción"** y/ o al finalizar la primera etapa de acogida y diagnóstico. Al ingreso al programa la usuaria puede firmar un contrato administrativo de respeto de normas mínimas del centro, el que debe incluir todo lo relacionado con el cuidado y tenencia de los hijos, cuando corresponda.

5.- Consentimiento Informado

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

El consentimiento informado debe reunir al menos tres requisitos fundamentales.

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

6.- **Egreso:** término de la relación entre la persona y el centro para el tratamiento del problema por el cual ingresó al programa de tratamiento. Se considerarán motivos de egreso de un programa, las siguientes.

- o **Alta Terapéutica:** cumplimiento de objetivos terapéuticos. Evaluación realizada por equipo tratante en acuerdo con la persona.
- o **Alta Administrativa:** decisión del equipo tratante de egresar del programa a la persona en tratamiento, por no cumplimiento del contrato terapéutico.
- o **Derivación:** traslado por indicación o sugerencia del equipo, a otro centro que resuelva su motivo de consulta; por cambio de domicilio, u otra razón justificada.

- **Abandono:** pérdida de contacto por parte de la persona en proceso terapéutico, con el programa de tratamiento por un tiempo igual o mayor a dos meses
- 7- **Rescate:** acción/es encaminada/s a conocer la situación de una persona inasistente o que ha abandonado el programa, con el objeto de evaluar las razones de la interrupción de la asistencia, y para el fortalecimiento de la adherencia al tratamiento, cuando corresponda.

8- Adherencia al programa de tratamiento y rehabilitación: el grado en que una mujer cumple con las indicaciones y recomendaciones del programa terapéutico para abordar su problema de consumo. La adherencia constituye una variable predictora del éxito terapéutico a la que, a su vez confluyen varias otros factores: a) de la propia mujer, tales como las expectativas con que llega al tratamiento, su estadio motivacional en relación a la problemática del consumo y otros aspectos asociados; b) del contexto familiar y en especial de la responsabilidad y exigencias frente al cuidado de los hijos c) del programa y del equipo, como la actitud de acogida y evaluación del o la terapeuta en las entrevistas iniciales.

Un primer indicador para evaluar esta adherencia puede ser el cumplimiento en la asistencia al

Programa de acuerdo a la frecuencia indicada.

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

Las variables a evaluar son las siguientes

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

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

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

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

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

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

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

Medianamente logrado: alcance parcial de los objetivos, requeriría de un período de apoyo para la integración socio ocupacional satisfactoria. Débil disposición y preparación para un cambio de estilo de vida.

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

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

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

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

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

METAS /OBJETIVOS	LOGRADO	MEDIANAMENTE LOGRADO	MINIMAMENTE LOGRADO
1-			
2-			
3 -			
4 -			
5 -			
6 -			
7-			

ESTIMACIÓN DE UN GRUPO DE EXPERTOS RESPECTO DE LAS ETAPAS Y PRESTACIONES NECESARIAS Y CONVENIENTES PARA CUMPLIR CON LOS OBJETIVOS TERAPÉUTICOS DE LOS PLANES

MES	Objetivos Terapéuticos	Plan Ambulatorio Básico		Indicadores de verificación
		Tipo de prestaciones	Responsables de la intervención	
1	1. Acoger y otorgar contención emocional 2. Realizar Confirmación diagnóstica 3. Realizar evaluación médica de salud general y ginecoobstétrica 4. Abordar complicaciones médicas asociadas 5. Apoyar proceso de desintoxicación 6. Iniciar motivación a tratamiento 7. Construir alianza terapéutica 8. Apoyar el cuidado y custodia de los hijos 9. Evaluar y entrenar en competencias ocupacionales	Consulta salud mental individual Consulta psiquiátrica Consulta médica individual Consulta psicológica individual Psicodiagnóstico Psicoterapia individual Consulta salud mental familiar Consulta psicológica familiar Interv. Psicosocial grupo pares Interv. Psicosocial familia Visita domiciliaria Consultoría salud mental	Profesional / T. Reh Psiquiatra Médico Psicólogo/a Psicólogo Psicólogo T. Reh Psicólogo Profesional / T. Reh Profesional / T. Reh As. Social	- Diagnóstico consumo - Diagnóstico biopsicosocial - Diagnóstico comorbilidad - Evaluación estadio motivacional - Consentimiento informado - Consultorías realizadas - Referencia asistida realizada - Abandono - Rescate realizado
2	1. Fortalecer motivación y adhesión a tratamiento 2. Intervenir en los factores mantenedores del consumo 3. Implementar estrategias de prevención de recaídas 4. Favorecer relación de apego y vínculo saludable con los hijos 5. Facilitar la reparación de experiencias traumáticas y elaboración de duelos 6. Promover relaciones intrafamiliares saludables 7. Manejo de proceso dx. de mediano plazo 8. Fortalecer factores protectores del cambio de conducta 9. Entrenar competencias y habilidades ocupacionales	Consulta salud mental individual Consulta psiquiátrica Consulta psicológica individual Psicoterapia individual Consulta salud mental familiar Consulta psicológica familiar Interv. Psicosocial grupo familiar Interv. Psicosocial grupo pares Psicoterapia Grupal Visita domiciliaria Consultoría salud mental	Profesional / T. Reh Psiquiatra Psicólogo/a Psicólogo Profesional / T. Reh Psicólogo Profesional / T. Reh Profesional / T. Reh Psicólogo/a As. Social	- Plan de tratamiento formulado - Asistencia semanal - Indicadores de proceso - Interconsultas realizadas - Consultorías realizadas - Abandono - Rescate realizado
3º al 5º	1. Fortalecer motivación y adhesión a tratamiento 2. Intervenir en los factores mantenedores del consumo 3. Implementar estrategias de prevención de recaídas 4. Favorecer relación de apego y vínculo saludable con los hijos 5. Facilitar la reparación de experiencias traumáticas y elaboración de duelos 6. Promover relaciones intrafamiliares saludables 7. Manejo de proceso dx. de mediano plazo 8. Fortalecer factores protectores del cambio de conducta 9. Entrenar competencias y habilidades ocupacionales	Consulta salud mental individual Consulta psiquiátrica Consulta psicológica individual Psicoterapia individual Consulta salud mental familiar Consulta psicológica familiar Interv. Psicosocial grupo familiar Interv. Psicosocial grupo pares Psicoterapia Grupal Visita domiciliaria Consultoría salud mental	Profesional / T. Reh Psiquiatra Psicólogo Profesional / T. Reh Psicólogo Profesional / T. Reh Profesional / T. Reh As. Social	- Asistencia semanal - Indicadores de proceso, con relevancia en los familiares y de integración social - Abandono - Rescate realizado - Permisos cumplidos satisfactoriamente
6º POST TTO	1. Orientar reestructuración de proyecto de vida 2. Resignificación de situaciones de consumo 3. Fortalecer percepción de auto eficacia 4. Propiciar estilos relacionales saludables 5. Propiciar y apoyar la vinculación a redes sociales de apoyo 6. Propiciar y apoyar la vinculación a actividades para el logro del mejoramiento de la situación socioeconómica 7. Implementar estrategias de prevención de recaídas 8. Evaluar mantenimiento de logros terapéuticos 9. Reforzar proceso de integración social 10. Reforzar estrategias de prevención de recaídas	Consulta salud mental individual Consulta psicológica individual Psicoterapia individual Consulta salud mental familiar Consulta psicológica familiar Interv. Psicosocial grupo familiar Interv. Psicosocial grupo pares Visita domiciliaria Consultoría salud mental Consulta salud mental individual Consulta salud mental familiar Interv. Psicosocial de grupo Visita domiciliaria	Profesional / T. Reh Profesional / T. Reh Profesional / T. Reh Asistente Social	- Consumo - relaciones de pares - relaciones familiares/hijos - Salud física - Salud mental - Integración laboral/académica - Situación con la justicia

Plan Ambulatorio Intensivo					
Mes	Objetivos Terapéuticos	Tipo de prestaciones FONASA	Responsables de la Intervención	Indicadores de verificación	
1° al 2°	1. Acoger y otorgar contención emocional 2. Realizar Confirmación diagnóstica 3. Realizar evaluación médica de salud general y ginecoobstétrica 4. Abordar complicaciones médicas asociadas 5. Apoyar proceso de desintoxicación 6. Iniciar motivación a tratamiento 7. Construir alianza terapéutica 8. Apoyar el cuidado y custodia de los hijos 9. Evaluar y entrenar en competencias ocupacionales	Consulta salud mental individual Consulta psiquiátrica Consulta psicológica individual Psicodiagnóstico Psicoterapia individual Consulta salud mental familiar Consulta psicológica familiar Interv. Psicosoc. Grupo pares Interv. psicosocial hija Visita domiciliaria Consultoría salud mental	Profesional T. Reh Médico Psiquiatra Psicólogo/a Psicólogo/a Psicólogo/a Profesional / T. Reh Psicólogo/a Profesional / T. Reh Profesional / T. Reh As. Social	Diagnóstico consumo Diagnóstico biopsicosocial Diagnóstico comorbilidad Evaluación estudio motivacional Consentimiento informado Consultorías realizadas Referencia asistida realizada Abandono Rescate realizado	
3° al 6°	1. Fortalecer motivación y adherencia a tratamiento 2. Intervenir en los factores mantenedores del consumo 3. Implementar estrategias de prevención de recaídas 4. Favorecer relación de apego y vínculo saludable con los hijos 5. Facilitar la reparación de experiencias traumáticas y elaboración de duelos 6. Promover relaciones intrafamiliares saludables 7. Manejo de proceso dx. de mediano plazo 8. Fortalecer factores protectores del cambio de conducta 9. Entrenar competencias y habilidades ocupacionales	Consulta salud mental individual Consulta psiquiátrica Consulta psicológica individual Psicoterapia individual Consulta salud mental familiar Consulta psicológica familiar Interv. Psicosocial Grupo familiar Psicoterapia grupo pares Visita domiciliaria Consultoría salud mental	Profesional / T. Reh Psiquiatra Psicólogo Profesional / T. Reh Psicólogo/a Profesional / T. Reh Psicólogo/a Profesional / T. Reh As. Social	Plan de tratamiento formulado Asistencia semanal Indicadores de progreso terapéutico Interconsultas realizadas Consultorías realizadas Abandono Rescate realizado	
7° al 8°	1. Orientar restructuración de proyecto de vida 2. Resignificación de situaciones de consumo 3. Fortalecer percepción de auto eficacia 4. Propiciar estilos relacionales saludables 5. Propiciar y apoyar la vinculación a redes sociales de apoyo 6. Propiciar y apoyar la vinculación a actividades para el logro del mejoramiento de la situación socioeconómica 7. Implementar estrategias de prevención de recaídas	Consulta salud mental individual Consulta psiquiátrica Consulta psicológica individual Psicoterapia individual Consulta salud mental familiar Consulta psicológica familiar Interv. Psicosocial Grupo pares Interv. Psicosocial. Grupo familiar Psicoterapia grupo pares Visita domiciliaria Consultorías realizadas	Profesional / T. Reh Psiquiatra Psicólogo/a Profesional / T. Reh Psicólogo/a Profesional / T. Reh Profesional / T. Reh Psicólogo As. Social	Asistencia semanal Indicadores de proceso con énfasis en los familiares y de reinserción Interconsultas realizadas Abandono Rescate realizado Permisos cumplidos satisfactoriamente Indicadores de egreso	
POST TTO	1. Evaluar mantenimiento de logros terapéuticos 2. Reiniciar proceso de integración social 3. Reforzar estrategias de prevención de recaídas	Consulta salud mental individual Consulta salud mental familiar Interv psicosocial de grupo Visita domiciliaria Profesional / T. Reh Profesional / T. Reh Asistente Social		Consumo relaciones de pares relaciones familiares/hijos Salud física Salud mental reinserción laboral/académica Situación con la justicia	

Mes	Objetivos Terapéuticos	Plan Residencial FONASA	Tipo de prestaciones	Responsables Intervención	Indicadores verificación
1° al 2	1. Acoger y otorgar contención emocional 2. Realizar Confirmación diagnóstica 3. Realizar evaluación médica de salud general y ginecoobstétrica 4. Abordar complicaciones médicas asociadas 5. Apoyar proceso de desintoxicación 6. Iniciar motivación a tratamiento 7. Construir alianza terapéutica 8. Apoyar el cuidado y custodia de los hijos 9. Evaluar y entrenar en competencias ocupacionales	Consulta salud mental individual Consulta médica Consulta psiquiátrica Consulta psicológica individual Psicodiagnóstico Psicoterapia individual Consulta salud mental familiar Consulta psicológica familiar Interv. Psicos. Grupo pare Interv. Psicos. Familiar Psicoterapia grupo Visita domiciliaria	Profesional / T. Rehabilitación Médico Psiquiatra Psicólogo/a Psicólogo Psicólogo/a Profesional/ T. Reh Psicólogo/a Profesional/ T. Reh Profesional/T. Reh Psicólogo/a As. Social	o Diagnóstico consumo o Diagnóstico biopsicosocial o Diagnóstico comorbilidad o Estadio motivacional o Consentimiento informado o Consultorías realizadas o Abandono o Rescate	
3° al 9	1. Fortalecer motivación y adherencia a tratamiento 2. Intervenir en los factores mantenedores del consumo 3. Implementar estrategias de prevención de recaídas 4. Favorecer relación de apego y vínculo saludable con los hijos 5. Facilitar la reparación de experiencias traumáticas y elaboración de duelos 6. Promover relaciones intrafamiliares saludables 7. Manejo de proceso de cambio de mediano plazo 8. Fortalecer factores protectores del cambio de conducta 9. Entrenar competencias y habilidades ocupacionales	Consulta salud mental individual Consulta psiquiátrica Consulta psicológica individual Psicoterapia individual Consulta salud mental familiar Consulta psicológica familiar Interv. Psicos. Grupo pare Interv. Psicos. Grupo pare Psicoterapia grupo pare Visita domiciliaria	Profesional / T. Reh Psiquiatra Psicólogo/a Psicólogo/a Profesional / T. Reh Psicólogo Profesional / T. Reh Psicólogo/a As. Social	o Plan de tratamiento formulado o Asistencia semanal o Indicadores de proceso con énfasis en los personales o Interconsultas realizadas o Consultorías realizadas o Abandono o Rescate realizado	
10° al 12°	1. Orientar restructuración de proyecto de vida 2. Resignificación de situaciones de consumo 3. Fortalecer percepción de auto eficacia 4. Propiciar estilos relacionales saludables 5. Propiciar y apoyar la vinculación a redes sociales de apoyo 6. Propiciar y apoyar la vinculación a actividades para el logro de mejoramiento de la situación socioeconómica 7. Implementar estrategias de prevención de recaídas	Consulta salud mental individual Consulta psiquiátrica Consulta psicológica individual Psicoterapia individual Consulta salud mental familiar Consulta psicológica familiar Interv. Psicosocial grupo pare Interv. psicosocial grupo familiar Psicoterapia grupo pare Visita domiciliaria	Profesional / T. Rehabilitación Psiquiatra Psicólogo/a Psicólogo Profesional / T. Rehabilitación Psicólogo Profesional / T. Rehabilitación Profesional / T. Rehabilitación Psicólogo/a As. Social	o Asistencia semanal o Indicadores de proceso: con énfasis en los familiares y de reinserción o Interconsultas realizadas o Consultorías realizadas o Abandono o Rescate realizado o Permisos cumplidos satisfactoriamente o Indicadores de egreso	
POST TTO	1. Evaluar mantenimiento de logros terapéuticos 2. Reforzar proceso de integración 3. Reforzar estrategias de prevención de recaídas	Consulta salud mental individual Consulta salud mental familiar Interv. psicosocial de grupo Visita domiciliaria	Profesional/ T. Reh Profesional/ T. Reh Profesional/ T. Reh Asistente Social	o Consumo o relaciones de pare o relaciones familiares/hijos o Salud física o Salud mental o reinserción laboral/académica o Situación con justicia	

ORIENTACIONES TÉCNICAS ADICIONALES Y COMPLEMENTARIAS PARA LA INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA DIFERENCIADA PARA MUJERES ADULTAS CON CONSUMO PROBLEMÁTICO DE DROGAS

DIAGNOSTICO DEL ESTADIO MOTIVACIONAL

En relación al diagnóstico del estadio motivacional, para el caso particular de las mujeres con problemas de consumo de sustancias, se ha visto que con frecuencia presentan otras dificultades complejas y urgentes que se deben tomar en cuenta en la planificación del tratamiento. Brown ²⁶ y sus colegas ampliaron las etapas del modelo de cambio de Prochaska y Di clemente incorporando lo que definen como fases para el cambio de la mujer, según lo siguiente

27 MODELO DE LAS FASES PARA EL CAMBIO DE LA MUJER

El modelo de "las fases para el cambio de la mujer", abarca cuatro aspectos de la vida en que pueden estar dispuestas a cambiar: la violencia doméstica, los comportamientos sexuales de riesgo, el uso indebido de sustancias y los problemas emocionales.

Brown y sus colegas plantean que la conducta de las mujeres con problemas de consumo problemático de drogas, que solicitan ayuda, puede reflejar grados jerarquizados de una disposición a cambiar basada en la urgencia o inmediatez de los problemas del tratamiento. Por ejemplo, su estudio indica que algunas mujeres pueden estar dispuestas a cambiar en lo que las expone a la violencia doméstica o en su comportamiento sexual de riesgo antes que cambiar en su conducta de consumo de sustancias

DIAGNÓSTICO DE IDENTIDAD Y ROL DE GÉNERO

En el contexto de otorgar tratamiento a mujeres desde una perspectiva de género, es necesario diagnosticar respecto de la identidad, roles y normas de género que las usuarias presentan, con el objeto de trabajar aquellos aspectos que constituyen factores de riesgo para el desarrollo de un estilo de vida saludable.

La identidad de género corresponde a una construcción cultural que se gesta a partir de procesos de socialización de hombres y mujeres a lo largo de sus vidas donde lo que se considera femenino y masculino es una idea construida culturalmente a partir del modo en que han sido percibidas las diferencias biológicas.

El ordenamiento de género (normas de género) de cada sociedad determina un conjunto de percepciones y pautas de comportamiento obligadas, permitidas y prohibidas para hombres y mujeres, que se transmiten a través de los diferentes espacios de socialización, tales como la familia, la escuela, los medios de comunicación, etc. - A partir de una evidencia biológica (sexo) generamos una red de significados y una trama de relaciones, asignaciones de identidad y de función, jerarquías, responsabilidades y construcciones ideológicas.

El impacto de la construcción de género sobre la salud de las mujeres, podría explicarse a través de dos niveles fundamentales: en primer lugar, el nivel individual, a través del efecto del proceso de socialización, que reproduce paradigmas culturales de feminidad y masculinidad sexistas, a partir de los cuales se promueven actitudes y comportamientos de riesgo diferentes para la integridad física y mental de hombres y mujeres.

En el nivel social, las condicionantes de género actúan a través de la división sexual del trabajo – practicada por las instituciones económicas, religiosas, familiares, educativas, sanitarias, etc. – y la valoración diferencial asignada a esas actividades en términos de prestigio y remuneración. La valoración diferencial de actividades se aplica por extensión a las personas que las desempeñan y termina por traducirse en una asignación también diferencial, de acuerdo con el sexo, de los recursos familiares y sociales necesarios para la promoción y protección de la calidad de vida y la salud de cada persona²⁸.

²⁶ V.Brown y otros Women's step of change and entry into drug abuse treatment :a multidimensional stages of change model .Journal of substance abuse treatment,vol 18 numero 3 año 2000

²⁷ Citado en: Tratamiento del Abuso de sustancias y atención para la mujer. Estudios monográficos y experiencia adquirida, publicado por Oficina de las Naciones Unidas Contra la Drogas y el Delito Viena 2005

²⁸ Citado en: Mujeres y Drogas. Orientaciones técnicas para la incorporación de la variable género en el tratamiento y rehabilitación de mujeres con problemas de drogas ,publicado por CONACE, 2004

La identidad de género no es natural, es una producción cultural que puede modificarse. Esta se gesta a partir de procesos de socialización de hombres y mujeres a lo largo de sus vidas. Según palabras de Rosaldo en nuestra sociedad “el lugar de la mujer en la vida social humana no es producto, en sentido directo, de las cosas que hace, sino del significado que adquieren sus actividades a través de la interacción concreta. Para alcanzar el significado, debemos considerar tanto a los sujetos individuales como a la organización social y descubrir la naturaleza de sus interrelaciones, porque todo ello es crucial para comprender cómo actúa el género”²⁹

El enfoque de género demanda reconocer la importancia de la cotidianeidad de lo privado y lo familiar, espacios en los que transcurre gran parte de la vida de las mujeres, y una parte de la vida de los hombres, como un espacio donde tienen lugar las prácticas de socialización, de salud y de reproducción social.

Dentro de este marco, las mujeres con problemas asociados al consumo de drogas, reciben del contexto micro y macrosocial una reprobación y estigma desde lo que se espera culturalmente de ellas como normas y roles de género, mientras más diferencia existe entre el rol de género adscrito al ser mujer y el ejercicio y cumplimiento eficaz de ese rol, mayor es el nivel de estrés que se vive y por tanto mayor el riesgo de desarrollar trastornos que interfieren en el desarrollo saludable.

La autoimagen, autoestima y autoeficacia estarán entonces, condicionadas a la diferencia entre el rol de género esperado social y culturalmente y la vivencia del ejercicio de ese rol.

Por lo tanto dentro del diagnóstico diferencial, es necesario indagar cuáles son las expectativas de roles de género, contrastándolo con las normas, comportamientos y conductas asociados a él, en cada mujer consultante, con el objetivo de facilitar en el tratamiento un desarrollo consciente de una identidad de género que posibilita el desarrollo, el cambio y la autonomía sin reproducir estereotipos culposos y dependientes.

Se sugiere entonces, aplicar la siguiente escala³⁰ que posibilita visibilizar la articulación coherencia y distorsión de tres aspectos asociados a la identidad de género. No se trata de un instrumento susceptible de evaluación cuantitativa y consiste más bien en un instrumento de apoyo clínico, para la estructuración de este aspecto en el plan de tratamiento.

- 1.-Presencia de estereotipos asociados a lo masculino y lo femenino
- 2.-Atribución otorgada al rol: asociada a la (autoimagen, autoestima, autoeficacia)
- 3.-Vivencia del ejercicio del rol

Nº		Pregunta	Si	No
1	a	Me considero una mujer dulce		
	b	Es bueno que una mujer sea dulce		
	c	Me gustaría cambiar		
2	a	Me considero una mujer sensible		
	b	Es bueno que una mujer sea sensible		
	c	Me gustaría cambiar		
3	a	Me considero una mujer sumisa		
	b	Es bueno que una mujer sea sumisa		
	c	Me gustaría cambiar		
4	a	Me considero una mujer preocupada de la apariencia física		
	b	Es bueno que una mujer sea preocupada de la apariencia física		
	c	Me gustaría cambiar		
5	a	Me considero una mujer complaciente		
	b	Es bueno que una mujer sea complaciente		
	c	Me gustaría cambiar		
6	a	Me considero una mujer que renuncia a lo que le gusta en beneficio de los otros		

²⁹ En Patrones de consumo y dependencia del alcohol y de sustancias psicoactivas en la mujer. Enrique Madrigal, OPS. S/F

³⁰ Escala diseñada por equipo asesor de Proyectos de tratamiento y rehabilitación con perspectiva de género, para mujeres adultas con problemas derivados del consumo de drogas. CONACE 2005

	b	Es bueno que una mujer renuncie a lo que le gusta en beneficio de los otros		
	c	Me gustaría cambiar		
7	a	Me considero una buena madre		
	b	Es bueno que la mujer sea una buena madre		
	c	Me gustaría cambiar		
8	a	Me considero una mujer frágil		
	b	Es bueno que una mujer sea frágil		
	c	Me gustaría cambiar		
9	a	Me considero una mujer que llora delante de los otros		
	b	Es bueno que una mujer llore delante de los otros		
	c	Me gustaría cambiar		
10	a	Me considero una mujer que se queda callada cuando está enojada		
	b	Es bueno que una mujer se quede callada cuando está enojada		
	c	Me gustaría cambiar		
11	a	Me considero una mujer fuerte		
	b	Es bueno que una mujer sea fuerte		
	c	Me gustaría cambiar		
12	a	Me considero una mujer decidida		
	b	Es bueno que una mujer sea decidida		
	c	Me gustaría cambiar		
13	a	Me considero una mujer competitiva		
	b	Es bueno que una mujer sea competitiva		
	c	Me gustaría cambiar		
14	A	Me considero una mujer autónoma		
	b	Es bueno que una mujer sea autónoma		
	c	Me gustaría cambiar		
15	A	Me considero una mujer segura		
	b	Es bueno que una mujer sea segura		
	c	Me gustaría cambiar		
16	A	Me considero una mujer arriesgada		
	b	Es bueno que una mujer sea arriesgada		
	c	Me gustaría cambiar		

Describen identidad de género:

1. Femenina

Las respuestas "si" en las preguntas a) entre la 1 y la 10

Las respuestas "no" en las preguntas a) entre la 11 y la 16

2. Masculina

Las respuestas "no" en las preguntas a) entre la 1 y la 10

Las respuestas "si" en las preguntas a) entre la 11 y la 16

Validación positiva de la identidad de género

1. Femenina

Las respuestas "si" en las preguntas b) entre la 1 y la 10

Las respuestas "no" en las preguntas b) entre la 11 y la 16

2. Masculina

Las respuestas "no" en las preguntas b) entre la 1 y la 10

Las respuestas "si" en las preguntas b) entre la 11 y la 16

Necesidad percibida de cambiar la identidad de género

Las respuestas "si" en las preguntas c) entre la 1 y la 16

Las respuestas "no" en las preguntas c) entre la 1 y la 16

DIAGNOSTICO DE LA PERCEPCIÓN DE SATISFACCIÓN DE LA VIDA FAMILIAR

Dado el alto nivel de relevancia que tiene para la mujer la calidad de las relaciones y la evidencia clínica existente respecto de la soledad y falta de apoyo familiar en que se encuentran y la importancia de este ámbito de la vida para la consecución de logros terapéuticos, es necesario otorgar especial atención al nivel de satisfacción respecto de la vida familiar, con el objetivo de orientar las intervenciones terapéuticas hacia la construcción de relaciones intra familiares saludables con mayores niveles de satisfacción

Se sugiere para ello, utilizar como instrumento diagnóstico, el APGAR FAMILIAR, de Smilkstein, validado en Chile por Maddaleno, Horwitz, Jara, Florenzano y Salazar (1987)

Individualmente un miembro de la familia responde 5 preguntas orientadas a explorar la percepción de ayuda que recibe cuando hay problemas, la expresión de afecto y apoyo emocional y el grado de participación familiar en la toma de decisiones. Hay tres alternativas de respuesta con un puntaje entre 0 y 10.

APGAR FAMILIAR

PREGUNTA	CASI NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE
¿Está satisfecha con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?	0	1	2
¿Discuten entre ustedes los problemas que tienen en casa?	0	1	2
¿Las decisiones importantes se toman en conjunto?	0	1	2
Está satisfecha con el tiempo que su familia y usted permanecen juntos?	0	1	2
¿Siente que su familia le quiere?	0	1	2

La Valoración del Apgar familiar es la siguiente:

Familia Funcional: 7 a 10 puntos

Familia Disfuncional: 0 a 6 puntos

Moderadamente disfuncional: 4 a 6 puntos

Gravemente disfuncional: 0 a 3 puntos

PROCEDIMIENTOS SUGERIDOS PARA EL ABORDAJE DE SITUACIONES ESPECÍFICAS

EN RELACIÓN AL TRABAJO CON LOS NIÑOS y NIÑAS

- Velar por los derechos de los hijos de las usuarias.
- Evitar violencia física, verbal y psicológica hacia los niños propios y ajenos
- Derivar a las instituciones de salud pertinentes cuando se sospeche algún problema de salud física o mental de los niños, que requiera atención de especialidad
- Evitar que las mujeres se retiren del programa dejando al hijo al cuidado del centro.
Esta es una situación excepcional, sin embargo en caso de presentarse, el procedimiento sugerido es informarle al familiar o significante afectivo en forma inmediata, iniciar el rescate de la usuaria en forma paralela, en caso de existir alguna situación legal, informar al tribunal correspondiente o a la Asistente social con quien se haya mantenido el contacto del caso.
Se sugiere como procedimiento, toda vez que un niño ingresa a residir con la usuaria en el centro, realizar las gestiones necesarias correspondientes para tener claridad respecto de la situación legal del menor, para ello es imprescindible el contacto del centro con la Corporación de Asistencia Judicial correspondiente y con todas las instituciones y personas pertinentes,

ASPECTOS TECNICOS

La inclusión y el trabajo con hijos de mujeres en tratamiento y rehabilitación por consumo de sustancias, surge a partir de dos fuentes: la observación de que un número importante de mujeres no ingresa a tratamiento por no querer o no poder dejar a sus hijos; y la necesidad de los hijos de estar con sus madres, especialmente en sus primeros años de vida. Se ha observado que la incorporación de la dinámica madre-hijo al tratamiento de las adicciones en población femenina, tiene

un fuerte valor motivacional para la madre y preventivo para el hijo de ésta. Puesto que cuando la madre presenta una adicción, los niños están en riesgo de ser abandonados afectivamente y en su cuidado, y vulnerables a reproducir la conducta adictiva.

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

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

El equipo debe permitir que los niños se desarrollem en un ambiente cercano a su contexto natural, y con el máximo de contacto con su familia.

Así como también disponer de espacios físicos que le permitan al niño jugar y expresarse lúdicamente, velando por un adecuado cuidado y protección en concordancia con las normas sanitarias vigentes.

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

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

ASPECTOS SANITARIOS Y DE SEGURIDAD

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

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

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

EN RELACIÓN AL TRATAMIENTO CON MUJERES EMBARAZADAS

Se sugiere tener en consideración los siguientes puntos:

- Restricciones al uso de tabaco.
- Mantener contacto permanente con el centro de salud correspondiente para el control del embarazo.
- Otorgar contención y apoyo psicosocial y psicoeducativo.
- No intervenir psicoterapéuticamente.

- Dar inicio al trabajo para favorecer la relación de apego³¹ con el hijo/a.

EN RELACION A LA PROMOCION DEL VINCULO MADRE HIJO/A

Según Calvo³², los efectos farmacológicos de las diversas sustancias y los ciclos de intoxicación-abstinencia pueden afectar a la interacción materno-infantil, al producir en la madre diversas alteraciones perceptivas, afectivas y conductuales y pudiendo reducir tanto su sensibilidad para percibir e interpretar las claves emitidas por el niño, como su habilidad para emitir claves apropiadas. Si a esto se une la posibilidad de que el niño sea de difícil manejo por encontrarse bajo los efectos agudos de la exposición prenatal a una droga o por presentar alteraciones neuroconductuales, la calidad del vínculo puede verse comprometida por ambos miembros de la diada.

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

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

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

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

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

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

³¹ Mayor información en Manual de Intervención temprana para bebés en situación de riesgo (3-12 meses). Manual del Cuidador. Unidad de Intervención temprana. Este manual, financiado por el Servicio Nacional de Menores y realizado por la Unidad de Apego y Salud Mental de la Universidad del Desarrollo en colaboración con la Fundación San José para la Adopción, no puede ser reproducido sin la autorización de sus autores.

³² Calvo, H. (2004) Maternidad, infancia y drogas: implicaciones clínicas. *Adicciones*, 16(4), 1-20.

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

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

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

EN RELACIÓN AL TRABAJO EN RED

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

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

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

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

Cuestionario de Autodiagnóstico sobre Riesgos en el Uso de Alcohol AUDIT.

Nuestro organismo y nuestra persona pueden ser más o menos resistentes a los efectos adversos del alcohol.

Hoy día existen instrumentos y exámenes para saber con anticipación cómo está esa resistencia, o su contrario, su vulnerabilidad. Este cuestionario es uno de esos instrumentos.

Muestre sus respuestas al profesional de salud que lo atenderá.

Si bien Ud. puede mostrarlas hoy o más adelante, según estime conveniente, le recomendamos hacerlo ahora mismo.

Si la consulta con el profesional confirma que Ud. se encuentra en riesgo por su manera de beber, se le ofrecerá practicarse un examen de sangre llamado "GGT", más una "Consejería de Buena Salud" en la que se le darán a conocer sus resultados y de acuerdo a ellos, se le ofrecerán alguno de los siguientes caminos:

- a) Confirmar que Ud. bebe alcohol con responsabilidad para con Ud. mismo.
- b) Incorporarse al "Programa de prevención de riesgos: Ud. decide",
- c) incorporarse a un programa de tratamiento, o
- c) la interconsulta a un especialista.

Responda con la entera seguridad de que se respetará la confidencialidad de sus respuestas.

Antes tenga presente lo siguiente:

- Una unidad estándar de bebida alcohólica es equivalente a :
 - 1 botella o lata individual de cerveza (330 a 350 cc), o
 - 1 vaso de vino (aproximadamente 150 cc.), o
 - 1 trago de licor solo o combinado (45 cc. de licor). Considere pisco, ron, whisky, vodka u otros similares.
- Embriaguez: desde el punto de vista de la salud, la embriaguez ocurre cuando se presenta algún grado de inestabilidad o torpeza de movimientos por efectos del beber. Equivale a sentirse "mareado", "algo cocido", "curado", "pasado".

Marque el casillero que corresponda a cada respuesta y coloque el puntaje que le corresponde en la columna amarilla de la derecha y el puntaje total abajo.

Luego, el profesional que lo atenderá, revisará el puntaje alcanzado y su significado práctico para Ud.

Preguntas	0	1	2	3	4
1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?	Nunca	Una o menos veces al mes	De 2 a 4 veces al mes	De 2 a 3 más veces a la semana	4 o más veces a la semana
2. ¿Cuántas unidades estándar de bebidas alcohólicas suele beber en un día de consumo normal?	1 o 2	3 o 4	5 o 6	De 7 a 9	10 o más
3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido?	No		Si, pero no en el curso del último año		Si, el último año
10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por un consumo de bebidas alcohólicas o le ha sugerido que deje de beber?	No		Si, pero no en el curso del último año		Si, el último año

De 0 a 6 (si es mujer) o

De 0 a 7 (si es hombre) : Ud. parece beber en forma responsable. Siga así.

De 7 a 15 (Mujer) u

De 8 a 15 (Hombre) : Ud. parece estar usando el alcohol en un nivel de riesgo

De 16 a 19

: Ud. está en un nivel de problemas con su manera de beber.

De 20 y más

: Definitivamente Ud. necesita un estudio más detenido. Se le ayudará a tomar alguna decisión respecto de su manera de beber alcohol.

Felicitaciones. Ud. ha sido franco/a con Ud. mismo/a. Ahora Ud. puede decidir presentar sus respuestas al profesional que lo/a atenderá.

UD DECIDE.

ANEXO N°3**CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO CONTRACTUAL ANTERIOR****1.- Certificado Prestadores SENDA año 2012:**

Nombre del Centro de Tratamiento		
Dirección		
Nombre del Representante Legal		
RUT del representante legal		

Criterios	NO	SI
1. Ejecución del 50% o más de los planes de tratamiento contratados en el año, al 30 de junio del 2012.	0	1
2. Presenta Plan de Situaciones Críticas en los últimos dos años	4	0
3. Dispone del 100% de los contratos de trabajo con definición de horas por cada profesional y técnico del equipo. (*)	0	1
4. Presenta denuncias o reclamos de personas usuarias	3	0
5. La infraestructura del centro, es coincidente con la presentada en la propuesta adjudicada para el 2012. (*)	0	1
Puntaje Total		

(*) Ver Pauta de Supervisión Administrativa

Concepto	Puntaje	Nota de evaluación en Pauta
Malo	0 - 6	1
Regular	7 - 9	4
Bueno	10	7

Región	
Nombre Director o Coordinador Regional	
Firma	

2.- Certificado para oferentes que han prestado servicios a Senda, pero no durante año 2012.

Nombre del Centro de Tratamiento	
Dirección	
Nombre del Representante Legal	
RUT del representante legal	

Criterios	NO	SI
1.- Ejecutó en más de un 95% los planes de tratamiento contratados en el periodo correspondiente.	0	1
2.- Presenta uno o más Planes de Contingencia siendo prestador de SENDA (Ex Conace)	4	0
3.- El Centro fue evaluado con nivel de desarrollo alto o medio alto en el periodo que fue prestador de SENDA (Ex Conace)	0	2
4.- Presenta denuncias o reclamos de personas usuarias	3	0
Puntaje Total		

Concepto	Puntaje	Nota de evaluación en Pauta
Malo	0 - 6	1
Regular	7 - 9	4
Bueno	10	7

Región	
Nombre Director o Coordinador Regional	
Firma	

3.- Certificado para oferentes que no han prestado servicios a Senda, pero si a otras instituciones públicas o privadas.

Nombre del Oferente	
Nombre del Centro de Tratamiento	
Dirección	
Nombre Representante Legal	
RUT Representante Legal	
Tiempo de prestación de Servicios a la institución pública o privada que emite el certificado (en meses)	

Pregunta	Puntaje	
	1 (si presenta)	0 (no presenta)
El Centro cuenta con infraestructura en buenas condiciones, que permite la adecuada realización de actividades terapéuticas para los que están destinados, recreación y estadía, para la adecuada convivencia y permanencia en el centro de tratamiento.		

El centro cuenta con Recursos Humanos con disponibilidad de horas semanales tanto de los profesionales y técnicos en el programa, así como con los años de experiencia en la atención directa de personas en programas de tratamiento y rehabilitación, que permiten una adecuada ejecución de éste.		
El Centro cuenta un conjunto de procedimientos que garanticen el respeto y no vulneración de derechos de las personas en tratamiento, como de su familia, esto es, los derechos de los usuarios están disponibles a la vista, existe un sistema de registro de opinión de usuarios (reclamos, sugerencias y felicitaciones).		

Pregunta	Puntaje	
	1 (no cuenta)	0 (si cuenta)
El Centro cuenta con denuncias o reclamos asociados a: maltrato a usuarios y/o a funcionarios, prácticas de discriminación, prácticas que vulneren derechos de las personas, establecimiento de transacciones comerciales o similares entre integrantes del centro y personas usuarias del programa de tratamiento y rehabilitación, deficiente calidad de la atención u otras relacionados con el conjunto de normas éticas o morales que rigen la conducta profesional y humana, en el marco del respeto a los derechos humanos		

Total Puntaje: _____

Tabla de valores:

Concepto	Puntaje	Nota de evaluación en Pauta
Malo	0 - 1	1
Regular	2 - 3	4
Bueno	4	7

Datos de contacto de Institución que declara:

Nombre de la Institución	
Nombre de la persona que emite certificado	
Cargo en la Institución	
Email	
Fono	
Fecha emisión certificado	
Firma	

ANEXO N°4

Pauta de Evaluación Criterios Organización del Recurso Humano Disponible e Infraestructura y Equipamiento (ITEM III y IV)

Item III. e.- Organización del Recurso Humano.

Puntaje 7 (*): Horas profesionales que se requieren para el desarrollo de cada Programa de tratamiento

Integrantes del Equipo	PR Mujeres
Psiquiatra	10 - 8
Psicólogo/a + Trabajador/a Social	105 - 88
Técnico en Rehabilitación	139 - 110

(*) Consenso grupo de expertos de un equipo terapéutico suficiente según tipo de Plan.

Item IV. Infraestructura y Equipamiento

Infraestructura mínima para el funcionamiento del Programa.

Plan Residencial Específico de Mujeres	Infraestructura mínima para funcionamiento del programa	
Sala/s de atención individual	X	
Sala/s de atención grupal	X	
Sala/s de atención familiar		
Espacios habilitados para talleres	X	
Espacios habilitados para actividades deportivas		
Espacios de descanso y esparcimiento para los usuarios	X	
Espacios de descanso y esparcimiento para las niñas y niños. Si hay piscina debe estar cercada	X	Material educativo, juegos, juguetes, etc Foto de piscina cercada
Dormitorios acondicionados para mujeres con hijos lactantes	X	Presencia de cunas, en al menos un 30% del total de la capacidad de atención , por ejemplo para 10 mujeres, al menos 3 cunas
Dormitorios acondicionados para mujeres con hijos preescolares	X	
Cocina y comedor separados de los espacios comunes	X	
SEDILE (Servicio dietético de la Leche)	X	SEDILE en lugar alejado de recipientes de basura en la cocina o sala contigua
Baños diferenciados para personas usuarias y equipo	X	
Baños diferenciados para personas usuarias hombres y mujeres	X	
Sala de espera		
Sala para el equipo, con la implementación necesaria	X	
Lugar seguro para el almacenamiento de medicamentos, material clínico y de primeros auxilios	X	

15. Cronograma

Se deja constancia que el cronograma de la presente licitación pública está determinado por los siguientes plazos, todos los cuales fueron indicados en la sección correspondiente, en donde "n" representa la fecha de publicación de las presentes bases en el portal de www.mercadopublico.cl:

- a) Vencimiento del plazo para presentar propuestas: n+20 días.
- b) Se abren las propuestas presentadas por los oferentes: n+20 días.
- c) Vence el plazo para evaluar las propuestas: n+26 días.
- d) Vence el plazo para adjudicar la presente licitación: n+27 días.
- e) Vence plazo para suscribir contratos:
 - i- con quienes estén Inscritos en el Portal Chile Proveedores: n+42 días.
 - ii- con quienes no estén Inscritos en el Portal: n+47 días.

Se recuerda que la garantía de seriedad de la oferta, conforme al número 4.4.2 de estas bases deberá tener una vigencia mínima hasta el 03 de agosto de 2013 y ser entregada en la forma, lugar y plazo que se indica en el número 4.4.3 de las presentes bases.

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

