



Aprueba Convenio de Colaboración Técnica y Financiera entre el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA, y el Ministerio de Salud, para la implementación de un Programa de Tratamiento y Rehabilitación para Población Adulta con Consumo Problemático de Drogas y Alcohol.

## RESOLUCIÓN EXENTA N° 661

SANTIAGO, 9 DE JUNIO DE 2017

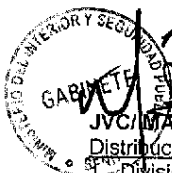


### VISTO:

Lo dispuesto en la Ley N° 18.575, Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado, cuyo texto refundido, coordinado y sistematizado, fue fijado por el Decreto con Fuerza de Ley N° 1/19.653, de 2000, del Ministerio Secretaría General de la Presidencia; en la Ley N° 20.981 de presupuestos para el sector público para el año 2017; en la Ley N° 20.502, que crea el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol; en el Decreto con Fuerza de Ley N° 2-20.502, de 2011, del Ministerio del Interior y Seguridad Pública; Resolución Exenta N° 544, de 1 de marzo de 2000, del Ministerio de Salud; en la Resolución N° 1.600 de 2008, de la Contraloría General de la República; y en el Decreto Supremo N° 200, de 8 de febrero de 2017, del Ministerio del Interior y Seguridad Pública.

### CONSIDERANDO:

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



JVC/ MAMP/ RPH/ MNA/ MJK/ ALR/ RUG/ dmo

#### Distribución:

- 1.- División Jurídica SENDA
- 2.- Área de Finanzas SENDA Q
- 3.- Subsecretaría de Salud Pública. Dirección: Mac – Iver N° 541, Santiago.
- 4.- Subsecretaría de Redes Asistenciales. Dirección: Mac – Iver N° 541, Santiago.
- 5.- Área Tratamiento SENDA
- 6.- Unidad de Gestión de Meses de Planes de Tratamiento.
- 7.- Unidad de Gestión Documental.

S-4256/17

2.- Que, para cumplir con los objetivos y funciones señaladas en la Ley N° 20.502, el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol requiere implementar acciones vinculadas al tratamiento y rehabilitación de personas con problemas derivados del consumo de drogas y alcohol, para cuyo efecto, de acuerdo al artículo 19 letra c) de la Ley N° 20.502, está facultado para impulsar y apoyar, financiera y técnicamente, programas, proyectos y actividades de Ministerios o Servicios Públicos destinados a la prevención del consumo de drogas y alcohol, así como al tratamiento, rehabilitación y reinserción social de las personas afectadas por la drogadicción y el alcoholismo, y ejecutarlos en su caso.

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

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

5.- Que, en este contexto, con fecha 31 de marzo de 2017, el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA y el Ministerio de Salud, suscribieron un convenio de Colaboración Técnica y Financiera, a efectos de implementar en forma conjunta un Programa de Tratamiento y Rehabilitación para Población Adulta con Consumo Problemático de Drogas y Alcohol. La finalidad de este Programa es apoyar al Programa de Salud Mental del Ministerio de Salud, que se lleva a cabo como parte del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría a través de los Servicios de Salud y los centros de atención públicos y privados regulados por dicha cartera de Estado.

6.- Que, la Ley N° 20.981 de presupuestos para el sector público para el año 2017, contempla los recursos pertinentes para la implementación del referido Programa.

7.- Que, en virtud de lo anterior, se procede a la expedición del correspondiente acto administrativo que sancione y apruebe el convenio de Colaboración Técnica y Financiera y sus documentos anexos, celebrado entre el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA y el Ministerio de Salud, con fecha 31 de marzo de 2017.

## RESOLUCIÓN

**ARTICULO PRIMERO:** Apruébase el Convenio de Colaboración Técnica y Financiera y sus anexos, celebrado con fecha 31 de marzo de 2017, entre el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol y el Ministerio de Salud, en virtud del cual este Servicio y el Ministerio de Salud han acordado continuar con la implementación del Programa de Tratamiento y Rehabilitación para Población Adulta con Consumo Problemático de Drogas y Alcohol, en los términos en él referidos.

**ARTÍCULO SEGUNDO:** El gasto total que irrogará para el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, el Convenio de Colaboración Técnica y Financiera que se aprueba por la presente Resolución, ascenderá a la suma de **\$123.798.057.- (ciento veintitrés millones setecientos noventa y ocho mil cincuenta y siete pesos)**.

Con todo, el gasto que irrogará para el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA, el Convenio de Colaboración Técnica y Financiera que se aprueba por la presente Resolución, ascenderá, durante el año 2017, a la cantidad de **\$54.600.555.- (cincuenta y cuatro millones seiscientos mil quinientos cincuenta y cinco pesos)**. El gasto antes indicado se financiará con cargo a los recursos consultados en la partida 05-09-01-24-03-001 del Presupuesto del año 2017.

Asimismo, para el año 2018, el gasto que el presente convenio irrogará para el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol ascenderá a la suma de **\$69.197.502.- (sesenta y nueve millones ciento noventa y siete mil quinientos dos pesos)**. Se deja expresa constancia que la cantidad antes indicada queda sujeta a la disponibilidad presupuestaria que establezca la Ley de Presupuestos para el sector público correspondiente al año 2018.

El Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, pondrá el monto a disposición del Ministerio de Salud en el número de cuotas, por los montos, dentro del plazo y modalidades estipuladas por las partes contratantes en las cláusulas quinta y siguientes del convenio que se aprueba por la presente resolución.

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

**ARTÍCULO CUARTO:** El texto del convenio, y sus documentos anexos, que se aprueba por la presente Resolución, es del tenor siguiente:

**CONVENIO DE COLABORACIÓN TÉCNICA Y FINANCIERA**  
**SERVICIO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y**  
**REHABILITACIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS Y ALCOHOL**  
**Y**  
**MINISTERIO DE SALUD**  
**PROGRAMA DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN**  
**PARA POBLACIÓN ADULTA CON CONSUMO**  
**PROBLEMÁTICO**  
**DE DROGAS Y ALCOHOL**

En Santiago de Chile, a 31 de marzo de 2017, entre el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, RUT N° 61.980.170-9, representado por su Director Nacional, Dr. Patricio Bustos Streeter, ambos domiciliados en calle Agustinas N° 1235, piso 9°, Santiago, en adelante "SENDA", y el Ministerio de Salud, en adelante "MINSAL", RUT N° 61.601.000-K, representado para estos efectos por el Subsecretario de Salud Pública, Dr. Jaime Burrows Oyarzún y por la Subsecretaria de Redes Asistenciales, Dra. Gisela Alarcón Rojas, ambos domiciliados en Mac-Iver N° 541, Santiago, han acordado el siguiente Convenio de Colaboración Técnica y Financiera:

**PRIMERO: ANTECEDENTES GENERALES DEL CONVENIO**

1. Considerando que existe en el país una creciente demanda por atenciones para personas con problemas derivados del consumo de drogas y alcohol, la que supera la capacidad de respuesta específica desde los sistemas de salud públicos o privados, SENDA, Servicio público descentralizado, creado por Ley 20.502, que tiene por finalidad la ejecución de las políticas en materia de prevención del consumo de estupefacientes, sustancias psicotrópicas e ingestión abusiva de alcohol y de tratamiento, rehabilitación y reinserción social de las personas afectadas por dichos estupefacientes y sustancias psicotrópicas, requiere implementar acciones vinculadas al tratamiento y rehabilitación de personas con problemas derivados del consumo de drogas y alcohol, para cuyo efecto puede solicitar a cualquiera de las instituciones, organismos o servicios de la Administración del Estado, la colaboración, información y asesoría técnica y profesional que estime necesaria para el cumplimiento de sus funciones.

2. A su vez, MINSAL, de acuerdo al Libro I del DFL 1, publicado el 2006, del Ministerio de Salud, le corresponde formular, fijar y controlar las políticas de salud, lo que incluye, entre otras funciones, ejercer la rectoría del sector salud, la cual comprende, entre otras materias:

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

Dentro de estas funciones de rectoría se cuenta con el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría. Este plan incluye, como uno de sus componentes y prioridades, el Programa de Salud Mental, aprobado por Resolución Exenta N° 544, de 1 de marzo de 2000, del Ministerio de Salud. Dicho Programa tiene entre otros objetivos, proveer tratamiento y rehabilitación, en todo el territorio nacional, a las personas beneficiarias del Libro II del D.F.L. N° 1, publicado el 2006, del Ministerio de Salud, afectadas por problemas de salud asociados al consumo de drogas y alcohol. El citado Programa de Salud Mental es ejecutado por los Servicios de Salud, a través de sus establecimientos propios, de los establecimientos pertenecientes a la atención primaria municipal y no *municipal*, y de otros establecimientos privados, asociados bajo convenios celebrados con los Servicios de Salud o por FONASA, en la red de atención territorial correspondiente a cada uno de ellos.

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

## **SEGUNDO: DEL PROGRAMA Y SUS BENEFICIARIOS**

1. El presente Convenio tiene como objetivos:

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

2.- El Programa contempla dos subprogramas. Uno para población adulta general (hombres y mujeres) y otro específico para mujeres. Asimismo, comprende, a su vez, las siguientes modalidades de intervención: Tratamiento Ambulatorio Básico, Tratamiento Ambulatorio Intensivo, Tratamiento Residencial y Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría del adulto, según se detalla en las "Orientaciones Técnicas de los Planes de Tratamiento y Rehabilitación para Personas Adultas con Problemas Derivados del Consumo de Drogas y Alcohol" y en el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría. Se podrán incluir otras modalidades de intervención que resulten necesarias para la ejecución del Programa, previo acuerdo escrito de las partes integrantes de la Mesa Nacional de Gestión de este Convenio.

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

3.- Cada Plan de Tratamiento y Rehabilitación contempla un conjunto de intervenciones y prestaciones indicadas, asociadas al cumplimiento de los objetivos terapéuticos del mismo, de acuerdo al proceso terapéutico en que el paciente se encuentra; prestaciones e intervenciones que se encuentran detalladas en los documentos denominados "Orientaciones Técnicas de los Planes de Tratamiento y Rehabilitación para Personas Adultas con Problemas Derivados del Consumo de Drogas y Alcohol" en adelante "Orientaciones Técnicas". Considera además la realización de exámenes de laboratorio que se requieran y la entrega de medicamentos, si corresponde.

Se debe considerar también en la ejecución de los planes de tratamiento los recursos que permitan contar con un equipo de tratamiento adecuado, con procesos que faciliten la capacitación de éste, así como instalaciones adecuadas, mantención de éstas y equipamiento suficiente.

4.- Este Programa, tiene por objeto otorgar acceso y cobertura de calidad, libre de copago, a la atención de personas, beneficiarias del libro II del D.F.L. N° 1, publicado el 2006, del Ministerio de Salud, que consultan por problemas derivados del consumo de drogas y alcohol, en los establecimientos públicos y privados que hayan celebrado contratos de compra de servicios para ello con SENDA.

5.- Del mismo modo, el Programa contempla la atención de los siguientes beneficiarios:

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

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

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

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

6.- La implementación de este Programa requiere la participación comprometida de SENDA y de la Red Asistencial de cada Servicio de Salud, constituida como dispone el artículo 17 del D.F.L. N° 1, publicado el 2006, del Ministerio de Salud, para responder de manera integral a las necesidades de las personas que lo requieran. De igual forma, las partes comparecientes establecen que para efectos de este convenio, los prestadores privados que han suscrito contrato con SENDA en el marco de este programa, forman igualmente parte de la red asistencial de cada Servicio de Salud, debiendo regirse por las condiciones y orientaciones establecidas para dicha red.

Lo anterior, significa que oferentes públicos y privados en Convenio con Senda deben organizarse bajo los principios de territorialidad, integralidad y continuidad de cuidados, adscribiéndose a los lineamientos y modelos de MINSAL, lo que implica que los oferentes privados son incorporados a los flujos de derivación de la red y se deben acordar mecanismos comunes de referencia y contra referencia.

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

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

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

### **TERCERO: DE LAS OBLIGACIONES Y FUNCIONES DE LAS PARTES COMPARECIENTES**

**I.- Las partes que suscriben el presente Convenio, a través de la Mesa Nacional de Gestión, tendrán como obligaciones y funciones conjuntas, en la esfera de sus atribuciones, las siguientes:**

- a) Diseñar los planes y modalidades de tratamiento y rehabilitación para personas con problemas derivados del consumo de drogas y alcohol beneficiarias de este Programa.
- b) Realizar la asesoría y evaluación técnica, conforme a lo dispuesto en el documento denominado "Gestión de Calidad" a los programas o centros públicos y privados, que otorguen tratamiento y rehabilitación, de conformidad a lo dispuesto en los convenios de colaboración técnica y financiera celebrados con entidades públicas y en los contratos o convenios de compra de servicios que SENDA haya celebrado con entidades públicas y privadas, en el marco del Programa, velando por la óptima calidad de las prestaciones que se brinden a los usuarios.
- c) Evaluar y definir la continuidad, incorporación o eliminación de los prestadores públicos que otorgarán tratamiento y rehabilitación, según el procedimiento establecido en la Cláusula Cuarta, numeral 2 de este Convenio, denominado "De la Asignación y Selección de los Programas de

Tratamiento y Rehabilitación”, todo ello, en consideración a la información que las Direcciones Regionales de SENDA y los Servicios de Salud hayan hecho llegar a los niveles centrales, para su posterior contratación o término de contrato, según corresponda.

- d) Definir las líneas de servicio para establecimientos privados que otorgarán tratamiento y rehabilitación, según el procedimiento establecido en la Cláusula Cuarta, numeral 2 de este Convenio, denominado “De la Asignación y Selección de los Programas de Tratamiento y Rehabilitación”, todo ello, en consideración a la información que las Direcciones Regionales de SENDA y los Servicios de Salud hayan hecho llegar a los niveles centrales.
- e) Diseñar en conjunto los procedimientos operativos, administrativos, de supervisión, de asesoría técnica, seguimiento y evaluación de la ejecución de este Programa.
- f) Evaluar, en el mes de julio de cada año, con la información del período enero-junio, el nivel de ejecución de meses de planes de tratamiento y rehabilitación de acuerdo a lo establecido en los convenios de compra celebrados por SENDA con los prestadores privados y públicos, con el objeto de realizar y aprobar las modificaciones al convenio suscrito con el prestador, en términos de disminuir o aumentar la cantidad de meses de planes de tratamiento anuales y mensuales contratados, cuando corresponda.
- g) Evaluar en el mes de enero de cada año, -si corresponde y según lo establecido en los convenios respectivos-, el nivel de ejecución de los convenios de compra de meses de planes de tratamiento y rehabilitación celebrados con los prestadores público y privados, con la información del período de enero a diciembre, con el objeto de realizar y aprobar las modificaciones al convenio suscrito con el prestador, en términos de disminuir o aumentar la cantidad de meses de planes de tratamiento anuales y mensuales contratados, cuando corresponda.
- h) Evaluar y aprobar, según lo establecido en los convenios celebrados con los prestadores públicos y privados, modificaciones extraordinarias a fin de disminuir o aumentar la cantidad de meses de planes de tratamiento anuales y mensuales contratados, cuando corresponda.
- i) Realizar, durante el mes de julio de cada año, un informe técnico de cobertura y resultados de logros del proceso terapéutico, que contempla la información disponible en el período de enero a junio, en base al “Sistema de Información y Gestión de Tratamiento” (SISTRAT) y a observaciones del monitoreo, que faciliten la evaluación general de la implementación del proceso de atención a los beneficiarios de este Programa.
- j) Realizar en el mes de marzo de cada año, un informe técnico de evaluación anual del Programa, que contempla la información disponible en el período de enero a diciembre. Para tal efecto, se tomarán en consideración las evaluaciones regionales anuales de los programas, la información disponible en SISTRAT u otros.
- k) Evaluar, según lo estipulado en el documento de “Gestión de Calidad”, los aspectos técnicos del Programa, a través de las Direcciones Regionales de SENDA y las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud.



- l) Analizar conjuntamente si procede, los antecedentes que pudiesen dar lugar a la aplicación de multas con entidades privadas o términos anticipados de convenio con entidades públicas o privadas, todo ello, en consideración a la información que las Direcciones Regionales de SENDA, los Servicios de Salud, u otros hayan hecho llegar a los niveles centrales.
- m) En el ámbito de sus competencias y de acuerdo a sus funciones, deberán velar para que las entidades que ejecuten los programas, específicos de mujeres cumplan con la obligación de verificar que el personal que mantenga una relación directa y habitual con menores de edad del programa, no se encuentre afecto a la inhabilidad absoluta perpetua o temporal contemplada en el artículo 39 bis del Código Penal.

## **II.- Obligaciones propias de SENDA:**

- a) En virtud de este Convenio, SENDA se compromete a destinar parte de los recursos asignados en la respectiva Ley de Presupuestos, a apoyar el desarrollo del Programa de Salud Mental que en materia de tratamiento y rehabilitación de población adulta, afectados por el consumo de alcohol y drogas, correspondan a las políticas y planes definidos en dicha materia por MINSAL y las "Orientaciones Técnicas".
- b) Elaborar, celebrar, modificar, aplicar multas y poner término, cuando corresponda, a los Convenios celebrados con las entidades públicas y privadas y a los contratos de compra de servicios, celebrados con entidades públicas y privadas, de conformidad a las facultades y procedimientos que se determinen en la Cláusula Cuarta de este instrumento.
- c) Pagar a las entidades públicas y privadas con las cuales haya celebrado convenios de compra de servicios, para el otorgamiento de los meses de planes de tratamiento y rehabilitación contemplados en este Programa.
- d) Administrar y mantener disponible el Sistema de Información y Gestión de Tratamiento (SISTRAT) que contiene la información de los registros de prestaciones y reportes asociados a dichos registros.
- e) Realizar la supervisión de cumplimiento de contrato del programa, a fin de resguardar que los meses de planes de tratamiento y rehabilitación ejecutados por los respectivos prestadores públicos y privados, se desarrollen de acuerdo a lo establecido en los convenios o contratos suscritos con SENDA y cautelar el cumplimiento de las obligaciones contractuales, legales y reglamentarias, que regulan el desarrollo de los programas de tratamiento.
- f) Adoptar las medidas administrativas necesarias, orientadas a poner en conocimiento de la autoridad competente, el resultado de las visitas realizadas y subsanar las observaciones advertidas.
- g) Iniciar de oficio, las acciones administrativas y judiciales que procedan, incluyendo la ejecución de las garantías, cuando exista incumplimiento de las obligaciones contraídas por las entidades públicas y privadas con las cuales haya celebrado convenios.
- h) SENDA se obliga a elaborar y entregar a MINSAL, durante el mes de febrero de cada año, un informe anual de sistematización de las supervisiones realizadas a los establecimientos de salud públicos y

privados, el que contendrá información de las supervisiones realizadas durante los meses de enero a diciembre del año anterior. Asimismo enviará en el mes de agosto de cada año, un informe de avance el que contendrá información sistematizada de las supervisiones realizadas desde el mes de enero a junio del respectivo año.

- i) Realizar, a través de sus direcciones regionales, un informe de monitoreo de resultados de tratamiento por programa, considerando la información disponible en SISTRAT, en los meses de julio y enero de cada año.
- j) Comunicar al Ministerio de Salud, en cuanto se encuentre disponible, la información recopilada de otras entidades públicas y privadas, de la sociedad en general o de estudios especialmente realizados, acerca de los aspectos en los que el Programa materia de este Convenio, deba acentuar su acción y alcances, de modo de ampliar la cobertura en forma priorizada y focalizada.
- k) Entregar al Ministerio de Salud, los recursos necesarios para la contratación a honorarios de profesionales, a fin de apoyar la implementación del Programa materia de este convenio, de conformidad a lo establecido en las cláusulas cuarta y quinta de este instrumento.

### **III. Obligaciones propias del Ministerio de Salud:**

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

- a) Aprobar por Oficio de Subsecretaría de Redes Asistenciales, las modificaciones de convenios con prestadores públicos y privados para aumentar o disminuir la cantidad de meses de planes de tratamiento anuales y mensuales contratados, como también la continuidad o incorporación de los prestadores públicos que otorgarán tratamiento y rehabilitación.
- b) Colaborar técnicamente en el diseño de los procesos de licitación pública para la compra de meses de planes de tratamiento y rehabilitación, conforme a lo señalado cláusula cuarta, número 2, de este convenio. De igual forma, participará, si fuere necesario con asesores técnicos para el proceso de evaluación de las propuestas presentadas en las respectivas licitaciones.
- c) Supervigilar, de conformidad a lo dispuesto en el artículo 16 del D.F.L. N° 1, publicado el 2006, del Ministerio de Salud, a los Servicios de Salud, a través de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, para que en su calidad de gestores de redes, transfieran los recursos a los establecimientos de su red asistencial, de acuerdo a convenios que se suscriban entre los respectivos Servicios de Salud y dichos establecimientos, todo ello, en el marco de las disposiciones de este Convenio y de las "Orientaciones Técnicas".
- d) Colaborar en los procesos de supervisión administrativa y financiera que SENDA deba realizar en el marco de la implementación y ejecución del

Programa, en virtud de los convenios o contratos de compra suscritos en el contexto del presente acuerdo de voluntades.

- e) Emitir y entregar a SENDA, dentro de los cinco días hábiles siguientes al mes que corresponda, las rendiciones de gastos de los recursos financieros entregados para la contratación de los profesionales a honorarios para la ejecución del Programa, de conformidad a lo establecido en la Resolución N° 30, de 28 de marzo de 2015, de la Contraloría General de la República, o las normas que la reemplacen.
- f) Velar por el cumplimiento de las políticas y normas de salud mental, así como dar a conocer documentos técnicos emitidos por MINSAL y el marco regulatorio y legal al que están sujetas las prestación en tratamiento y rehabilitación, u otras temáticas asociadas, a través de sus Secretarías Regionales Ministeriales.
- g) Entregar insumos a nivel nacional y regional, en forma periódica, de la situación en materia de drogas y alcohol, de grupos y factores de riesgo y de prioridades definidas, a través de la Subsecretaría de Salud Pública y las respectivas Secretarías Regionales Ministeriales.
- h) Facilitar la adecuada integración de los prestadores privados que han establecido convenio con SENDA en el marco de este programa, a la red asistencial de cada Servicio de Salud.
- i) Destinar recursos para gastos de pasajes, viáticos y reembolsos asociados al acompañamiento y asesoría presencial a las regiones, de los profesionales contratados, para apoyar la implementación del Programa materia de este convenio. Los gastos de pasajes, viáticos y reembolsos que realizará el profesional, en caso de ser requerido, serán con cargo a la División de MINSAL que corresponda, de acuerdo a la disponibilidad presupuestaria.

#### **CUARTO: DE LOS PROCEDIMIENTOS DE IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA.**

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

Dentro de las competencias y atribuciones que le confiere a MINSAL el D.F.L. N° 1, publicado el 2006, del mismo Ministerio, que fijó el texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N° 2763, de 1979 y de las leyes N° 18.933 y N° 18.469, y en apoyo del Programa de Salud Mental y Psiquiatría del Ministerio de Salud, los meses de planes y demás modalidades de tratamiento y rehabilitación para personas con problemas derivados del consumo de drogas y alcohol, que serán otorgados por los prestadores públicos y privados en convenio, serán los diseñados por SENDA y el Ministerio de Salud.

El Programa contempla la ejecución de meses de planes de tratamiento y rehabilitación en las siguientes modalidades de intervención: Tratamiento Ambulatorio Básico, Tratamiento Ambulatorio Intensivo y Tratamiento Residencial, según se detalla en las "Orientaciones Técnicas de los Planes de Tratamiento y Rehabilitación para Personas Adultas con Problemas Derivados del Consumo de Drogas y Alcohol", anexo a este convenio.

Contempla además la suscripción de convenios con los Servicios de Salud, con el fin de implementar la modalidad de hospitalización de cuidados intensivos en psiquiatría del adulto, cuando estos últimos cuenten con las condiciones e infraestructura para estos efectos.

Cada plan de tratamiento y rehabilitación incluye un conjunto de intervenciones y prestaciones recomendables asociadas al cumplimiento de los objetivos terapéuticos del mismo, las cuales se encuentran detalladas en el documento "Orientaciones Técnicas", anexo a este convenio. Asimismo, se pueden incluir otras modalidades de intervención que resulten necesarias para la ejecución del Programa, previo acuerdo de las partes integrantes de la Mesa Nacional de Gestión de este Convenio.

El diseño de los planes y de otras modalidades de intervención debe considerar también los recursos que permitan contar con un equipo de tratamiento adecuado, con procesos que faciliten la capacitación de éste, así como instalaciones adecuadas y mantención de éstas y equipamiento suficiente.

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

En el caso de los convenios suscritos con Servicios de Salud, el financiamiento incluye la contratación de recurso humano especializado, así como equipamiento, gastos operacionales y financiamiento de actividades para cada modalidad de intervención específica. También puede incluir gastos de habilitación en aquellos casos financiados por Fondo Especial, de conformidad a la normativa vigente.

## **2. De la Asignación y Selección de los Programas de Tratamiento y Rehabilitación**

Se entenderá por asignación el listado de meses de planes de tratamiento y rehabilitación asignados a diferentes programas, para ser ejecutados por los prestadores seleccionados, tanto públicos como privados; para lo cual se requiere las siguientes etapas:

- Propuesta de Asignación
- Selección de los Prestadores Públicos y Privados
- Definición de Planilla de Asignación

### **2.1 Propuesta de Asignación**

Es la definición de los meses de planes a ejecutar, en los diferentes lugares del país, en base a las siguientes consideraciones, entre otras:

- a) La variabilidad con que se presenta regionalmente el problema;
- b) La caracterización de la población y del consumo de alcohol y otras drogas (tipo de drogas, edad de inicio, compromiso biopsicosocial);
- c) Necesidades de poblaciones específicas (mujeres, pueblos originarios, migrantes, etc.);
- d) Características particulares del territorio;
- e) Brecha existente entre demanda y oferta de tratamiento para esta población;

- f) Necesidad de completar circuitos de modalidades de tratamiento (considerando oferta pública y privada);
- g) Accesibilidad física;
- h) Número de planes que permitan la adecuada implementación y desarrollo del programa de tratamiento y el logro de los objetivos terapéuticos (número máximo y mínimo de personas);
- i) Información de demanda potencial de atención en cada provincia, región y/o jurisdicción del Servicio de Salud correspondiente;
- j) Resultados de la evaluación técnica de los prestadores, apreciación regional y nacional de desempeño técnico y financiero de dicho programa, **además de otras informaciones que se estimen relevantes**, en caso de continuidad de prestadores públicos.

Lo anterior conlleva una propuesta consolidada y acordada desde el nivel regional, a través **de las Direcciones Regionales de SENDA y de los Servicios de Salud respectivos**, la que se informa a los niveles nacionales respectivos de SENDA y MINSAL, para su evaluación y definición.

## **2.2 Selección de los Prestadores Públicos y Privados**

En relación a los prestadores existen procesos de selección diferentes según si son públicos o privados.

En el caso de los públicos, una vez definida la propuesta de asignación, se revisa la factibilidad de implementación de los posibles ejecutores, a fin de definir la Planilla de Asignación de Meses de Planes de Tratamiento. Con esta Planilla se procede a la compra de servicios por parte de SENDA a entidades públicas, mediante la contratación directa para la ejecución de meses de planes de tratamiento.

En el caso de los oferentes privados, SENDA podrá realizar Licitaciones Públicas para la compra de servicios a entidades privadas, por lo que la propuesta de asignación sirve para definir las Líneas de Servicio del Proceso. Una vez adjudicadas las líneas según corresponda, SENDA realiza la contratación de los adjudicatarios y, si procede, la contratación directa de los planes de tratamiento a ejecutar por entidades privadas, debiendo en tal caso fundamentarse la causal para proceder de tal forma, de conformidad a lo dispuesto en la ley N° 19.886 y su Reglamento. Este proceso permite definir la Planilla de Asignación y sus posteriores modificaciones, si corresponden.

Cabe destacar, que independiente de la forma de contratación de los servicios por parte de SENDA con los prestadores (contratación directa o adjudicación por licitación) se debe resguardar la continuidad de la atención de las personas usuarias, cuando corresponde.

## **2.3 Planilla de Asignación**

Es la definición final que consolida todos los prestadores públicos y privados que ejecutan meses de planes de tratamiento y rehabilitación en el marco del Programa objeto de este Convenio y a los cuales SENDA compra servicios.

Cabe mencionar que esta Planilla de Asignación está sujeta a las disponibilidades presupuestarias que tenga SENDA, por lo que se debe oficializar en diciembre de cada año y requiere de la aprobación del MINSAL, a través de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, para los prestadores públicos.

Se deja constancia que esta Planilla de Asignación puede ser modificada en otros momentos del año, ya sea por cambiar asignaciones a los prestadores y/o integrar oferentes nuevos, previo acuerdo escrito de las partes integrantes de la Mesa Nacional de Gestión de este Convenio. En el caso de modificación de la Planilla por término de Convenio con algún prestador público o privado, SENDA debe informar mediante oficio a MINSAL.

## **2.4 Asignación por Transferencias de Recursos**

El Programa contemplado en este instrumento considera además, para su implementación, tal como se señaló en el número 1 anterior, la suscripción de convenios de colaboración técnica y financiera con los Servicios de Salud, a fin de otorgar la modalidad de hospitalización de cuidados intensivos en psiquiatría del adulto, cuando estos últimos cuenten con las condiciones e infraestructura para estos efectos.

Se podrán incluir a su vez, otras modalidades de intervención que resulten necesarias para la ejecución del Programa, previo acuerdo escrito de las partes integrantes de la Mesa Nacional de Gestión de este Convenio.

## **3. Del Mecanismo de Financiamiento, Facturación y Pago de los Meses de Planes de Tratamiento y Rehabilitación**

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

SENDA suscribirá Contratos de Compra de Servicios directamente con establecimientos públicos, Servicios de Salud y con las entidades privadas que hayan resultado seleccionadas en el proceso de licitación respectivo o mediante su contratación directa, de conformidad a lo dispuesto en la Ley N° 19.886 y su Reglamento, y a los procedimientos señalados en el número 2 anterior, los cuales otorgarán los meses de planes de tratamiento y rehabilitación.

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

Se entenderá por mes de plan de tratamiento y rehabilitación efectivamente ejecutado y válido para pago, 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), ser registrado como usuario del programa en convenio y tenga el registro mensual en el Sistema de Gestión de Tratamiento (SISTRAT) de las prestaciones definidas en documento anexo Glosario SISTRAT.

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

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

condiciones establecidos en los respectivos contratos o convenios suscritos por SENDA.

#### **4. Del Sistema de Registro, Control y Gestión**

##### **4.1 Sobre los Registros**

Los prestadores públicos o privados, que ejecuten las diversas modalidades de atención contempladas en este Programa, deberán llevar registros de las personas atendidas, su caracterización, las atenciones otorgadas y las evaluaciones de sus procesos.

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

En el evento de cualquier dificultad en el ingreso de la información en SISTRAT durante el mes de registro correspondiente, ya sea por causas atribuibles a la administración del mismo o errores de usuario, el programa deberá reportar a SENDA Regional vía correo electrónico, hasta el último día hábil antes del cierre del sistema.

En caso de término de convenio, el programa de tratamiento debe gestionar la derivación de los usuarios cuando corresponda, resguardando la continuidad de la atención, lo que deberá ser oportunamente registrado en SISTRAT. Así mismo, si al momento de cesar el convenio, y según las necesidades del usuario éste no es derivado, la causa de egreso debe ser también registrada de manera oportuna en SISTRAT para dar cierre en el SISTEMA y evitar dificultades de ingreso en un nuevo programa, si corresponde

##### **4.2 Sobre la Supervisión de Cumplimiento de los Contratos**

SENDA realizará la supervisión del cumplimiento de los contratos a los Programas o Centros de Tratamiento que ejecuten los meses de planes de tratamiento y rehabilitación contratados, en conformidad a lo establecido en el documento denominado "Supervisión de Convenios. Convenio de Colaboración Técnica SENDA - MINSAL".

Para lo anterior, SENDA realizará visitas de inspección destinadas a supervisar el correcto cumplimiento de los convenios y de las normas que regulan la prestación de meses de planes de tratamiento, de acuerdo a los contratos establecidos y el documento anteriormente señalado.

SENDA se obliga a elaborar y entregar MINSAL, a través de la Subsecretaría de Redes asistenciales y de Salud Pública, durante el mes de febrero de cada año, un informe anual de sistematización de las supervisiones realizadas a los

establecimientos de salud públicos y privados, el que contendrá información de las supervisiones realizadas durante los meses de enero a diciembre del año anterior. Asimismo enviará en el mes de agosto de cada año, un informe de avance el que contendrá información sistematizada de las supervisiones realizadas desde el mes de enero a junio del respectivo año.

## **5. De la Coordinación de la Gestión del Convenio**

Para coordinar la gestión de este Convenio, habrá una Mesa Nacional que estará conformada por:

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

Cualquier modificación de los representantes antes señalados o designación de otro para su participación en esta instancia, deberá informarse a la Mesa Nacional, dentro de los 15 días hábiles siguientes a la modificación o designación.

Las funciones de la referida Mesa Nacional serán las siguientes:

- a. Acompañar la implementación general del programa y gestionar todo lo relacionado a su buen funcionamiento, en los aspectos técnicos, clínicos y administrativos operacionales.
- b. Participar en el diseño y definiciones de los programas de tratamiento y rehabilitación y modalidades de intervención, de acuerdo a la evidencia científica nacional e internacional, la experiencia empírica y sus resultados, entre otros.
- c. Participar en el diseño y definiciones de orientaciones o lineamientos técnicos, que aporten al desarrollo del Programa, de acuerdo a la evidencia científica nacional e internacional, experiencia empírica y sus resultados, entre otros.
- d. Analizar y apoyar la resolución de dificultades o problemáticas que surjan en la implementación del programa materia de este convenio y que superen la gestión regional.
- e. Realizar seguimiento y asesoramiento, presencial en regiones y/o a distancia, a las Mesas Regionales de este Convenio, en relación con la implementación del Programa a lo largo del país.
- f. Realizar seguimiento y asesoramiento, presencial en regiones y/o distancia, según sea necesario y en coordinación con la Mesa Regional, a equipos que ejecutan programas de tratamiento.
- g. Formular la opinión técnica para la definición de la incorporación y asignación de los meses de planes de tratamiento y rehabilitación a ser ejecutados por los prestadores de establecimientos públicos, de acuerdo a las evaluaciones técnicas y de gestión, descritas en el punto 2.1. Asimismo, para la definición y elaboración de las bases técnicas para la licitación que selecciona a los prestadores privados.



- h. Entregar la opinión técnica sobre eventuales reasignaciones, modificaciones de contratos y/o términos de contratos, según el procedimiento establecido en los contratos de compra de servicios con los prestadores públicos y privados, en su caso, en consideración a la información que emane de las Direcciones Regionales de SENDA y de los Servicios de Salud respectivos.
- i. Realizar, durante el mes de julio de cada año, un informe técnico de cobertura y resultados de logros del proceso terapéutico, que contemple la información disponible en el período de enero a junio, en base al "Sistema de Información y Gestión de Tratamiento" (SISTRAT) y a observaciones del monitoreo, que faciliten la evaluación general de la implementación del proceso de atención de los beneficiarios de este Programa.
- j. Realizar en el mes de marzo de cada año, un informe técnico de evaluación anual del Programa, que contemple la información disponible en el período de enero a diciembre. Para tal efecto, se tomarán en consideración las evaluaciones regionales anuales de los programas, la información disponible en SISTRAT u otros.

La periodicidad de sesiones de esta mesa es regular y la coordinación nacional será permanente, además de las gestiones y acuerdos asumidos que impliquen presencia a nivel regional en reuniones de asesoría a equipos de SENDA y del Ministerio de Salud. Lo anterior, con comunicación constante, a través de contactos telefónicos, por correo electrónico u otros medios.

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

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

Se sugiere, existiendo la factibilidad, se incorpore a representante/s de Atención Primaria de Salud (APS) del o los Servicio(s) de Salud respectivos, con el fin de incluir los modelos de intervención en los programas que ahí se implementen.

El funcionamiento de las referidas Mesas Regionales se encuentra descrito en el documento anexo a este Convenio, denominado "Mesas Regionales de Gestión del Convenio".

## **6. Del Proceso de Reasignación de Meses de Planes de Tratamiento y Rehabilitación**

Se entenderá por reasignación, las modificaciones en los meses de planes de tratamiento y rehabilitación originalmente asignados de acuerdo a la Planilla de Asignación definida, que existieren durante la ejecución de este Programa, derivadas del nivel de cumplimiento en la ejecución de los meses de planes de tratamiento en convenio y considerando elementos de la supervisión y asesoría efectuada a cada programa

La reasignación, tanto de establecimientos públicos como privados, será propuesta por las Mesas Regionales de Gestión del Convenio y enviada al nivel nacional de MINSAL -a través de la Subsecretaría de Redes Asistenciales- y de

SENDA, quienes evaluarán la propuesta, y definirán las modificaciones según corresponda, debiendo contarse además con la aprobación de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

Para la reasignación se tendrán en consideración los resultados y tendencias que surjan del proceso de evaluación y asesoría técnica, considerando la información emanada de las Direcciones Regionales del SENDA, de los Servicios de Salud y SEREMIS y de los informes de supervisión de cumplimiento de contratos que realice el SENDA, además de otras informaciones que se estimen relevantes.

En base a lo anterior, cuando corresponda, de acuerdo a lo establecido en contratos con los prestadores públicos y privados, en los meses de julio y enero de cada año se efectuará una evaluación de los meses de planes de tratamiento y rehabilitación ejecutados al 30 de junio y al 31 de diciembre, respectivamente. En base a dichas evaluaciones, SENDA y el Ministerio de Salud, podrán efectuar modificaciones de los meses de planes de tratamiento y rehabilitación asignados a estas instituciones.

En el caso de los establecimientos públicos, considerando que los convenios actualmente vigentes contemplan la ejecución de los meses de planes de tratamiento hasta el mes de diciembre del 2017, sólo aquella evaluación realizada en el mes de julio de 2017 servirá de base para efectuar las reasignaciones que correspondan, sin perjuicio de la evaluación que se debe efectuar en diciembre de 2017 y que sirve de base para el proceso de asignación de enero del año 2018.

Una vez resuelta la reasignación por SENDA, en conjunto con el MINSAL, SENDA informará a la entidad pública o privada que corresponda y realizará la modificación al respectivo Convenio de Compra de Servicios, de acuerdo a la Ley N° 19.886 y su reglamento, en lo que resulte aplicable. En el caso de establecimientos dependientes o subcontratados por los Servicios de Salud, será dicho servicio el encargado de informar a los programas sujetos a reasignación y a la Mesa Regional.

Cabe señalar, que por razones de buen servicio, y de acuerdo a los términos y condiciones establecidos en los contratos y convenios suscritos por SENDA, se podrá excepcional y fundadamente evaluar en períodos distintos a los señalados precedentemente, el porcentaje de ejecución de los meses de planes de tratamiento respectivos de cada plan esperado al período evaluado, según se defina, utilizando los mismos criterios y procedimientos antes señalados, para el aumento o disminución de los meses de planes de tratamiento respectivos de cada plan.

## **7. Del Proceso de Término de Contrato con las Entidades Ejecutoras**

En los contratos de Compra de Servicios, así como en los convenios de transferencias de recursos o colaboración celebrados con entidades públicas y privadas, SENDA deberá establecer cláusulas reservándose el derecho de poner término en forma anticipada al respectivo contrato, pudiendo invocar, entre otras, las siguientes causales: por resciliación o mutuo acuerdo de las partes; por exigirlo el interés público o la seguridad nacional; caso fortuito o fuerza mayor, comprendiéndose dentro de ellas razones de ley o de autoridad que hagan imperativo terminarlo; ausencia o revocación de la autorización sanitaria cuando corresponde; falta de disponibilidad presupuestaria para cubrir el pago de las prestaciones contratadas; por incumplimiento grave de las obligaciones contraídas

por el prestador; por vulneración de los derechos de los usuarios; falta grave y deliberada de veracidad de la información registrada en SISTRAT; cobros improcedentes a los(as) beneficiarios(as) de los planes de tratamiento y rehabilitación contratados.

Con todo, SENDA deberá además establecer cláusulas que establezcan los mecanismos necesarios de resguardo del patrimonio fiscal, para el caso de producirse el término anticipado del contrato o convenio, así como también del proceso terapéutico de los usuarios y la continuidad del mismo.

Para los efectos anteriormente mencionados se considerará, entre otras, como fuente de información los resultados del seguimiento y monitoreo de la gestión técnica, la supervisión del cumplimiento de los contratos y/o la información levantada en las mesas regionales y la mesa nacional de gestión del Convenio.

## **8. De la Evaluación del Programa**

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

- Informes de supervisión de convenios realizada por parte de SENDA a los prestadores que ejecutan los meses de planes de tratamiento y rehabilitación contratados, durante los meses de agosto y febrero de cada año.
- Informe técnico de cobertura y resultados de logros del proceso terapéutico que deberán realizar SENDA y el Ministerio de Salud, durante el mes de agosto de cada año, que contempla la información disponible desde el 01 de enero al 30 de junio, en base a los sistemas de información disponibles y a observaciones del monitoreo que faciliten la evaluación general de la implementación del proceso de atención a los beneficiarios de este Programa.
- Informe técnico de evaluación anual del Programa, que se deberá emitir en el mes de marzo de cada año por parte de SENDA y el Ministerio de Salud y que contempla la información disponible desde el 01 de enero al 31 de diciembre del año anterior. Para tal efecto, se tomarán en consideración la evaluación que cada región realiza de sus programas, la información disponible en el SISTRAT u otros, pudiendo integrar la información entregada por la evaluación realizada por las Direcciones Regionales de SENDA y las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud.
- Informes Regionales de Monitoreo de Resultados de Tratamiento, en los meses de Julio y Enero de cada año. Para éstos se considerará la información disponible en SISTRAT.

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

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

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

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

**SEXTO:** Los recursos que serán entregados por parte de SENDA a la Subsecretaría de Redes Asistenciales y a la Subsecretaría de Salud Pública para la contratación de los profesionales señalados en el primer párrafo de la cláusula anterior, serán a contar de abril del año 2017 y hasta diciembre del año 2018. Corresponderá para el año 2017 una suma total de \$43.790.841 (cuarenta y tres millones setecientos noventa mil ochocientos cuarenta y un pesos), distribuidos de la siguiente forma: para la Secretaría de Redes Asistenciales serán destinados \$29.193.894 (veintinueve millones ciento noventa y tres mil ochocientos noventa y cuatro pesos), dicho monto será a su vez dividido en dos remesas, una de \$14.596.947 (catorce millones quinientos noventa y seis mil novecientos cuarenta y siete), que será destinada al Departamento de Gestión de Procesos Clínicos Integrados de la División de Gestión de la Red Asistencial; otra de \$ 14.596.947 (catorce millones quinientos noventa y seis mil novecientos cuarenta y siete pesos), que serán destinada al Departamento de Modelo de Atención APS, de la División de la Atención Primaria. Finalmente, será transferida a la Subsecretaría de Salud Pública, una remesa de \$14.596.947 (catorce millones quinientos noventa y seis mil novecientos cuarenta y siete pesos).

Los recursos que transferirá SENDA a la Subsecretaria de Redes Asistenciales y a la Subsecretaría de Salud Pública para los fines señalados en el inciso primero de la cláusula quinta del convenio se pagará en una cuota, la que será transferida una vez que esté totalmente tramitado el acto administrativo que apruebe el presente convenio.

Así, también, para el año 2018, SENDA transferirá una suma total de \$58.387.788 (cincuenta y ocho millones trescientos ochenta y siete mil setecientos ochenta y ocho pesos), distribuidos de la siguiente forma: para la Secretaría de Redes Asistenciales serán destinados \$38.925.192 (treinta y ocho millones novecientos veinticinco mil ciento noventa y dos pesos), dicho monto será a su vez dividido en dos remesas, una de \$19.462.596 (diecinueve millones cuatrocientos sesenta y dos mil quinientos noventa y seis pesos), que será destinada al Departamento de Gestión de Procesos Clínicos Integrados de la División de Gestión de la Red Asistencial; otra de \$19.462.596 (diecinueve millones cuatrocientos sesenta y dos mil quinientos noventa y seis pesos), que será destinada al Departamento de Modelo de Atención APS, de la División de la Atención Primaria. Finalmente, será transferida a la Subsecretaría de Salud Pública, una remesa de \$19.462.596 (diecinueve millones cuatrocientos sesenta y dos mil quinientos noventa y seis pesos).

Los recursos que transferirá SENDA a la Subsecretaria de Redes Asistenciales y a la Subsecretaría de Salud Pública para los fines señalados en el inciso primero de

la cláusula quinta del convenio se transferirán en una cuota, la que será transferida siempre que la Ley de Presupuestos del Sector Público correspondiente al año 2018 contemple dichos recursos y que la entidad se encuentre al día con la rendición documentada de gastos, según lo dispuesto en la Resolución N° 30, de 28 de marzo de 2015, de la Contraloría General de la República, que fija normas de procedimiento sobre rendición de cuentas.

Para la contratación de los profesionales indicados en el párrafo segundo de la cláusula quinta del presente instrumento, los recursos que serán entregados por SENDA a la Subsecretaría de Salud Pública, para el año 2017, ascenderán a la suma total de \$ 10.809.714 (diez millones ochocientos nueve mil setecientos catorce pesos) los que serán entregados en una cuota, a más tardar el último día hábil junio de 2017, siempre que el acto administrativo que apruebe el presente convenio se encuentre totalmente tramitado.

Asimismo, para el año 2018, con el objeto de la contratación de los profesionales indicados en el párrafo segundo de la cláusula quinta del presente instrumento, SENDA transferirá a la Subsecretaría de Salud Pública una remesa de \$10.809.714 (diez millones ochocientos nueve mil setecientos catorce pesos), la que será entregada a más tardar el último día hábil del mes de junio de 2018, siempre que la Ley de Presupuestos del Sector Público correspondiente al año 2018 contemple dichos recursos y que la entidad se encuentre al día con la rendición documentada de gastos.

Se deja expresa constancia que el monto indicado para el año 2018, podrá ser reajustado en el mes de diciembre del año 2017. La cuantía de dicho reajuste será fijada en la época indicada previamente, teniendo como factores referenciales el reajuste que experimente el Índice de Precios al Consumidor de los últimos doce meses y la disponibilidad presupuestaria de acuerdo a la Ley de Presupuesto del Sector Público del año 2018. Los reajustes serán notificados al Ministerio de Salud, una vez tramitado el acto administrativo que lo apruebe, sin la necesidad de modificar el convenio suscrito.

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

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

**NOVENA:** Las partes dejan constancia que el presente convenio entrará en vigencia desde la total tramitación del acto administrativo aprobatorio del mismo y hasta el 31 de diciembre de 2018. Las partes dejan constancia que podrán poner término a este convenio en cualquier momento, por medio de una carta certificada, debidamente fundada que deberá hacer llegar a la otra, con a lo menos, noventa días corridos de anticipación a la fecha de término del mismo.

Sin perjuicio de lo anterior, por razones de buen servicio y a efectos de dar continuidad y eficacia a este Programa, las partes han acordado comenzar la implementación del mismo a partir del 1 de abril de 2017.

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

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

**DECIMA PRIMERO:** El Ministerio de Salud se obliga a rendir cuenta documentada en lo que respecta a la inversión de recursos recibidos en virtud del presente Convenio, en los términos dispuestos por la Resolución N° 30, de 11 de marzo de 2015, de la Contraloría General de la República, que fija normas de procedimiento sobre rendición de cuentas. Estas rendiciones deberán ser presentadas dentro de los primeros cinco días hábiles del mes siguiente a aquel en que se efectuó el gasto.

**DECIMA SEGUNDO:** La propiedad intelectual de los productos que se originen con ocasión de la ejecución de este Convenio, pertenecerán conjuntamente a SENDA y MINSAL, quienes arbitrarán las medidas pertinentes para cautelar su dominio, reservándose el derecho para autorizar su producción o difusión.

**DECIMA TERCERO: DOCUMENTOS ANEXOS**

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

1. Anexo Orientaciones Técnicas de los Planes de Tratamiento y Rehabilitación para Personas Adultas con Problemas Derivados del Consumo de Drogas y Alcohol
2. Anexo Orientaciones para la Incorporación de la Dimensión de Integración Social en el Diagnóstico Integral.
3. Anexo Mesas Regionales de Gestión del Convenio de Colaboración Técnica y Financiera SENDA – MINSAL.
4. Anexo Gestión de la Calidad Convenio de Colaboración Técnica SENDA – MINSAL.
5. Anexo Supervisión de Convenios
6. Anexo Glosario Técnico SISTRAT
7. Anexo Ficha de Demanda.

Sin perjuicio de lo anterior, por razones de buen servicio, éstos podrán ser modificados y/o se podrán agregar otros documentos anexos, por acuerdo de las partes integrantes de la Mesa Nacional de Gestión del Convenio.

**DECIMO CUARTO: DOMICILIO**

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

## **DECIMO QUINTO: PERSONERÍAS**

La representación con la que comparece el Dr. Patricio Bustos Streeter, como Director Nacional del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA, consta de su nombramiento aprobado por el Decreto Supremo N° 200, de 8 de febrero de 2017, del Ministerio del Interior y Seguridad Pública.

La representación con que comparece el Dr. Jaime Burrows Oyarzún como Subsecretario de Salud Pública consta de su nombramiento en Decreto Supremo N° 47, de 17 de marzo de 2014, del Ministerio de Salud.

La representación con que comparece la Dra. Gisela Alarcón Rojas como Subsecretaria de Redes Asistenciales, consta de su nombramiento en Decreto Supremo N° 5, de 5 de febrero de 2016, del Ministerio de Salud.

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

## **DECIMO SEXTO: EJEMPLARES**

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

**Firman: Dr. Jorge Burrows Oyarzún. Subsecretario de Salud Pública. Ministerio de Salud. Dra. Gisela Alarcón Rojas. Subsecretaria de Redes Asistenciales. Ministerio de Salud. Dr. Patricio Bustos Streeter. Director Nacional. Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol.**

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

**CONVENIO  
SEDA – MINSAL**



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

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

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

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

### **A. PLANES DE TRATAMIENTO Y REHABILITACION PARA POBLACION GENERAL.**

#### **1. PLAN DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN AMBULATORIO BÁSICO**

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

Los objetivos terapéuticos del Plan Ambulatorio Básico son los siguientes:

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

### Centros para su Implementación:

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

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

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

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

**Duración del Plan:** La duración del plan debe siempre considerar, las necesidades de intervenciones de las personas, cuyos objetivos deben ser plasmados en un Plan Individual de Tratamiento. No obstante, un panel de expertos sugiere que una duración aproximada de este plan es de 12 meses, con una frecuencia de asistencia de 2 días por semana, con 2 a 4 horas de permanencia cada vez, y una concentración de 1 a 2 intervenciones por día. Se puede desarrollar en horario diurno o vespertino.

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

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

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

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

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

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

## 2. PLAN DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN AMBULATORIO INTENSIVO

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

Los objetivos terapéuticos del Plan Ambulatorio Intensivo son los siguientes:

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

- Realizar acciones de seguimiento posterior al egreso del plan.

### Centros para su implementación

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

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

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

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

**Duración del Plan:** La duración del plan debe siempre considerar, las necesidades de intervenciones de las personas, cuyos objetivos deben ser plasmados en un Plan Individual de Tratamiento. No obstante, un panel de expertos sugiere que una duración aproximada de este plan es de 12, 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. Se puede desarrollar en horario diurno o vespertino.

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

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

usuaria, así como de sus intereses, competencias y habilidades para integrarse socialmente.

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

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

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

### 3. PLAN DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN RESIDENCIAL

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

Los objetivos terapéuticos del Plan Residencial son los siguientes:

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

- Realizar acciones de seguimiento posterior al egreso del plan.

#### **Centros para su implementación:**

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

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

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

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

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

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

**Duración del Plan:** La duración del plan debe siempre considerar, las necesidades de intervenciones de las personas, cuyos objetivos deben ser plasmados en un Plan Individual de Tratamiento. No obstante, un panel de expertos sugiere que una duración aproximada de este plan es entre 3 y 12 meses, con permanencia de 7 días con una jornada terapéutica de 5 a 7 horas cada día, y una concentración de intervenciones

diarias no menor a 5 (incorpora permisos fines de semana u otros similares).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **Categorías Diagnósticas**

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

##### **Consumo Perjudicial:**

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

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



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

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

### **Dependencia:**

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

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

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

---

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

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

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

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

#### **Clasificación CIE 10**

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

#### **Clasificación DSM-IV**

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

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

- Hepatitis alcohólica subaguda
- Hepatitis crónica
- Enfermedades somáticas

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

**4.- Otros problemas de salud mental**

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

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

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

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

VARIABLES y DIMENSIONES A OBSERVAR	GRADO DE COMPROMISO BIOPSIOSOCIAL POBLACIÓN GENERAL		
	Leve	Moderado	Severo
1. Patrón de consumo Tipo sustancia, vía administración y frecuencia de consumo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Una sola sustancia</li> <li>- En forma esporádica</li> <li>- Vía oral o respiratoria</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 2 ó más sustancias</li> <li>- Consumo semanal o fin de semana</li> <li>- Vía oral y/o respiratoria</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 2 ó más sustancias</li> <li>- Consumo en la semana y fines de semana, con crisis de ingesta.</li> <li>- Aumento de dosis</li> <li>- Se agrega vía inyectable</li> </ul>
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	Convincente en su propósito de iniciar un proceso de cambio	Ambivalente y contradictoria (etapa de contemplación)	Muy contradictoria, débil o ausente (etapa precontemplativa)
8. Tratamientos anteriores	Ninguno	1 a 3 incompletos	Más de tres, Abandonos antes de tres meses
9. Intentos de abstinencia sin tratamiento	Si, con logros parciales	Ha intentado pero sin éxito. con recaídas frecuentes	Sin intento, sin ningún periodo de abstinencia
10. Percepción de autoeficacia	Percepción de obtención de logros en resolución de problemas.	Percepción de bajo control del medio y de la conducta de consumo	Auto percepción de muy bajo control del medio o absoluta ineficacia en el control del consumo
11. Situación Ocupacional	Mantiene su trabajo o estudios	Ha discontinuado actividad ocupacional, asiste en forma intermitente	Despidos laborales, interrupción de estudios, abandono de actividades ocupacionales
12. Consumo y/o tráfico en otros familiares	Descartados ambos	Presente el consumo, sin tráfico	Presente ambos, en uno o más de sus miembros
13. Problemas judiciales asociados	Sin antecedentes penales	Detenciones, formalizaciones, pero sin condena o medida.	Con antecedentes penales (sentencias, sanciones)
14. Apoyo familiar	Presencia de red familiar de apoyo	Precaria red de apoyo, dispuesta con reparos	Ausente, con gran conflicto relacional.
15. Red de apoyo social	Presencia de red de amistades de apoyo	Precaria red apoyo, dispuesta con reparos	Ausente, con gran conflicto relacional.

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

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

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

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

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

### Consentimiento Informado

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

El consentimiento informado debe reunir al menos cuatro requisitos fundamentales.

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

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

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

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

### Contrato terapéutico

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

### Plan de Tratamiento Individual (PTI)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **Adherencia al programa de tratamiento**

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

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

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

### **Rescate**

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

### **Evaluación durante el proceso terapéutico**

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

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

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



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

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

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

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

## **Monitoreo de Resultados Terapéuticos (TOP)**

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

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

Este instrumento se aplica a personas mayores de 16 años que ingresan a un programa estructurado de tratamiento producto de su consumo problemático de drogas y/o alcohol. El TOP ha sido desarrollado como una entrevista breve entre un miembro del equipo de tratamiento y el usuario, y como parte de un plan intervención terapéutico<sup>2</sup>, la información recogida puede ser utilizada como una fuente adicional para el desarrollo y monitoreo del Plan de Tratamiento Individual (PTI).

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

### **Egreso**

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

---

<sup>2</sup> Se adjunta anexo con instrumento TOP

- 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 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.
- 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.
- o **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. En caso que la persona explicita su decisión de no continuar con su tratamiento podría no requerirse el plazo señalado.

### Evaluación del proceso terapéutico al egreso

La evaluación 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 individual (PTI). Los criterios incluyen la evaluación del estado clínico y psicosocial al momento del egreso y una apreciación pronóstica del equipo tratante.

Las categorías de consenso son:

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

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

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

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

5 -			
6 -			
7 -			

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

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

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

### **I.- COMPRENSIÓN DEL FENÓMENO DEL CONSUMO**

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

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

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

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

### **II.- GÉNERO**

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

### **III.- ÉTNIA**

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

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

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

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

#### **IV.- CICLO VITAL INDIVIDUAL Y FAMILIAR**

##### **Ciclo Vital Individual**

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

Las teorías del ciclo vital se basan en distintos supuestos:

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

El ciclo vital comprende las siguientes etapas:

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

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

2. Lactancia

Desde el nacimiento hasta los 15 meses.

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

3. Infancia

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

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

4. Adolescencia

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

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

5. Adulthood

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

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

## Ciclo Vital Familiar

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

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

A continuación se detallan algunos aspectos de cada etapa:

1. Noviazgo, galanteo

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

2. La pareja conviviente

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

3. Nacimiento del primer hijo:

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

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

4. Hijos en etapa escolar:

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

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

5. Hijos adolescentes:

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

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

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

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

6. Salida de los hijos:

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

7. Jubilación y vejez "Nido vacío":

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

## V.- INTEGRACIÓN SOCIAL

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

---

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

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

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

## 2) Habilitación en Competencias Para la Integración Social:

Con el propósito de que las personas logren recuperar y superar los déficits más relevantes dentro de cada dimensión del capital de recuperación, compuesto por el capital físico (ingreso, vivienda, etc.), el capital humano (competencias, habilidades y destrezas personales, familiares y comunitarias, acceso a salud, educación, empleo, etc.), el capital social (relaciones sociales próximas y con el entorno; etc.) y el capital cultural (valores y creencias, visión de mundo, etc.), se propone la **estrategia metodológica de las competencias para la Integración Social** contenida en el portafolio de Competencias de Integración Social<sup>4</sup>, el cual reúne y articula diferentes enfoques teóricos y prácticos que abordan la problemática de la exclusión social de personas con consumo problemático de sustancias, empoderándolas como protagonistas de sus vidas, apoyándolos así en aumentar sus competencias para sostener de mejor manera los logros alcanzados en el proceso de tratamiento, y potenciando el aprendizaje a lo largo de la vida.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## VI.- NORMA SOCIAL Y SU TRANSGRESIÓN.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **Conceptualizaciones jurídicas de Infracción De Ley.**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- **Imposición de una pena.**

Como se ha señalado, la consecuencia jurídica de un delito estará dada por la imposición de una pena. Nuestro sistema penal se caracteriza por su heterogeneidad, es decir, existe no una sino varias clases de penas, aunque en la práctica se da un predominio de las penas privativas de libertad<sup>6</sup> por sobre las otras clases de pena, como, por ejemplo, las penas restrictivas de libertad<sup>7</sup>.

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

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

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



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

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

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

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

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

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

### **Tribunales de Tratamiento de Drogas (TTD)**

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

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

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

La UNODC<sup>8</sup> establece 12 principios que guían la implementación de los TTD en la actualidad.<sup>9</sup>

---

<sup>8</sup> Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito.

<sup>9</sup> María Mercedes Dueñas Asesora UNODC Colombia. 2007

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

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

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

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

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

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

- **Servicios de Tratamiento**

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

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

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

- **Estímulos y sanciones**

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

- **Supervisión Judicial Continua**

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

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

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

- **Capacitación interdisciplinaria**

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

- **Asociaciones con la Comunidad**

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

- **La importancia del Manejo del Caso**

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

- **El programa debe ser flexible**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **ORIENTACIONES Y SUGERENCIAS PARA LA INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **Sugerencias para el diagnóstico**

---

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

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

En la o las entrevistas es recomendable indagar respecto de

**a.- Recoger su versión del delito:**

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

**b.- Observar actitud frente al delito:**

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

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

Considerar aspectos tales como:

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

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

## VII.- SEGUIMIENTO POSTERIOR AL EGRESO DE TRATAMIENTO

## **Seguimiento y Reforzamiento**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



**MATRIZ DE INTERVENCIÓN DE LOS PLANES DE TRATAMIENTO**

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

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

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

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

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

### **1. PLAN DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN AMBULATORIO INTENSIVO**

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

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

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

### **Centros para su implementación**

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

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

Se debe incluir personal femenino en el centro.

**Prestaciones**<sup>11</sup>: El Plan de tratamiento ambulatorio intensivo, incluye la alimentación diaria y todos los procedimientos terapéuticos y de rehabilitación que se efectúan con estas usuarias durante su permanencia en el establecimiento y que técnicamente no pueden estar ausentes para el logro de los objetivos terapéuticos: consulta médico psiquiátrica, consulta psicológica individual y familiar, consultas de salud mental, intervención psicosocial de grupo, visitas domiciliarias, psicoterapia individual, y grupal, psicodiagnóstico (Incluye aplicación de test psicológicos si corresponde), exámenes de laboratorio que se requieran y medicamentos si corresponde.

**Duración del Plan:**—La duración del plan debe siempre considerar, las necesidades de intervenciones de las personas, cuyos objetivos deben ser plasmados en un Plan Individual de Tratamiento. No obstante, un panel de expertos sugiere que una duración aproximada de este plan es de 12, 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.

---

<sup>11</sup> Ver anexo 1

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

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

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

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

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

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

Este plan permite que las mujeres que tienen hijas/os menores de 5 años puedan ingresar con ellos a tratamiento. Se desarrolla en un régimen de permanencia en el Centro de Tratamiento durante las 24 horas motivo por el cual además de brindar el conjunto de intervenciones y prestaciones que se detallaron precedentemente, que son recomendables para el logro de los objetivos terapéuticos, se deben cubrir necesidades de alimentación, higiene, alojamiento y abrigo, tanto para la usuaria como para sus hijas/os así como contar con equipamiento y espacios adecuados para la permanencia de los niños/niñas, por ejemplo, cunas, colchonetas, tina para la ducha, mudadores, SEDILE, sala de juegos y personal especializado para su cuidado.

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

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

#### **Centros para su implementación:**

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

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

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

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

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

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

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

**Prestaciones<sup>12</sup>:** El Plan de tratamiento residencial incluye el día cama y todos los procedimientos terapéuticos y de rehabilitación que se efectúan con estas usuarias durante su permanencia en el establecimiento y que técnicamente no pueden estar ausentes para el logro de los objetivos terapéuticos: consulta médico psiquiátrica, consulta psicológica individual y familiar, consultas de salud mental, intervención psicosocial de grupo, visitas domiciliarias, psicoterapia individual y grupal, psicodiagnóstico (Incluye aplicación de test psicológicos si corresponde), exámenes de laboratorio que se requieran y medicamentos si corresponde.

**Duración del Plan:** La duración del Plan debe siempre considerar, las necesidades de intervención de las personas, cuyos objetivos deben ser plasmados en un Plan Individual de Tratamiento. No obstante, un panel de expertos sugiere que una duración aproximada de este plan es entre 3 y 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).

---

<sup>12</sup> ver sección 1



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Hemograma completo.
- Perfil bioquímico general: 

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

3.-Pruebas biológicas recomendables en mujeres con ADVP:

- Hemograma completo.
- Perfil bioquímico general: 

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

## ORIENTACIONES PARA LA ADMINISTRACIÓN DE PSICOFÁRMACOS

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

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

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

La sertralina es la molécula ideal en mujeres embarazadas con un trastorno afectivo y consumo problemático de Sustancias Psicoactivas. Su uso está indicado en Episodios Depresivos Mayores moderados a severos, con riesgo suicida; inclusive durante el primer trimestre de embarazo. También es el antidepresivo de elección en púerperas en esta misma condición, dado que sólo un mínimo porcentaje pasa a la leche materna. Estas recomendaciones deben seguirse en aquellas mujeres que no han respondido a psicoterapia de contención y cuya sintomatología las expone en cuanto a su salud física y mental, así como también al feto y/o recién nacido.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

### GÉNERO

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

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

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

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

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

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

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

## **ENFOQUE BIOPSIICOSOCIAL**

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

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

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

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

## **ENFOQUE EN RED**

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

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

## **ENFOQUE INTERDISCIPLINARIO**

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

## **ENFOQUE RELACIONAL**

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

---

<sup>13</sup> S,S Covington y J.Surrey The Relational Model of Women-sPsychological development:Implications for Substances abuse.,mayor información,consultar en [www.stephaniecovington.com](http://www.stephaniecovington.com) .

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

La incorporación del enfoque relacional en las intervenciones de tratamiento para la mujer permite reconocer que en su vida es esencial establecer y mantener relaciones y por ello es necesario incorporar componentes y medios que permitan pasar revista a sus relaciones anteriores y actuales y aprender a establecer y mantener relaciones sanas<sup>14</sup>

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

### **INCLUSIÓN DE HIJOS E HIJAS AL TRATAMIENTO**

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

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

La incorporación de los hijos al programa de tratamiento<sup>15</sup>, permite desde la observación natural, generar un ambiente familiar, abrir la posibilidad de redefinir roles entre usuarias y terapeutas; así como también la posibilidad de gatillar dinámicas más profundas en las mujeres, que deben ser abordadas en terapia individual o grupal según la necesidad específica.

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

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

---

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



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

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

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

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

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

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

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

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

## INTEGRACIÓN SOCIAL

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

---

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

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

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

## 2) **Habilitación en Competencias Para la Integración Social:**

Con el propósito de que las personas logren recuperar y superar los déficits más relevantes dentro de cada dimensión del capital de recuperación, compuesto por el capital físico (ingreso, vivienda, etc.), el capital humano (competencias, habilidades y destrezas personales, familiares y comunitarias, acceso a salud, educación, empleo, etc.), el capital social (relaciones sociales próximas y con el entorno; etc.) y el capital cultural (valores y creencias, visión de mundo, etc.), se propone la **estrategia metodológica de las competencias para la Integración Social** contenida en el portafolio de Competencias de Integración Social<sup>17</sup>, el cual reúne y articula diferentes enfoques teóricos y prácticos

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **SEGUIMIENTO POSTERIOR AL EGRESO DE TRATAMIENTO**

### **Seguimiento y Reforzamiento**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **CATEGORÍAS DIAGNÓSTICAS**

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

#### **Consumo Perjudicial:**

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

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

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

### **2. Dependencia:**

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

---

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



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

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

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

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

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

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

**5.- Otros problemas de salud mental:**

- Violencia Intrafamiliar
- Abuso Sexual
- otros

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

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

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

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

VARIABLES BIOPSICOSOCIALES	GRADO DE COMPROMISO BIOPSICOSOCIAL EN POBLACIÓN FEMENINA <sup>19</sup>		
	Leve	Moderado	Severo
1. Tipo sustancia, vía administración y frecuencia de consumo	- Una sola sustancia - En forma esporádica - vía oral, o respiratoria	- 2 ó más sustancias - semanal o fin de semana - vía oral y/o respiratoria	- 2 ó más sustancias - consumo en la semana y fines de semana, con crisis de ingestión - se agregar vía inyectable
2.-Diagnostico de consumo de sustancias C.I.E. 10	Consumo perjudicial	Consumo perjudicial ó desde 3 criterios para dependencia	Más de 3 criterios para dependencia
3.-Síndrome de abstinencia	Ausente	Con molestias que puede controlar de manera ambulatoria	Requiere de apoyo y soporte especializado para tolerar las molestias y síntomas.
4.-Patología psiquiátrica concurrente	Descartada	Trastorno psiquiátrico leve a moderado	Con trastorno psiquiátrico severo
5.-Percepción de problemas de salud físicas asociadas	Leves o ausentes	Presentes, pero no limitantes,	Presentes y limitantes
6.-Contexto del motivo de consulta	Voluntario	Condicionado por familia u otros	Obligado por ámbito judicial
7. Motivación al cambio	convinciente en su propósito de iniciar un proceso de cambio	Ambivalente y contradictoria (etapa de contemplación)	Muy contradictoria, débil o ausente (etapa precontemplativa)
8. Tratamientos anteriores	Ninguno	1 ó 3 incompletos	Más de tres tratamientos. Abandonos antes de los tres meses
9. Intentos de abstinencia sin tratamiento	Si, con logros parciales	Ha intentado sin éxitos. Con recaídas.	Sin intentos. O, con intentos, pero sin ningún periodo de abstinencia.
10. Percepción de autoeficacia	Con percepción de obtención de logros en resolución de problemas	Percepción de bajo control del medio y de la conducta de consumo problemático.	Auto percepción de muy bajo control del medio, y/o ineficacia en el control del consumo.
11. Situación Ocupacional	Mantiene su trabajo, estudio o actividades de casa	Ha discontinuado su actividad o asiste en forma intermitente	Despidos laborales, Interrupción de estudios, abandono actividades laborales ( fuera o dentro del hogar)
12.-Consumo y/o tráfico en otros Familiares	Descartados ambos	Presente el consumo, sin tráfico	Presente ambos, en uno o más de sus miembros.
13.-Violencia intrafamiliar,	Ausencia de VIF	Antecedentes de VIF (ejerce o es víctima)	Presencia actual de VIF (ejerce o es víctima)
14.-Problemas judiciales asociados	Sin detenciones, imputaciones o condenas	Detenciones, imputaciones y/o condenas por faltas o delitos leves	Detenciones, imputaciones y/o condenas por faltas o delitos graves.
15.-Red de apoyo familiar	Existe familia que le apoya	Familia o cercanos dispuesta a participar, pero con reparos	Ausente, o con gran conflicto relacional.
16.-Relación y cuidado de los hijos	Mantenión y cuidado de los hijos /hijas , no presenta cambios por conducta de consumo	Descuidos, o cuidado irregular de los hijos /hijas por conducta de consumo	Negligencia o abandono de los hijos /hijas por conducta de consumo
17.-Consumo durante embarazos	No hay consumo en periodos gestacionales	Disminución del consumo en periodos gestacionales	Mantenión o aumento de consumo en periodos gestacionales
18.-Desempeño Ocupacional	Espera el éxito Acepta responsabilidades Ha realizado elecciones ocupacionales. Organiza su tiempo libre Mantiene hábitos	Dudosa capacidad para lograr el autocontrol Presenta dificultad para organizar las rutinas diarias	Incapacidad para lograr el autocontrol. Gran inseguridad frente al éxito Se frustra fácilmente al enfrentar desafíos Percepción de fracaso al organizar su rutina Mantiene un estilo de vida altamente estresante

<sup>19</sup> Pauta adaptada del original, por equipo de asesoras de proyectos de tratamiento para mujeres con consumo problemático de drogas, SENDA 2005.

**Diagnóstico Estadio Motivacional:**<sup>20</sup> 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.

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

### **Consentimiento Informado**

El consentimiento informado se entiende como la aceptación firmada por la persona usuaria, (o familiares, ante la imposibilidad de consentir del usuario o usuaria), sobre determinadas actuaciones clínicas, después de tener la suficiente información sobre su

---

<sup>20</sup> Ver sección 3

conveniencia, ventajas, riesgos y alternativas. Este documento carece de valor sin la información previa pertinente. El consentimiento informado se debe expresar en un documento que debe estar en la ficha clínica o carpeta individual del usuario.

El consentimiento informado debe reunir al menos cuatro requisitos fundamentales.

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

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

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

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

#### **Contrato terapéutico:**

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

#### **Plan de Tratamiento Individual (PTI):**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **Evaluación durante el proceso terapéutico:**

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

Las variables a evaluar son las siguientes

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

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

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

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

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

### Egreso:

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

- 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 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.
- 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.
- o **Abandono:** inasistencia y/o pérdida de contacto de la persona en tratamiento por un tiempo igual o mayor a 60 días, habiéndose realizado a lo menos dos acciones de rescate, estas acciones permiten evaluar las razones de la interrupción de la asistencia y estimular que el usuario retome su tratamiento.

### Evaluación del proceso terapéutico al egreso:

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

Las categorías de consenso son:

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

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

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



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

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

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

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

Plan Ambulatorio Intensivo

Mes	Objetivos Terapéuticos	Tipo de prestaciones FONASA	Responsables de la Intervención	Indicadores de verificación
1º al 2º	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Acoger y otorgar contención emocional</li> <li>2. Realizar Confirmación diagnóstica</li> <li>3. Realizar evaluación médica de salud general y ginecoobstétrica</li> <li>4. Abordar complicaciones médicas asociadas</li> <li>5. Apoyar proceso de desintoxicación</li> <li>6. Iniciar motivación a tratamiento</li> <li>7. Construir alianza terapéutica</li> <li>8. Apoyar el cuidado y custodia de los hijos</li> <li>9. Evaluar y entrenar en competencias ocupacionales</li> </ol>	<p>Consulta salud mental individual                      Consulta médica                      Consulta psiquiátrica                      Consulta psicológica individual                      Psicodiagnóstico                      Psicoterapia individual                      Consulta salud mental familiar                      Consulta psicológica familiar                      Interv. Psicosoc.                      Grupo pares                      Interv. psicosocial filia                      Visita domiciliaria                      Consultoría salud mental</p>	<p>Profesional T. Reh                      Médico                      Psiquiatra                      Psicólogo/a                      Psicólogo/a                      Psicólogo/a                      Profesional / T. Reh                      Psicólogo/a                      Profesional / T. Reh                      Profesional / T. Reh                      As. Social</p>	<p>Diagnóstico consumo                      Diagnóstico biopsicosocial                      Diagnóstico comorbilidad                      Evaluación estadio motivacional                      Consentimiento informado                      Consultorías realizadas                      Referencia asistida realizada                      Abandono                      Rescate realizado</p>
3º al 6	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fortalecer motivación y adherencia a tratamiento</li> <li>2. Intervenir en los factores mantenedores del consumo</li> <li>3. Implementar estrategias de prevención de recaídas</li> <li>4. Favorecer relación de apego y vínculo saludable con los hijos</li> <li>5. Facilitar la reparación de experiencias traumáticas y elaboración de duelos</li> <li>6. Promover relaciones intrafamiliares saludables</li> <li>7. Manejo de proceso dx. de mediano plazo</li> <li>8. Fortalecer factores protectores del cambio de conducta</li> <li>9. Entrenar competencias y habilidades ocupacionales</li> </ol>	<p>Consulta salud mental individual                      Consulta psiquiátrica                      Consulta psicológica individual                      Psicoterapia individual                      Consulta salud mental familiar                      Consulta psicológica familiar                      Interv. Psicosocial Grupo familiar                      Interv. Psicosocial Grupo pares                      Psicoterapia grupo pares                      Visita domiciliaria                      Consultoría salud mental</p>	<p>Profesional / T. Rehabilitación                      Psiquiatra                      Psicólogo/a                      Psicólogo/a                      Profesional / T. Reh                      Psicólogo/a                      Profesional / T. Reh                      Profesional / T. Reh                      Psicólogo/a                      As. Social</p>	<p>Plan de tratamiento formulado                      Asistencia semanal                      Indicadores de progreso terapéutico                      Interconsultas realizadas                      Consultorías realizadas                      Abandono                      Rescate realizado</p>
7º al 8º	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Orientar reestructuración de proyecto de vida</li> <li>2. Resignificación de situaciones de consumo</li> <li>3. Fortalecer percepción de auto eficacia</li> <li>4. Propiciar estilos relacionales saludables</li> <li>5. Propiciar y apoyar la vinculación a redes sociales de apoyo</li> <li>6. Propiciar y apoyar la vinculación a actividades para el logro del mejoramiento de la situación socioeconómica</li> <li>7. Implementar estrategias de prevención de recaídas</li> </ol>	<p>Consulta salud mental individual                      Consulta psiquiátrica                      Consulta psicológica individual                      Psicoterapia individual                      Consulta salud mental familiar                      Consulta psicológica familiar                      Interv. Psicosocial Grupo pares                      Interv. Psicosocial Grupo filiar.                      Psicoterapia grupo partes                      Visita domiciliaria                      Consultorías realizadas</p>	<p>Profesional / T. Rehabilitación                      Psiquiatra                      Psicólogo/a                      Psicólogo/a                      Profesional / T. Reh                      Psicólogo/a                      Profesional / T. Reh                      Profesional / T. Reh                      Psicólogo                      As. Social</p>	<p>- Asistencia semanal                      - Indicadores de proceso con énfasis en los familiares y de reinserción                      - Interconsultas realizadas                      - Abandono                      - Rescate realizado                      - Permisos cumplidos satisfactoriamente                      - Indicadores de egreso</p>
POST TTO	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluar mantención de logros terapéuticos</li> <li>2. Reforzar proceso de integración social</li> <li>3. Reforzar estrategias de prevención de recaídas</li> </ol>	<p>Consulta salud mental individual                      Consulta salud mental familiar                      Interv. psicosocial de grupo                      Visita domiciliaria                      Profesional/ T. Reh                      Profesional/ T. Reh                      Profesional/ T. Reh                      Asistente Social</p>	<p>Consumo                      relaciones de pares                      relaciones familiares/hijos                      Salud física                      Salud mental                      reinserción laboral/académica                      Situación con la justicia</p>	

Mes	Objetivos Terapéuticos	Plan Residencial Tipo de prestaciones FONASA	Responsables Intervención	Indicadores verificación
1º al 2	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Acoger y otorgar contención emocional</li> <li>2. Realizar Confirmación diagnóstica</li> <li>3. Realizar evaluación médica de salud general y ginecoobstétrica</li> <li>4. Abordar complicaciones médicas asociadas</li> <li>5. Apoyar proceso de desintoxicación</li> <li>6. Iniciar motivación a tratamiento</li> <li>7. Construir alianza terapéutica</li> <li>8. Apoyar el cuidado y custodia de los hijos</li> <li>9. Evaluar y entrenar en competencias ocupacionales</li> </ol>	<p>Consulta salud mental individual Consulta médica Consulta psiquiátrica Consulta psicológica individual Psicodiagnóstico Psicoterapia individual Consulta salud mental familiar Consulta psicológica familiar Interv. Psicosos. Grupo pares Interv. Psicosos Familiar. Psicoterapia grupo Visita domiciliaria</p>	<p>Profesional / T. Rehabilitación Médico Psiquiatra Psicólogo/a Psicólogo Psicólogo/a Profesional/T Reh Psicólogo/a Profesional/T Reh Profesional/T Reh Psicólogo(a) As. Social</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Diagnóstico consumo</li> <li>o Diagnóstico biopsicosocial</li> <li>o Diagnóstico comorbilidad</li> <li>o Estado motivacional</li> <li>o Consentimiento informado</li> <li>o Referencia asistida realizada</li> <li>o Consultorías realizadas</li> <li>o Abandono</li> <li>o Rescate</li> </ul>
3º al 9	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fortalecer motivación y adherencia a tratamiento</li> <li>2. Intervenir en los factores mantenedores del consumo</li> <li>3. Implementar estrategias de prevención de recaídas</li> <li>4. Favorecer relación de apego y vínculo saludable con los hijos</li> <li>5. Facilitar la reparación de experiencias traumáticas y elaboración de duelos</li> <li>6. Promover relaciones intrafamiliares saludables</li> <li>7. Manejo de proceso dx. de mediano plazo</li> <li>8. Fortalecer factores protectores del cambio de conducta</li> <li>9. Entrenar competencias y habilidades ocupacionales</li> </ol>	<p>Consulta salud mental individual Consulta psiquiátrica Consulta psicológica individual Psicoterapia individual Consulta salud mental familiar Consulta psicológica familiar Interv Psicosis Grupo pares Interv Psicosis Grupo familiar Psicoterapia grupo pares Visita domiciliaria</p>	<p>Profesional / T. Reh Psiquiatra Psicólogo/a Psicólogo/a Profesional / T. Reh Psicólogo/a Profesional / T.Reh Profesional / T.Reh Psicólogo/a As. Social</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Plan de tratamiento formulado</li> <li>o Asistencia semanal</li> <li>o Indicadores de proceso con énfasis en los personales</li> <li>o Interconsultas realizadas</li> <li>o Consultorías realizadas</li> <li>o Abandono</li> <li>o Rescate realizado</li> </ul>
10º al 12º	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Orientar reestructuración de proyecto de vida</li> <li>2. Resignificación de situaciones de consumo</li> <li>3. Fortalecer percepción de auto eficacia</li> <li>4. Propiciar estilos relacionales saludables</li> <li>5. Propiciar y apoyar la vinculación a redes sociales de apoyo</li> <li>6. Propiciar y apoyar la vinculación a actividades para el logro del mejoramiento de la situación socioeconómica</li> <li>7. Implementar estrategias de prevención de recaídas</li> </ol>	<p>Consulta salud mental individual Consulta psiquiátrica Consulta psicológica individual Psicoterapia individual Consulta salud mental familiar Consulta psicológica familiar Interv. Psicososocial grupo pares Interv psicososocial grupo familiar Psicoterapia grupo pares Visita domiciliaria</p>	<p>Profesional / T. Rehabilitación Psiquiatra Psicólogo/a Psicólogo Profesional / T. Rehabilitación Psicóloga Profesional / T. Rehabilitación Profesional / T. Rehabilitación Psicólogo/a As. Social</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Asistencia semanal</li> <li>o Indicadores de proceso: con énfasis en los familiares y de inserción</li> <li>o Interconsultas realizadas</li> <li>o Consultorías realizadas</li> <li>o Abandono</li> <li>o Rescate realizado</li> <li>o Permisos cumplidos satisfactoriamente</li> <li>o Indicadores de egreso</li> </ul>
POST TTO	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluar mantención de logros terapéuticos</li> <li>2. Reforzar proceso de integración</li> <li>3. Reforzar estrategias de prevención de recaídas</li> </ol>	<p>Consulta salud mental individual Consulta salud mental familiar Interv psicososocial de grupo Visita domiciliaria</p>	<p>Profesional/ T. Reh Profesional/ T. Reh Profesional/ T. Reh Asistente Social</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Consumo</li> <li>o relaciones de pares</li> <li>o relaciones familiares/hijos</li> <li>o Salud física</li> <li>o Salud mental</li> <li>o Reinserción laboral /académica</li> <li>o Situación con justicia</li> </ul>

## ANEXO N° 2

### PROCEDIMIENTOS SUGERIDOS PARA EL ABORDAJE DE SITUACIONES ESPECÍFICAS

#### EN RELACIÓN AL TRABAJO CON LOS NIÑOS y NIÑAS

- Velar por los derechos de los hijos de las usuarias.
- Evitar violencia física, verbal y psicológica hacia los niños propios y ajenos
- Derivar a las instituciones de salud pertinentes cuando se sospeche algún problema de salud física o mental de los niños, que requiera atención de especialidad
- Evitar que las mujeres se retiren del programa dejando al hijo al cuidado del centro. Esta es una situación excepcional, sin embargo en caso de presentarse, el procedimiento sugerido es informarle al familiar o significativo afectivo en forma inmediata, iniciar el rescate de la usuaria en forma paralela, en caso de existir alguna situación legal, informar al tribunal correspondiente o a la Asistente social con quien se haya mantenido el contacto del caso.  
Se sugiere como procedimiento, toda vez que un niño ingresa a residir con la usuaria en el centro, realizar las gestiones necesarias correspondientes para tener claridad respecto de la situación legal del menor, para ello es imprescindible el contacto del centro con la Corporación de Asistencia Judicial correspondiente y con todas las instituciones y personas pertinentes,

#### ASPECTOS TECNICOS

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

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

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

El equipo debe permitir que los niños se desarrollen en un ambiente cercano a su contexto natural, y con el máximo de contacto con su familia.

Así como también disponer de espacios físicos que le permitan al niño jugar y expresarse lúdicamente, velando por un adecuado cuidado y protección en concordancia con las normas sanitarias vigentes.

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

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

#### ASPECTOS SANITARIOS Y DE SEGURIDAD

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

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

Es recomendable que los centros cuenten con diversos materiales educativos relativos a la alimentación, salud y características del desarrollo normal de lactantes y niños que viven en él.

## EN RELACIÓN AL TRATAMIENTO CON MUJERES EMBARAZADAS

Se sugiere tener en consideración los siguientes puntos

- Restricciones al uso de tabaco.
- Mantener contacto permanente con el centro de salud correspondiente para el control del embarazo.
- Otorgar contención y apoyo psicosocial y psicoeducativo.
- No intervenir psicoterapéuticamente.
- Dar inicio al trabajo para favorecer la relación de apego<sup>21</sup> con el hijo/a.

## EN RELACION A LA PROMOCION DEL VINCULO MADRE HIJO/A

Según Calvo<sup>22</sup>, los efectos farmacológicos de las diversas sustancias y los ciclos de intoxicación-abstinencia pueden afectar a la interacción materno-infantil, al producir en la madre diversas alteraciones perceptivas, afectivas y conductuales y pudiendo reducir tanto su sensibilidad para percibir e interpretar las claves emitidas por el niño, como su habilidad para emitir claves apropiadas. Si a esto se une la posibilidad de que el niño sea de difícil manejo por encontrarse bajo los efectos agudos de la exposición prenatal a una droga o por presentar alteraciones neuroconductuales, la calidad del vínculo puede verse comprometida por ambos miembros de la díada.

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

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

---

<sup>21</sup> 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.

<sup>22</sup> Calvo, H. (2004) Maternidad, infancia y drogas: implicaciones clínicas. *Adicciones*, 16(4), 1-20.

en ausencia de drogodependencia pueden considerarse por sí mismas vulnerables, se trataría en estos casos de una doble vulnerabilidad para la madre y para el niño.

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

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

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

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

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

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

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

## EN RELACIÓN AL TRABAJO EN RED

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

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

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

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

---

## ANEXOS

1. TOP
2. Diagnóstico de Necesidades de Integración Social



Anexo 1

# Perfil de Resultados de Tratamiento (TOP)

Nombre del Usuario	Fecha de nacimiento (dd / mm / año)	Nombre del Entrevistador
Fecha de entrevista (dd / mm / año)	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Etapa del Tratamiento: Ingreso <input type="checkbox"/> En tratamiento <input type="checkbox"/> Egreso <input type="checkbox"/> Seguimiento <input type="checkbox"/>

## Sección 1: Uso de Sustancias

Registrar la cantidad promedio de uso diario y el número de días de uso de sustancias consumidas en las últimas 4 semanas

	Promedio	Última Semana	Semana 3	Semana 2	Semana 1	Total
a. Alcohol	<input type="text"/> Tragos/día	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-28
b. Marihuana	<input type="text"/> Pitos/día	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-28
c. Pasta Base	<input type="text"/> Papelillos/día	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-28
d. Cocaína	<input type="text"/> Gramos/día	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-28
e. Sedantes o Tranquilizantes	<input type="text"/> Comprimidos/día	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-28
f. Otra sustancia problema	<input type="text"/> Medida/día	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-28

Nombre otra sustancia: ..... Unidad de medida: .....

## Sección 2: Transgresión a la Norma Social

Registrar hurtos, robos, violencia intrafamiliar y otras acciones cometidas en las últimas 4 semanas.

a. Hurto	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Marque "S" o "N" →	<input type="text"/>	
b. Robo	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Marque "S" o "N" →	<input type="text"/>	
c. Venta de droga	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Marque "S" o "N" →	<input type="text"/>	
d. Riña	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Marque "S" o "N" →	<input type="text"/>	
e. Violencia Intrafamiliar (Maltrato físico o psicológico)	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-28
f. Otra acción: .....	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Marque "S" o "N" →	<input type="text"/>	

## Sección 3: Salud y Funcionamiento Social

a. Calificar el estado de salud psicológica del usuario (ansiedad, depresión y/o problemas emocionales)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
Mala	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Buena

→  0-20

Registrar los días trabajados y asistidos a institución de educación (Colegio, Instituto, Universidad, Centro de capacitación, etc.) durante las últimas 4 semanas

	Última Semana	Semana 3	Semana 2	Semana 1	Total
b. Días de trabajo remunerado	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-28
c. Días asistidos al Colegio o Instituto o Universidad o Centro de capacitación, etc.	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-28

d. Calificación del estado de salud física del usuario (grado de síntomas físicos u molestias por enfermedad)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
Mala	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Buena

→  0-20

Registrar condiciones de vivienda de las últimas 4 semanas

e. Tiene un lugar estable para vivir	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Marque "S" o "N" →	<input type="text"/>																	
f. Habita en una vivienda que cumple con las condiciones básicas	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Marque "S" o "N" →	<input type="text"/>																	
g. Calificación global de calidad de vida del usuario (Ej: Es capaz de disfrutar de la vida, consigue estar bien con su familia y el entorno)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Mala	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Buena

→  0-20

## Perfil de Resultados del Tratamiento (TOP)

### Acerca del TOP

El Perfil de Resultados del Tratamiento (TOP, siglas del inglés) es una nueva herramienta de monitoreo de resultados del tratamiento de drogas, fue desarrollada por la National Treatment Agency for Substance Misuse de Inglaterra, siendo autorizada su validación en Chile. Su utilización es recomendada para todas las modalidades estructuradas de tratamiento, a través de un conjunto simple de preguntas, este instrumento permitirá que usuarios y profesionales sean capaces de obtener datos objetivos y comparables sobre las mejoras reales en la vida de los usuarios, lo que incidirá en la información y mejoras en el desarrollo del plan de atención de éstos. El instrumento como no es autoaplicable debe ser aplicado con el usuario por algún integrante del equipo de tratamiento.

El TOP debe ser completado al inicio del tratamiento de cada usuario, para registrar una línea base de comportamiento en el mes previo a su aplicación. El seguimiento de los resultados debe ser registrado, como máximo, cada tres meses durante el tratamiento para capturar cambios conductuales. También debe ser completado al momento del egreso o alta del tratamiento y puede ser utilizado por algunos centros para medir resultados posteriores al alta (Seguimiento).

### Como completar el TOP

- Comience por introducir:
- Nombre e identificador del usuario.
  - Nombre de quien aplica el instrumento
  - Fecha de la aplicación
  - Etapa en la que el TOP está siendo aplicado:
    - Ingreso / -En tratamiento / -Egreso o Alta / -Seguimiento

### Tipos de Respuestas:

• **Cronología y Frecuencia:** Se le solicita al usuario recordar el número de días de las últimas 4 semanas en los cuales realizaron alguna acción, por ejemplo, el número de días de consumo de cocaína. Luego, usted debe sumar e Ingresar el total en el recuadro azul.

• **Si o No;** una marca sencilla de si o no, luego debe registrar "S" ó "N" en el recuadro azul.

• **Escala de calificación;** una escala de 20 puntos desde malo hasta bueno. Junto con el usuario, marque la escala en el lugar apropiado y luego escriba el puntaje correspondiente en el recuadro azul.

Usted debe intentar realizar el cuestionario completo. No deje ningún recuadro azul en blanco. Ingrese "NA" si el usuario se niega a contestar la pregunta o, después de intentarlo, no puede recordar.

Para mayor información, ver el Manual de aplicación del TOP.

### Unidades de Conversión de Alcohol

CERVEZA (5 grados)	Lata (350 ml)	1 trago (13,8 gramos)
	Shot (50 ml)	1 trago y medio (19,8 gramos)
	Botella cerveza (1.022 ml, 1 litro)	3 tragos (39,5 gramos)
VINO (14° grados)	Copa de vino (meda caña, vaso chico, etc) (150 ml)	1 trago (18,5 gramos)
	Vaso de vino, caña (250 ml)	2 tragos (31 gramos)
	Botella de vino (750 ml)	6 tragos (93 gramos)
	Caja, Tetrapack (1.000 ml, 1 litro)	8 tragos (111 gramos)
LICORES (40°) (Pisco, ron, vodka, whisky, etc.)	Corto (20 ml)	1 trago (12,6 gramos)
	Combinado simple (40 ml de licor, más bebidas sin alcohol)	1 trago (12,6 gramos)
	Combinado fuerte, cabezón (60 ml de licor, más bebidas sin alcohol)	2 tragos (25,3 gramos)
	Botella (750 ml)	17 tragos (237 gramos)

Gracias por su contribución al TOP

Anexo 2 Diagnóstico de Necesidades de Integración Social

Ámbito	Componentes	B	B	B	B
Apoyo Social	Redes de apoyo	Identificar y fortalecer las redes de apoyo existentes y promover la creación de nuevas redes de apoyo.	Identificar y fortalecer las redes de apoyo existentes y promover la creación de nuevas redes de apoyo.	Identificar y fortalecer las redes de apoyo existentes y promover la creación de nuevas redes de apoyo.	Identificar y fortalecer las redes de apoyo existentes y promover la creación de nuevas redes de apoyo.
	Intervención psicosocial	Intervención psicosocial para el fortalecimiento de la autoestima y la motivación.	Intervención psicosocial para el fortalecimiento de la autoestima y la motivación.	Intervención psicosocial para el fortalecimiento de la autoestima y la motivación.	Intervención psicosocial para el fortalecimiento de la autoestima y la motivación.
Formación Laboral	Formación laboral	Formación laboral para el desarrollo de habilidades técnicas y blandas.	Formación laboral para el desarrollo de habilidades técnicas y blandas.	Formación laboral para el desarrollo de habilidades técnicas y blandas.	Formación laboral para el desarrollo de habilidades técnicas y blandas.
	Intervención psicosocial	Intervención psicosocial para el fortalecimiento de la autoestima y la motivación.	Intervención psicosocial para el fortalecimiento de la autoestima y la motivación.	Intervención psicosocial para el fortalecimiento de la autoestima y la motivación.	Intervención psicosocial para el fortalecimiento de la autoestima y la motivación.
Otras Necesidades de Capital Social	Otras necesidades de capital social	Otras necesidades de capital social para el fortalecimiento de la autoestima y la motivación.	Otras necesidades de capital social para el fortalecimiento de la autoestima y la motivación.	Otras necesidades de capital social para el fortalecimiento de la autoestima y la motivación.	Otras necesidades de capital social para el fortalecimiento de la autoestima y la motivación.
	Otras necesidades de capital social	Otras necesidades de capital social para el fortalecimiento de la autoestima y la motivación.	Otras necesidades de capital social para el fortalecimiento de la autoestima y la motivación.	Otras necesidades de capital social para el fortalecimiento de la autoestima y la motivación.	Otras necesidades de capital social para el fortalecimiento de la autoestima y la motivación.

Observaciones y recomendaciones:  
 - Identificar y fortalecer las redes de apoyo existentes y promover la creación de nuevas redes de apoyo.  
 - Identificar y fortalecer las redes de apoyo existentes y promover la creación de nuevas redes de apoyo.  
 - Identificar y fortalecer las redes de apoyo existentes y promover la creación de nuevas redes de apoyo.

Fecha	Nombre de la persona
<p>ENTREVISTA EVALUACIÓN BIOPROFILAXIA</p>	<p>Historial de la evaluación diagnóstica y evolución de los individuos con el diagnóstico de dependencia y sus consecuencias.</p>
<p><b>Problemas</b></p>	<p>Organización para la atención psiquiátrica y psicológica. Evaluación de los problemas de salud mental y física. Historial de la evaluación diagnóstica y evolución de los individuos con el diagnóstico de dependencia y sus consecuencias.</p>
<p><b>Problemas</b></p>	<p>Problemas de salud mental y física. Historial de la evaluación diagnóstica y evolución de los individuos con el diagnóstico de dependencia y sus consecuencias.</p>
<p><b>Problemas</b></p>	<p>Problemas de salud mental y física. Historial de la evaluación diagnóstica y evolución de los individuos con el diagnóstico de dependencia y sus consecuencias.</p>
<p><b>Problemas</b></p>	<p>Problemas de salud mental y física. Historial de la evaluación diagnóstica y evolución de los individuos con el diagnóstico de dependencia y sus consecuencias.</p>
<p><b>Problemas</b></p>	<p>Problemas de salud mental y física. Historial de la evaluación diagnóstica y evolución de los individuos con el diagnóstico de dependencia y sus consecuencias.</p>
<p><b>Problemas</b></p>	<p>Problemas de salud mental y física. Historial de la evaluación diagnóstica y evolución de los individuos con el diagnóstico de dependencia y sus consecuencias.</p>
<p><b>Problemas</b></p>	<p>Problemas de salud mental y física. Historial de la evaluación diagnóstica y evolución de los individuos con el diagnóstico de dependencia y sus consecuencias.</p>
<p><b>Problemas</b></p>	<p>Problemas de salud mental y física. Historial de la evaluación diagnóstica y evolución de los individuos con el diagnóstico de dependencia y sus consecuencias.</p>
<p><b>Problemas</b></p>	<p>Problemas de salud mental y física. Historial de la evaluación diagnóstica y evolución de los individuos con el diagnóstico de dependencia y sus consecuencias.</p>



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

Área de Integración Social  
SENA  
2013

## I. PRESENTACIÓN

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

Este documento está estructurado en los siguientes apartados:

- Introducción
- Áreas que deben ser incluidas en la evaluación
- Presentación de Instrumento de Descripción de Necesidades de Integración Social.
- Instrumento de Descripción de Necesidades de Integración Social.
- Pauta de sugerencias para el diagnóstico del ámbito de Integración Social.
- Referencias

Esta propuesta de evaluación y descripción de Necesidades de Integración Social, se elaboró en base al trabajo realizado por la Universidad Diego Portales durante el año 2012 y que consistió en la revisión sistemática de la literatura disponible respecto del ámbito de integración social, e incluyó el aporte de equipos de centros de tratamiento respecto de lo que debía contener una evaluación en este ámbito.

En una segunda etapa, SENDA a través de las áreas de evaluación y estudios y de integración social, realizaron una revisión, actualización y modificación de la propuesta original del instrumento, con el propósito de incorporar la experiencia y aprendizajes de la aplicación inicial, considerando las apreciaciones, comentarios y sugerencias que efectuaron diversos profesionales de centros de tratamiento del país, del MINSAL, y Área de tratamiento de SENDA.

Todo este trabajo arrojó como resultado una propuesta conceptual respecto de los capitales y los ámbitos de los mismos, que están involucrados en la recuperación de las personas que se ven afectadas por consumo problemático de sustancias y por lo tanto qué áreas o ámbitos son claves de desarrollar como parte de un tratamiento.

Es así, como se elaboró este instrumento, el cual propone una valoración clínica que pretende ser una ayuda para, por una parte, valorar la magnitud de los efectos o consecuencias del consumo problemático de sustancias, en la condición de integración social de la persona, como por otra, valorar los recursos con que cuentan las personas para el logro de su plena integración social, en un proceso de recuperación.

Es un instrumento cualitativo, no estandarizado, cuyo diseño no contempla una valoración estadística. Más bien, en cada caso, se espera que el equipo pueda definir o considerar si la situación o condición que presenta la persona, corresponde a necesidades altas, medias o bajas para apoyar su integración social. Un criterio posible para esta definición, es considerar que si existe una proporción igual o mayor al 50 % de las variables presentes en la misma categoría (alta, media o bajas necesidades), es posible estimar el nivel de necesidades de integración social de una persona, en ese momento. Aun así, es importante destacar que será relevante prestar especial atención a todas aquellas variables que sean consignadas como de alta necesidad, pues deberán ser atendidas en

el plan de intervención individual, aun cuando globalmente una persona pueda ser evaluada como con bajas necesidades de integración social.

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

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

## II. INTRODUCCIÓN

La norma y orientaciones técnicas de los planes de tratamiento y rehabilitación para personas adultas con problemas derivados del consumo de drogas (SENDA-MINSAL, 2013), señala que durante la primera etapa de todo tratamiento por consumo problemático de sustancias, se debe realizar una evaluación integral. Esta evaluación incluye los aspectos clínicos del problema de consumo, estado de salud mental y psiquiátrico junto con la valoración de otras variables del contexto, familiar, social, e individual de la persona afectada directamente por el consumo; y, una evaluación del estado de integración social de la persona usuaria, así como de sus intereses, competencias y habilidades para integrarse socialmente, lo que conforma una conclusión del estado del Compromiso biopsicosocial de la persona.

En este contexto, la identificación de las necesidades particulares en Integración Social, permitirán generar, como parte del diseño del Plan Individualizado de Tratamiento, itinerarios personalizados para cada persona usuaria, tomando en consideración el nivel de Integración Social y las posibles trayectorias relacionadas.

Evaluar las necesidades de integración social, como parte de un diagnóstico integral, se sustenta en la consideración de que para la mantención de los logros terapéuticos, es relevante aportar a las personas en acciones encaminadas a su plena integración social. Los procesos de Integración Social son procesos interactivos en que tanto la sociedad como la persona en cuestión, participan activamente para aumentar sus niveles de autonomía personal, de participación ciudadana y capitales de recuperación involucrados. El objetivo entonces radica en mejorar las condiciones de vida permitiendo así contribuir a la superación de la situación de exclusión social, que en el caso de ser mantenidas en el tiempo obstaculizarían la posibilidad de una recuperación sostenida, aumentando el riesgo de consumo y las consecuencias individuales, familiares y sociales que éste involucra.

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

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

El presente documento, pretende constituirse en una guía para los equipos clínicos, orientando respecto de qué ámbitos o elementos deben ser considerados para evaluar la dimensión de integración social.

### **III. ÁREAS QUE DEBEN SER INCLUIDAS EN LA EVALUACIÓN**

El estado de integración social de la persona usuaria, así como sus intereses, competencias y habilidades para integrarse socialmente, deben ser analizadas a la luz de los recursos y condiciones objetivas que la persona ha demostrado. Se propone, que además de conocer cómo es su relación con la sustancia, también se conozcan cuáles son sus expectativas, recursos y condiciones de vida, que harán que pueda transitar desde condiciones de mayor exclusión hacia condiciones de integración social.

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

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

#### **CAPITAL SOCIAL**

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

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



El detalle de ámbitos y componentes es el siguiente:

CAPITAL	AMBITO	COMPONENTES
<b>Capital Social</b>	<b>Apoyo social</b>	Redes familiares Redes Comunitarias Participación en organizaciones Sociales
	<b>Involucramiento en políticas estatales</b>	Participación Decisoria Participación Consultiva Participación Ejecutora Participación Instrumental Planificación del tiempo libre Calidad y vivencia respecto del tiempo libre
	<b>Ocio y tiempo libre</b>	Conocimiento e información respecto de las actividades de tiempo libre Frecuencia de las actividades de tiempo libre Disponibilidad de medios para las actividades de tiempo libre
	<b>Competencias familiares para la integración social</b>	Identificar relaciones de apoyo significativas Construir relaciones de apoyo Concordar roles como sujeto/a de derechos y deberes Proyectar las relaciones familiares.
	<b>Competencias comunitarias para la integración social</b>	Reconocer las diferencias Activar redes sociales Participar de la vida en sociedad Aprender a vivir en comunidad

#### CAPITAL FÍSICO

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

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

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

CAPITAL	AMBITO	COMPONENTES
<b>Físico</b>	<b>Situación Financiera</b>	Ingreso monetario Ingreso autónomo per cápita del hogar

		Situación de endeudamiento
		Percepción de la tensión financiera
<b>Habitabilidad</b>		Tipo de vivienda
		Tenencia de la vivienda
		Percepción de seguridad del barrio
		Percepción de seguridad de la vivienda

### CAPITAL HUMANO

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

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

CAPITAL	ÁMBITO	COMPONENTES
	<b>Educación y Formación</b>	Nivel de escolaridad Capacitaciones Aptitudes vocacionales (orientación vocacional) Interés por aumentar formación o capacitación.
	<b>Empleo</b>	Experiencia laboral anterior Condición ocupacional Nivel de precariedad y condiciones laborales Competencias de empleabilidad.
	<b>Situación Judicial</b>	Causas pendientes o en proceso Existencia de antecedentes penales
	<b>Competencias personales para la integración social</b>	Construir una identidad Relacionarse con otros(as) Solucionar problemas Aprender de la experiencia de vida.

### CAPITAL CULTURAL

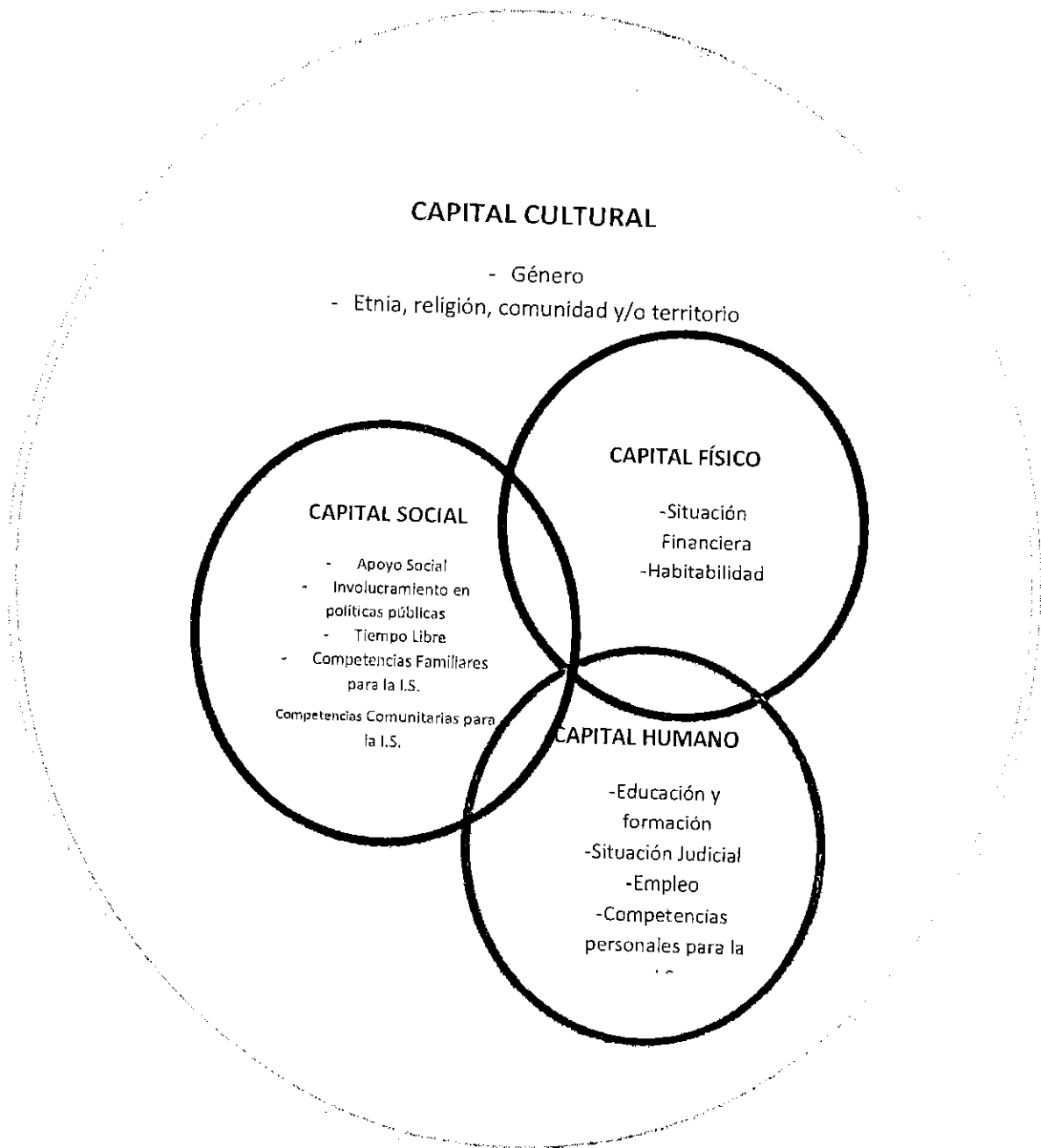
El capital cultural será entendido como un concepto amplio que busca identificar un conjunto de valores, creencias, disposiciones y actitudes que proceden de la pertenencia a un determinado grupo cultural, considerando la variable de género, el espacio o territorio

geográfico que habita, origen étnico, siempre entendiendo que la idea es comprender a la persona para favorecer el proceso de integración social en el contexto del consumo problemático de sustancias. En este sentido, el capital cultural y sus diferentes componentes deben ser entendidos como elementos transversales para la evaluación de la dimensión de integración social, que cruzan y están siempre presentes en el análisis de la valoración de todos los otros componentes de los recursos o capitales físicos, humano y social (Sumnall & Brotherhood, 2012).

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

Ámbito	Componentes	Componentes
Género	<b>Género</b>	Identidad Rol Expectativas
Etnia, Religión, Comunidad, territorio.	<b>Etnia, Religión, Comunidad, territorio.</b>	Identidad Práctica Participación

ESQUEMA 1: Capitales de Recuperación y ámbitos de evaluación.



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

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

#### IV. INSTRUMENTO DE DESCRIPCIÓN DE NECESIDADES DE INTEGRACIÓN SOCIAL

##### a) Explicación General del Instrumento:

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

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

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

##### b) Modo de aplicación:

Por cada Capital analizado se deberá llegar a una conclusión respecto del nivel de necesidades de integración social que presenta la persona en dicha dimensión. Al

finalizar, se espera que el equipo pueda entregar una valoración final del estado de las necesidades de integración de la persona usuaria, para ello, un criterio posible, es considerar que si existe una proporción igual o mayor al 50 % de las variables presentes en la misma categoría (alta, media o bajas necesidades), es posible estimar el nivel de necesidades de integración social de una persona en ese momento. Aun así, es importante destacar que será relevante **prestar especial atención a todas aquellas variables que sean consignadas como de alta necesidad**, pues deberán ser atendidas en el plan de intervención individual, aun cuando globalmente una persona pueda ser evaluada como con bajas necesidades de integración social. Finalizada la evaluación de cada uno de los capitales, se sugiere que se realice una síntesis de la evaluación en su conjunto, en la cual el equipo consigne aquellas necesidades que surgen como prioritarias y que sirvan de guía para la elaboración del plan de intervención individualizado.

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

*Por último, cuando hablamos de competencias personales, familiares y comunitarias para la integración social o de competencias para las transiciones laborales, es decir, de empleabilidad, recuerde que ellas serán evaluadas en distintos momentos del proceso de tratamiento, por lo que la valoración que el equipo haga en el Instrumento de Evaluación de Necesidades de Integración Social puede hacerse en un momento posterior. Lo importante es no olvidar incluirlo, dada su complementariedad e importancia en el proceso de recuperación.*

**Instrumento de Descripción de Necesidades de Integración Social**

CAPITAL	AMBITO	COMPONENTES	<input checked="" type="checkbox"/> BAJA NECESIDAD	<input checked="" type="checkbox"/> MEDIANA NECESIDAD	<input checked="" type="checkbox"/> ALTA NECESIDAD
Capital Social	Apoyo Social	Redes Familiares	Puede compartir con sus familiares tan a menudo como quiere, y cuando necesita apoyo en el proceso de recuperación sabe que puede contar con ellos.	Pocas veces comparte con sus familiares, y cuando necesita algo a veces le pueden ayudar y apoyar.	Nunca o casi nunca comparte con sus familiares, y cuando necesita algo nunca le ayudan o apoyan en su proceso de recuperación.
	Apoyo Social	Redes Comunitarias (Sociales)	Comparte y cuenta con redes sociales, amistades que ayudan y apoyan el proceso de recuperación.	Pocas veces comparte con sus redes o amigos que apoyen su proceso de recuperación, y a veces cuenta con ellos cuando tiene problemas.	No tiene redes sociales ni amistades que apoyen su proceso de recuperación.
		Participación en organizaciones sociales (Juntas de vecinos, clubes sociales o deportivos, asociaciones, agrupaciones políticas etc.)	Comparte y participa en algún grupo, club u organización regularmente, lo apoyan en el proceso de recuperación y sabe que puede contar con ellos cuando tiene problemas.	Pocas veces comparte y participa en algún grupo, club u organización, y a veces cuenta con ellos cuando tiene problemas.	No comparte ni participa en ninguna organización, agrupación, club o asociación.
Capital Social	Involucramiento en Políticas Públicas	Participación en grupos de autoayuda	Comparte y participa en algún grupo de autoayuda regularmente y sabe que puede contar con la ayuda y apoyo cuando tiene problemas.	Pocas veces comparte y participa en algún grupo de autoayuda, y cuando tiene problemas a veces cuenta con ellos.	No comparte ni participa en ningún grupo de autoayuda
	Involucramiento en Políticas Públicas	Participación Decisoria	Participa de la toma decisiones de las políticas públicas de su barrio o a un nivel más amplio (fondos concursables, mejoramientos públicos, forma parte de directivas de organizaciones locales, políticas, entre otras).	Pocas veces participa en la toma decisiones de la políticas públicas de su barrio o a un nivel más amplio (fondos concursables, mejoramientos públicos, forma parte de directivas de organizaciones locales, políticas, entre otras).	No participa en ninguna actividad decisoria pública, ninguna organización y de ningún servicio público.
		Participación Consultiva	Participa de los espacios	Pocas veces participa en	No participa en

	<p>consultivos públicos de su comuna, región o país, tales como los cabildos, consultas ciudadanas o las cuentas públicas del consultorio, de la municipalidad, entre otras.</p>	<p>los espacios consultivos públicos de su comuna, región o país, tales como los cabildos, consultas ciudadanas o las cuentas públicas del consultorio, entre otras.</p>	<p>ninguna actividad decisoria pública, y de ningún servicio público.</p>
	<p>Participa o apoya la ejecución de algún programa en su barrio o comuna, ya sea como interlocutor con la autoridad pública, como ejecutor o voluntario (Ejemplo: programas de seguridad en el barrio, heroseamiento áreas verdes del barrio, talleres sociales, etc.)</p>	<p>Pocas veces participa o apoya la ejecución de algún programa en su barrio o comuna, ya sea como interlocutor con la autoridad pública, como ejecutor o voluntario (Ejemplo: programas de seguridad en el barrio, heroseamiento áreas verdes del barrio, talleres sociales, etc.)</p>	<p>No participa en ninguna actividad pública en su comunidad o barrio.</p>
	<p>Se involucra e informa activamente de los servicios públicos que le afectan para aprovechar al máximo los beneficios que tiene derecho (Bonos, beneficios en salud, beneficios en educación, vivienda, etc).</p>	<p>Pocas veces se involucra e informa activamente de los servicios públicos que le afectan para aprovechar algún beneficio al que tenga derecho.</p>	<p>No se involucra ni informa respecto a los derechos que le corresponden en los servicios públicos.</p>
<p><b>Tiempo Libre</b></p>	<p>Planificación del Tiempo Libre</p>	<p>Planifica regularmente sus actividades de tiempo libre, como por ejemplo deja un día a la semana para una actividad en especial.</p>	<p>Por no planificar sus actividades no las realizó o no tiene ninguna actividad de tiempo libre.</p>
<p>Actividades que contribuyen al proceso de recuperación</p>	<p>Calidad y vivencia respecto del Tiempo Libre</p>	<p>Disfruta mucho de sus actividades de tiempo libre (Deportiva, social, entretenimiento, religiosa, voluntariado, ambiental, política, entre otras).</p>	<p>No realiza ninguna actividad de tiempo libre o no identifica ninguna actividad de tiempo libre que disfrute, por lo que no realiza ninguna.</p>
	<p>Conocimiento e</p>	<p>Conoce y está informado</p>	<p>No le interesa</p>



información respecto de las actividades de tiempo libre	de las actividades de tiempo libre disponibles en su barrio, comuna o ciudad.	de las actividades de tiempo libre disponibles de su barrio, comuna o ciudad.	informarse ya que no tiene ninguna actividad de tiempo libre.
Frecuencia de las actividades de tiempo libre	Diaria, semanal, mensual.	Pocas veces realiza alguna actividad de tiempo libre.	No realiza ninguna actividad de tiempo libre.
Disponibilidad de medios para las actividades de tiempo libre	Tiene todas las facilidades para tener una actividad de tiempo libre, ya sea la disponibilidad de tiempo, dinero, cercanía, apoyo y acceso a la información.	Tiene dificultades para realizar una actividad de tiempo libre, a veces puede que le falte el tiempo, o el dinero, o el apoyo.	Tiene grandes dificultades para tener una actividad de tiempo libre, muchas veces le falta el tiempo, o el dinero, o el apoyo.
<b>Competencias Familiar</b>	Siempre / Generalmente	Ocasionalmente	Escasamente
Identificar relaciones de apoyo significativas	Siempre / Generalmente	Ocasionalmente	Escasamente
Construir relaciones de apoyo	Siempre / Generalmente	Ocasionalmente	Escasamente
Concordar roles como sujeto/a de derechos y deberes	Siempre / Generalmente	Ocasionalmente	Escasamente
Proyectar las relaciones familiares.	Siempre / Generalmente	Ocasionalmente	Escasamente
<b>Competencias comunarias para la integración social</b>	Siempre / Generalmente	Ocasionalmente	Escasamente
Reconocer las diferencias	Siempre / Generalmente	Ocasionalmente	Escasamente
Activar redes sociales	Siempre / Generalmente	Ocasionalmente	Escasamente
Participar de la vida en sociedad	Siempre / Generalmente	Ocasionalmente	Escasamente
Aprender a vivir en comunidad	Siempre / Generalmente	Ocasionalmente	Escasamente
<b>NIVEL DE NECESIDAD DEL CAPITAL SOCIAL</b>	<input type="radio"/> BAJA NECESIDAD DEL CAPITAL SOCIAL	<input type="radio"/> MEDIANA NECESIDAD DEL CAPITAL SOCIAL	<input type="radio"/> ALTA NECESIDAD DEL CAPITAL SOCIAL

Orientaciones para la clasificación: Observaciones:

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

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

ÁMBITO	COMPONENTES	NECESIDAD	BAJA	MEDIANA	ALTA
Situación Financiera	Ingreso autónomo per cápita del hogar (Mensual) (Suma de todos los ingresos autónomos del hogar dividido por el número de integrantes)	Ingreso per cápita familiar mayor a \$228.621.	Ingreso per cápita familiar entre \$228.621 y \$85.741.	Ingreso per cápita familiar menor de \$85.741.	En situación de endeudamiento, pero es capaz de pagarlas (Deudas; dividendos, sus obligaciones;
Situación de endeudamiento	Situación de endeudamiento	Sin endeudamiento	En situación de endeudamiento, pero es capaz de pagarlas (Deudas; dividendos, sus obligaciones;	En situación de endeudamiento (Incapacidad de pagar sus obligaciones;	En situación de sobreendeudamiento (Incapacidad de pagar sus obligaciones;

<p>Percepción de la tensión financiera: ¿Cuál frase representa mejor la situación del hogar?</p>	<p>Les alcanza para pagar las cuentas sin grandes dificultades.</p>	<p>arriendo, tarjetas comerciales, servicios básicos, no superan el 25% de sueldo líquido)</p>	<p>deudas, servicios básicos, salud, colegios, etc.)</p> <p>NO les alcanza para pagar las cuentas y tienen grandes dificultades.</p>
<p>Tipo de vivienda</p>	<p>Casa / Departamento/Residencial/ Pensión u Hostal</p>	<p>Mediagua/ Pieza dentro de una vivienda</p>	<p>Hospedería / Caleta o punto de calle</p>
<p>Tenencia de la vivienda</p>	<p>Arrenda / Propia</p>	<p>Allegado</p>	<p>Ocupación irregular</p>
<p>Percepción y satisfacción del barrio</p>	<p>El barrio se percibe como seguro y ayuda al proceso recuperación</p>	<p>El barrio se percibe como seguro y no afecta al proceso recuperación</p>	<p>El barrio se percibe como inseguro y es una amenaza para el proceso recuperación</p> <p>La vivienda no es un espacio seguro, no brinda los elementos básicos para satisfacer las necesidades básicas (lugar para dormir, asearse, etc.) y no ayuda al proceso de recuperación (Ejemplo: Familiares consumidores de alcohol o drogas).</p>
<p>Habitabilidad</p>	<p>La vivienda es un espacio seguro, brinda los elementos para satisfacer las necesidades básicas (lugar para dormir, cocinar, asearse, etc.) y ayuda al proceso de recuperación.</p>	<p>La vivienda brinda los elementos para satisfacer las necesidades básicas (lugar para dormir, cocinar, asearse, etc.) pero NO ayuda al proceso de recuperación (Ejemplo: Familiares consumidores de alcohol o drogas)</p>	<p>Familiares consumidores de alcohol o drogas).</p>
<p>Percepción y satisfacción respecto de la vivienda</p>	<p>La vivienda es un espacio seguro, brinda los elementos para satisfacer las necesidades básicas (lugar para dormir, cocinar, asearse, etc.) y ayuda al proceso de recuperación.</p>	<p>La vivienda brinda los elementos para satisfacer las necesidades básicas (lugar para dormir, cocinar, asearse, etc.) pero NO ayuda al proceso de recuperación (Ejemplo: Familiares consumidores de alcohol o drogas)</p>	<p>Familiares consumidores de alcohol o drogas).</p>

NIVEL DE NECESIDAD DEL CAPITAL FÍSICO  BAJA NECESIDAD DEL CAPITAL FÍSICO  MEDIANA NECESIDAD DEL CAPITAL FÍSICO  ALTA NECESIDAD DEL CAPITAL FÍSICO

Orientaciones para la clasificación **↑** Observaciones

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

CAPÍTULO I GENERALIDADES	NOMBRE DEL CANDIDATO	NOMBRE DEL EMPLEADOR	NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO
<p><b>Nivel de escolaridad</b></p> <p><b>Educación y Formación</b></p> <p><b>Formación y/o capacitación certificada</b></p> <p><b>Orientación Vocacional y Laboral</b></p> <p><b>Causas pendientes o en proceso</b></p>	<p>Educación Universitaria / Técnica/Educación media completa</p> <p>Formación y/o capacitación certificada</p> <p>Conocimiento de sus aptitudes profesionales y vocacionales, y cuenta con el interés necesario.</p> <p>No tiene causas judiciales pendientes o en proceso.</p>	<p>Educación Media Incompleta</p> <p>Tiene capacitación no certificada</p> <p>Mediano conocimiento de sus aptitudes profesionales y vocacionales y/o cuenta con el interés necesario.</p> <p>Mantiene causas judiciales en proceso, sin causa pendientes.</p>	<p>Educación Básica (Completa o Incompleta / Sin estudios)</p> <p>Sin formación ni capacitación alguna</p> <p>Bajo conocimiento de sus aptitudes profesionales y vocacionales</p> <p>Mantiene causas judiciales pendientes.</p>
<p><b>Situación Judicial</b></p> <p><b>Existencia de antecedentes penales</b></p> <p><b>Experiencia laboral anterior</b></p>	<p>Sin existencia de antecedentes penales</p> <p>Con ocupaciones previas de trabajo estable.</p> <p>Con trabajo actualmente / Estudiante / Jubilado- Pensionado / Incapacitado permanente para trabajar</p>	<p>Existencia de antecedentes penales con posibilidad de eliminar.</p> <p>Con experiencia previa pero con trabajos inestables y esporádicos</p>	<p>Existencia de antecedentes penales sin posibilidad de eliminar.</p> <p>Con largos períodos de cesantía y/o sin historia laboral previa</p>
<p><b>Trabajo</b></p> <p><b>Empleo</b></p> <p><b>Dependiente o No Dependiente</b></p> <p><b>Nivel de precariedad y condiciones laborales</b></p>	<p>Contratado indefinidamente con pagos de imposiciones (AFP+ FONASA o ISAPRE)</p>	<p>Cesante / Busca trabajo</p> <p>Contratado por faenas o períodos cortos de tiempo, estacional u ocasional.</p>	<p>Cesante y no busca trabajo.</p> <p>Trabaja sin contrato y sin pago de imposiciones (AFP+ FONASA o ISAPRE)</p>

<p><b>Competencias de empleabilidad</b>            Conocerse y gestionarse a sí mismo            Comunicar en espacios laborales            Proyectar un portafolio de trabajo u oficio            Aprender de los procesos laborales</p>	<p>Siempre / Generalmente</p> <p>Siempre / Generalmente</p> <p>Siempre / Generalmente</p> <p>Siempre / Generalmente</p>	<p>Ocasionalmente</p> <p>Ocasionalmente</p> <p>Ocasionalmente</p> <p>Ocasionalmente</p>	<p>Escasamente</p> <p>Escasamente</p> <p>Escasamente</p> <p>Escasamente</p>
<p><b>Percepción del lugar de Trabajo o de Estudios</b>            Percepción de apoyo al proceso de recuperación            Reconocer el apoyo de compañeros(as)</p>	<p>El trabajo o el lugar donde realiza estudios lo percibe como seguro y ayuda al proceso de recuperación (recibe apoyo de compañeros(as))</p>	<p>El trabajo o el lugar donde realiza estudios lo percibe como seguro pero no ayuda al proceso de recuperación (Ejemplo: Compañeros consumidores de alcohol o drogas)</p>	<p>El trabajo o el lugar donde realiza estudios lo percibe como inseguro y es una amenaza para el proceso de recuperación (Ejemplo: Compañeros consumidores de alcohol o drogas)</p>
<p><b>Competencias para la integración social</b>            Construir una identidad            Relacionarse con otros(as)            Solucionar problemas            Aprender de la experiencia de vida.</p>	<p>Siempre / Generalmente</p> <p>Siempre / Generalmente</p> <p>Siempre / Generalmente</p> <p>Siempre / Generalmente</p>	<p>Ocasionalmente</p> <p>Ocasionalmente</p> <p>Ocasionalmente</p> <p>Ocasionalmente</p>	<p>Escasamente</p> <p>Escasamente</p> <p>Escasamente</p> <p>Escasamente</p>

<p><input type="radio"/> <b>NIVEL DE NECESIDAD DEL CAPITAL HUMANO</b></p> <p>Orientaciones para la clasificación:</p> <p>Seleccionar Nivel de Necesidad con mayor número de componentes en su categoría o al menos el 50%, mediando siempre la apreciación clínica del entrevistador y considerando los componentes de alta necesidad.</p>	<p><input type="radio"/> <b>BAJA NECESIDAD DEL CAPITAL HUMANO</b></p> <p><input type="radio"/> <b>MEDIANA NECESIDAD DEL CAPITAL HUMANO</b></p> <p><input checked="" type="radio"/> <b>ALTA NECESIDAD DEL CAPITAL HUMANO</b></p> <p>Observaciones:</p>	
<p><b>Nota:</b> Puede haber personas que no aplique consignar algún componente o no convengan contestar, por ello dejar en blanco y no considerar para la sumatoria y clasificación del nivel de necesidad. No obstante, se puede consignar en las observaciones. Toda la información recopilada debe ser <b>VOLUNTARIA Y CONFIDENCIAL</b>.</p>		
<p><b>Resumen de la evaluación comprensiva y orientada al plan individual (Con sugerencias y recomendaciones)</b></p>		
/	Nombre de la persona	Nombre del entrevistador

**VI. Sugerencias para el diagnóstico:**

**CAPITAL**

**Redes Sociales**

**Indagando la presencia o no de redes familiares y la frecuencia con la que puede compartir con sus familiares. Por otro lado también se puede indagar respecto a la percepción del apoyo al proceso de recuperación del consumo de alcohol y drogas.**

**Redes Familiares**

Indagar respecto a la presencia o no de redes familiares y la frecuencia con la que puede compartir con sus familiares. Por otro lado también se puede indagar respecto a la percepción del apoyo al proceso de recuperación del consumo de alcohol y drogas. El apoyo al proceso de recuperación se puede entender como el fomento de las conductas saludables, el no consumo de sustancias en el entorno y el estímulo de la adherencia al tratamiento. Existen evidencias de mayores logros en el proceso de recuperación cuando la persona cuenta con el soporte y apoyo familiar (Hawkins & Catalano, 1985; Higgins & Petry, 1999; Sumnall & Brotherhood, 2012)

**Apoyo Social**

**Redes Comunitarias (Sociales)**

Indagar respecto a la presencia o no de redes sociales y la frecuencia con la que puede compartir con sus amistades y redes sociales. Por otro lado también se puede indagar respecto a la percepción del apoyo al proceso de recuperación del consumo de alcohol y drogas. El apoyo al proceso de recuperación se entiende como el fomento de las conductas saludables, el no consumo de sustancias en el entorno y el estímulo de la adherencia al tratamiento. Existen evidencias de mayores logros en el proceso de recuperación, particularmente en la abstinencia, cuando la persona cuenta con el soporte y apoyo social de sus redes (Garmendia, Alvarado, Montenegro, & Pino, 2008; Groshkova, et al., 2013; Sumnall & Brotherhood, 2012)

**Participación en organizaciones sociales**

Indagar respecto a la participación en organizaciones sociales regularmente, tales como Juntas de vecinos, clubes sociales o deportivos, asociaciones, agrupaciones políticas, agrupaciones ecológicas, etc. Por otro lado, también se puede indagar respecto a la percepción del apoyo al proceso de recuperación del consumo de alcohol y drogas. Existen evidencias de mayores logros en el proceso de recuperación, particularmente en la abstinencia, cuando la persona cuenta con el soporte social (Castro, et al., 1997; Groshkova, et al., 2013; López & Chacón, 1990; Sumnall & Brotherhood, 2012; White, 2009).

**Participación en grupos de autoayuda**

Indagar respecto a la participación en grupos de autoayuda. Existen evidencias de mayores logros en el proceso de recuperación y menores recaídas cuando la persona es parte de un grupo formal de autoayuda (SAMHSA, 2009; Sumnall & Brotherhood, 2012; White, 2009).

**Involucramiento en Políticas**

**Participación Decisoria**

El proceso de recuperación de las personas con consumo de drogas y alcohol también está relacionado con su involucramiento en las políticas públicas y su experiencia de su ciudadanía (Sumnall & Brotherhood, 2012), por ello existen instrumentos que ayudan a

**Publicas**

medir esta dimensión y evaluarla (Groshkova, et al., 2013). Respecto a la participación decisoria es importante indagar el nivel de participación en la toma de decisiones de las políticas públicas y su participación ciudadana, independiente del nivel donde se realice, puede ser en su barrio o a un nivel más amplio. Como ejemplos la participación en la selección de fondos concursables, mejoramientos de espacios públicos, el involucramiento en directivas de organizaciones locales, políticas, etc. (Henríquez, Navarrete, Hidalgo, & Zanzi, 2010; Márquez et al., 2001; Mujica, Ferrari, Sanhueza, Lauzán, & Delpiano, 2008).

Indagar respecto a la participación de los espacios consultivos públicos de su comuna, región o país, tales como los cabildos, consultas ciudadanas o las cuentas públicas del consultorio, de la municipalidad, etc. (Henríquez, et al., 2010; Márquez, et al., 2001; Mujica, et al., 2008).

Indagar respecto a la participación en la ejecución de algún programa en su barrio o comuna, ya sea como interlocutor con la autoridad pública, como ejecutor o voluntario, como por ejemplo la participación en programas de seguridad en el barrio, hermoseamiento áreas verdes del barrio, talleres sociales, etc. (Henríquez, et al., 2010; Márquez, et al., 2001; Mujica, et al., 2008).

Indagar respecto a la participación instrumental de los servicios públicos que le afectan para aprovechar al máximo los beneficios que tiene derecho, por ejemplo la persona conoce y aprovecha bonos de beneficios sociales del estado o municipalidad, beneficios en salud, beneficios en educación, vivienda, etc. (Henríquez, et al., 2010; Márquez, et al., 2001; Mujica, et al., 2008).

Las actividades de tiempo libre son importantes para el proceso de recuperación y está asociado al éxito del mismo (Babín et al., 2007; Sumnall & Brotherhood, 2012). Existen instrumentos como el Assessment of Recovery Capital (ARC) que evalúa la dimensión de tiempo libre y ocio entre otros (Best, Simpson, & White, 2010; Groshkova, et al., 2013), no obstante para la presente pauta se consideraron los componentes más significativos para la dimensión, por ello es importante indagar respecto a las actividades de tiempo libre que

Realice la persona, y que además contribuya al proceso de recuperación, es decir que el contexto y el entorno que rodea al desarrollo de las actividades fomenten conductas saludables y no fomenten el consumo de sustancias. Por lo anterior, es importante indagar respecto a la Planificación regularmente sus actividades de tiempo libre, como por ejemplo dejar un día a la semana para una actividad en particular.

Indagar la percepción de la persona respecto a las actividades de tiempo libre, ya sean Deportivas, sociales, lúdicas, de entretenimiento, religiosas, de voluntariado, ambientales, políticas, etc., es importante identificar si las percibe como placenteras y en qué medida lo son y lo vivencia (Babín, et al., 2007; Best, et al., 2010).

Indagar si conoce y está informado de las actividades de tiempo libre disponibles en su barrio, comuna o ciudad. Esto puede ser una instancia que estimule a la persona a buscar alguna actividad, y que están asociada a indicadores de mayor abstinencia

Participación Consultiva

Participación Ejecutora

Participación Instrumental

Planificación del Tiempo Libre

**Tiempo Libre**

Actividades que contribuyen al proceso de recuperación

Calidad y vivencia respecto del Tiempo Libre

Conocimiento e información respecto de las actividades de



(Best, et al., 2010)  
 Si es que practica alguna actividad identificar la frecuencia con que la realiza, ya sea Diariamente, semanalmente o mensualmente (Babín, et al., 2007; Best, et al., 2010). Por otro lado, se puede indagar en actividades que la persona haya realizado y que haya abandonado por causa del consumo, ello puede ayudar a que busque nuevamente desarrollarla y sea una contribución a su proceso de recuperación.  
 Indagar en las facilidades para tener una actividad de tiempo libre, ya sea la disponibilidad de tiempo, dinero, cercanía, apoyo y acceso a la información (Babín, et al., 2007; Best, et al., 2010). Esto puede ser importante para identificar alternativas que le ayuden a desarrollar alguna actividad y que sea una contribución a su proceso de recuperación.

tiempo libre  
 Frecuencia de las actividades de tiempo libre  
 Disponibilidad de medios para las actividades de tiempo libre

Identificar relaciones de apoyo significativas  
 Construir relaciones de apoyo  
 Concordar roles como sujeto/a de derechos y deberes  
 Proyectar las relaciones familiares.  
 Reconocer las diferencias  
 Activar redes sociales  
 Participar de la vida en sociedad  
 Aprender a vivir en comunidad

**Competencias Familiares para la Integración Social**  
**Competencias comunitarias para la integración social**

La Pauta de descripción de las Necesidades de Integración Social fue diseñada exclusivamente para la evaluación en personas con problemas por consumo de alcohol y drogas y que sean usuarias de los planes de tratamiento de SENDA, tanto en el ámbito público como privado.  
 Asimismo, los ámbitos de Competencias Familiares para la Integración Social y de Competencias comunitarias para la integración social deben ser previamente evaluados en base al Portafolio Metodológico de Desarrollo de competencias de empleabilidad para las transiciones laborales (CONACE-Fundación\_Chile, 2010). La aplicación en conjunto con el usuario del portafolio entrega y discrimina el nivel alcanzado respecto a cada componente de los 2 ámbitos, los cuales pueden ser:

- Siempre / Generalmente
- Ocasionalmente
- Escasamente

ÁMBITO	COMPONENTES	Sugerencias para la descripción de Necesidades de Integración Social
<b>Situación Financiera</b>	<p>Ingreso autónomo per cápita del hogar</p> <p>Situación de endeudamiento</p> <p>Percepción de la tensión financiera:</p>	<p>Indagar respecto al ingreso mensual que tiene el usuario y su familia, su cálculo se hace en base a la suma de todos los ingresos autónomos que tengan las personas del hogar dividido por el número de integrantes, en base a ello se pueden clasificar en tres grupos asociados a los deciles de ingreso en la población chilena (CASEN, 2011). El corte del primer grupo es para familias con un ingreso per cápita mayor a \$228.621, el segundo grupo con ingresos per cápita familiar entre \$228.621 y \$85.741, y el grupo con mayor vulnerabilidad con un ingreso per cápita familiar menor de \$85.741.</p> <p>Los problemas legales por causa de sobreendeudamiento son aspectos importante para la recuperación de las personas con consumo de drogas y alcohol (Sumnall &amp; Brotherhood, 2012), por ello es importante conocer su situación y eventualmente asesorar o derivar con los dispositivos correspondientes.</p> <p>La situación de endeudamiento es aquella en la que la persona es capaz de pagar sus deudas, ya sea, por ejemplo el pago del dividendo, el arriendo, tarjetas comerciales, servicios básicos, etc., asimismo las deudas no superan el 25% de sueldo líquido. La situación de sobreendeudamiento es la incapacidad de pagar las obligaciones o deudas como de servicios básicos, salud, colegios, arriendo, tarjetas comerciales, etc. (Banco_Central, 2012; SERNAC, 2013)</p> <p>Indagar respecto a cuál frase representa mejor la situación del hogar de la persona en recuperación, ¿Les alcanza para pagar las cuentas sin grandes dificultades?.</p> <p>Indagar las categorías en base a las registradas en SISTRAT (SENDA, 2013):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Casa / Departamento/Residencial/ Pensión u Hostal</li> <li>• Mediagua/ Pieza dentro de una vivienda</li> <li>• Hospedería / Caleta o punto de calle</li> </ul>
<b>Habitabilidad</b>	<p>Tipo de vivienda</p>	<p>Tenencia de la vivienda Indagar las categorías en base a las registradas en SISTRAT (SENDA, 2013):</p>

AMBITO	COMPONENTES	Sugerencias para la descripción de Necesidades de Integración Social
Percepción y satisfacción del barrio	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arriendo / Propia</li> <li>• Allegado</li> <li>• Ocupación irregular</li> </ul>	Los aspectos asociados a los saludables y seguro del barrio está relacionado con el proceso de recuperación de la persona (Sumnall & Brotherhood, 2012), por ello es importante indagar en este componente.
Percepción y satisfacción respecto de la vivienda		Los aspectos asociados a los saludables y seguro de la vivienda está relacionado con el proceso de recuperación de la persona (Sumnall & Brotherhood, 2012), por ello es importante indagar si al vivienda es un espacio seguro que brinda los elementos para satisfacer las necesidades básicas (lugar para dormir, cocinar, asearse, etc.) y ayuda al proceso de recuperación.
Educación y Formación	<p>Nivel de escolaridad</p> <p>Capacitaciones</p> <p>Orientación Vocacional y Laboral</p> <p>Causas pendientes o en proceso</p>	<p>Indagar las categorías en base a las registradas en SISTRAT (SENDA, 2013):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Educación Universitaria / Técnica/Educación media completa</li> <li>• Educación Media Incompleta</li> <li>• Educación Básica (Completa o Incompleta / Sin estudios</li> </ul> <p>Indagar respecto a la formación y/o capacitación de la persona.</p> <p>Indagar respecto a los conocimientos, aptitudes profesionales y vocacionales que cuenta la persona, e indagar en su nivel de interés en capacitarse o estudiar.</p> <p>Los aspectos relacionados con la transgresión a la norma social están asociados al proceso de recuperación en las personas con consumo de drogas y alcohol y que hayan tenido alguna experiencia al respecto, diversos instrumentos miden y evalúan esta dimensión (Groszkova, et al., 2013; Sumnall &amp; Brotherhood, 2012). Por lo anterior es importante indagar si la persona tiene antecedentes o causas judiciales pendientes en proceso.</p>
Situación Judicial	Existencia de antecedentes penales	
Trabajo (Independiente o Dependiente)	<p>Experiencia laboral anterior</p> <p>Condición ocupacional</p>	<p>Los aspectos relacionados con el trabajo están asociados al proceso de recuperación en las personas con consumo de drogas y alcohol, por ello es importante evaluar todos los aspectos relacionados con ello y la estabilidad asociada (Sumnall &amp; Brotherhood, 2012).</p> <p>Indagar las categorías en base a las registradas en SISTRAT (SENDA, 2013):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Con trabajo actualmente / Jubilado-Pensionado / Incapacitado permanente para trabajar</li> <li>• Cesante / Busca trabajo</li> <li>• Cesante y no busca trabajo.</li> </ul>
Nivel de precariedad y condiciones laborales		<p>Indagar si situación el nivel de precariedad laboral</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Contratado indefinidamente con pagos de imposiciones (AFP+ FONASA o</li> </ul>

ISAPRE)

- Contratado por faenas o periodos cortos de tiempo, estacional u ocasional.
- Trabaja sin contrato y sin pago de imposiciones (AFP+ FONASA o ISAPRE)

Conocerse y gestionar a sí mismo exclusivamente para la evaluación en personas con problemas por consumo de alcohol y drogas y que sean usuarias de los planes de tratamiento de SENDA, tanto en el ámbito público como privado.

**Competencias laborales**  
 de Proyectar un trabajo u oficio  
**empleabilidad**  
 (Guía del portafolio o metodológico)

La Pauta de Descripción de las Necesidades de Integración Social fue diseñada para la evaluación en personas con problemas por consumo de alcohol y drogas y que sean usuarias de los planes de tratamiento de SENDA, tanto en el ámbito público como privado. Asimismo, los ámbitos de Competencias Familiares para la Integración Social y de Competencias comunitarias para la integración social deben ser previamente evaluados en base al Portafolio Metodológico de Desarrollo de competencias de empleabilidad para las transiciones laborales (CONACE-Fundación\_Chile, 2010). La aplicación en conjunto con el usuario del portafolio entrega y discrimina el nivel alcanzado respecto a cada componente de los 2 ámbitos, los cuales pueden ser:

- Siempre / Generalmente
- Ocasionalmente
- Escasamente

**Percepción del lugar de Trabajo o Estudios**

Indagar respecto a la percepción del trabajo o el lugar donde realiza estudios, ya sea si lo percibe como seguro y ayuda al proceso recuperación o no (Hay muchos casos en que los propios compañeros de trabajo o estudios consumen también).

**Competencias personales para la integración social**  
 (Guía del portafolio metodológico)

La Pauta de Descripción de las Necesidades de Integración Social fue diseñada exclusivamente para la evaluación en personas con problemas por consumo de alcohol y drogas y que sean usuarias de los planes de tratamiento de SENDA, tanto en el ámbito público como privado. Asimismo, los ámbitos de Competencias Familiares para la Integración Social y de Competencias comunitarias para la integración social deben ser previamente evaluados en base al Portafolio Metodológico de Desarrollo de competencias de empleabilidad para las transiciones laborales (CONACE-Fundación\_Chile, 2010). La aplicación en conjunto con el usuario del portafolio entrega y discrimina el nivel alcanzado respecto a cada componente de los 2 ámbitos, los cuales pueden ser:

- Siempre / Generalmente
- Ocasionalmente
- Escasamente

**Orientaciones para la clasificación: Es importante destacar que para seleccionar el Nivel de Necesidad de cada capital se deben sumar los componentes en cada columna y aquella con mayor número de componentes en su categoría, o al menos el 50%, se sugiere seleccionar. Es importante considerar que la clasificación siempre debe estar mediada por la apreciación clínica de los entrevistadores y considerando los componentes de alta necesidad.**

NIVEL DE NECESIDAD DE CAPITAL (Entrevista)

BAJA NECESIDAD DEL CAPITAL ...

MEDIANA NECESIDAD DEL CAPITAL ...

ALTA NECESIDAD DEL CAPITAL ...

En este espacio se deben consignar las principales observaciones y especificidades que consideren importantes respecto al capital evaluado. Se pueden consignar, a partir de las necesidades observadas, los aspectos principales asociados a sus capitales de recuperación.

<p>El presente informe de evaluación de riesgos financieros de la entidad de seguros de vida, se basa en la información proporcionada por la entidad de seguros de vida, la cual ha sido verificada por el evaluador. El evaluador no ha realizado una auditoría de la información financiera de la entidad de seguros de vida, por lo tanto, no puede garantizar la exactitud de la información proporcionada. El evaluador ha realizado una revisión limitada de la información financiera de la entidad de seguros de vida, la cual ha permitido identificar algunas de las principales observaciones y especificidades que consideramos importantes respecto al capital evaluado. Se pueden consignar, a partir de las necesidades observadas, los aspectos principales asociados a sus capitales de recuperación.</p>

## REFERENCIAS

- Babín, F., Herrero, M., Brasal, M., Bustos, M., Calvo, C., Cuesta, S., . . . Tercero, M. (2007). *Programa de Integración Social a través del ocio*. Madrid: Instituto de Adicciones de Madrid Salud.
- Banco\_Central. (2012). *Endeudamiento de los hogares: aspectos conceptuales y revisión de la literatura*. Santiago: Informe de Estabilidad Financiera, Banco Central.
- Best, D., Simpson, D., & White, W. (2010). *Treatment Process Model, Manual Recovery for Lanarkshire*: University of the West of Scotland.
- CASEN. (2011). *Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional*. Santiago de Chile: Ministerio de Desarrollo Social , Gobierno de Chile.
- Castro, R., Campero, L., & Hernández, B. (1997). La investigación sobre apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos. *Rev. Saúde Pública*, 31(4), 425-435.
- Cloud, W., & Granfield, R. (2008). Conceptualizing Recovery Capital: Expansion of a Theoretical Construct *Substance Use & Misuse*, 43(12-13), 1971-1986.
- CONACE-Fundación\_Chile. (2010). *Portafolio Metodológico, Desarrollo de competencias de empleabilidad para las transiciones laborales*. Santiago de Chile: Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes-Centro de Innovación en Capital Humano de Fundación Chile.
- Gallo, M., & Garrido, R. (2009). *El Capital Social, ¿Que es y por qué importa?* Madrid.
- Garmendia, M. L., Alvarado, M. E., Montenegro, M., & Pino, P. (2008). Importancia del apoyo social en la permanencia de la abstinencia del consumo de drogas. *Revista médica de Chile*, 136, 169-178.
- Groshkova, T., Best, D., & White, W. (2013). The Assessment of Recovery Capital: Properties and psychometrics of a measure of addiction recovery strengths. *Drug and Alcohol Review*, 32, 187-194. doi: 10.1111/j.1465-3362.2012.00489.x
- Hawkins, D., & Catalano, R. (1985). Aftercare in Drug Abuse Treatment *Substance Use & Misuse*, 20(6-7), 917-945
- Henríquez, O., Navarrete, E., Hidalgo, L., & Zanzi, C. (2010). *Manual Guía para la Participación Ciudadana en la Elaboración de las Políticas Públicas Regionales*. Santiago: Departamento de Políticas y Descentralización, División de Políticas y Estudios, Subsecretaría de Desarrollo Regional y Administrativo, Ministerio del Interior.
- Higgins, S., & Petry, N. (1999). Contingency Management. *Alcohol Research & Health*, 23( 2 ).

- López, A., & Chacón, F. (1990). Apoyo social percibido: su efecto protector frente a los acontecimientos vitales estresantes *Revista de Psicología Social*, 7(1), 53-59.
- Márquez, F., Sanhueza, A., Ferrari, M. D., Mujica, P., Gonzalez, R., & Cáceres, M. (2001). *Participación Ciudadana en la Gestión Pública, Marco Conceptual*. Santiago: Ministerio Secretaria General de la Republica, Gobierno de Chile.
- Mujica, P., Ferrari, J. M. D., Sanhueza, A., Lauzán, S., & Delpiano, C. (2008). *Manual de Participación Ciudadana*. Santiago: Corporación PARTICIPA.
- Parada, M. O., & Rivera, M. J. B. (2011). Psychometric Properties of a Scale Designed to Measure Perceived Social Support in Chilean Patients with Type 2 Diabetes. *Universitas Psychologica*, 10(1), 189-196.
- Poblete, F., Sapag, J., & Bossert, T. (2008). Capital social y salud mental en comunidades urbanas de nivel socioeconómico bajo, en Santiago, Chile. Nuevas formas de entender la relación comunidad-salud. *Rev Méd Chile* 136, 230-239.
- SAMHSA. (2009). Center for Substance Abuse Treatment, What Are Peer Recovery Support Services? Rockville, MD.: Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA).
- SENDA-MINSAL. (2013). Norma y orientaciones técnicas de los planes de tratamiento y rehabilitación para personas adultas con problemas derivados del consumo de drogas *Convenio SENDA-MINSAL*
- SENDA. (2013). *SISTRAT, Base personas adultas en tratamiento 2012*. Santiago.
- SERNAC. (2013). Carga Financiera máxima, 2013, from <http://www.sernacfinanciero.cl/calculadora-de-endeudamiento-familiar/>
- Sumnall, H., & Brotherhood, A. (2012). Social reintegration and employment: evidence and interventions for drug users in treatment In O. European (Ed.). Luxembourg: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA).
- White, W. (2009). *Peer-based addiction recovery support: History, theory, practice, and scientific evaluation*. Chicago.
- White, W., & Cloud, W. (2008). Recovery capital: A primer for addictions professionals. *Counselor*, 9(5), 22-27.

**MESAS REGIONALES DE GESTIÓN DEL CONVENIO  
DE COLABORACIÓN TÉCNICA Y FINANCIERA  
SENDA – MINSAL**



## 1. Introducción

El Programa requiere la articulación permanente entre las instituciones firmantes del convenio SENDA - MINSAL, como también la construcción de relaciones de confianza y respeto, la construcción de un lenguaje común, la comprensión de las funciones de cada institución, con la claridad que el trabajo integrado genera sinergias que maximizan y enriquecen las posibilidades.

En este contexto, es que se ha querido relevar el rol de las Mesas Regionales de Gestión del Convenio de Colaboración Técnica-Financiera entre SENDA y MINSAL para la implementación del Programa de Planes de Tratamiento y Rehabilitación de Personas con Problemas Derivados del Consumo de Drogas y Alcohol.

El presente documento, tiene como objetivo otorgar directrices para el funcionamiento de las Mesas Regionales, a fin de potenciar el trabajo que ellas realizan, homologar el funcionamiento de éstas, resguardando, al mismo tiempo, que el quehacer en esta materia responda a las necesidades e intereses locales.

Las Mesas Regionales deben constituirse en agentes activos en el desarrollo del Convenio, involucrándose desde los procesos de implementación y seguimiento de los programas, hasta el desarrollo técnico de temáticas relevantes para el territorio, potenciando la mejora continua de la calidad, lo que implica abordar aspectos técnicos, administrativos y operacionales.

Para ello, es fundamental que exista un trabajo intersectorial coordinado, integral, que posibilite la construcción de planes de acción conjuntos a corto, mediano y largo plazo, la identificación y priorización de problemas, la resolución de nudos críticos y el levantamiento de buenas prácticas locales. Es así como la intersectorialidad requiere de articulación para emprender conjunta y sistemáticamente los objetivos propuestos.

## 2. De la conformación y funcionamiento de las Mesas

- **Entidades y miembros:**

Las Mesas Regionales de Gestión del Convenio deben estar constituidas por los siguientes miembros:

a) Representante/s Área de Tratamiento de la Dirección Regional SENDA.

- b) Representante/s de Salud Mental del o los Servicio(s) de Salud respectivos.
- c) Referentes de Salud Mental o Encargados de Drogas y Alcohol de las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud.

Se sugiere, existiendo la factibilidad y el desarrollo regional, se incorpore de manera paulatina a representante/s de APS del o los Servicio(s) de Salud respectivos, con el fin de incorporar en la mirada de la intervención de salud de atención primaria.

La constitución de la Mesa debe quedar estipulada en un documento formal, en donde se indiquen los representantes que la constituyen y un subrogante (quien asistirá cuando el representante, por razones de fuerza mayor no pueda asistir), las principales funciones de la Mesa y la periodicidad de las reuniones, el que debe contar con la firma de sus integrantes. Una copia de dicho documento debe ser enviado para conocimiento de la Mesa Nacional, a través del/ la representante de SENDA, durante el primer mes de vigencia del convenio.

Será el/la representante del Área de Tratamiento de la Dirección Regional de SENDA quien coordinará administrativamente el funcionamiento de la Mesa.

En caso que, por razones de fuerza mayor, exista una subrogancia, se debe cautelar que el representante oficial de la mesa se interiorice de las temáticas tratadas y de los acuerdos adoptados.

En caso de ser necesario, según las temáticas a abordar, las contingencias regionales, la resolución de situaciones críticas, áreas de desarrollo técnico, entre otros, es posible invitar a otros actores a la Mesa Regional, en acuerdo de todos sus integrantes, a fin de contar con mayor información y/o complementar miradas y acciones, por ejemplo, encargado profesiones médicas, representantes del intersector, representante de centros de tratamiento, agentes de la red local, u otros.

- **Funciones:**

Las principales funciones de la Mesa Regional son las siguientes:

- a) Realizar el seguimiento y apoyo a la implementación y gestión técnica del Programa.
- b) Realizar un análisis y evaluación de la ejecución y del desarrollo del Programa en los centros prestadores públicos y privados en la respectiva región, considerando los niveles de ejecución, los procesos de gestión de

la calidad, datos relevantes del sistema de información y otros elementos que la región estime pertinente.

- c) Realizar análisis permanente de resultados de tratamiento, en virtud de la información disponible. (Por ejemplo, información de SISTRAT, ficha de monitoreo, informes semestrales y anuales del nivel nacional, etc.).
- d) Organizar y gestionar una respuesta integral al consumo problemático de sustancias e integrada a la red de salud y psicosocial de la región respectiva.
- e) Formular una propuesta y opinión técnica para la definición de la asignación anual de las diversas modalidades de atención contempladas en el Programa, a ser ejecutadas por los establecimientos públicos, de acuerdo a las evaluaciones e indicadores establecidos (prevalencia, brechas, necesidades locales, factibilidad, entre otras), la que será entregada al nivel central del Ministerio de Salud y del SENDA.
- f) Formular una propuesta y opinión técnica para la definición de las líneas de servicio contempladas en el Programa a ser licitadas y ejecutadas por oferentes privados, de acuerdo a las evaluaciones e indicadores establecidos (prevalencia, brechas, necesidades locales, proyecciones, factibilidad, entre otras), la que será entregada al nivel central del Ministerio de Salud y del SENDA.
- g) Formular propuestas al nivel central de MINSAL y de SENDA sobre eventuales reasignaciones, modificaciones y/o términos de convenios, según el procedimiento establecido en el Convenio de Colaboración Técnica-Financiera, sus documentos anexos y/o los respectivos convenios de colaboración o contratos de compra de servicios.

- **Reuniones de trabajo:**

La Mesa debe reunirse al menos con frecuencia mensual, además de realizar reuniones extraordinarias en caso que fuere requerido. Es relevante contar con las actas correspondientes de cada reunión (se sugiere turnarse entre los representantes de las instituciones) y asegurar que se haga llegar a todos los participantes, a fin que cuenten con la misma información de manera oportuna. El representante del Área de Tratamiento de la Dirección Regional SENDA debe ser el encargado de conservar las actas por si fuere necesario acudir a ellas.

- **Planificación anual:**

La planificación de las Mesas Regionales es una acción relevante para la organización y gestión del Convenio. El propósito de ésta es programar, entre

todos los integrantes de la Mesa, las acciones que se llevarán a cabo durante el año, considerando tanto aquellas de carácter permanente o habitual como aquellas transitorias que hayan sido priorizadas por su relevancia a nivel regional.

Dentro de las acciones a incorporar en dicha planificación se encuentran:

- Revisar en conjunto el Convenio de Colaboración Técnica, evaluando las modificaciones, hitos importantes del funcionamiento de la Mesa, clarificando los roles y funciones de cada institución involucrada, así como consensuando cómo dar cumplimiento de los compromisos adoptados.
- Evaluar el funcionamiento y respuesta de los planes de tratamiento existentes para los procesos de reasignación presupuestaria establecidos en los respectivos convenios con los prestadores (públicos y privados), tomando en consideración una posible continuidad, aumento o descenso de planes. Esta evaluación debe ser efectuada por todos los integrantes del Convenio, para que exista consenso por parte de los distintos actores.
- Revisar y analizar en conjunto, los elementos significativos observados en el proceso de las asesorías y el proceso de evaluación anual, respecto de los distintos programas de tratamiento.
- Revisar en conjunto los principales resultados de los Planes de Trabajo Anuales con cada programa, a partir de los informes semestrales y anuales.
- Levantar necesidades, planificar y efectuar capacitaciones regionales y/o macrozonales, para abordar temáticas específicas de necesidad regional, según evaluación realizada por la misma Mesa.
- Revisar los Planes de Situaciones Críticas implementados e identificar resultados concretos al respecto, de acuerdo a los procedimientos establecidos para ello (Documento Gestión de Calidad).
- Remitir los antecedentes de Situaciones Críticas a la Mesa Nacional de Gestión del Convenio, cuando no sea posible abordarlas desde el nivel regional, de acuerdo a los formatos y mecanismos establecidos para ello (Documento Gestión de Calidad). Esto se realizará a través del Director Regional de SENDA.
- Apoyar la implementación e instalación de los nuevos Programas en la región.
- Analizar los datos que se dispongan (estudios de prevalencias, datos SISTRAT, u otros) respecto a perfiles de consumo, brechas y nudos críticos, tanto de la población atendida como de la población regional general.
- Definir y realizar hitos a lo largo del año, ya sean de gestión como comunicacionales, de acuerdo a las necesidades e intereses locales.

Para lo anterior, se requiere que la Mesa Regional elabore por escrito dicha planificación, la que debe ser sancionada a más tardar el 30 de Marzo. Para el 2017, este plazo se extiende excepcionalmente al 30 de Mayo. Ésta debe al menos, contener objetivos y acciones a realizar, los productos esperados y las temáticas a abordar, durante los 12 meses siguientes a la elaboración de la planificación, siendo remitida a cada referente del nivel nacional del Convenio, según corresponda.

La ejecución de esta Planificación debe ser monitoreada de manera permanente, realizando los ajustes necesarios de acuerdo a las necesidades que surjan, debiendo ser evaluada en su cumplimiento para la construcción de la planificación del período siguiente.

### **3. Coordinación con la Mesa Nacional de Gestión del Convenio:**

Con el objetivo de conocer el funcionamiento de las Mesas Regionales y poder apoyar la gestión de éstas, es que el nivel central podrá solicitar el envío de información durante el año, la que podrá referirse a las principales temáticas abordadas durante el periodo, el cumplimiento de objetivos según la planificación anual, la capacidad resolutoria de la mesa, nudos críticos asociados al funcionamiento de la mesa y ejecución del convenio, aspectos favorecedores del proceso de ejecución, periodicidad de las reuniones u otros aspectos que sean considerados como relevantes y/o que requieran ser discutidos y analizados por la Mesa Nacional.

Además de lo anterior, se podrán generar otras instancias de coordinación, tales como la realización de videoconferencias, que permitirán entre otros, traspasar desde el nivel nacional al regional, la información de aspectos que han sido trabajados y discutidos a ese nivel, como también profundizar en las temáticas propias de la gestión de las Mesas Regionales.

Si bien se espera una alta resolutoria de las mesas de cada región, en ocasiones se requiere contactar a la Mesa Nacional con el fin de solicitar apoyo, aportar antecedentes o poner en conocimiento hechos o situaciones que les parezcan relevantes. Para esto, cada representante puede contactar a su contraparte a nivel nacional, siendo responsabilidad del representante de región informar de ello a los otros miembros de la Mesa Regional, como también responsabilidad del profesional del nivel nacional informar a los demás miembros de la Mesa Nacional. Se sugiere que dicha comunicación se realice por escrito, vía correo electrónico.

**GESTIÓN DE LA CALIDAD**

**CONVENIO DE COLABORACIÓN TÉCNICA**

**SENDA – MINSAL**

## ÍNDICE

Introducción.....	3
Antecedentes.....	4
Sistema Asesoría.....	9
Sistema Evaluación.....	22
Anexos Asesoría.....	28

*“Concentrarnos sobre la Calidad ayuda a asegurar que los escasos recursos disponibles se emplean de forma eficiente y eficaz. Sin calidad no habrá confianza en la efectividad del sistema”*

**Mejora de Calidad en Salud Mental  
OMS 2007**

## **Introducción**

Pensar en calidad y en desarrollar procesos que nos permitan la mejora de ésta nos impone el importante desafío de ir más allá de entregar un servicio, centrándonos en los procesos de atención y sus resultados, en la satisfacción usuaria y en la eficiencia del uso de recursos, considerando además la responsabilidad que cabe respecto del adecuado uso de los recursos públicos, entre otros aspectos. Nos insta a una actitud proactiva para prevenir y resolver oportunamente dificultades, poniendo el énfasis en otorgar el mayor beneficio posible en la atención de los usuarios y prevenir que se incrementen los riesgos. Es decir, no solamente focalizarse en las problemáticas pasadas, sino también asegurar los cuidados efectivos en el futuro. La calidad debe comprenderse, por lo tanto, desde una perspectiva multidimensional.

Relevar la importancia de la calidad y la gestión de la calidad en los procesos de intervención en el ámbito de la salud, implica acoger un mandato de carácter ético. La intervención sanitaria demanda reconocer al sujeto tanto en su vulnerabilidad como respecto de sus recursos y potencialidades y exige la búsqueda de una atención de excelencia: *“la salud es una de las condiciones más importantes de la vida humana y un componente fundamental de las posibilidades humanas que tenemos motivos para valorar”*<sup>1</sup>. La intervención centrada en las personas no puede hacerse sin mediar la reflexión crítica de la organización respecto de qué es lo bueno, lo justo y cuáles son las estrategias, metodologías y acciones específicas para su consecución.

De este modo, el objetivo central de la Gestión de Calidad es desarrollar progresivamente una cultura de la calidad en los equipos de atención, a través de la entrega de herramientas específicas que permitan revisar la propia práctica, identificando los nudos críticos y las fortalezas en el funcionamiento y gestión de los programas de tratamiento.

---

<sup>1</sup> Sen, Amartya, ¿Por qué Equidad en Salud?, Revista Panamericana de Salud Pública, Vol 11 N° 5-6, Washington, Junio 2006.



SENDA y MINSAL preocupados por una atención de calidad en el contexto de la red de centros y programas de tratamiento y rehabilitación del consumo problemático en el marco de este convenio, incorpora a través de este documento, **la gestión de la calidad de la atención** en el desarrollo de programas de tratamiento en convenio e incluye como mecanismos esenciales en este proceso: **la asesoría y la evaluación**.

## Antecedentes

Calidad en salud se entiende como “condición de la organización sanitaria, que de acuerdo a una caracterización y normativa claramente definidas dentro de un sistema, permite cumplir funciones bien realizadas y seguras, que cubren satisfactoriamente las expectativas, requerimientos y necesidades de los usuarios, con recursos optimizados y equitativamente distribuidos”<sup>2</sup>

La calidad se configura a partir de un conjunto de dimensiones<sup>3</sup>, a saber:

DIMENSIONES	DEFINICIÓN
<b>Accesibilidad</b>	Es la facilidad con que la persona usuaria obtiene la atención sanitaria en relación con los aspectos (barreras) organizacionales, económicos y culturales. Es importante saber si la atención llega a quién la necesita y cuando la necesita. En esta dimensión es relevante reconocer que las barreras existen, identificarlas y medirlas, implementar soluciones creativas e innovadoras para resolverlas y mantener (institucionalizar) las soluciones, si ellas resultan útiles.
<b>Oportunidad</b>	Es la prestación de servicios, en condiciones adecuadas, cuando la persona lo necesite, sin tiempos de espera, que excedan lo técnicamente indicado. Considera definir estrategias para el manejo de las listas de espera. También la oportunidad se refiere a recibir atención de salud en estadios precoces de la manifestación del problema.
<b>Derechos de las personas usuarias</b>	Se refiere a todos aquellos aspectos relativos al respeto a la dignidad de las personas y al respeto a las normativas legales que surgen de los procesos de atención y de la condición de persona. Entre otros aspectos considera el control de la distribución y difusión de la información y datos personales a los que se accede en el marco del proceso de atención, a través del cuidado en el manejo de los “datos sensibles” registrados en documentos escritos y en la divulgación oral de la información. Considera también el correcto desarrollo del proceso de consentimiento informado que reconoce la autonomía de las personas usuarias respecto de su tratamiento, el acceso a la información suficiente y adecuada para la toma de decisiones y el resguardo de la privacidad y confidencialidad de la información generada en el marco del proceso de atención. Todo lo anterior en el marco del trato respetuoso y considerado.
<b>Calidad técnica o competencia</b>	Hace referencia a la capacidad de los integrantes del Equipo de Salud de utilizar el más avanzado nivel de conocimientos, habilidades, destrezas y juicio profesional

<sup>2</sup> Manual para el proceso de evaluación de la calidad de atención en salud mental. Minsal (2007).

<sup>3</sup> Manual de orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario. Ministerio de Salud (2012).

<b>profesional</b>	<p>para abordar los problemas de salud y brindar satisfacción a la persona usuaria, entre otros considera la calidad del diagnóstico, tratamiento y seguimiento.</p> <p>Contempla el ejercicio ético de la profesión, la calidad de las relaciones interpersonales al interior del equipo, como con las personas usuarias, sus familias y otros actores vinculados al proceso de atención</p>
<b>Continuidad</b>	<p>La continuidad es la atención integral de las persona en un sistema integrado, es decir, que la atención se provea de forma ininterrumpida y coordinada entre los diferentes programas e instituciones, considerando el episodio de la trayectoria en que se encuentre cada persona. Implica comprender que el logro de los resultados terapéuticos trasciende a los límites de un programa o dispositivo específico, que requiere del tránsito de la persona por una RED de atención articulada, considerando:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención permanente y sin interrupciones dentro de un mismo programa.</li> <li>• Atención sin interrupciones, entre diferentes niveles de atención del sistema</li> <li>• Atención sin interrupciones dentro del sistema, a lo largo del curso de vida de la persona</li> <li>• Atención paralela en distintos dispositivos sanitarios en respuesta a la multiplicidad de necesidades de salud que pueda presentar una persona.</li> <li>• Continuidad dada por la calidad de la información que se transfiere en los procesos de derivación</li> <li>• Coordinación intersectorial</li> </ul>
<b>Efectividad</b>	Es la medida en que una determinada atención, mejora el estado de salud del que la recibe, logrando los mejores resultados posibles con los recursos disponibles.
<b>Eficiencia</b>	Se refiere a otorgar el mayor beneficio posible, al menor costo razonable. Vincula calidad y costo y plantea saber calcular costos reales y estar conscientes de que si los costos se disminuyen bajo cierto límite, ello puede terminar alterando la calidad del servicio.
<b>Satisfacción Usuaría</b>	<p>Se define como la medida en que la atención sanitaria y el estado de salud resultantes cumplen con las expectativas de las personas. Se trata de tener en cuenta la manera en que la atención es percibida por el usuario y sus reacciones como consecuencia de ello. Considera la adaptación de la atención a las expectativas, deseos y a los valores de las personas usuarias.</p> <p>Algunos factores que inciden en el grado de satisfacción son la edad de la persona usuaria, el estado físico y mental previo a la atención, experiencias previas en el sistema, la accesibilidad a la atención, la información recibida, la organización de la atención, la competencia profesional percibida, la mejoría de la salud percibida, etc.</p>
<b>Seguridad</b>	Eliminación y/o reducción de riesgos, accidentes, infecciones, efectos perjudiciales vinculados a la prestación del servicio, tanto para la persona usuaria como para el prestador.
<b>Comodidades, Amenidades o Confort</b>	Esta dimensión incluye todas las condiciones ambientales en que un servicio se otorga. Considera salas de espera confortables, amplias, ventiladas, iluminadas, con asientos adecuados, boxes bien habilitados, que respeten la privacidad de la atención, condiciones de calefacción apropiadas, manejo de la contaminación acústica, mantenimiento y aseo.

En relación con lo anterior y considerando lo planteado por las OMS<sup>4</sup>, la valoración y comprensión de la calidad de atención en salud involucra una variedad de perspectivas, de acuerdo a los distintos actores que participan en el proceso y sus diferentes percepciones. A saber:

<sup>4</sup> Mejora de la Calidad de la Salud Mental. OMS (2007)

- Desde la perspectiva de la persona usuaria y su familia, por ejemplo, aspectos tales como la amabilidad y disponibilidad de tiempo de la persona tratante, las características físicas del sitio en donde recibe la atención, el tiempo que transcurre entre el momento en que solicita el servicio y efectivamente lo recibe, y los resultados y las complicaciones del proceso, son características que puede evaluar fácilmente y que, por lo tanto, determinan su valoración de la calidad.
- Desde la perspectiva del prestador, la valoración de la calidad puede centrarse en los aspectos científicos, técnicos y tecnológicos involucrados en el proceso, tales como certificaciones y experiencia de los profesionales y la tecnología disponible.
- Desde la perspectiva del pagador del servicio, la característica que más valora es la eficiencia, es decir, lograr el mayor beneficio al menor costo.

En este marco es fundamental evaluar la calidad y se han establecido cuatro principales razones de por qué es importante medirla<sup>5</sup>:

- a) Para ayudar a los/las usuarios/as a realizar elecciones informadas sobre su salud;
- b) Para ayudar a los/as usuarios/as y equipos a tomar decisiones informadas sobre los planes terapéuticos;
- c) Para ayudar a los equipos a mejorar la atención que prestan;
- d) Para proporcionar información a los procesos de decisión económica.

Por otro lado, la **gestión en calidad** en salud ha sido definida como un conjunto de acciones sistematizadas y continuas destinadas a prevenir y/o resolver oportunamente, problemas o situaciones que impidan otorgar el mayor beneficio posible o que incrementen riesgos de los usuarios.<sup>6</sup> Dentro de estas acciones, se enfatiza en la evaluación, monitoreo, diseño, desarrollo y cambio organizacional, como herramientas puestas a disposición de los equipos de salud para el mejor cumplimiento de su misión y objetivos.

La gestión entonces, permite incrementar la eficiencia y la calidad de las prestaciones sanitarias otorgadas en los centros y programas de tratamiento; 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 de las personas e incorporar a los profesionales en la gestión de los

---

<sup>5</sup> Manual de orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud familiar y Comunitario. Ministerio de Salud (2012).

<sup>6</sup> *Manual para el proceso de evaluación de la calidad de atención en salud mental. Minsal (2007).*

recursos utilizados en su propia práctica y, a fin de mejorar la efectividad de las decisiones; entre otros.

Un sistema de gestión de calidad se concibe en el marco del desarrollo de procesos de mejora continua<sup>7</sup>, que se refiere al hecho de que nada puede considerarse como algo terminado o mejorado en forma definitiva. Estamos siempre en un proceso de cambio, de desarrollo y con posibilidades de mejorar; en busca permanente de la excelencia del servicio y los procesos que lo sustentan. Estos procesos no son estáticos, sino más bien son dinámicos en constante evolución. Y este criterio se aplica tanto a las personas, como a las organizaciones y sus actividades.

El esfuerzo de mejora continua, es un ciclo, a través del cual identificamos un área de mejora, planeamos cómo realizarla, la implementamos, verificamos los resultados y actuamos de acuerdo con ellos, ya sea para corregir desviaciones o para proponer otra meta más retadora.

Este ciclo permite la renovación, el desarrollo, el progreso y la posibilidad de responder a las necesidades cambiantes de nuestro entorno, para dar un mejor servicio o producto a nuestros usuarios.

Los siguientes capítulos describen los dos mecanismos esenciales que MINSAL y SENDA han definido para la gestión de la calidad de los programas de tratamiento de drogas y alcohol: **la asesoría y la evaluación.**

## **I.- SISTEMA DE ASESORÍA A LOS EQUIPOS DE CENTROS Y PROGRAMAS DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN**

Se entenderá la Asesoría como un proceso de acompañamiento al equipo tratante, que consiste en brindar orientación y apoyo mediante la sugerencia y/o la entrega de información relevante y atinente al tratamiento y los procesos asociados a éste. Es

---

<sup>7</sup> [http://www.conductitlan.net/psicologia\\_organizacional/la\\_mejora\\_continua.pdf](http://www.conductitlan.net/psicologia_organizacional/la_mejora_continua.pdf)

un proceso que fomenta la capacidad reflexiva de los equipos respecto a su práctica de manera participativa, facilitando la detección de problemas, así como el acompañamiento en la resolución de éstos, el reconocimiento y reforzamiento de actividades bien ejecutadas y la propuesta de soluciones correctoras atingentes, cuando corresponda.

En el marco del presente Convenio, esta asesoría es un proceso continuo dirigido específicamente a proveer apoyo técnico a los equipos ejecutores de los programas de tratamiento y rehabilitación del consumo problemático de alcohol y otras drogas, con el objetivo de promover el desarrollo de competencias técnico-clínicas, favorecer la coordinación y trabajo en red y fortalecer la organización de los programas y equipos de tratamiento, a fin de contribuir al mejoramiento continuo de la calidad de la atención brindada a las personas usuarias, de acuerdo a sus necesidades y recursos.

### **OBJETIVOS GENERALES**

- Contribuir a la mejora continua y progresiva de los programas de tratamiento, favoreciendo el desarrollo de una cultura de la calidad en los equipos.
- Orientar y apoyar a los equipos en el diseño, implementación y desarrollo de un programa de tratamiento y rehabilitación del consumo problemático de alcohol y otras drogas, resolutivo y de calidad.

### **Objetivos específicos**

- Contribuir al desarrollo de destrezas, habilidades y competencias de los equipos, que permitan mejorar las distintas dimensiones de un servicio de calidad.
- Promover y fortalecer el desarrollo de estrategias terapéuticas eficaces para el proceso de recuperación de las personas usuarias.
- Favorecer la formación continua, la transferencia e intercambio de tecnologías y herramientas de acuerdo a las necesidades de los equipos.
- Favorecer en los equipos la reflexión crítica de sus prácticas, a fin de reforzar aspectos positivos y superar aquellos deficitarios.
- Promover la perspectiva de autocuidado y cuidado de los equipos
- Facilitar la continuidad de los cuidados de los/las usuarios/as a través del fortalecimiento y la gestión efectiva de la red de tratamiento y de salud general

### **RESPONSABLES**

La responsabilidad de la implementación del Sistema de Asesoría recae en el equipo conformado por el Gestor de Calidad de SENDA Regional y un Profesional de la Unidad de Salud Mental del Servicio de Salud correspondiente, quienes en conjunto con el equipo de cada centro deben acordar un plan y un cronograma de trabajo anual, pudiendo contar con apoyo de SEREMI cuando corresponda.

Para resguardar el desarrollo continuo de lo planificado, este equipo establecerá la metodología que permita que la ausencia de alguna de las partes asesoras, no dificulte el normal desarrollo del proceso de Asesoría y la obtención de resultados y productos. Para lo anterior, se requiere que la dupla asesora durante el primer trimestre del año elabore una planificación escrita de visitas de asesoría que contenga el centro o programa a visitar, número de visitas planificadas y de éstas, aquellas que se realizarán en conjunto, de acuerdo a la priorización que realice la dupla.

La conformación del equipo asesor permite complementar aproximaciones desde la atención, la intervención y la red como apoyo al desarrollo de cada programa, en las cuales también se incorpora y se integra la diversidad regional.

### **ORGANIZACIÓN DE LA ASESORÍA**

Para el desarrollo de este proceso se requiere inicialmente la **planificación conjunta** entre el equipo del programa y el equipo asesor de los siguientes aspectos:

1. Co construcción de un plan de trabajo para el año (ver anexo N°1), que incluye contenidos, metas, resultados y productos a lograr, con sus respectivos plazos. Éste debe ser formulado en los tres primeros meses del año (o tres meses desde el inicio de la ejecución del convenio) y firmado por el equipo asesor y el Encargado del Programa de Tratamiento. Servirá como insumo para el punto de partida de este plan entre otros elementos, la pauta de Evaluación aplicada el año anterior, si corresponde.
2. Definición de estrategias de coordinación para el desarrollo de la asesoría, estructurando un cronograma de reuniones y actividades
3. La evaluación de cumplimiento del plan de trabajo, realizada en función del cronograma con una periodicidad definida por el equipo asesor y el centro o programa de tratamiento, debiendo al menos realizarse una evaluación semestral, con corte al 30 de Junio y al 31 de diciembre.
4. El monitoreo de los resultados de tratamiento, que contemple entre otras variables: retención de usuarios, tiempos de espera, logro terapéutico, etc.

debiendo al menos realizarse una primera evaluación en julio de cada año y una segunda evaluación en enero de cada año, considerando el periodo Enero – Junio y Enero – Diciembre, respectivamente.

Cabe destacar que esta planificación inicial puede ser modificada, según acuerdo entre las partes y/o situaciones emergentes, tales como observaciones realizadas a partir de la supervisión de centros o programas de tratamiento, sean estas conducentes a multas o sanciones, o no.

## **METODOLOGÍA**

La implementación de la asesoría requiere de la construcción de una alianza de trabajo con los equipos de los centros o programas prestadores que facilite el cumplimiento de los objetivos de la gestión de calidad.

Esta Asesoría se desarrolla, por un lado a través de contactos y visitas programadas y acordadas previamente con los equipos de los centros o programas, además de otros contactos según los objetivos del plan, el diagnóstico de necesidades, los insumos entregados por la evaluación y otros elementos emergentes, abordándose aspectos y/o necesidades de desarrollo particulares de dicho centro o programa. La frecuencia de la Asesoría deberá ser definida considerando las fortalezas y debilidades que presenta cada centro en particular. Se espera que la frecuencia mínima de estas actividades no sea inferior a un periodo de dos meses, debiendo intensificarse en aquellos casos en que se presentan mayores necesidades de desarrollo y/o deficiencias

Así mismo, dicha asesoría se desarrolla además mediante reuniones, ampliadas con un grupo de centros, o bien reuniones de red; con una frecuencia definida de acuerdo a las necesidades particulares detectadas.

Es importante señalar que existen aspectos que pueden ser pesquisados en los procesos de asesoría que requerirán el involucramiento de actores distintos a la dupla asesora y el equipo técnico del Programa para su abordaje, por ejemplo, el Encargado de Tratamiento de SENDA, el Encargado de Salud Mental del Servicio de Salud, el Director Regional de SENDA, el Director del Servicio de Salud, el representante legal de una entidad privada, el Director de Salud de la respectiva Municipalidad, entre otros. Para lo anterior, se requiere que la dupla asesora ponga en conocimiento de sus respectivas jefaturas la necesidad, quienes serán los responsables de organizar las acciones correspondientes y el seguimiento de éstas.

Sumado a lo anterior, la dupla asesora debe mantener el proceso de asesoría de acuerdo a lo planificado en los ámbitos que le competen.

Cada una de las actividades de asesoría tiene que ser registrada en el documento denominado Registro de Asesoría (ver anexo N°2), con el propósito de disponer de información de este proceso y retroalimentar al equipo tratante.

La asesoría considera, entre otras actividades:

- Acompañamiento en la instalación y desarrollo del programa terapéutico, que permita:
  - Anticipar dificultades potenciales en el desarrollo del programa de tratamiento.
  - Identificar necesidades de formación y capacitación de los equipos, relevando su importancia y canalizándolas en los niveles pertinentes.
  - Identificar y reforzar los aciertos en la intervención y en la implementación de los programas
- Discusión, análisis y reflexión de elementos teóricos que sustentan los modelos de intervención que guían la acción de los equipos y cómo éstos se operacionalizan en metodologías específicas de intervención.
- Discusión y análisis de casos clínicos (ver anexo N°3), con el propósito de facilitar la reflexión interdisciplinaria y la construcción conjunta de alternativas de resolución de dificultades en un proceso de tratamiento.
- Promoción de prácticas de autocuidado y cuidado de equipo de manera continua, que promuevan el bienestar del equipo, así como la detección y abordaje temprano de situaciones de agotamiento y sobrecarga.
- Apoyo en gestiones de redes, flujos de derivación y coordinación intersectorial, tanto para acciones que se abordan en redes sanitarias como aquellas de carácter psicosocial.
- Lectura y análisis de documentos, investigaciones, papers o artículos relacionados con las inquietudes y necesidades de formación del equipo u otro tipo de gestiones que permitan acceder a conocimientos, experiencias u otros profesionales expertos en materias específicas..
- Apoyo en el uso sistemas de registro y análisis de información; relevando la importancia del mismo para la gestión del programa.
- Asesoría y apoyo al centro de tratamiento en el monitoreo permanente de los resultados de tratamiento y las acciones de corrección necesarias.

Entre las temáticas que se sugiere abordar en este proceso de asesoría están:



- Gestión general del programa (actualización del programa terapéutico, sistemas de registro clínicos, flujograma de atención, procedimientos de referencia y contrareferencia, entre otros).
- Diagnóstico integral.
- Plan de tratamiento individual.
- Integración de enfoque de género e intercultural en el programa.
- Integración de enfoque evolutivo y ciclo vital.
- Desintoxicación, gestión de riesgos, prevención de recaídas.
- Comorbilidad
- Instrumentos de diagnóstico.
- Estrategias motivacionales
- Técnicas de intervención individual y grupal
- Intervención con familias
- Estrategias de apoyo a la integración social.
- Trabajo en equipo interdisciplinario.
- Estrategias de autocuidado y cuidado de equipos a nivel individual, de equipo e institucional
- Estrategias de Trabajo en Red, complementariedad e integración de la intervención.
- Integración de Enfoque comunitario territorial.
- Conceptos y Estrategias de intervenciones especializadas para población en conflicto con la ley (enfoque criminológico, comprensión del circuito judicial, etc.).
- Integración de la perspectiva de derechos de los/las usuarios/as y orientaciones para su ejercicio.
- Estrategias de reducción de estigma.
- Marco Normativo MINSAL y Aspectos legales relativos al tratamiento.
- Manejo de contingencias y casos críticos, incluyendo situaciones de riesgo suicida
- Aquellos elementos de gestión del programa que inciden en la intervención: infraestructura, conformación del equipo y RRHH, protocolos y procedimientos, registro y análisis de datos, entre otros.

### **DETECCIÓN DE SITUACIONES CRÍTICAS**

Durante el desarrollo de los programas de tratamiento y rehabilitación en los diferentes centros, se pueden presentar distintas situaciones problema que por su

persistencia en el tiempo o la gravedad que revisten, se constituyen en críticas y requieren una estrategia de resolución de mayor complejidad.

Estas situaciones pueden ser detectadas en el contexto del desarrollo de la asesoría, como también pueden ser señaladas o evidenciadas en otras instancias y/o por otra/s persona/s relacionada/s con el programa de tratamiento (usuarios, familiares u otros organismos vinculados, etc.), procesos de supervisión (conducentes a multas o sanciones, o no) u otras.

A su vez, pueden categorizarse en los siguientes ámbitos, entre otros:

**Ámbito Técnico – Clínico:** corresponde a todo lo concerniente a los componentes específicos, directa e indirectamente relacionados con la entrega de la atención. Se distinguen:

- Prácticas del equipo que conlleven detrimento en el clima organizacional.
- Falencias en el desempeño del equipo (ausencia o registros incompletos, omisión de algún procedimiento diagnóstico o de intervenciones para el apoyo al proceso de cambio terapéutico, alta tasa de abandono, entre otras).
- Negligencias que afecten la recuperación o pongan en riesgo la vida de la persona en tratamiento
- Falencias en la coordinación intersectorial, que afecte los procesos de intervención y/o de continuidad de los cuidados.
- Condiciones deficientes de infraestructura y/o falta de equipamiento para realizar una adecuada atención.
- Falta de horas profesionales y/o técnicas que afecte el desarrollo y calidad de la ejecución del programa.
- Otros.

**Ámbito Ético y de Derechos de las Personas Usuarias:** incluye aspectos relacionados con el conjunto de normas éticas o morales que rigen la conducta profesional y humana, en el marco del respeto a los derechos de todas las personas y la especial protección de las poblaciones más vulnerables.

La normativa vigente incorpora algunos elementos que buscan regular la relación entre las personas usuarias y los equipos de salud. En esta línea se incluyen, entre otras, las siguientes leyes y sus reglamentos: Ley 20.584 (Ley de Deberes y Derechos de las Personas en Relación con Acciones Vinculadas a su Atención en Salud), Ley 19.628 (sobre la Protección de la Vida Privada), Ley 20.422 (sobre

Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social de Personas con Discapacidad), Ley 20.609 (sobre Medidas Contra la Discriminación), y otros; todo esto sumado a los códigos deontológicos particulares definidos desde disciplinas biopsicosociales, que definen un marco general de acción para los diversos actores que se vinculan en el espacio de la intervención en salud.

Especial atención debe prestarse a las siguientes situaciones, las que a la luz del desarrollo de la dimensión ética y las normativas legales, constituyen conductas o acciones éticamente cuestionables, en tanto riesgo o abierta vulneración de los principios que sustentan los Derechos Humanos, tales como:

- Discriminación de personas por condición de género, jurídica, etnia, problemas de salud, económicos u otros.
- Establecimiento de transacciones comerciales entre integrantes del equipo y personas usuarias del programa de tratamiento y rehabilitación.
- Establecimiento de relaciones que impliquen abuso de poder y que desvirtúe la relación terapéutica entre integrantes del equipo y usuarios.
- Prácticas que vulneren la dignidad de las personas.
- Uso de información confidencial levantada en el marco del proceso terapéutico, para fines distintos, sin el consentimiento libre, voluntario e informado<sup>8</sup> de la persona usuaria.

Utilización de estrategias éticamente cuestionables tales como chantaje, amedrentamiento, manipulación o coacción con la finalidad de obtener el consentimiento de la persona usuaria.

#### **PROCEDIMIENTO PARA EL ABORDAJE DE LA SITUACIÓN CRÍTICA** (ver Anexo N°4)

Una vez detectada la situación crítica, se deberá analizar si ésta puede constituir un posible incumplimiento de contrato, conducente a multas y sanciones o al término parcial o total del contrato. Para ello, se deben revisar cada periodo los respectivos contratos, tanto con entidades públicas como privadas, así como las correspondientes Bases de Licitación en el caso de estas últimas..

---

<sup>8</sup> El Consentimiento Informado (CI), se comprende como el proceso dialógico entre la persona usuaria y el terapeuta, diálogo que se desarrolla de forma permanente durante todo el proceso de tratamiento. Implica, por lo tanto, mucho más que la firma de un documento de autorización respecto de la intervención u otro, el CI debe cumplir con los siguientes criterios: información adecuada y pertinente a la decisión en cuestión, comprensión de la información; lo que implica tanto la capacidad del sujeto para comprender como la competencia del terapeuta para facilitar dicha comprensión, voluntariedad y capacidad para consentir.

Si corresponde a incumplimiento conducente a multas o sanciones, se debe proceder a elaborar un **Plan de Situaciones Críticas**.

Si se define que sí puede implicar un incumplimiento contractual, el Director Regional de SENDA deberá remitir inmediatamente conocida la situación, un Informe al Jefe de la Unidad de Cumplimiento de Contratos de SENDA Nacional, con copia al Jefe del Área de Tratamiento, que de cuenta de la situación pesquisada y de todos los antecedentes con que se cuente a ese momento. El Jefe del Área de Tratamiento informará a la Mesa Nacional de Gestión del Convenio.

Junto a lo anterior, se debe considerar si la situación crítica amerita un cese inmediato de la atención (por ejemplo, en caso de no contar con la respectiva autorización sanitaria), ante lo cual la Mesa Regional deberá definir todas las acciones a realizar a fin de garantizar la continuidad de los cuidados de los usuarios que se encontraban en atención hasta ese momento. Si la situación no implica un cese inmediato de la atención, se procederá a elaborar un Plan de Situaciones Críticas.

### **Plan de Situaciones Críticas**

- a. La dupla asesora en conjunto con el equipo del programa serán responsables de desarrollar un **Plan de Situación Crítica** (ver Anexo N°5), que debe especificar los objetivos, las estrategias y acciones de solución, los plazos y responsables. Se considera que los plazos del plan no deben exceder los dos meses.

El Plan debe ser firmado por la dupla asesora y el director del programa (en el caso de los programas privados debe ser el director técnico consignado en la resolución sanitaria) e informado al representante legal y a la Mesa Técnica Regional.

- b. Una vez finalizado el Plan se debe elaborar un **Informe de Evaluación de Resultados** (ver anexo N°6), el que debe explicitar de manera concluyente si se cumplieron o no los objetivos. Este Informe se enviará con copia al director técnico del programa, al representante legal de la entidad prestadora y a la Mesa Técnica Regional.
  - b.1. Si se resuelve el o los problemas, este Informe de Evaluación de Resultados debe contener las soluciones implementadas y definir las estrategias de seguimiento para el mantenimiento de los logros y resultados en el contexto

de continuidad del trabajo de asesoría, procediéndose al cierre del Plan de Situaciones Críticas.

- b.2. En caso de incumplimiento de los objetivos, el informe deberá señalar los motivos, las consecuencias y recomendaciones en relación a la situación crítica no resuelta y se deberá solicitar apoyo a la **Mesa Técnica Regional**.
- c. La **Mesa Técnica Regional** definirá si la situación es posible de resolver a nivel regional o si corresponde derivar al nivel nacional.
  - c.1. Si es posible de solucionar a nivel regional, la Mesa Regional definirá nuevas estrategias y plazos para apoyar el cumplimiento del Plan y resolver la situación crítica inicial. El plazo para cumplir estas nuevas medidas no puede ser superior a un mes. Si con estas acciones la situación crítica se resuelve, se elaborará el Informe de Evaluación de Resultados (descrito en punto b.) y se procederá al cierre del Plan. Si con estas acciones la situación no se resuelve, se elaborará **Informe de Situaciones Críticas** (ver anexo N°7), dirigido al nivel nacional.
  - c.2. Si la Mesa regional define que no es posible resolver a nivel regional, derivará al nivel nacional, a través del **Informe de Situaciones Críticas** (ver anexo N°7).

El Informe de Situaciones Críticas (planteado en punto c.1 y c.2) será remitido por el Director Regional SENDA al Jefe del Área de Tratamiento del SENDA nacional, quien derivará a la **Mesa Nacional de Gestión del Convenio**, para que evalúe y tome las medidas pertinentes de apoyo a la región.

- d. La **Mesa Nacional de Gestión del Convenio** analizará los antecedentes recibidos, solicitará acciones e información complementaria a la región cuando corresponda y considerando tanto aspectos técnicos como aspectos definidos en el contrato con el oferente, emitirá un pronunciamiento y de ser pertinente desarrollará estrategias con las entidades prestadoras, implementará una asesoría específica con la región y/o remitirá el caso a la Unidad de Cumplimiento de Contratos de SENDA.

## **II.- SISTEMA DE EVALUACIÓN TÉCNICA DE PROGRAMAS DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN**

La Evaluación Técnica es un proceso orientado al seguimiento y monitoreo de criterios de calidad específicos de los programas de tratamiento y rehabilitación para personas que presentan consumo problemático de sustancias y alcohol

La Evaluación estará basada en la recolección de información, por parte de una dupla profesional. Se realizará una vez al año, de forma presencial y los datos levantados serán registrados en una Pauta de Evaluación.

### **OBJETIVO GENERAL**

- Evaluar el grado de desarrollo que presentan los programas en diferentes ámbitos, a fin de contribuir en el mejoramiento de la calidad de la atención de las personas que acceden a tratamiento.
- Medir el nivel de desarrollo alcanzado por los programas de tratamiento, según diferentes variables establecidas en las orientaciones y normas técnicas, referidas al mejoramiento de la calidad.

### **Objetivos Específicos**

- Identificar fortalezas y debilidades técnico - clínicas de los programas ejecutados en el marco del Convenio SENDA – MINSAL.
- Evaluar el nivel de formación, experiencia y organización de los equipos responsables de implementar los programas.
- Evaluar la existencia de espacios físicos apropiados para el buen desarrollo de los programas en los centros en Convenio.
- Evaluar la coordinación y participación del programa en la red de tratamiento y a nivel intersectorial.
- Evaluar el uso y manejo de sistemas de registro e información establecidos en el marco del Convenio.
- Evaluar la existencia de procedimientos que garanticen el respeto de los derechos de las personas en tratamiento.
- Recomendar modificaciones a la implementación de los planes y programas de tratamiento y rehabilitación.

### **RESPONSABLES**

La Evaluación Técnica será desarrollada por una dupla profesional compuesta por un representante del Área de Tratamiento de Senda Regional y un representante de la Secretaría Regional Ministerial de Salud.

### **ORGANIZACIÓN DE LA EVALUACIÓN**

La evaluación se realizará a través de la aplicación de un instrumento de recolección de información, denominada “Pauta de Evaluación de Programas de Tratamiento”, la cual se aplicará una vez al año, en el último cuatrimestre del año (septiembre – diciembre).

En este marco, el proceso de evaluación considerará:

1. Capacitación o entrenamiento de evaluadores,
2. Aplicación de la Pauta de Evaluación al 100% de los programas en Convenio definidos como sujetos de evaluación,
3. Ingreso al SISTRAT de la información recogida a través de la pauta y determinación de resultados,
4. Devolución de los resultados de la evaluación a los centros,
5. Incorporación en el Plan de Trabajo Anual, de elementos susceptibles de ser abordados en el proceso de Asesoría,
6. Presentación de los resultados regionales en instancias de red de drogas e intersectoriales.

### **METODOLOGÍA**

La realización del levantamiento de los datos se realizará de manera presencial por parte de los evaluadores en cada uno de los centros en que se implementen los programas a evaluar.

Se aplicarán tantos instrumentos como programas de tratamiento se implementen en cada centro o establecimiento.

La definición de Programa de Tratamiento responde a la organización que en cada establecimiento se da para su implementación, el criterio de distinción está dado por la atención totalmente diferenciada que se realiza con una población específica. Los Programas a evaluar son los siguientes:

a) Programas de Población General y Programas Población Especifica de Mujeres

- Ambulatorio Básico -Población General
- Ambulatorio Intensivo - Población General y/o Población Específica de Mujeres.
- Residencial Población General y/o Población Específica de Mujeres.

La Pauta consta de una primera parte que considera el registro de datos de identificación general y de una segunda parte que se estructura a partir de 6 secciones:

1. **Aspectos Técnicos:** Proporciona información sobre los aspectos técnicos asociados al tratamiento y la atención de los usuarios y las usuarias.
2. **Recursos Humanos:** Otorga información relativa a la conformación de los equipos de tratamiento, disponibilidad de horas semanales destinadas por cada integrante del equipo, los años de permanencia de los profesionales y técnicos en el programa y los años de experiencia en la atención directa de personas en programas de tratamiento y rehabilitación.
3. **Trabajo en Red:** Recoge información referente a la participación del Centro en encuentros periódicos y su grado de coordinación con instancias u organismos que favorezcan la integralidad y oportunidad de la atención de las personas en tratamiento. Entre ellas están: los Servicios de Salud, SERNAM, SENADIS u otros Centros de Tratamiento, APS, entre otras instancias. Incluye la coordinación y articulación de equipos de tratamiento y equipos encargados de la ejecución de la sanción; de modo tal que las intervenciones de orden clínico y psicosocial se potencien, aportando a objetivos compartidos de salud, bienestar e integración social
4. **Sistema de Registros y análisis de datos:** Recoge información sobre el conocimiento que los equipos tienen del sistema de registro SISTRAT y la utilización de la información que éste entrega. Se consideran además otros registros que debe disponerse en los centros, como Lista de Espera y Fichas Clínicas.
5. **Derechos y Satisfacción Usuaría:** Recoge información respecto al conjunto de procedimientos utilizados que garanticen el respeto y no vulneración de derechos de las personas en tratamiento, como de su familia.
6. **Infraestructura:** Recoge información sobre los espacios físicos destinados a la atención. Busca determinar si permiten la adecuada realización de actividades



terapéuticas, y/o condiciones de hotelería, cuando corresponda en los centros de tratamiento residencial. En la evaluación de los ítems establecidos para esta Sección se considerarán algunos aspectos establecidos en el *Reglamento de Centros de Tratamiento y Rehabilitación de Personas con Consumo Perjudicial o Dependencia a Alcohol y/o Drogas, Decreto N°4 del año 2009 del Ministerio de Salud*, específicamente en lo descrito en el Párrafo II “Del local y sus instalaciones” artículos 4, 5, 6 y 7.

Para la aplicación de la pauta, se han definido los siguientes métodos específicos de recolección de información:

- i. Observación: Consiste en recorrer todas las instalaciones del centro y registrar los elementos claves que den cuenta de los estándares de calidad de la infraestructura y espacios destinados al tratamiento.
- ii. Entrevistas indagatorias: El evaluador se entrevistará con el encargado del Programa e integrantes del equipo e indagará sobre aspectos cruciales que dicen relación con la organización, planificación y aspectos técnicos del programa de tratamiento.
- iii. Revisión de documentos que permitan observar aspectos relativos al programa de atención y al registro de la información clínica.

Una copia de esta pauta podrá ser observada por el prestador público o privado a través del Sistema de Tratamiento SISTRAT, con posterioridad a dos o tres meses tras finalizado el proceso.

**ANEXO Nº1**  
**PLAN DE TRABAJO ANUAL**

Fecha

<b>CONVENIO POBLACIÓN GENERAL Y ESPECIFICO MUJERES</b>		<b>CONVENIO ADOLESCENTES CON INFRACCIÓN DE LEY</b>	
<b>NOMBRE DEL PROGRAMA</b>			
<b>INSTITUCIÓN EJECUTORA</b>			
<b>REGION</b>			
<b>SERVICIO DE SALUD</b>			
<b>TIPO DE PLAN/PLANES</b>			
<b>EQUIPO ASESOR (nombres de integrantes)</b>			

Diagnóstico		Plan de Trabajo			Cronograma														
Ambito	Descripción de la situación actual (al inicio del año)	Objetivos Específicos	Estrategia Metodológica	Indicador de Resultado	Actividades	Responsables	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	

**Diagnóstico:** aquellos aspectos que, a partir de la evaluación de las necesidades del equipo, los resultados de la pauta de evaluación si corresponde u otros, se requiere apoyar para la mejora en la eficacia del programa de intervención.

**Plan De Trabajo:** señalar los objetivos a desarrollar durante el año en las distintas variables a intervenir según el diagnóstico, como se abordará el trabajo (estrategias metodológicas para lograrlo) y, cuál será el indicador o verificador de evaluación de resultado.

**CRONOGRAMA:** señalar las actividades a realizar, quienes serán las personas responsables de la gestión, la frecuencia y plazos estimados, necesarios para lograr los objetivos del plan de asesoría anual.

**EVALUACIÓN CUMPLIMIENTO PLAN DE TRABAJO**

Fecha

OBJETIVOS	DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS	LOGRO L, ML, NL, P

L: Logrado; ML: Medianamente Logrado; NL: No Logrado; P: Pendiente

**Conclusión:**

Considerando el grado de cumplimiento de los objetivos señalados en el Plan de Trabajo, emitir una recomendación respecto del desarrollo del programa y de la continuidad y/o modificación del Plan de Asesoría al programa.

\_\_\_\_\_  
Firma  
Representante SENDA

\_\_\_\_\_  
Firma  
Representante Servicio de Salud

\_\_\_\_\_  
Firma  
Representante del Centro

**ANEXO N°2**  
**REGISTRO ASESORÍA**

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

<b>CONVENIO POBLACIÓN GENERAL Y ESPECIFICO MUJERES</b>		<b>CONVENIO ADOLESCENTES/JÓVENES QUE INGRESAN AL SISTEMA PENAL POR LEY 20084</b>	
--	--	--	--

<b>NOMBRE DEL PROGRAMA</b>	
<b>REGION</b>	
<b>SERVICIO DE SALUD</b>	
<b>TIPO DE PLAN/PLANES</b>	
<b>EQUIPO ASESOR (nombres de integrantes)</b>	

Integrantes del equipo presentes en la asesoría:

---

---

---

---

---

---

Temas abordados en la asesoría:

---

---

---

---

---

---

Metodología y descripción de las actividades

---

---

---

---

---

---

Observaciones y sugerencias

---

---

---

---

---

---

Compromisos y acuerdos con el equipo

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Firma Asesor/a SENDA

\_\_\_\_\_  
Firma Representante del  
CENTRO

\_\_\_\_\_  
Firma Asesor/a SERVICIO DE  
SALUD

**ANEXO N° 3**  
**PROPUESTA PARA LA PRESENTACIÓN, DISCUSIÓN Y ANÁLISIS**  
**DE CASOS CLÍNICOS<sup>9</sup>**

<b>IDENTIFICACIÓN</b>
Nombre de pila:
Edad:
Fecha de ingreso a tratamiento:
<b>MOTIVOS POR LOS CUALES SE PRESENTA EL CASO</b>
<b>PROCESO DEL TRATAMIENTO</b> (etapas, recaídas, descompensaciones, trayectoria delictual, avances del proceso, egreso.)
<b>ANTECEDENTES CLINICOS INDIVIDUALES RELEVANTES</b> Describa antecedentes individuales (factores de riesgo y protectores, dificultades actuales, historia de las dificultades, antecedentes de historia vital, antecedentes de salud mental)
<b>ANTECEDENTES CLINICOS FAMILIARES RELEVANTES</b> (Antecedentes mórbidos, de salud mental, trayectoria drogas y delictual)
<b>GENOGRAMA</b>
<b>ECOMAPA</b>

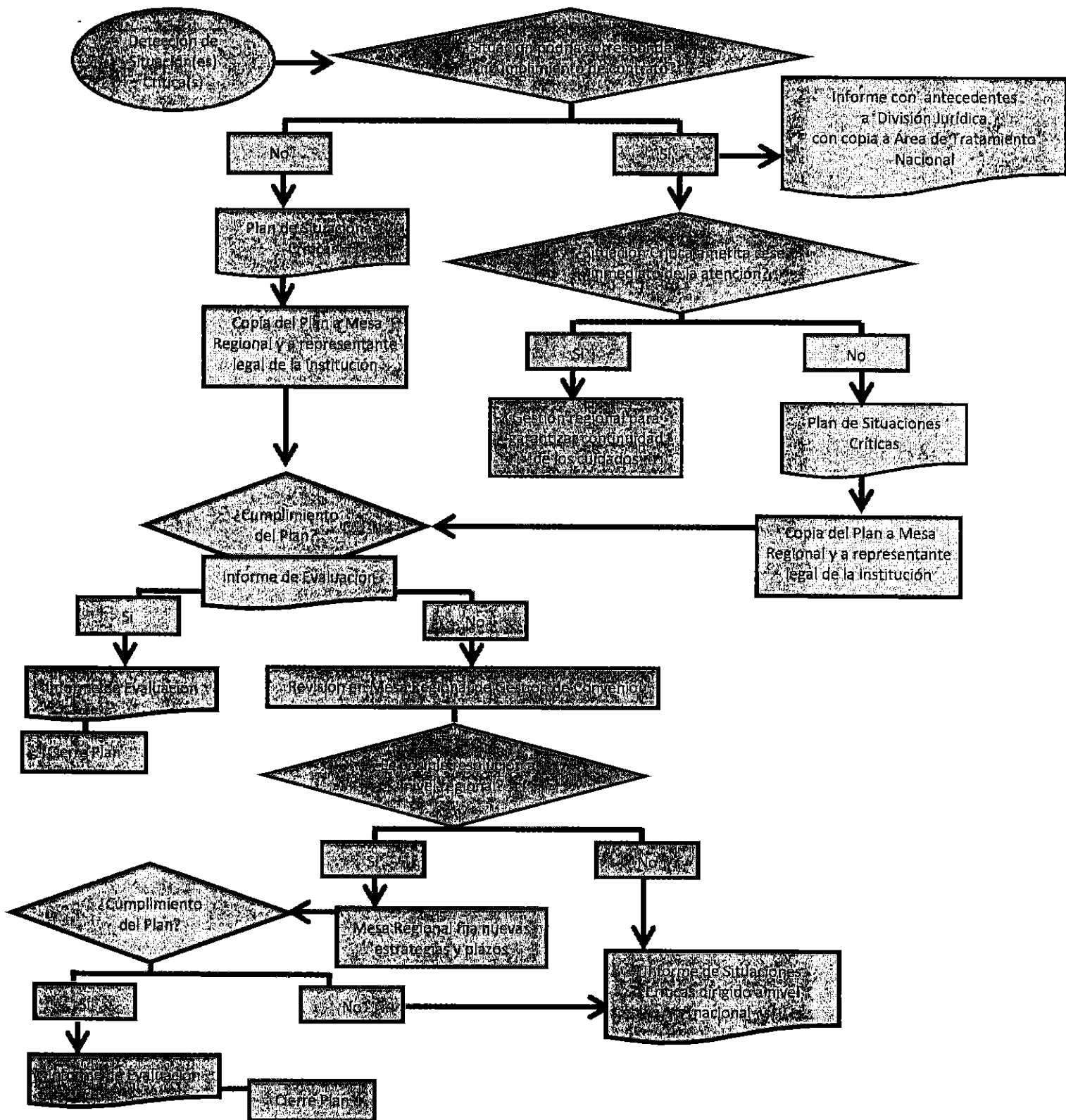
<sup>9</sup> (Se sugiere a los equipos presentar casos clínicos de las distintas modalidades de intervención, considerando idealmente las distintas intervenciones en red, a modo de evaluar la integralidad de la respuesta y la fluidez de la red).

<b>TRAYECTORIA DEL CONSUMO</b> (Historia de relaciones con el consumo, significación, tipo de consumo, tipo de drogas, consecuencias, etc)
<b>TRAYECTORIA DELICTIVA</b> (Historia del o los delitos, significación, tipo de delitos, sanciones, etc)
<b>DIAGNÓSTICOS</b>
Diagnóstico principal (descriptivo y CIE-10):
Comorbilidad psiquiátrica:
Diagnóstico biomédico:
Diagnóstico de estadio motivacional:
Diagnóstico de compromiso biopsicosocial y dimensión ligada al consumo:
<b>INDICACIONES DEL TRATAMIENTO</b> Describa indicaciones individuales (incluir especificación de fármacos) y grupales:
<b>ACUERDOS Y CONCLUSIONES</b> (Para el Usuario/ familia, Interventores directos, Red)
<b>FECHA:</b>



### ANEXO N°4

## FLUJOGRAMA MANEJO DE SITUACIONES CRÍTICAS





2. **Plan de Trabajo:** descripción de estrategias y acciones de resolución del/los problema/s (acordadas entre las partes e identificando responsables y plazos para su cumplimiento)

<b>Problema Detectado</b>	<b>Acciones para resolver problema</b>	<b>Plazos</b>	<b>Responsables</b>	<b>Resultado esperado</b>	<b>Verificadores</b>

---

Firma  
Representante SENDA

---

Firma  
Representante Servicio de Salud

---

Firma  
Representante del Centro

**ANEXO N°6**  
**INFORME DE EVALUACIÓN DE RESULTADOS**  
**DEL PLAN DE SITUACIONES CRÍTICAS**

Fecha			
-------	--	--	--

<b>CONVENIO POBLACIÓN GENERAL Y ESPECIFICO MUJERES</b>		<b>CONVENIO ADOLESCENTES/JÓVENES QUE INGRESAN AL SISTEMA PENAL POR LEY 20084</b>	
--	--	--	--

<b>NOMBRE DEL PROGRAMA</b>	
<b>REGION</b>	
<b>SERVICIO DE SALUD</b>	
<b>TIPO DE PLAN/PLANES</b>	
<b>EQUIPO ASESOR (nombres de integrantes)</b>	

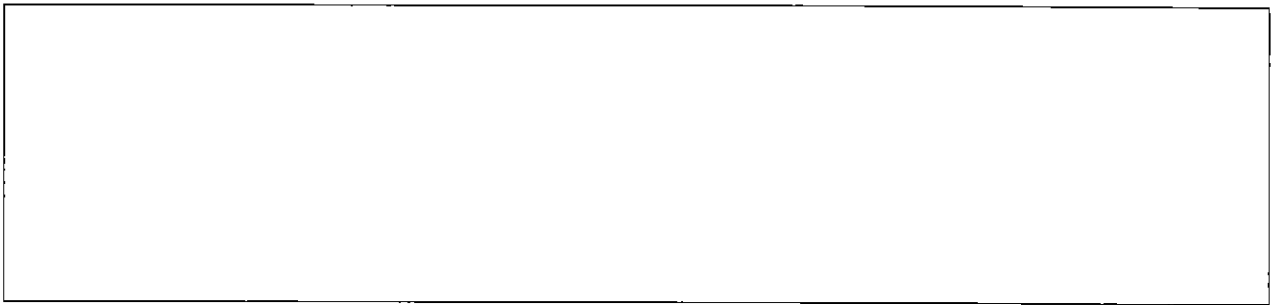
Problema Detectado	Resultados esperados	Evaluación de resultado alcanzado

Resultado Global:

--

Recomendaciones y Sugerencias:

--



---

Firma  
Representante SENDA

---

Firma  
Representante Servicio de Salud

---

Firma  
Representante del Centro

**ANEXO N°7**  
**INFORME DE SITUACIONES CRÍTICAS<sup>10</sup>**

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

<b>CONVENIO POBLACIÓN GENERAL Y ESPECIFICO MUJERES</b>		<b>CONVENIO ADOLESCENTES/JÓVENES QUE INGRESAN AL SISTEMA PENAL POR LEY 20084</b>	
--	--	--	--

<b>NOMBRE DEL PROGRAMA</b>	
<b>REGION</b>	
<b>SERVICIO DE SALUD</b>	
<b>TIPO DE PLAN/PLANES</b>	
<b>EQUIPO ASESOR (nombres de integrantes)</b>	

SÍNTESIS DEL PROBLEMA (Antecedentes, situación actual)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

SÍNTESIS DE LAS MEDIDAS IMPLEMENTADAS Y GESTIONES REALIZADAS

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

<sup>10</sup> Se debe adjuntar el Plan de Situación Crítica, el Informe de Resultados y otros antecedentes pertinentes.

### OPINIÓN REGIONAL Y PROPUESTA DE SOLUCIÓN

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

### FIRMA REPRESENTANTES DELA MESA DE TRATAMIENTO REGIONAL

Nombre	Cargo	Firma

**SUPERVISIÓN DE CONVENIOS**

**CONVENIO DE COLABORACIÓN TÉCNICA**

**SENDA – MINSAL**



Esta Supervisión tiene como objetivo resguardar el adecuado cumplimiento de los contratos celebrados entre SENDA y los Prestadores que ejecutan planes de tratamiento y rehabilitación para personas adultas que presentan consumo problemáticos de drogas y alcohol.

Para el cumplimiento de lo anterior, la Unidad de Cumplimientos de Contratos, dependiente de la División Jurídica de SENDA, ejercerá las funciones de supervisión general de los contratos y convenios suscritos, debiendo coordinar e implementar los procedimientos administrativos correspondientes y de comunicación con las partes de este convenio cuando fuese pertinente, de acuerdo a lo establecido en el convenio vigente.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS DEL PROCESO DE SUPERVISIÓN**

- Supervigilar y velar por el adecuado cumplimiento del convenio suscrito por parte de prestadores públicos y privados.
- Proponer y monitorear medidas para la corrección y/o mejoría de aspectos evaluados como perfectibles, durante el proceso de supervisión.
- Velar por la correcta utilización de los recursos asignados para la provisión de un tratamiento de calidad en el marco del convenio.

En este marco, existen dos tipos de procedimientos de supervisión, a saber:

#### 1. Supervisiones ordinarias:

Corresponde a aquellas supervisiones aleatorias mediante visitas sin previo aviso, cada vez que SENDA lo estime pertinente, con el objeto de asegurar la calidad de los servicios prestados a los usuarios. Esta debe realizarse al menos una vez al año.

#### 2. Supervisiones extraordinarias:

Corresponde a aquellas supervisiones referidas a hechos que significaren denuncias de usuarios o de terceros respecto de incumplimientos de los convenios y, en general, de toda situación anómala que haya sido comunicada a SENDA mediante un procedimiento distinto del establecido para la Supervisión Ordinaria y que afecte el correcto funcionamiento de un Centro de Tratamiento. Este proceso de supervisión extraordinaria podrá incluir la aplicación de la Pauta de Supervisión o la implementación de un proceso que se determine necesario para levantar información específica y/o general del funcionamiento del programa.

---

Este proceso no reemplaza, condiciona ni interfiere con la responsabilidad propia de la Autoridad de Salud Regional, ni con los Servicios de Salud, en relación a la fiscalización y supervisión a los centros prestadores de atención de salud que funcionan en los respectivos territorios de su jurisdicción. De igual forma, este proceso no sustituye ni interrumpe la asesoría técnica de acuerdo a lo establecido en documento "Gestión de la Calidad"

### **Contenido de las Supervisiones Ordinarias**

A lo menos una vez al año, se aplicará el instrumento Pauta de Supervisión de Contrato a cada uno de los Centros o Programas de Tratamiento en convenio. La Unidad de Administración y Finanzas Regional de SENDA, será la responsable que se ejecute en terreno el proceso de supervisión ordinaria de convenios. Por su parte, la División de Administración y Finanzas de SENDA será la responsable supervisar y analizar técnicamente, así como de coordinar e implementar los procedimientos para la adecuada supervisión.

Este instrumento permite recopilar información vinculada a:

- La verificación de la existencia de documentos requeridos de acuerdo a las normativas vigentes.
  - La vigencia de la Autorización Sanitaria, para los centros privados (exceptuando los ambulatorios intensivos en medio privado y en secciones juveniles), no exigiéndose a los centros públicos, si no fuera el caso, o centros con planes en centros privados de libertad.
  - Aspectos vinculados a documentación y registro. Incluyendo el cotejo de información SISTRAT con el cotejo de la información registrada en Ficha Clínica, de acuerdo a los procedimientos establecidos para ello.
  - La verificación de las condiciones generales y específicas del centro.
  - Verificación de cumplimiento de gratuidad de la atención
  - La infraestructura de cada centro, la que será evaluada en su mérito para los centros privados, públicos o en centros privados de libertad.
-

- La verificación de los RRHH, el cumplimiento de horas profesionales y el cumplimiento de los procesos de aviso de cambio profesional en el caso de los prestadores privados.

La aplicación de la Pauta de Supervisión será de responsabilidad de UAF regional de SENDA. Excepcionalmente, puede ser en conjunto con el/la Encargado/a de Tratamiento Regional en casos que involucren ámbitos técnicos sobre los cuales se solicite apoyo. De igual forma, podrá solicitarse la compañía del/la Encargado/a de Salud Mental o de Alcohol y Drogas del Servicio de Salud que corresponda o de la Secretaría Regional Ministerial de Salud respectiva, cuando se requiera. Asimismo los Gestores de Tratamiento podrán entregar insumos útiles para estos casos particulares que puedan servir de antecedentes al responsable de la aplicación de la presente Pauta

Este instrumento (detallado en los anexos de este documento), se utiliza como herramienta de supervisión y no debe ser utilizado como una encuesta. El registro de los datos se puede realizar: i) a medida que transcurra el diálogo con el Director del Programa, su representante legal y/o el encargado de la administración financiera del Centro o Programa, o quien cumpla esa función, ii) durante la visita a las instalaciones del centro, y/o iii) entrevista a usuarios del programa.

Los centros o programas de tratamiento están obligados, por términos acordados en el convenio, a proporcionar toda información que SENDA requiera según los objetivos acordados e informados para esta supervisión, respetando la normativa atinente sobre acceso a información personal o sensible.

Se debe tener en cuenta que la información que se solicita en esta pauta, debe ser contrastada con medios de verificación, los que deben estar a la vista del supervisor, si se encuentran disponibles en el lugar, al momento de la entrevista con el encargado administrativo financiero o quien cumpla esta función. De no estar disponibles, se consignará en la respectiva Pauta.

**El Representante Legal de los centros privados o el responsable equivalente en el caso de los establecimientos públicos** en convenio, instruirá a su **Encargado de la Administración Financiera del Centro** o a quien cumpla dicha función en el caso de los establecimientos públicos, generar las condiciones para que los funcionarios o asesores de SENDA puedan realizar las supervisiones en el centro o programa, en particular facilitar las condiciones necesarias y la información requerida, siempre que ésta se encuentre disponible en el lugar para el cumplimiento de los objetivos de la supervisión de los convenios. De no estar disponible, se consignará en la respectiva Pauta.

\_\_\_\_\_

En el caso de establecimientos públicos, una vez aplicada la pauta de supervisión de convenios a centros o programas de tratamiento y rehabilitación públicos, en un plazo no superior a un día hábil, SENDA enviará vía correo electrónico al encargado/a de Salud Mental o quien lo subrogue del Servicio de Salud al que corresponde el centro o programa, el Anexo 1 de dicha pauta. El Servicio de Salud en un plazo no superior a diez días hábiles enviará por la misma vía, la información solicitada.

Una vez realizada la visita de supervisión y en el caso de los centros o programas públicos recibido el Anexo 1, debe elaborarse un **Informe de Supervisión**, que contiene una síntesis de los principales hallazgos obtenidos mediante la Pauta de Supervisión aplicada, por cada Centro o Programa de Tratamiento. Se debe emitir cada vez que se realice una visita de supervisión ordinaria a un centro o programa de tratamiento y rehabilitación. Dicho informe deberá ser redactado por el profesional que realice la visita y deberá contar con la visación de la Dirección Regional respectiva.

Posteriormente, deberá ser dirigido a la Unidad de Cumplimiento de Contratos, acompañado de la pauta de supervisión, quienes serán los responsables del análisis técnico de la información contenida en dicho informe.

Si la información levantada en la pauta de supervisión no da cuenta de situaciones que impliquen iniciar proceso sancionatorio, la Unidad de cumplimiento de contrato procederá a emitir un informe de cierre, que será remitido a la Dirección Regional respectiva y al Jefe del Área de Tratamiento. Corresponderá a éste o a quien éste delegue, informar a la Mesa Nacional de Gestión del Convenio de los resultados de las visitas de supervisión.

Por otro lado, si la información levantada en la pauta de supervisión da cuenta de situaciones que impliquen iniciar proceso sancionatorio, la Unidad de Cumplimiento de Contratos, coordinará las acciones a seguir, que tengan por objeto obtener mayores antecedentes relativos a los hallazgos si corresponde. Podrán entre otras acciones, coordinar visitas de la Unidad de Cumplimiento de Contratos y, en definitiva, toda gestión destinada a conocer y constatar las deficiencias informadas. Lo anterior, sin perjuicio de las facultades que le corresponden a la Dirección Regional de SENDA respectiva de diseñar e implementar un plan de acción de mejora de los aspectos identificados como deficientes, independiente de la aplicación por parte de SENDA de las medidas establecidas en el respectivo convenio en cuanto a sanciones por incumplimiento de las obligaciones contraídas.

Unidad de Cumplimiento de Contratos procederá a la elaboración de un Informe que sintetice los principales hallazgos y las acciones a seguir, el que será remitido a la Dirección Regional respectiva y a la Jefatura de División Programática, con copia a la Jefatura del Área de Tratamiento. Corresponderá a éste o a quien éste delegue, informar a la Mesa Nacional de Gestión del Convenio dicha información.

Una vez finalizado el proceso, sea que este concluya con sanción o no, la Unidad de Cumplimiento de Contrato procederá a la elaboración de Informe de Cierre, el que será remitido a la respectiva Dirección Regional y a la Jefatura de la División Programática, con copia a la Jefatura del Área de Tratamiento. Corresponderá a éste o a quien éste delegue, informar a la Mesa Nacional de Gestión del Convenio de los resultados de las visitas de supervisión.

### **Supervisiones Extraordinarias**

Por otro lado y en el caso de información que llegue a conocimiento de la Unidad de Cumplimiento de Contratos de SENDA y que se levante por hechos que signifiquen, denuncias de usuarios o de terceros, incluyendo las instituciones firmantes del presente convenio u otras, respecto de incumplimientos de los convenio y, en general, toda situación anómala que afecte el correcto funcionamiento de un centro de tratamiento, comunicada mediante un procedimiento distinto del establecido para la Supervisión Ordinaria, la Unidad de Cumplimiento de Contrato, iniciará acciones que tendrán por objeto obtener y recabar mayores antecedentes y establecer procedimientos que permitan conocer y constatar las deficiencias informadas.

El proceso de iniciará con la oficialización a la División Jurídica de SENDA (Unidad de Cumplimiento de Contrato) desde las Direcciones Regionales con copia al Jefe de Tratamiento de Senda Nacional. Unidad de cumplimiento podrá coordinar una visita “extraordinaria”, la que podrá tener en consideración la aplicación de la “Pauta de Supervisión” u otros procedimientos específicos que permitan levantar información puntual y específica de la situación a revisar.

Posterior a la visita, la Unidad de Cumplimiento de Contratos procederá a la elaboración de Informe que sintetice los principales hallazgos y las acciones a seguir, se detecte o no irregularidades en el funcionamiento del centro o programa y/o situaciones que pudiesen configurar un incumplimiento de contrato lo que será remitido a la Dirección Regional respectiva y a la Jefatura de División Programática, con copia a la Jefatura del Área de Tratamiento. Corresponderá a éste o a quien éste delegue, informar a la Mesa Nacional de Gestión del Convenio dicha información.

---

A si mismo si la situación se constituye en un incumplimiento de contrato se iniciarán los procedimientos establecidos y acordados en los respectivos convenios. Una vez finalizado el proceso, sea que este concluya con sanción o no, la Unidad de Cumplimiento de Contrato procederá a la elaboración de Informe de Cierre, el que será remitido a la respectiva Dirección Regional de SENDA y a la Jefatura de la División Programática, con copia a la Jefatura del Área de Tratamiento. Corresponderá a éste o a quien éste delegue, informar a la Mesa Nacional de Gestión del Convenio de los resultados finales de la supervisión.

**PAUTA DE SUPERVISIÓN DE CONVENIOS  
CENTROS O PROGRAMAS DE TRATAMIENTO Y REHABILITACION PRIVADOS**

Nombre Evaluador	
Cargo	
Región	
Fecha Visita	/ /
Hora de inicio	
Hora de término	

INFORMACIÓN GENERAL			
<b>A. IDENTIFICACIÓN DEL CENTRO / ENTIDAD DE TRATAMIENTO</b>			
Razón Social Prestador			
Dirección			
Representante Legal			
Nombre del Centro de Tratamiento			
Dirección del Centro		Comuna	
		Región	
Director y/o encargado técnico del centro y/o programa			
Encargado al momento de la supervisión			
Correo electrónico Centro		Teléfono Centro	
Horario de Atención Centro		N° Línea de Servicio	

B. CANTIDAD DE MESES DE PLANES DE TRATAMIENTO MENSUALES ASIGNADA AL CENTRO															
Población General (PG)			Población Mujeres (M)		Población Adolescente con Infracción de ley Medio Libre (ML)		Población Adolescente con Infracción Privativo de Libertad (MP)	Sección Juvenil (SJ)	Personas en Situación de Calle (Calle)	Libertad Vigilada (LV)			Población Infante Adolescente (PAI-IA)		
PAB	PAI	PR	PAI	PR	PAI	PR	PAI	PAI	Calle	PAI	PR	PR-Fijo	PAI	PR	

**I) EVALUACIÓN ADMINISTRATIVA**

A) DOCUMENTACIÓN Y REGISTRO	SI	NO	OBSERVACIONES
¿Existe libro de reclamos, felicitaciones y sugerencias?			
¿Existe protocolo de gestión de reclamos?			
¿Existen reclamos relevantes en dicho libro?			
¿Existe calendario de actividades diarias?			
¿Existe Programa de Tratamiento y Rehabilitación por escrito y disponible?			
¿Existe Plan Individual de Tratamiento y Rehabilitación por cada usuario que contemple metas y plazos?			
¿Existe ficha que registre evolución actualizada del proceso terapéutico?			
¿Se aprecia orden administrativo en las dependencias del centro?			
¿Existe Informe de evaluación final al momento del egreso del usuario?			
¿Existe plan de emergencia y de prevención de riesgos?			
¿Existe un almacenamiento de las fichas clínicas que asegure un acceso oportuno, su conservación y confidencialidad?			

B) Autorización Sanitaria (omitir para Prestadores Privados que operen dentro de recintos penitenciarios como en el caso de las Secciones Juveniles y los Ambulatorios Intensivos para Medio Privativo de Libertad)	SI	NO	OBSERVACIONES
¿Posee autorización sanitaria?			
¿Existe copia de resolución?			
N° de Resolución			Fecha de resolución
¿El Coordinador Técnico del Centro de Tratamiento se encuentra autorizado por la Resolución sanitaria?			
Indicar fecha de la última visita de autoridad sanitaria, si corresponde			
Ha tenido sumario sanitario previo. Si es así, razones y fecha			

II) RECURSO HUMANO				SI	NO
Cargo 1		N° de Horas Semanales	Cuenta con verificador de cumplimiento de horas		
Profesional, Propuesta Técnico último profesional si hubo cambio			Aviso a Dirección Regional		

Profesional Actual			Autorizado por Dirección Regional		
Observaciones					
<b>Cargo 2</b>		N° de Horas Semanales	Cuenta con verificador de cumplimiento de horas		
Profesional Propuesta Técnica			Aviso a Dirección Regional		
Profesional Actual			Autorizado por Dirección Regional		
Observaciones					
<b>Cargo 3</b>		N° de Horas Semanales	Cuenta con verificador de cumplimiento de horas		
Profesional Propuesta Técnica			Aviso a Dirección Regional		
Prof. Actual			Autorizado por Dirección Regional		
Observaciones					
<b>Cargo 4</b>		N° de Horas Semanales	Cuenta con verificador de cumplimiento de horas		
Profesional Propuesta Técnica			Aviso a Dirección Regional		
Prof. Actual			Autorizado por Dirección Regional		
Observaciones					
<b>Cargo 5</b>		N° de Horas Semanales	Cuenta con verificador de cumplimiento de horas		
Profesional Propuesta Técnica			Aviso a Dirección Regional		
Profesional Actual			Autorizado por Dirección Regional		
Observaciones					
<b>Cargo 6</b>		N° de Horas Semanales	Cuenta con verificador de cumplimiento de horas		
Profesional, Propuesta Técnica			Aviso a Dirección Regional		
Profesional Actual			Autorizado por Dirección Regional		
Observaciones					
<b>Cargo 7</b>		N° de Horas Semanales	Cuenta con verificador de cumplimiento de horas		
Profesional, Propuesta Técnica			Aviso a Dirección Regional		



Profesional Actual			Autorizado por Dirección Regional		
Observaciones					
<b>Cargo 8</b>		N° de Horas Semanales	Cuenta con verificador de cumplimiento de horas		
Profesional, Propuesta Técnica			Aviso a Dirección Regional		
Profesional Actual			Autorizado por Dirección Regional		
Observaciones					
<b>Cargo 9</b>		N° de Horas Semanales	Cuenta con verificador de cumplimiento de horas		
Profesional, Propuesta Técnica			Aviso a Dirección Regional		
Profesional Actual			Autorizado por Dirección Regional		
Observaciones					
<b>Cargo 10</b>		N° de Horas Semanales	Cuenta con verificador de cumplimiento de horas		
Profesional, Propuesta Técnica			Aviso a Dirección Regional		
Profesional Actual			Autorizado por Dirección Regional		
Observaciones					
<b>Cargo 11</b>		N° de Horas Semanales	Cuenta con verificador de cumplimiento de horas		
Profesional, Propuesta Técnica			Aviso a Dirección Regional		
Profesional Actual			Autorizado por Dirección Regional		
Observaciones					
<b>Cargo 12</b>		N° de Horas Semanales	Cuenta con verificador de cumplimiento de horas		
Profesional, Propuesta Técnica			Aviso a Dirección Regional		
Profesional Actual			Autorizado por Dirección Regional		
Observaciones					

MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS	SI	NO
---------------------------	----	----

Para los centros residenciales, ¿están presentes los servicios de un manipulador de alimentos?		
--	--	--

<b>A. OTRAS OBSERVACIONES RECURSOS HUMANOS</b>

<b>III) INFRAESTRUCTURA</b>						
-----------------------------	--	--	--	--	--	--

A. Información de Propuesta Técnica (si corresponde)	Presencia		Uso Exclusivo		Cantidad	Cumple	
	Si	No	Si	No		Si	No
Sala/s de atención individual							
Sala/s de atención grupal							
Sala/s de atención familiar							
Sala de espera							
Sala para el equipo							
Espacios habilitados para talleres y actividades deportivas							
Espacios de descanso							
Cocina y comedor separados de los espacios comunes							
Baños diferenciados para personas usuarias y equipo							
Baños diferenciados para personas usuarias hombres y mujeres							
Dormitorios con espacio y número de camas acorde al número de planes al que postula, separados para hombres y mujeres, si corresponde,							
Otros (Especificar)							
B. Condiciones de infraestructura	SI	NO	OBSERVACIONES				
Instalaciones sanitarias en buen estado de conservación y de operación							
¿Los servicios higiénicos cumplen con condiciones higiénicas y sanitarias?							
Lugar seguro para el almacenamiento de medicamentos, material clínico y de primeros auxilios							
Existe calefacción/ventilación segura para usuarios y personal							
El manejo de la basura cumple con condiciones higiénicas y sanitarias							
Contenedor con tapa para el almacenamiento transitorio de basura							
Lugar destinado a guardar los útiles de aseo en condiciones de limpieza.							
Dormitorios con un máximo de cuatro camas con iluminación y ventilación natural							
Dormitorios con equipamiento con condiciones adecuadas para la estadía de los usuarios. (guardarropía, clóset y veladores)							
¿Dormitorios se encuentran aseados y ordenados?							

¿Existe sector de cocina para preparar alimentos?			
---	--	--	--

B. Condiciones de infraestructura (continuación)	SI	NO	OBSERVACIONES
Sector de cocina con equipamiento adecuado al número de raciones a preparar (vajilla, estantería, mesones y lavaplatos)			
Sector de cocina tiene piso y paredes lavables y bien ventiladas			
¿Sector de cocina cumple con las condiciones higiénicas y sanitarias?			
¿Existen elementos de recreación para los usuarios (música, televisor, revistas y juegos)?			
Muros, pisos y cielos en buen estado de conservación y mantención			
Superficies limpias, libres de humedad y/o filtraciones			
Existe iluminación natural y artificial			
Se evidencian deficiencias en la infraestructura que representen posibles riesgos para usuarios y/o profesionales.			
¿Existe un almacenamiento de las fichas clínicas que asegure un acceso oportuno, su conservación y confidencialidad?			
¿Existe extintor con su mantenimiento y carga al día?			
¿Existen vías de evacuación debidamente señalizadas?			
<b>C. OTRAS OBSERVACIONES DE INFRAESTRUCTURA</b>			

<b>IV) REGISTRO SISTRAT</b>				
			<b>SI</b>	<b>NO</b>
¿Se encuentran actualizadas las claves de acceso al sistema SISTRAT?				
<b>PRESTACIONES MÉDICAS</b>				
CÓDIGO USUARIO	PERIODO REGISTRO	TOTAL PRESTACIONES SISTRAT	TOTAL PRESTACIONES FICHA USUARIA	OBSERVACIONES
1				
2				
3				
4				
5				

**A. TOTAL DE PRESTACIONES REGISTRADAS PARA LA MUESTRA DURANTE EL PERIODO**

(Realizar cotejo del total de prestaciones registradas en SISTRAT para una muestra aleatoria de usuarios por plan, del último mes cerrado, contra lo anotado en las fichas clínicas de los mismos usuarios considerados en la muestra. Esta revisión debe realizarse en forma conjunta con el Director/Encargado Técnico del centro o quien lo represente, y resguardando la privacidad de la información de los usuarios.)

	CODIGO USUARIO	PERIODO REGISTRO	TOTAL PRESTACIONES SISTRAT	TOTAL PRESTACIONES FICHA USUARIA	OBSERVACIONES
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

**B. OBSERVACIONES: REGISTRO SISTRAT**

Empty space for recording observations related to the SISTRAT register.

**IV) ACUERDOS Y CONCLUSIONES DE LA SUPERVISION**

Empty space for recording agreements and conclusions of the supervision.

--

Nombre y Firma Encargado  
Centro o Programa de Tratamiento

Nombre y Firma Encargado  
Supervisión del Convenio

<b><u>V) ENTREVISTAS A USUARIOS</u></b>		
<b>USUARIO 1</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Me han informado que esta entrevista es anónima y que la información entregada por mi puede ser utilizada por SENDA para los fines de supervisión del programa de tratamiento y rehabilitación del cual soy usuario. Por tanto, expreso mi decisión de participar en esta entrevista: (Si usuario no desea participar, el supervisor debe tarjar los espacios destinados a la entrevista)		
El usuario ha sufrido algún cobro		
He sido informado de mis derechos y deberes que tengo como usuario		
Está conforme con la atención recibida por parte del equipo del Centro o Programa		
Fecha de la última atención médica		
Observaciones		
<b>USUARIO 2</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Me han informado que esta entrevista es anónima y que la información entregada por mi puede ser utilizada por SENDA para los fines de supervisión del programa de tratamiento y rehabilitación del cual soy usuario. Por tanto, expreso mi decisión de participar en esta entrevista: (Si usuario no desea participar, el supervisor debe tarjar los espacios destinados a la entrevista)		
El usuario ha sufrido algún cobro		
He sido informado de mis derechos y deberes que tengo como usuario		
Está conforme con la atención recibida por parte del equipo del Centro o Programa		
Fecha de la última atención médica		

Observaciones		
<b>USUARIO 3</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Me han informado que esta entrevista es anónima y que la información entregada por mi puede ser utilizada por SENDA para los fines de supervisión del programa de tratamiento y rehabilitación del cual soy usuario. Por tanto, expreso mi decisión de participar en esta entrevista: (Si usuario no desea participar, el supervisor debe tarjar los espacios destinados a la entrevista)		
El usuario ha sufrido algún cobro		
He sido informado de mis derechos y deberes que tengo como usuario		
Está conforme con la atención recibida por parte del equipo del Centro o Programa		
Fecha de la última atención médica		
Observaciones		

**PAUTA DE SUPERVISIÓN DE CONVENIOS  
CENTROS O PROGRAMAS DE TRATAMIENTO Y REHABILITACION PÚBLICOS**

Nombre Evaluador	
Cargo	
Región	
Fecha Visita	/ /
Hora de inicio	
Hora de término	

INFORMACION GENERAL			
<b>A. IDENTIFICACIÓN DEL CENTRO / ENTIDAD DE TRATAMIENTO</b>			
Servicio de Salud o entidad pública			
Dirección			
Director Servicio de Salud o entidad pública			
Tipo de establecimiento donde se ejecuta el Programa (Hospital, COSAM, CRS, APS, Centro de tratamiento u otros) Especificar			
Nombre establecimiento donde se ejecuta el Programa			
Dirección del Centro o Programa			Comuna
			Región
Director y/o encargado técnico del centro y/o programa			
Encargado al momento de la supervisión			
Correo electrónico Centro o Programa			Teléfono Centro o Programa
Horario de Atención Centro o Programa			

B. CANTIDAD DE MESES DE PLANES DE TRATAMIENTO MENSUAL ASIGNADA AL CENTRO															
Población General (PG)			Población Mujeres (M)		Población Adolescente con infracción de ley Medio Libre (ML)		Población Adolescente con infracción Privativo de Libertad (MP)	Sección Juvenil (SJ)	Personas en Situación de Calle (Calle)	Libertad Vigilada (LV)			Población Infante Adolescente (PAI-IA)		
PAB	PAI	PR	PAI	PR	PAI	PR	PAI	PAI	Calle	PAI	PR	PR-Fijo	PAI	PR	

I) EVALUACIÓN ADMINISTRATIVA				
A) DOCUMENTACIÓN Y REGISTRO	SI	NO	Disponible en otro lugar. Señale	OBSERVACIONES
¿Existe libro de reclamos, felicitaciones y sugerencias?				

¿Existe protocolo de gestión de reclamos?				
¿Existen reclamos relevantes en dicho libro?				
¿Existe calendario de actividades diarias?				
¿Existe Programa de Tratamiento y Rehabilitación por escrito y disponible?				
¿Existe Plan Individual de Tratamiento y Rehabilitación por cada usuario que contemple metas y plazos?				
¿Existe ficha que registre evolución actualizada del proceso terapéutico?				
¿Existe Informe de evaluación final al momento del egreso del usuario?				
¿Existe plan de emergencia y de prevención de riesgos?				
¿Se aprecia orden administrativo en las dependencias del centro?				
¿Existe un almacenamiento de las fichas clínicas que asegure un acceso oportuno, su conservación y confidencialidad?				

<b>B) Autorización Sanitaria</b> (omitir para Prestadores Públicos que operen dentro de recintos penitenciarios como en el caso de las Secciones Juveniles y los Ambulatorios Intensivos para Medio Privativo de Libertad)	SI	NO	OBSERVACIONES (Consignar por ejemplo, si no corresponde que la tenga, si se encuentra disponible en otro lugar y cualquier otra información relevante)	
¿Posee autorización sanitaria?				
¿Existe copia de resolución?				
Nº de Resolución			Fecha de resolución	
¿El Coordinador Técnico del Centro de Tratamiento se encuentra autorizado por la Resolución sanitaria?				
Indicar fecha de la última visita de autoridad sanitaria, si corresponde				
Ha tenido sumario sanitario previo. Si es así, razones y fecha				

<b>II) RECURSO HUMANO ESPECÍFICO PARA EL PROGRAMA DE TRATAMIENTO</b>					SI	NO	Disponible en otro lugar. Señale
<b>CARGO 1</b> Profesión		Nº de Horas Semanales totales	Nº de Horas Semanales dedicadas al programa	Cuenta con verificador de cumplimiento de horas			
Identificación de profesional				Cuenta con antecedentes en centro			
Observaciones				Profesional o técnico exclusivo para el Programa			
<b>CARGO 2</b> Profesión			Nº de Horas Semanales dedicadas al programa	Cuenta con verificador de cumplimiento de horas			
Identificación de profesional				Cuenta con antecedentes en centro			
Observaciones				Profesional o técnico exclusivo para el Programa			
<b>CARGO 3</b> Profesión			Nº de Horas Semanales dedicadas al programa	Cuenta con verificador de cumplimiento de horas			
Identificación de profesional				Cuenta con antecedentes en centro			



Observaciones				Profesional o técnico exclusivo para el Programa			
<b>CARGO 4 Profesión</b>			N° de Horas Semanales dedicadas al programa	Cuenta con verificador de cumplimiento de horas			
Identificación de profesional				Cuenta con antecedentes en centro			
Observaciones				Profesional o técnico exclusivo para el Programa			
<b>CARGO 5 Profesión</b>			N° de Horas Semanales dedicadas al programa	Cuenta con verificador de cumplimiento de horas			
Identificación de profesional				Cuenta con antecedentes en centro			
Observaciones				Profesional o técnico exclusivo para el Programa			
<b>CARGO 6 Profesión</b>			N° de Horas Semanales dedicadas al programa	Cuenta con verificador de cumplimiento de horas			
Identificación de profesional				Cuenta con antecedentes en centro			
Observaciones				Profesional o técnico exclusivo para el Programa			
<b>CARGO 7 Profesión</b>			N° de Horas Semanales dedicadas al programa	Cuenta con verificador de cumplimiento de horas			
Identificación de profesional				Cuenta con antecedentes en centro			
Observaciones				Profesional o técnico exclusivo para el Programa			

MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS	SI	NO
¿Para los centros residenciales, están presentes los servicios de un manipulador de alimentos?		

<b>c. OTRAS OBSERVACIONES RECURSOS HUMANOS</b>

**III) INFRAESTRUCTURA (de las dependencias utilizadas por el programa, o del centro si es exclusivo, según corresponda)**

A. Disponibilidad de Espacios	Presencia	Uso Exclusivo		Cantidad		
	Si	Si	No			
Sala/s de atención individual						
Sala/s de atención grupal						
Sala/s de atención familiar						
Sala de espera						
Sala para el equipo						
Espacios habilitados para talleres y actividades deportivas						
Espacios de descanso						
Cocina y comedor separados de los espacios comunes, cuando corresponde						
Baños diferenciados para personas usuarias y equipo						
Baños diferenciados para personas usuarias hombres y mujeres						
Dormitorios con espacio y número de camas acorde al número de planes al que postula, separados para hombres y mujeres, si corresponde.						
Otros (especificar)						
B. Condiciones de infraestructura	SI	NO (en caso de consignar, fundamentar)	NO APLICA	OBSERVACIONES /FUNDAMENTOS		
Instalaciones sanitarias en buen estado de conservación y de operación						
¿Los servicios higiénicos cumplen con condiciones higiénicas y sanitarias?						
Lugar seguro para el almacenamiento de medicamentos, material clínico y de primeros auxilios						
Existe calefacción/ventilación segura para usuarios y personal						
El manejo de la basura cumple con condiciones higiénicas y sanitarias						
Contenedor con tapa para el almacenamiento transitorio de basura						
Lugar destinado a guardar los útiles de aseo en condiciones de limpieza.						
Dormitorios con un máximo de cuatro camas con iluminación y ventilación natural, si corresponde						
Dormitorios con equipamiento con condiciones adecuadas para la estadía de los usuarios.(guardarropía, clóset y veladores), si corresponde						
¿Dormitorios se encuentran aseados y ordenados?, si corresponde						
¿Existe sector de cocina para preparar alimentos?						

B. Condiciones de infraestructura (continuación)	SI	NO (en caso de consignar, fundamentar)	NO APLICA	OBSERVACIONES /FUNDAMENTOS		
Sector de cocina con equipamiento adecuado al número de raciones a preparar (vajilla, estantería, mesones y lavaplatos)						
Sector de cocina tiene piso y paredes lavables y bien ventiladas						
¿Sector de cocina cumple con las condiciones higiénicas y sanitarias?						
¿Existen elementos de recreación para los usuarios (música, televisor, revistas y juegos)?						

Muros, pisos y cielos en buen estado de conservación y mantención				
Superficies limpias, libres de humedad y/o filtraciones				
Existe iluminación natural y artificial				
Se evidencian deficiencias en la infraestructura que representen posibles riesgos para usuarios y/o profesionales.				
¿Existe un almacenamiento de las fichas clínicas que asegure un acceso oportuno, su conservación y confidencialidad?				
¿Existe extintor con su mantenimiento y carga al día?				
¿Existen vías de evacuación debidamente señalizadas?				
<b>C. OTRAS OBSERVACIONES DE INFRAESTRUCTURA</b>				

IV) REGISTRO SISTRAT						
					<b>SI</b>	<b>NO</b>
¿Se encuentran actualizadas las claves de acceso al sistema SISTRAT?						
PRESTACIONES MÉDICAS						
CÓDIGO USUARIO	PERIODO REGISTRO	TOTAL PRESTACIONES SISTRAT	TOTAL PRESTACIONES FICHA USUARIA	OBSERVACIONES		
1						
2						
3						
4						
5						
A. TOTAL DE PRESTACIONES REGISTRADAS PARA LA MUESTRA DURANTE EL PERIODO						
(Realizar cotejo del total de prestaciones registradas en SISTRAT para una muestra aleatoria de usuarios por plan, del último mes cerrado, contra lo anotado en las fichas clínicas de los mismos usuarios considerados en la muestra. Esta revisión debe realizarse en forma conjunta con el Director/Encargado Técnico del centro, y resguardando la privacidad de la información de los usuarios.)						
CODIGO USUARIO	PERIODO REGISTRO	TOTAL PRESTACIONES SISTRAT	TOTAL PRESTACIONES FICHA USUARIA	OBSERVACIONES		
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
B. OBSERVACIONES: REGISTRO SISTRAT						

**IV) ACUERDOS Y CONCLUSIONES DE LA SUPERVISION**

--

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma Encargado  
Supervisión del Convenio

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma Encargado  
Centro o Programa de Tratamiento

**V) ENTREVISTAS A USUARIOS**

<b>USUARIO 1</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Me han informado que esta entrevista es anónima y que la información entregada por mi puede ser utilizada por SENDA para los fines de supervisión del programa de tratamiento y rehabilitación del cual soy usuario. Por tanto, expreso mi decisión de participar en esta entrevista: (Si usuario no desea participar, el supervisor debe tarjar los espacios destinados a la entrevista)		
El usuario ha sufrido algún cobro		
He sido informado de mis derechos y deberes que tengo como usuario		
Está conforme con la atención recibida por parte del equipo del Centro o Programa		
Fecha de la última atención médica		
Observaciones		
<b>USUARIO 2</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Me han informado que esta entrevista es anónima y que la información entregada por mi puede ser utilizada por SENDA para los fines de supervisión del programa de tratamiento y rehabilitación del cual soy usuario. Por tanto, expreso mi decisión de participar en esta entrevista: (Si usuario no desea participar, el supervisor debe tarjar los espacios destinados a la entrevista)		

El usuario ha sufrido algún cobro		
He sido informado de mis derechos y deberes que tengo como usuario		
Está conforme con la atención recibida por parte del equipo del Centro o Programa		
Fecha de la última atención médica		
Observaciones		
<b>USUARIO 3</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Me han informado que esta entrevista es anónima y que la información entregada por mi puede ser utilizada por SENDA para los fines de supervisión del programa de tratamiento y rehabilitación del cual soy usuario. Por tanto, expreso mi decisión de participar en esta entrevista: (Si usuario no desea participar, el supervisor debe tarjar los espacios destinados a la entrevista)		
El usuario ha sufrido algún cobro		
He sido informado de mis derechos y deberes que tengo como usuario		
Está conforme con la atención recibida por parte del equipo del Centro o Programa		
Fecha de la última atención médica		
Observaciones		

## ANEXO 1

REFERENTES SERVICIO DE SALUD	SI	NO	OBSERVACIONES
Respecto de este centro, convenio se encuentra debidamente tramitado. (Municipios, cesfam, hospital etc.) (Consignar con quien se firma el convenio)			
¿Las facturas son enviadas dentro del plazo a oficina regional de Senda?			
¿Se encuentran traspasados por parte del SENDA los recursos asociados a la ejecución de los planes de tratamiento a la fecha?			
¿Se encuentran traspasados al municipio u otro si corresponde, los recursos asociados a la ejecución de los planes de tratamiento a la fecha?			
Los gastos asociados al programa ¿se ingresan bajo que ítem presupuestario al Servicio de Salud o entidad pública?			

El RRHH ¿bajo qué ítem presupuestario se encuentra contratado?			
Si el RRHH se encuentra a honorario, ¿cuenta con algún beneficio laboral? (por ejemplo, vacaciones)			
Los profesionales y técnicos ¿cuentan con horas exclusivas para el programa? Si no, ¿Cuánto se estima que destina cada uno?			

### Informe de supervisión al centro o programa de tratamiento y rehabilitación

Nombre Evaluador	
Cargo	
Región	
Fecha Visita	/ /

Nombre del Centro de Tratamiento	
Región	
Encargado al momento de la supervisión en el centro	

Síntesis de los resultados de la supervisión
De haber aspectos que puedan ser conducentes a alguna sanción, señale brevemente
Brevemente refiera las principales acciones a seguir por el equipo de la Dirección Regional respecto del abordaje de los resultados

Fecha de informe

Nombre y firma de Director/a Regional

# Glosario Técnico SISTRAT

## Convenio SENDA -MINSAL

2017

El documento que se presenta a continuación contiene un conjunto de definiciones necesarias para que los equipos de profesionales y técnicos responsables de proveer una adecuada atención de salud a aquellas personas con problemas asociados al consumo de sustancias, dispongan de un terminología mínima estandarizada, que permita que el registro y análisis de los datos reunidos a través del *Sistema de Información y Gestión de Tratamiento* (SISTRAT) del Convenio SENDA- MINSAL, sea útil, fiable y comparable.

El Glosario Técnico consta de 6 secciones, cada una corresponde a una de las fichas de registro que existen en el SISTRAT. Para un mejor provecho del documento se sugiere utilizar el apoyo de la Norma Técnica del Convenio 2016



## FICHA DE INGRESO

Esta ficha debe aplicarse durante el primer mes de ingreso al programa de tratamiento, de manera que la información que se registre corresponda al estado de situación de la persona al momento de incorporarse al tratamiento.

En aquellos casos en que no fue posible registrar la información durante el primer mes, los datos que se registren deben igualmente hacerse en relación al momento en que ingresó la persona al tratamiento y no al momento en que se recogió la información, es decir de manera retrospectiva.

### **Sección 1. Identificación de Usuario**

#### **1. Nombre**

Nombre de la persona que presenta el problema de consumo de sustancias

#### **2. Apellido Paterno**

Primer apellido de la persona que presenta el problema de consumo de sustancias

#### **3. Apellido Materno**

Segundo apellido de la persona que presenta el problema de consumo de sustancias

#### **4. Sexo**

Sexo de la persona que presenta el problema de consumo de sustancias

#### **5. Fecha Nacimiento**

Día, mes y año de nacimiento de la persona que presenta el problema de consumo de sustancias

**Código Identificación:** Se compone a partir de 3 fuentes de información, del nombre, sexo y año de nacimiento de la persona que presenta el problema de consumo de sustancias y se conforma de la siguiente manera:

*Las dos primeras letras del primer nombre y del primer apellido*

*Si es hombre se coloca el número 1 y si es mujer un 2*

*Fecha de nacimiento*

*Ejemplo: Rafael Mendoza Lara nacido el 22 de octubre de 1978 = RAME122101978*

#### **6. Comuna Residencia (últimos 30 días)**

Lugar donde vivió la mayor parte de los días en los últimos 30 días previos a la consulta. Si la persona se encuentra o encontraba durante ese período en un centro privativo de libertad, considere los 30 días antes de ingresar al recinto privativo.

#### **7. Origen de Ingreso**

Se refiere a la fuente de referencia principal

### Valores Posibles:

- |   |  |
|---|--|
| 1) Consulta Espontánea                                      | 9) Juzgado de Policía Local  |
| 2) Otro Centro de Tratamiento Drogas                        | 10) Otros (fiscalía)   |
| 3) Establecimiento de Atención Primaria de Salud (APS)      | 11) Previene   |
| 4) Otros Establecimiento de la Red de Salud General Privado | 12) Establecimiento Educativo  |
| 5) Otros Establecimiento de la Red de Salud General Público | 13) Trabajo (empresa o empleador)  |
| 6) Juzgado de Familia                                       | 14) Servicios Sociales u Otros (iglesia, servicios comunitarios, Mideplan, etc.) |
| 7) Juzgado con Competencia en Crimen                        | 15) Ley 20.603 (Libertad Vigilada y Libertad Vigilada Intensiva)*                |
| 8) Juzgado de Garantía                                      | 16) Otros  |

## **Sección 2: Caracterización Sociodemográfica**

### **8. Nacionalidad**

Nacionalidad de qué país presenta la persona. En caso de que tengan más de una, seleccionar la que la persona señale como principal.

### **9. Etnia**

Respuesta a la siguiente pregunta ¿Pertenece ud. a alguno de estos pueblos originarios o indígenas?

#### Valores Posibles:

- |              |                 |
|--------------|-----------------|
| 1) Mapuche   | 6) Colla        |
| 2) Aimara    | 7) Yámana       |
| 3) Atacameño | 8) Alacalufe    |
| 4) Quechua   | 9) No pertenece |
| 5) Rapa Nui  |                 |

\*\*La ley 20.603, establece penas sustitutivas a la privación de libertad, en su artículo 17 bis, señala que si el condenado a libertad vigilada o libertad vigilada intensiva presentare un consumo problemático de drogas o alcohol, el tribunal deberá imponerle, en la misma sentencia, la obligación de asistir a programas de tratamiento de rehabilitación de dichas sustancias

### **10. Estado Conyugal**

Se refiere a la situación conyugal de hecho, siendo cada categoría excluyente del resto. Por ejemplo, Si una persona se declara "conviviente", esta categoría prima por sobre el hecho de sea soltera, viuda, separada (de su anterior cónyuge) o anulada". (Se registra el estado conyugal que la persona tiene al momento de ingreso a tratamiento

**Valores Posibles:**

- |                         |   |
|-------------------------|---|
| 1) Casado               | Asigne este código sólo aquellas personas casadas legalmente y que viven con pareja.  |
| 2) Conviviente o pareja | Asigne este código aquellas personas que hacen vida marital sin estar casados legalmente.   |
| 3) Anulado              | Asigne este código aquellas personas separadas legalmente a través de juicio de nulidad.  |
| 4) Separado             | Asigne este código a las personas que habiendo estado casadas o convivientes actualmente se encuentran viviendo separadas.                      |
| 6) Divorciado           | Asigne este código a aquellas personas que habiendo estado casadas, disolvieron el matrimonio a través del procedimiento legal correspondiente. |
| 7) Viudo                | Asigne este código aquellas personas cuyo cónyuge ha fallecido y que no conviven ni están casados nuevamente.                                   |
| 8) Soltero              | Asigne este código aquellas personas que nunca han estado casadas y actualmente no conviven.  |
| 9) Conviviente Civil    | Asigne este código aquellas personas que hayan celebrado un contrato de Acuerdo de unión Civil  |

**11. Número de Hijos**

Se refiere al número de hijos que la persona tiene al momento de ingresar al tratamiento (son los niños dependientes de la persona, engendrados, criados y adoptados).

**12. Con cuántos hijos ingresa a tratamiento residencial**

Se refiere al número de hijos con que la persona ingresa a un tratamiento residencial.

**13. AL ingreso a Tratamiento, Tiene usted a cargo menores de Edad?**

Se refiere a los menores de edad que la persona tiene bajo su cuidado al momento de ingresar a tratamiento.

**14. Escolaridad**

¿Cuál es el último curso de educación que usted ha aprobado? Se refiere al grado más alto de educación que ha completado.

**Valores Posibles:**

- |                       |                                 |
|-----------------------|---------------------------------|
| 1) Básica incompleta  | 6) Técnica completa             |
| 2) Básica completa    | 7) Universitaria incompleta     |
| 3) Media incompleta   | 8) Universitaria completa o más |
| 4) Media completa     | 9) Sin estudios                 |
| 5) Técnica incompleta | 10) No sabe o no se aplica      |

## 15. Embarazo

Al momento del ingreso a tratamiento registrar si la persona está embarazada

## 16. Condición Ocupacional

Responde a la siguiente pregunta: *¿La semana pasada, trabajó al menos una hora sin considerar los quehaceres del hogar?:*

Esta variable busca establecer si la persona desarrolló alguna actividad laboral o productiva, es decir, si participó en la producción de un bien o servicio para la venta o para el autoconsumo, por un mínimo de una hora semanal en la semana anterior (lunes a domingo) a la entrevista. Los quehaceres del hogar no son considerados una actividad productiva o 'razón de ocupación' de acuerdo a la encuesta CASEN. <sup>iii</sup> Si la respuesta es afirmativa se debe seleccionar la opción "Trabajando actualmente"

Si la persona **No Trabajó**, interesa saber si está Desocupada ("busca trabajo por primera vez" o "cesante") o Inactiva (que corresponde al resto de la opciones, quehaceres del hogar, estudiando, jubilado, etc.)

### Valores Posibles:

- |                                  |  |
|----------------------------------|--|
| 1. Trabajando actualmente*       | 6. Pensionado o Jubilado sin trabajar*** |
| 2. Busca trabajo por primera vez | 7. Incapacitado permanente para trabajar |
| 3. Cesante                       | 8. Rentistas****                         |
| 4. Quehaceres del Hogar          | 9. No busca trabajo                      |
| 5. Estudiando sin trabajar**     | 10. Otra razón                           |

Notas:

\*Trabajando actualmente: incluye a:

1. Personas de 12 años o más, que durante la semana pasada (desde el momento de la consulta) haya realizado algún trabajo (actividad productiva con remuneración en dinero o especies), al menos 1 hora, excluyendo los quehaceres del hogar.
2. Aquellas personas que realizaron actividades informales u ocasionales por un sueldo o salario, por su cuenta, en una empresa, en especies o metálico, como aprendiz (práctica) o que haya realizado una actividad para un familiar.
3. Personas que tienen trabajo, pero se encuentran ausentes temporalmente por licencia, enfermedad, huelga, vacaciones u otra razón.

\*\*Estudiando sin trabajar: Asigne este código cuando la persona declara que estudia y no busca trabajo por esa razón.

\*\*\*Jubilado (o montepiado o pensionado): Personas que perciben un ingreso (jubilación), proveniente del sistema previsional, por el trabajo realizado mientras fueron económicamente activas. Incluya en esta categoría a quienes se declaran jubilados, montepiadas y también a quienes perciben una Pensión Asistencial entregada por el Estado. Las montepiadas son mujeres viudas que perciben un ingreso (montepío) proveniente del sistema previsional, por el trabajo realizado por su marido mientras fue económicamente activo.

\*\*\*\*Rentistas: Personas que, aunque no trabajan, perciben un ingreso (renta) derivado de propiedades, acciones, intereses por ahorros, depósitos bancarios, etc.

## 17. Categoría Ocupacional

Comprende la relación entre una persona económicamente activa y su trabajo o empleo. Sólo se aplica aquellas personas que se encuentran trabajando al momento de ingresar a tratamiento (las que respondieron 1 en la pregunta anterior). Para las personas que no están trabajando (estudiantes, cesante, etc.) esta opción estará bloqueada.

*En su ocupación principal, ¿Usted trabaja como:....?*

### Valores Posibles:

- |                           |                          |
|---------------------------|--------------------------|
| 1. Empleador              | 5. Trabajador voluntario |
| 2. Cuenta propia          | 6. Otro                  |
| 3. Asalariado             |                          |
| 4. Familiar no remunerado |                          |

- 1. Empleador:** Asigne este código a la persona que dirige su propia empresa y que contrata los servicios de uno o más trabajadores, a cambio de una remuneración.
- 2. Cuenta propia:** Asigne este código a la persona que trabaja en forma independiente y sin ocupar personal remunerado; explota su propio negocio o ejerce por su propia cuenta una profesión u oficio. Puede trabajar solo o asociado y puede tener ayuda de familiares a los que emplea sin pago en dinero. Este trabajador no está subordinado a un jefe. *Ejemplo:* Profesionales y técnicos independientes, dueña de almacén sin empleados, taxistas que son propietarios del vehículo, vendedora ambulante, gasfiter, jardinero, pequeños agricultores campesinos que eventualmente pueden contratar mano de obra, pero principalmente la producción es realizada con mano de obra del hogar, etc.).
- 3. Asalariado:** Asigne este código a la persona que trabaja para un empleador privada ó pública y que, por hacerlo percibe un sueldo o salario como remuneración (mensual, semanal o quincenal).
- 4. Familiar no remunerado:** Asigne este código a toda persona que se dedica a una actividad productiva administrado por un familiar. Por ejemplo: negocia, almacén, taller de artesanía de algún familiar, sin recibir una retribución en dinero por su trabajo.
- 5. Trabajador voluntario:** Asigne este código a toda persona que se dedica dos o tres horas a la semana a una institución sin fin de lucro y que no cobra por esa colaboración.
- 6. Otro:** Asigne este código cuando la categoría ocupacional de la persona no corresponda o ninguna de las anteriores.
- 7. No Aplica (N/A):** Asigne este código a la persona que no se encuentra trabajando al ingresar al tratamiento

## 18. En qué Rubro Trabaja

En aquellas personas que trabajan interesa conocer en qué rubro se desempeñan. Para lo cual se utiliza la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO) de la Organización Internacional del Trabajo (OIT).

A través de esta clasificación la OIT agrupa los empleos según su ocupación es decir el tipo de trabajo realizado o que se ha de realizar. Los criterios básicos utilizados para definir estos grupos son el nivel de competencias y la especialización de las competencias, requeridos para efectuar eficazmente las tareas y cometidos de las ocupaciones.

### Valores Posibles:

1. Directores y Gerentes
2. Profesionales, científicos e intelectuales
3. Técnicos y profesionales de nivel medio
4. Personal de apoyo administrativo
5. Trabajadores de los servicios y vendedores de comercio y mercado
6. Agricultores y trabajadores calificados agropecuarios, forestales y pesqueros
7. Oficiales, operarios y artesanos de artes mecánica y otros oficios
8. Operadores y montadores de instalaciones y maquinaria y ensambladores
9. Trabajadores no calificados (Ocupaciones elementales)
10. Ocupaciones Militares
11. Ocupación no bien especificada

Directores y Gerentes: Corresponde a todas aquellas persona que se desempeñen en cargos de dirección y gerencia ya sea en el servicio público o privado (directores comerciales, de servicios, financieros, etc.).

Profesionales, científicos e intelectuales: Corresponde a todas aquellas personas que tengan un título profesional universitario en cualquier área y se desempeñen en esa función (profesionales de las ciencias sociales, médicas, finanzas, enseñanzas, información y tecnología, etc.).

Técnicos y profesionales de nivel medio: Corresponde a todas aquellas personas que tengan un título técnico profesional y que se desempeñen en esa ocupación. (Ej técnicos en enfermería, jurídicos, administrativos, técnicos web, corredores de seguros, agentes de bolsa, etc.).

Personal de apoyo administrativo: Corresponde a todas aquellas personas que se desempeñan como apoyo en oficinas (ej oficinistas, secretarías, mecanógrafos, empelados contables, apoyos administrativos, etc.) o personas que se desempeñan en trato directo con el público (cajeros, receptores de apuestas, empleados de servicios de información al cliente, etc.).

Trabajadores de los servicios y vendedores de comercio y mercado: Corresponde a personas que están vinculadas al rubro de servicios y comercio. (ej auxiliares de servicio abordo, guías de turismo, cocineros, camareros, peluqueros, conserjes, vendedores, cuidadores de niños, etc.).

Agricultores y trabajadores calificados agropecuarios, forestales y pesqueros: Personas que se desempeñan a distinto nivel en alguna de estas áreas. Ya sea que son agricultores calificados, artesanos o productores. (ej pescadores, trabajadores agrícolas de subsistencia, productores de ganado, temporeros, etc.).

Oficiales, operarios y artesanos de artes mecánica y otros oficios: Por ejemplo: albañiles, Cristalers, gáster, pintores, herreros, soldadores, mecánicos, joyeros, alfareros, artesanos de tejidos, carniceros, panaderos, zapateros, modistas, etc.

Operadores y montadores de instalaciones y maquinaria y ensambladores: Por ejemplo: mineros y operadores de instalaciones mineras, perforadores, operadores de máquinas como telares, lavarropas, metalúrgicas, etc.

Trabajadores no calificados (Ocupaciones elementales): Son aquellas ocupaciones consideradas elementales y que tienen un menor nivel de especialización. Ej: limpiadores y asistentes, peones agropecuarios, pesqueros o forestales, peones de minería, vendedores ambulantes y a fines, Recolectores de desechos (cartoneros), etc.

Ocupaciones Militares: Personas que pertenecen a cualquier rama de las fuerzas armadas: sea cual sea su rango

Ocupación no bien especificada

### **19. Con quién vive**

Convivencia en los 30 días previos a la admisión a tratamiento

#### **Valores Posibles:**

- |  |  |
|--|--|
| 1. Solo  | 7. Únicamente con Hijos y Padres o Familia de Origen |
| 2. Únicamente con Pareja                                 | 8. Con la Pareja, Hijos y Padres o Familia de Origen |
| 3. Únicamente con Hijos                                  | 9. Con amigos  |
| 4. Únicamente con Padres o Familia de Origen             | 10. Otro   |
| 5. Únicamente con la Pareja e Hijos                      |  |
| 6. Únicamente con la Pareja y Padres o Familia de Origen |  |

### **20. Parentesco en relación al Jefe(a) de Hogar**

Jefe o Jefa del Hogar: Miembro del hogar (hombre o mujer) considerado como tal por las otras personas del hogar, ya sea por razones de dependencia económica, parentesco, edad, autoridad o respeto.

#### **Valores Posibles:**

- |  |                    |
|--|--------------------|
| 1) Jefe/a de familia                   | 7) Suegro o suegra |
| 2) Cónyuge o pareja                    | 8) Yerno o nuera   |
| 3) Hijo/a de ambos                     | 9) Nieto/a         |
| 4) Hijo/a sólo del/a Jefe/a de familia | 10) Hermano/a      |
| 5) Hijo/a sólo del cónyuge o pareja    | 11) Cuñado/a       |
| 6) Padre o madre                       | 12) Otro pariente  |

### **21. Tipo de Vivienda**

Indique el tipo de vivienda según los siguientes códigos:

*¿El tipo de vivienda donde usted vive es....?*

#### **Valores Posibles:**

- |                                |                                 |
|--------------------------------|---------------------------------|
| 1. Casa                        | 5. Residencial, pensión, hostel |
| 2. Departamento                | 6. Hospedería                   |
| 3. Mediagua                    | 7. Choza, rancho, ruca          |
| 4. Pieza dentro de la vivienda | 8. Caleta o punto de calle      |

## 22. Tenencia de Vivienda

Esta variable pretende recoger la situación en que se ocupa la vivienda.

**¿Su hogar, bajo qué situación ocupa su vivienda?**

### Valores Posibles:

- |                   |                        |
|-------------------|------------------------|
| 1. Arrenda        | 5. Ocupación irregular |
| 2. Paga dividendo | 6. Cedida              |
| 3. Propia         | 7. Otro                |
| 4. Allegado       | 8. No Aplica (N/A)     |

**Arrenda:** Asigne este código al usuario que no es propietario del sitio, que paga un canon de arriendo por el uso de éste (con o sin contrato).

**Paga dividendo:** Asigne este código a quien tenga una deuda por el sitio que ocupa, ya sea que se encuentre al día en sus pagos o esté moroso. Por ejemplo cuando se tiene un crédito hipotecario.

**Propia:** Asigne este código a quien haya cancelado totalmente el sitio que ocupa.

**Allegado:** Asigne este código al usuario que vive transitoriamente en una vivienda ajena o cuando es acogido en la vivienda de otro grupo familiar.

**Ocupación irregular:** Asigne este código al usuario del sitio que no es propietario de éste, no paga por usarlo y no tiene permiso ni consentimiento de su dueño para su uso. Es el caso de las tomas de terreno.

**Cedida:** para cualquiera de las siguientes situaciones:

1. *Cedida por servicios:* Asigne este código al usuario del sitio que no es propietario de éste y no paga por usarlo, lo ocupa como contraprestación de un servicio o trabajo a su propietario. Por ejemplo, la familia de un conserje, cuidador, director de escuela, etc., que vive gratuitamente en sitio de propiedad de una industria, escuela, etc., y que le ha sido asignado por las funciones o labores que realiza un miembro del hogar.
2. *Cedida por familiar u otro:* Asigne este código al usuario que no es propietario y no paga arriendo, pues el sitio se lo han cedido familiares u otras personas.

**Otro:** Asigne este código a todas aquellas situaciones que no correspondan a ninguna de las categorías mencionadas.

## 23. Número de Tratamientos Anteriores

**"¿Cuántas veces ha sido tratado usted por su consumo de alcohol o drogas?"**

*Se refiere a tratamientos dentro o fuera del convenio, incluido corto estadia, consejería como paciente interno o externo. Se excluye los Grupos de Auto Ayuda, (considerados como apoyo al tratamiento).*

**Tratamiento (Definición):** Hace referencia al proceso de intervención dirigido a la superación de los problemas de abuso y/o dependencia a las drogas, que incluye el desarrollo de un conjunto de acciones de carácter sanitario, psicológico, social, ocupacional y educativo, tanto a nivel individual como grupal y familiar. Los procesos de rehabilitación de las drogodependencias se instrumentalizan a través de una variada gama de opciones terapéuticas y de recursos asistenciales.



#### **24. Fecha Último Tratamiento**

Se refiere al período en que la persona realizó su último tratamiento por problemas de consumo de sustancias.

##### **Valores Posibles:**

- 1) Último 6 meses
- 2) Último 12 meses
- 3) 1 a 2 años
- 4) 3 a 4 años
- 5) 5 o más años

### **Sección 3. Patrón de Consumo Problemático**

#### **25. Sustancia Principal**

Se refiere a la sustancia que principalmente motiva la consulta.

##### **Valores Posible**

- |  |  |   |
|--|--|---|
| 1. Alcohol   | 8. LSD   | 15. Anfetaminas   |
| 2. Marihuana   | 9. Fenilciclidina  | 16. Metanfetaminas y otros derivados  |
| 3. Cocaína   | 10. Hongos   | 17. Otros Estimulantes  |
| 4. Pasta Base  | 11. Otros Alucinógenos   | 18. Sedantes: diazepam, Valium, clonazepam, Ravotril, alprazolam, adax, barbitúricos, fenobarbital. |
| 5. Crack   | 12. Heroína  | 19. Hipnóticos  |
| 6. Inhalables: neopren, GHB, óxido nitroso (gas hilarante), "poppers", solventes, gasolina, diluyente. | 13. Metadona   | 20. Esteroides Anabólicos   |
| 7. Éxtasis   | 14. Otros Opioides<br>Analgésicos: morfina, codeína, meperidina, demerol, tramadol, tramal | 21. Otros   |

#### **26. Otra Sustancia n°1**

Se refiere a otra sustancia que también esté motivando la consulta.

#### **27. Otra Sustancia n°2**

Se refiere a una tercera sustancia que también esté motivando la consulta.

### **28. Otra Sustancia n°3**

Se refiere a una cuarta sustancia que también esté motivando la consulta.

### **29. Frecuencia de Consumo (Sustancia Principal)**

Frecuencia de consumo de la droga principal en los 30 días previos a la admisión a tratamiento

#### **Valores Posibles:**

- |                      |                            |
|----------------------|----------------------------|
| 1. Todos los días    | 5. Menos de 1 día / semana |
| 2. 4-6 días / semana | 6. No consumió             |
| 3. 2-3 días / semana | 7. Desconocida             |
| 4. 1 día / semana    |                            |

### **30. Edad de Inicio (Sustancia Principal)**

Respuesta a la siguiente pregunta ¿Qué edad tenía cuando inició el consumo de esta droga?

### **31. Vía de Administración (Sustancia Principal)**

Respuesta a la siguiente pregunta ¿Cuál ha sido la vía más frecuente de administración de esta sustancia durante los últimos 30 días?

#### **Valores Posibles:**

- |  |   |
|--|---|
| 1. Inyectada (intravenosa o intramuscular)           |   |
| 2. Fumada o Pulmonar (aspiración de gases o vapores) | 4. Intranasal ( aspiración de polvo por la nariz) |
| 3. Oral (bebida o comida)                            | 5. Otros  |
|  | 6. No sabe  |

### **32. Sustancia Inicial**

Se refiere a la primera sustancia que consumió el usuario

### **33. Edad de Inicio (Sustancia Inicial)**

Se refiere a la edad que tenía la persona cuando consumió la sustancia de inicio

## Sección 4. Diagnóstico Clínico

### 34. Diagnóstico Trastorno por Consumo Sustancia

Especificar si el trastorno por consumo de la sustancia principal corresponde a: *Dependencia* o *Consumo Perjudicial*. Según los criterios de Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y otros Problemas de Salud (CIE-10).

### 35. Diagnóstico Trastorno Psiquiátrico CIE-10

Trastorno psiquiátrico asociado al consumo perjudicial o dependencia a sustancia. Según los criterios CIE-10. El sistema da la opción de seleccionar hasta tres trastornos mentales.

#### Valores Posibles:

#### 1. Trastornos mentales orgánicos

- |   |   |
|---|---|
| a. Demencia en la enfermedad de Alzheimer.  | f. Delirium no inducido por alcohol u otras sustancias psicótropas  |
| b. Demencia vascular.   | g. Otros trastornos mentales debidos a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad somática               |
| c. Demencia en enfermedades clasificadas en otro lugar.                               | h. Trastornos de la personalidad y del comportamiento debidos a enfermedad, lesión o disfunción cerebral. |
| d. Demencia sin especificación.   | i. Trastorno mental orgánico o sintomático sin especificación.  |
| e. Síndrome amnésico orgánico no inducido por alcohol u otras sustancias psicótropas. |   |

#### 2. Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes

- |   |  |
|---|--|
| a. Trastorno esquizotípico.                     | e. Trastornos esquizoafectivos.              |
| b. Trastornos de ideas delirantes persistentes. | f. Otros trastornos psicóticos no orgánicos. |
| c. Trastornos psicóticos agudos y transitorios. | g. Psicosis no orgánica sin especificación.  |
| d. Trastorno de ideas delirantes inducidas.     |  |

#### 3. Trastornos del humor (afectivos).

- |                                    |   |
|------------------------------------|---|
| a. Trastorno bipolar.              | d. Trastornos del humor (afectivos) persistentes. |
| b. Episodios depresivos.           | e. Otros trastornos del humor (afectivos)         |
| c. Trastorno depresivo recurrente. |   |

#### 4. Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos

- a. Otros trastornos de ansiedad.
- b. Trastorno obsesivo-compulsivo. c. Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación.
- d. Trastornos disociativos (de conversión).
- e. Trastornos somatomorfos.
- f. Otros trastornos neuróticos.

#### 5. Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos

- a. Trastornos no orgánicos del sueño.
- b. Disfunción sexual no orgánica. c. Trastornos mentales y del comportamiento en el puerperio no clasificados en otro lugar.
- d. Factores psicológicos y del comportamiento en trastornos o enfermedades clasificados en otro lugar.
- e. Abuso de sustancias que no producen dependencia.
- f. Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos sin especificación.

#### 6. Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto

- a. Trastornos específicos de la personalidad.
- b. Trastornos mixtos y otros trastornos de la personalidad.
- c. Transformación persistente de la personalidad no atribuible a lesión o enfermedad cerebral.
- d. Trastornos de los hábitos y del control de los impulsos.
- e. Trastornos de la identidad sexual.
- f.
- g. Trastornos de la inclinación sexual. h. Trastornos psicológicos y del comportamiento del desarrollo y orientación sexuales.
- i. Otros trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto.
- j. Trastorno de la personalidad y del comportamiento del adulto sin especificación.

#### 7. Retraso Mental

#### 8. Trastornos del Desarrollo Psicológico

- a. Trastornos específicos del desarrollo del aprendizaje escolar.
- b. Trastorno específico del desarrollo psicomotor.
- c. Trastorno específico del desarrollo mixto.
- d. Trastornos generalizados del desarrollo.
- e. Trastorno generalizado del desarrollo sin especificación.
- f. Otros trastornos del desarrollo psicológico.
- g. Trastorno del desarrollo psicológico sin especificación.



PCL6 ERROR - Incomplete Session by time out

POSITION : 0x8450e (541966)

SYSTEM : ../../pcl6/XLPGP\_EC/os\_hook

LINE : 1344

VERSION : PCL6 5.97.01 08-05-2010



# Glosario Técnico SISTRAT

## Convenio SENDA -MINSAL

2017

El documento que se presenta a continuación contiene un conjunto de definiciones necesarias para que los equipos de profesionales y técnicos responsables de proveer una adecuada atención de salud a aquellas personas con problemas asociados al consumo de sustancias, dispongan de un terminología mínima estandarizada, que permita que el registro y análisis de los datos reunidos a través del *Sistema de Información y Gestión de Tratamiento (SISTRAT)* del Convenio SENDA- MINSAL, sea útil, fiable y comparable.

El Glosario Técnico consta de 6 secciones, cada una corresponde a una de las fichas de registro que existen en el SISTRAT. Para un mejor provecho del documento se sugiere utilizar el apoyo de la Norma Técnica del Convenio 2016



## FICHA DE INGRESO

Esta ficha debe aplicarse durante el primer mes de ingreso al programa de tratamiento, de manera que la información que se registre corresponda al estado de situación de la persona al momento de incorporarse al tratamiento.

En aquellos casos en que no fue posible registrar la información durante el primer mes, los datos que se registren deben igualmente hacerse en relación al momento en que ingresó la persona al tratamiento y no al momento en que se recogió la información, es decir de manera retrospectiva.

### **Sección 1: Identificación de Usuario**

#### **1. Nombre**

Nombre de la persona que presenta el problema de consumo de sustancias

#### **2. Apellido Paterno**

Primer apellido de la persona que presenta el problema de consumo de sustancias

#### **3. Apellido Materno**

Segundo apellido de la persona que presenta el problema de consumo de sustancias

#### **4. Sexo**

Sexo de la persona que presenta el problema de consumo de sustancias

#### **5. Fecha Nacimiento**

Día, mes y año de nacimiento de la persona que presenta el problema de consumo de sustancias

**Código Identificación:** Se compone a partir de 3 fuentes de información, del nombre, sexo y año de nacimiento de la persona que presenta el problema de consumo de sustancias y se conforma de la siguiente manera:

*Las dos primeras letras del primer nombre y del primer apellido*

*Si es hombre se coloca el número 1 y si es mujer un 2*

*Fecha de nacimiento*

*Ejemplo: Rafael Mendoza Lara nacido el 22 de octubre de 1978 = RAME122101978*

#### **6. Comuna Residencia (últimos 30 días)**

Lugar donde vivió la mayor parte de los días en los últimos 30 días previos a la consulta. Si la persona se encuentra o encontraba durante ese período en un centro privativo de libertad, considere los 30 días antes de ingresar al recinto privativo.

#### **7. Origen de Ingreso**

Se refiere a la fuente de referencia principal

**Valores Posibles:**

- |   |  |
|---|--|
| 1) Consulta Espontánea                                      | 9) Juzgado de Policía Local  |
| 2) Otro Centro de Tratamiento Drogas                        | 10) Otros (fiscalía)   |
| 3) Establecimiento de Atención Primaria de Salud (APS)      | 11) Previene   |
| 4) Otros Establecimiento de la Red de Salud General Privado | 12) Establecimiento Educativo  |
| 5) Otros Establecimiento de la Red de Salud General Público | 13) Trabajo (empresa o empleador)  |
| 6) Juzgado de Familia                                       | 14) Servicios Sociales u Otros (iglesia, servicios comunitarios, Mideplan, etc.) |
| 7) Juzgado con Competencia en Crimen                        | 15) Ley 20.603 (Libertad Vigilada y Libertad Vigilada Intensiva)*                |
| 8) Juzgado de Garantía                                      | 16) Otros  |

**Sección 2. Caracterización Sociodemográfica**

**8. Nacionalidad**

Nacionalidad de qué país presenta la persona. En caso de que tengan más de una, seleccionar la que la persona señale como principal.

**9. Etnia**

Respuesta a la siguiente pregunta ¿Pertenece ud. a alguno de estos pueblos originarios o indígenas?

**Valores Posibles:**

- |              |                 |
|--------------|-----------------|
| 1) Mapuche   | 6) Colfa        |
| 2) Aimara    | 7) Yámana       |
| 3) Atacameño | 8) Alacalufe    |
| 4) Quechua   | 9) No pertenece |
| 5) Rapa Nui  |                 |

\*\*La ley 20.603, establece penas sustitutivas a la privación de libertad, en su artículo 17 bis, señala que si el condenado a libertad vigilada o libertad vigilada intensiva presentare un consumo problemático de drogas o alcohol, el tribunal deberá imponerle, en la misma sentencia, la obligación de asistir a programas de tratamiento de rehabilitación de dichas sustancias

**10. Estado Conyugal**

Se refiere a la situación conyugal de hecho, siendo cada categoría excluyente del resto. Por ejemplo, Si una persona se declara "conviviente", esta categoría prima por sobre el hecho de sea soltera, viuda, separada (de su anterior cónyuge) o anulada". (Se registra el estado conyugal que la persona tiene al momento de ingreso a tratamiento

**Valores Posibles:**

- |                         |   |
|-------------------------|---|
| 1) Casado               | Asigne este código sólo aquellas personas casadas legalmente y que viven con pareja.  |
| 2) Conviviente o pareja | Asigne este código aquellas personas que hacen vida marital sin estar casados legalmente.   |
| 3) Anulado              | Asigne este código aquellas personas separadas legalmente a través de juicio de nulidad.  |
| 4) Separado             | Asigne este código a las personas que habiendo estado casadas o convivientes actualmente se encuentran viviendo separadas.                      |
| 6) Divorciado           | Asigne este código a aquellas personas que habiendo estado casadas, disolvieron el matrimonio a través del procedimiento legal correspondiente. |
| 7) Viudo                | Asigne este código aquellas personas cuyo cónyuge ha fallecido y que no conviven ni están casados nuevamente.                                   |
| 8) Soltero              | Asigne este código aquellas personas que nunca han estado casadas y actualmente no conviven.  |
| 9) Conviviente Civil    | Asigne este código aquellas personas que hayan celebrado un contrato de Acuerdo de unión Civil  |

**11. Número de Hijos**

Se refiere al número de hijos que la persona tiene al momento de ingresar al tratamiento (son los niños dependientes de la persona, engendrados, criados y adoptados).

**12. Con cuántos hijos ingresa a tratamiento residencial**

Se refiere al número de hijos con que la persona ingresa a un tratamiento residencial.

**13. AL ingreso a Tratamiento, Tiene usted a cargo menores de Edad?**

Se refiere a los menores de edad que la persona tiene bajo su cuidado al momento de ingresar a tratamiento.

**14. Escolaridad**

¿Cuál es el último curso de educación que usted ha aprobado? Se refiere al grado más alto de educación que ha completado.

**Valores Posibles:**

- |                       |                                 |
|-----------------------|---------------------------------|
| 1) Básica incompleta  | 6) Técnica completa             |
| 2) Básica completa    | 7) Universitaria incompleta     |
| 3) Media incompleta   | 8) Universitaria completa o más |
| 4) Media completa     | 9) Sin estudios                 |
| 5) Técnica incompleta | 10) No sabe o no se aplica      |

## 15. Embarazo

Al momento del ingreso a tratamiento registrar si la persona está embarazada

## 16. Condición Ocupacional

Responde a la siguiente pregunta: *¿La semana pasada, trabajó al menos una hora sin considerar los quehaceres del hogar?:*

Esta variable busca establecer si la persona desarrolló alguna actividad laboral o productiva, es decir, si participó en la producción de un bien o servicio para la venta o para el autoconsumo, por un mínimo de una hora semanal en la semana anterior (lunes a domingo) a la entrevista. Los quehaceres del hogar no son considerados una actividad productiva o 'razón de ocupación' de acuerdo a la encuesta CASEN. <sup>iii</sup> Si la respuesta es afirmativa se debe seleccionar la opción "Trabajando actualmente"

Si la persona **No Trabajó**, interesa saber si está Desocupada ("busca trabaja por primera vez" o "cesante") o Inactiva (que corresponde al resto de la opciones, quehaceres del hogar, estudiando, jubilado, etc.)

### Valores Posibles:

- |                                  |  |
|----------------------------------|--|
| 1. Trabajando actualmente*       | 6. Pensionado o Jubilado sin trabajar*** |
| 2. Busca trabajo por primera vez | 7. Incapacitado permanente para trabajar |
| 3. Cesante                       | 8. Rentistas****                         |
| 4. Quehaceres del Hogar          | 9. No busca trabajo                      |
| 5. Estudiando sin trabajar**     | 10. Otra razón                           |

### Notas:

\*Trabajando actualmente: incluye a:

1. Personas de 12 años o más, que durante la semana pasada (desde el momento de la consulta) haya realizado algún trabajo (actividad productiva con remuneración en dinero o especies), al menos 1 hora, excluyendo los quehaceres del hogar.
2. Aquellas personas que realizaron actividades informales u ocasionales por un sueldo o salario, por su cuenta, en una empresa, en especies o metálico, como aprendiz (práctica) o que haya realizado una actividad para un familiar.
3. Personas que tienen trabajo, pero se encuentran ausentes temporalmente por licencia, enfermedad, huelga, vacaciones u otra razón.

\*\*Estudiando sin trabajar: Asigne este código cuando la persona declara que estudia y no busca trabajo por esa razón.

\*\*\*Jubilado (o montepiado o pensionado): Personas que perciben un ingreso (jubilación), proveniente del sistema previsional, por el trabajo realizado mientras fueron económicamente activas. Incluya en esta categoría a quienes se declaran jubilados, montepiadas y también a quienes perciben una Pensión Asistencial entregada por el Estado. Las montepiadas son mujeres viudas que perciben un ingreso (montepío) proveniente del sistema previsional, por el trabajo realizado por su marido mientras fue económicamente activo.

\*\*\*\*Rentistas: Personas que, aunque no trabajan, perciben un ingreso (renta) derivado de propiedades, acciones, intereses por ahorros, depósitos bancarios, etc.

## 17. Categoría Ocupacional

Comprende la relación entre una persona económicamente activa y su trabajo o empleo. **Sólo se aplica aquellas personas que se encuentran trabajando** al momento de ingresar a tratamiento (las que respondieron 1 en la pregunta anterior). Para las personas que no están trabajando (estudiantes, cesante, etc.) esta opción estará bloqueada.

*En su ocupación principal, ¿Usted trabaja como:....?*

### Valores Posibles:

- |                           |                          |
|---------------------------|--------------------------|
| 1. Empleador              | 5. Trabajador voluntario |
| 2. Cuenta propia          | 6. Otro                  |
| 3. Asalariado             |                          |
| 4. Familiar no remunerado |                          |

- 1. Empleador:** Asigne este código a la persona que dirige su propia empresa y que contrata los servicios de uno o más trabajadores, a cambio de una remuneración.
- 2. Cuenta propia:** Asigne este código a la persona que trabaja en forma independiente y sin ocupar personal remunerado; explota su propio negocio o ejerce por su propia cuenta una profesión u oficio. Puede trabajar solo o asociado y puede tener ayuda de familiares a los que empleo sin pago en dinero. Este trabajador no está subordinado a un jefe. **Ejemplo:** Profesionales y técnicos independientes, dueña de almacén sin empleadas, taxistas que son propietarios del vehículo, vendedora ambulante, gasfiter, jordinero, pequeños agricultores campesinos que eventualmente pueden contratar mano de obra, pero principalmente la producción es realizada con mano de obra del hogar, etc.).
- 3. Asalariado:** Asigne este código a la persona que trabajo para un empleador privado ó público y que, por hacerlo percibe un sueldo a salario como remuneración (mensual, semanal o quincenal).
- 4. Familiar no remunerado:** Asigne este código a toda persona que se dedica o una actividad productiva administrada por un familiar. Por ejemplo: negocio, almacén, taller de artesanía de algún familiar, sin recibir una retribución en dinero por su trabajo.
- 5. Trabajador voluntario:** Asigne este código a toda persona que se dedica dos o tres horas a la semana a una institución sin fin de lucro y que no cobra por esa colaboración.
- 6. Otro:** Asigne este código cuando la categoría ocupacional de la persona no corresponda a ninguna de las anteriores.
- 7. No Aplica (N/A):** Asigne este código a la persona que no se encuentra trabajando al ingresar al tratamiento

## 18. En qué Rubro Trabaja

En aquellas personas que trabajan interesa conocer en qué rubro se desempeñan. Para lo cual se utiliza la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO) de la Organización Internacional del Trabajo (OIT).

A través de esta clasificación la OIT agrupa los empleos según su ocupación es decir el tipo de trabajo realizado o que se ha de realizar. Los criterios básicos utilizados para definir estos grupos son el nivel de competencias y la especialización de las competencias, requeridos para efectuar eficazmente las tareas y cometidos de las ocupaciones.

### Valores Posibles:

1. Directores y Gerentes
2. Profesionales, científicos e intelectuales
3. Técnicos y profesionales de nivel medio
4. Personal de apoyo administrativo
5. Trabajadores de los servicios y vendedores de comercio y mercado
6. Agricultores y trabajadores calificados agropecuarios, forestales y pesqueros
7. Oficiales, operarios y artesanos de artes mecánica y otros oficios
8. Operadores y montadores de instalaciones y maquinaria y ensambladores
9. Trabajadores no calificados (Ocupaciones elementales)
10. Ocupaciones Militares
11. Ocupación no bien especificada

**Directores y Gerentes:** Corresponde a todas aquellas persona que se desempeñen en cargos de dirección y gerencia ya sea en el servicio público o privado (directores comerciales, de servicios, financieros, etc.).

**Profesionales, científicos e intelectuales:** Corresponde a todas aquellas personas que tengan un título profesional universitario en cualquier área y se desempeñen en esa función (profesionales de las ciencias sociales, médicas, finanzas, enseñanzas, información y tecnología, etc.).

**Técnicos y profesionales de nivel medio:** Corresponde a todas aquellas personas que tengan un título técnico profesional y que se desempeñen en esa ocupación. (Ej técnicos en enfermería, jurídicos, administrativos, técnicos web, corredores de seguros, agentes de bolsa, etc.).

**Personal de apoyo administrativo:** Corresponde a todas aquellas personas que se desempeñan como apoyo en oficinas (ej oficinistas, secretarías, mecanógrafos, empedados contables, apoyos administrativos, etc.) o personas que se desempeñan en trato directo con el público (cajeros, receptores de apuestas, empleados de servicios de información al cliente, etc.).

**Trabajadores de los servicios y vendedores de comercio y mercado:** Corresponde a personas que están vinculadas al rubro de servicios y comercio. (ej auxiliares de servicio abordo, guías de turismo, cocineros, camareros, peluqueros, conserjes, vendedores, cuidadores de niños, etc.).

**Agricultores y trabajadores calificados agropecuarios, forestales y pesqueros:** Personas que se desempeñan a distinto nivel en alguna de estas áreas. Ya sea que son agricultores calificados, artesanos o productores. (ej pescadores, trabajadores agrícolas de subsistencia, productores de ganado, temporeros, etc.).

**Oficiales, operarios y artesanos de artes mecánica y otros oficios:** Por ejemplo: albañiles, Cristalers, gáster, pintores, herreros, soldadores, mecánicos, joyeros, alfareros, artesanos de tejidos, carniceros, panaderos, zapateros, modistas, etc.

**Operadores y montadores de instalaciones y maquinaria y ensambladores:** Por ejemplo: mineros y operadores de instalaciones mineras, perforadores, operadores de máquinas como telares, lavarropas, metalúrgicas, etc.

**Trabajadores no calificados (Ocupaciones elementales):** Son aquellas ocupaciones consideradas elementales y que tienen un menor nivel de especialización. Ej: limpiadores y asistentes, peones agropecuarios, pesqueros o forestales, peones de minería, vendedores ambulantes y a fines, Recolectores de desechos (cartoneros), etc.

**Ocupaciones Militares:** Personas que pertenecen a cualquier rama de las fuerzas armadas: sea cual sea su rango

**Ocupación no bien especificada**

### **19. Con quién vive**

Convivencia en los 30 días previos a la admisión a tratamiento

#### **Valores Posibles:**

- |  |  |
|--|--|
| 1. Solo  | 7. Únicamente con Hijos y Padres o Familia de Origen |
| 2. Únicamente con Pareja                                 | 8. Con la Pareja, Hijos y Padres o Familia de Origen |
| 3. Únicamente con Hijos                                  | 9. Con amigos  |
| 4. Únicamente con Padres o Familia de Origen             | 10. Otro   |
| 5. Únicamente con la Pareja e Hijos                      |  |
| 6. Únicamente con la Pareja y Padres o Familia de Origen |  |

### **20. Parentesco en relación al Jefe(a) de Hogar**

Jefe o Jefa del Hogar: Miembro del hogar (hombre o mujer) considerado como tal por las otras personas del hogar, ya sea por razones de dependencia económica, parentesco, edad, autoridad o respeto.

#### **Valores Posibles:**

- |  |                    |
|--|--------------------|
| 1) Jefe/a de familia                   | 7) Suegro o suegra |
| 2) Cónyuge o pareja                    | 8) Yerno o nuera   |
| 3) Hijo/a de ambos                     | 9) Nieto/a         |
| 4) Hijo/a sólo del/a Jefe/a de familia | 10) Hermano/a      |
| 5) Hijo/a sólo del cónyuge o pareja    | 11) Cuñado/a       |
| 6) Padre o madre                       | 12) Otro pariente  |

### **21. Tipo de Vivienda**

Indique el tipo de vivienda según los siguientes códigos:

**¿El tipo de vivienda donde usted vive es....?**

#### **Valores Posibles:**

- |                                |                                 |
|--------------------------------|---------------------------------|
| 1. Casa                        | 5. Residencial, pensión, hostel |
| 2. Departamento                | 6. Hospedería                   |
| 3. Mediagua                    | 7. Choza, rancho, ruca          |
| 4. Pieza dentro de la vivienda | 8. Caleta o punto de calle      |

## 22. Tenencia de Vivienda

Esta variable pretende recoger la situación en que se ocupa la vivienda.

*¿Su hogar, bajo qué situación ocupa su vivienda?*

### Valores Posibles:

- |                   |                        |
|-------------------|------------------------|
| 1. Arrenda        | 5. Ocupación irregular |
| 2. Paga dividendo | 6. Cedida              |
| 3. Propia         | 7. Otro                |
| 4. Allegado       | 8. No Aplica (N/A)     |

**Arrenda:** Asigne este código al usuario que no es propietario del sitio, que paga un canon de arriendo por el uso de éste (con o sin contrato).

**Paga dividendo:** Asigne este código a quien tenga una deuda por el sitio que ocupa, ya sea que se encuentre al día en sus pagos o esté moroso. Por ejemplo cuando se tiene un crédito hipotecario.

**Propia:** Asigne este código a quien haya cancelado totalmente el sitio que ocupa.

**Allegado:** Asigne este código al usuario que vive transitoriamente en una vivienda ajena o cuando es acogido en la vivienda de otro grupo familiar.

**Ocupación irregular:** Asigne este código al usuario del sitio que no es propietario de éste, no paga por usarlo y no tiene permiso ni consentimiento de su dueño para su uso. Es el caso de las tomas de terreno.

**Cedida:** para cualquiera de las siguientes situaciones:

1. *Cedido por servicios:* Asigne este código al usuario del sitio que no es propietario de éste y no paga por usarlo, lo ocupa como contraprestación de un servicio o trabajo a su propietario. Por ejemplo, la familia de un conserje, cuidador, director de escuela, etc., que vive gratuitamente en sitio de propiedad de una industria, escuela, etc., y que le ha sido asignado por las funciones o labores que realiza un miembro del hogar.
2. *Cedido por familiar u otro:* Asigne este código al usuario que no es propietario y no paga arriendo, pues el sitio se lo han cedido familiares u otras personas.

**Otro:** Asigne este código a todas aquellas situaciones que no correspondan a ninguna de las categorías mencionadas.

## 23. Número de Tratamientos Anteriores

*"¿Cuántas veces ha sido tratado usted por su consumo de alcohol o drogas?"*

*Se refiere a tratamientos dentro o fuera del convenio, incluida carta estadía, consejería como paciente interno o externa. Se excluye los Grupos de Auto Ayuda, (considerados como apoyo al tratamiento).*

**Tratamiento (Definición):** Hace referencia al proceso de intervención dirigido o la superación de los problemas de abuso y/o dependencia a las drogas, que incluye el desarrollo de un conjunto de acciones de carácter sanitario, psicológico, social, ocupacional y educativo, tanto a nivel individual como grupal y familiar. Los procesos de rehabilitación de las drogodependencias se instrumentalizan a través de una variada gama de opciones terapéuticas y de recursos asistenciales.



## 24. Fecha Último Tratamiento

Se refiere al período en que la persona realizó su último tratamiento por problemas de consumo de sustancias.

### Valores Posibles:

- 1) Último 6 meses
- 2) Último 12 meses
- 3) 1 a 2 años
- 4) 3 a 4 años
- 5) 5 o más años

## Sección 8. Patrón de Consumo Problemático

## 25. Sustancia Principal

Se refiere a la sustancia que principalmente motiva la consulta.

### Valores Posible

- |  |  |   |
|--|--|---|
| 1. Alcohol   | 8. LSD   | 15. Anfetaminas   |
| 2. Marihuana   | 9. Fenilciclidina  | 16. Metanfetaminas y otros derivados  |
| 3. Cocaína   | 10. Hongos   | 17. Otros Estimulantes  |
| 4. Pasta Base  | 11. Otros Alucinógenos   | 18. Sedantes: diazepam, Valium, clonazepam, Ravotril, alprazolam, adax, barbitúricos, fenobarbital. |
| 5. Crack   | 12. Heroína  | 19. Hipnóticos  |
| 6. Inhalables: neopren, GHB, óxido nitroso (gas hilarante), "poppers", solventes, gasolina, diluyente. | 13. Metadona   | 20. Esteroides Anabólicos   |
| 7. Éxtasis   | 14. Otros Opioides<br>Analgésicos: morfina, codeína, meperidina, demerol, tramadol, tramal | 21. Otros   |

## 26. Otra Sustancia n°1

Se refiere a otra sustancia que también esté motivando la consulta.

## 27. Otra Sustancia n°2

Se refiere a una tercera sustancia que también esté motivando la consulta.

### **28. Otra Sustancia n°3**

Se refiere a una cuarta sustancia que también esté motivando la consulta.

### **29. Frecuencia de Consumo (Sustancia Principal)**

Frecuencia de consumo de la droga principal en los 30 días previos a la admisión a tratamiento

#### **Valores Posibles:**

- |                      |                            |
|----------------------|----------------------------|
| 1. Todos los días    | 5. Menos de 1 día / semana |
| 2. 4-6 días / semana | 6. No consumió             |
| 3. 2-3 días / semana | 7. Desconocida             |
| 4. 1 día / semana    |                            |

### **30. Edad de Inicio (Sustancia Principal)**

Respuesta a la siguiente pregunta ¿Qué edad tenía cuando inició el consumo de esta droga?

### **31. Vía de Administración (Sustancia Principal)**

Respuesta a la siguiente pregunta ¿Cuál ha sido la vía más frecuente de administración de esta sustancia durante los últimos 30 días?

#### **Valores Posibles:**

- |  |   |
|--|---|
| 1. Inyectada (intravenosa o intramuscular)           |   |
| 2. Fumada o Pulmonar (aspiración de gases o vapores) | 4. Intranasal ( aspiración de polvo por la nariz) |
| 3. Oral (bebida o comida)                            | 5. Otros  |
|  | 6. No sabe  |

### **32. Sustancia Inicial**

Se refiere a la primera sustancia que consumió el usuario

### **33. Edad de Inicio (Sustancia Inicial)**

Se refiere a la edad que tenía la persona cuando consumió la sustancia de inicio

## **Sección 4: Diagnóstico Clínico**

### **34. Diagnóstico Trastorno por Consumo Sustancia**

Especificar si el trastorno por consumo de la sustancia principal corresponde a: *Dependencia o Consumo Perjudicial*. Según los criterios de Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y otros Problemas de Salud (CIE-10).

### **35. Diagnóstico Trastorno Psiquiátrico CIE-10**

Trastorno psiquiátrico asociado al consumo perjudicial o dependencia a sustancia. Según los criterios CIE-10. El sistema da la opción de seleccionar hasta tres trastornos mentales.

#### **Valores Posibles:**

#### **1. Trastornos mentales orgánicos**

- |   |   |
|---|---|
| a. Demencia en la enfermedad de Alzheimer.  | f. Delirium no inducido por alcohol u otras sustancias psicótropas  |
| b. Demencia vascular.   | g. Otros trastornos mentales debidos a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad somática               |
| c. Demencia en enfermedades clasificadas en otro lugar.                               | h. Trastornos de la personalidad y del comportamiento debidos a enfermedad, lesión o disfunción cerebral. |
| d. Demencia sin especificación.   | i. Trastorno mental orgánico o sintomático sin especificación.  |
| e. Síndrome amnésico orgánico no inducido por alcohol u otras sustancias psicótropas. |   |

#### **2. Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes**

- |   |  |
|---|--|
| a. Trastorno esquizotípico.                     | e. Trastornos esquizoafectivos.              |
| b. Trastornos de ideas delirantes persistentes. | f. Otros trastornos psicóticos no orgánicos. |
| c. Trastornos psicóticos agudos y transitorios. | g. Psicosis no orgánica sin especificación.  |
| d. Trastorno de ideas delirantes inducidas.     |  |

#### **3. Trastornos del humor (afectivos).**

- |                                    |   |
|------------------------------------|---|
| a. Trastorno bipolar.              | d. Trastornos del humor (afectivos) persistentes. |
| b. Episodios depresivos.           | e. Otros trastornos del humor (afectivos)         |
| c. Trastorno depresivo recurrente. |   |

#### 4. Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos

- a. Otros trastornos de ansiedad.
- b. Trastorno obsesivo-compulsivo. c. Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación.
- d. Trastornos disociativos (de conversión).
- e. Trastornos somatomorfos.
- f. Otros trastornos neuróticos.

#### 5. Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos

- a. Trastornos no orgánicos del sueño.
- b. Disfunción sexual no orgánica. c. Trastornos mentales y del comportamiento en el puerperio no clasificados en otro lugar.
- d. Factores psicológicos y del comportamiento en trastornos o enfermedades clasificados en otro lugar.
- e. Abuso de sustancias que no producen dependencia.
- f. Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos sin especificación.

#### 6. Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto

- a. Trastornos específicos de la personalidad.
- b. Trastornos mixtos y otros trastornos de la personalidad.
- c. Transformación persistente de la personalidad no atribuible a lesión o enfermedad cerebral.
- d. Trastornos de los hábitos y del control de los impulsos.
- e. Trastornos de la identidad sexual.
- f.
- g. Trastornos de la inclinación sexual. h. Trastornos psicológicos y del comportamiento del desarrollo y orientación sexuales.
- i. Otros trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto.
- j. Trastorno de la personalidad y del comportamiento del adulto sin especificación.

#### 7. Retraso Mental

#### 8. Trastornos del Desarrollo Psicológico

- a. Trastornos específicos del desarrollo del aprendizaje escolar.
- b. Trastorno específico del desarrollo psicomotor.
- c. Trastorno específico del desarrollo mixto.
- d. Trastornos generalizados del desarrollo.
- e. Trastorno generalizado del desarrollo sin especificación.
- f. Otros trastornos del desarrollo psicológico.
- g. Trastorno del desarrollo psicológico sin especificación.

**9. Trs. del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia**

- a. Trastornos disociales.
- b. Trastornos disociales y de las emociones mixtos.
- c. Trastornos de las emociones de comienzo habitual en la infancia.
- d. Trastornos del comportamiento social de comienzo habitual en la infancia y adolescencia.
- e. Trastornos de tics.
- f. Otros trastornos de las emociones y del comportamiento de comienzo habitual en la infancia y adolescencia.
- g. Trastorno mental sin especificación.

**10. En estudio**

**11. Sin Trastorno**

**36. Diagnóstico Trs. Psiquiátrico DSM-IV**

Trastorno psiquiátrico asociado al consumo perjudicial o dependencia a sustancia. Según los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV). El sistema da la opción de seleccionar hasta tres trastornos psiquiátricos.

**Valores Posibles:**

**1. Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia:**

- a. Retraso mental
- b. Trastornos del aprendizaje
- c. Trastorno de las habilidades motoras d. Trastornos de la comunicación
- e. Trastornos generalizados del desarrollo
- f. Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador
- g. Trastornos de la ingestión y de la conducta alimentaria de la infancia o de la niñez
- h. Trastornos de tics
- i. Trastornos de la eliminación
- j. Otros trastornos de la infancia, la niñez o la adolescencia

**2. Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos:**

- a. Delirium
- b. Demencia
- c. Trastornos amnésicos

**3. Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos:**

- a. Esquizofrenia
- b. Trastorno esquizofreniforme c. Trastorno esquizoafectivo
- d. Trastorno delirante
- e. Trastorno psicótico breve
- f. Trastorno psicótico compartido g. Trastorno psicótico debido a...(indicar enfermedad médica)
- h. Trastorno psicótico inducido por sustancias

**4. Trastornos del estado del ánimo:**

- a. Episodio depresivo mayor
- b. Episodio maniaco
- c. Episodio mixto
- d. Episodio hipomaniaco
- e. Trastornos bipolares
- f. Trastorno del estado del ánimo debido a... (indicar enfermedad médica)
- g. Trastorno del estado del ánimo inducido por sustancias

**5. Trastornos de ansiedad:**

- a. Crisis de angustia (panic attack)
- b. Agorafobia
- c. Fobia específica d.  
Fobia social
- e. Trastorno obsesivo-compulsivo.
- f. Trastorno por estrés postraumático
- g. Trastorno por estrés agudo
- h. Trastorno de ansiedad generalizada i.  
Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica
- j. Trastorno de ansiedad inducido por sustancias

**6. Trastornos somatomorfos:**

- a. Trastorno de somatización
- b. Trastorno somatomorfo indiferenciado
- c. Trastorno de conversión
- d. Trastorno por dolor
- e. Hipocondría
- f. Trastorno dismórfico corporal

**7. Trastornos facticios:**

- a. Trastorno facticio

**8. Trastornos disociativos:**

- a. Amnesia disociativa
- b. Fuga disociativa
- c. Trastorno de identidad disociativo d.  
Trastorno de despersonalización

**9. Trastornos sexuales y de la identidad sexual:**

- a. Trastornos del deseo sexual
- b. Trastornos de la excitación sexual c.  
Trastornos del orgasmo
- d. Trastornos sexuales por dolor
- e. Trastorno sexual debido a una enfermedad médica
- f. Trastorno sexual inducido por sustancias
- g. Parafilias
- h. Trastornos de la identidad sexual

**10. Trastornos de la conducta alimentaria:**

- a. Anorexia nerviosa
- b. Bulimia nerviosa

### 11. Trastornos del sueño:

- a. Disomnias
- b. Parasomnias
- c. Trastornos del sueño relacionados con otro trastorno mental
- d. Trastorno del sueño inducido por sustancias

### 12. Trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados:

- a. Trastorno explosivo intermitente
- b. Cleptomanía
- c. Piromanía
- d. Juego patológico
- e. Tricotilomanía

### 13. Trastornos adaptativos:

- a. Trastorno adaptativo

### 14. Trastornos de la personalidad:

- a. Trastorno paranoide de la personalidad
- b. Trastorno esquizoide de la personalidad
- c. Trastorno esquizotípico de la personalidad
- d. Trastorno antisocial de la personalidad
- e. Trastorno límite de la personalidad
- f. Trastorno histriónico de la personalidad
- g. Trastorno narcisista de la personalidad
- h. Trastorno de la personalidad por evitación
- i. Trastorno de la personalidad por dependencia
- j. Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad

### 15. Trastornos mentales debidos a enfermedad médica

### 16. En estudio

### 17. Sin Trastorno

## 37. Diagnóstico Trastorno Físico

Patología somática asociada al trastorno por consumo de sustancias (consumo perjudicial o dependencia).

### Valores Posibles:

- 1. Hepatitis alcohólica subaguda
- 2. Hepatitis crónica
- 3. Enfermedades somáticas
- 4. Hepatitis B, C, D
- 5. ETS
- 6. Otras Enfermedades o Condiciones de Riesgo Vital
- 7. Infecciosas relacionadas con uso de sustancias
- 8. Traumatismos y secuelas secundarios
- 9. Otras enfermedades o condiciones Físicas Limitantes
- 10. Patología de la gestión y del niño intrauterino
- 11. Anemia: megaloblástica y ferropénica
- 12. Cardiopatías: miocardiopatía dilatada por OH, arritmias, HTA
- 13. Patología Bucal
- 14. En estudio
- 15. Sin Trastorno

**Glosario Técnico**  
**Registro de Demanda de Atención de**  
**Tratamiento en Drogas**

**SENDA-MINSAL**

**2017**



## Variables

### 1. Nombre Usuario/Paciente

Nombre de la persona que presenta el problema de consumo de sustancias

### 2. 1er Apellido

Apellido paterno de la persona que presenta el problema de consumo de sustancias

### 3. 2do Apellido

Apellido materno de la persona que presenta el problema de consumo de sustancias

### 4. RUT

RUT de la persona que presenta el problema de consumo de sustancias

### 5. Sexo

Sexo de la persona que presenta el problema de consumo de sustancias

### 6. Fecha Nacimiento

Día, mes y año de nacimiento de la persona que presenta el problema de consumo de sustancias

**Código Identificación:** Se compone a partir de 3 fuentes de información, del nombre, sexo y año de nacimiento de la persona que presenta el problema de consumo de sustancias y se conforma de la siguiente manera:

*Las dos primeras letras del primer nombre y del primer apellido*

*Si es hombre se coloca el número 1 y si es mujer un 2*

*Fecha de nacimiento*

*Ejemplo: Rafael Mendoza Lara nacido el 22 de octubre de 1978 = RAME122101978*

### 7. Comuna Residencia y Región (últimos 30 días)

Lugar donde vivió la mayor parte de los días en los últimos 30 días previos a la consulta. Si la persona se encuentra o encontraba durante ese período en un centro privativo de libertad, considere los 30 días antes de ingresar al recinto privativo.

### 8. Teléfono Contacto

Teléfono de contacto principal que permitan ubicarlo, pueden ser el de la persona misma, de un familiar, trabajo, etc.

### 9. Teléfono Familiar

Teléfono de contacto de un familiar, que permitan ubicarlo.

## 10. Sustancia Principal

Se refiere a la sustancia que principalmente motiva la consulta.

1. Alcohol (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)
2. Marihuana (cannabis, pitos, hierba, hashish, etc.)
3. Cocaína
4. Pasta base
5. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Ravotril/Clonazepam, Alprazolam, Amparax/Lorazepam, Zopiclona, Dormonid/Midazolam, chicota/flunitrazepam, etc.)
6. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, cristal, etc.)
7. Opiáceos (codeína/jarabes, Tramal/Tramadol, morfina, metadona, heroína, petidina, etc.)
8. Inhalantes (neoprén, gasolina/bencina, pegamentos, solventes, popper, aerosoles, etc.)
9. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, peyote, ketamina, PCP, etc.)
10. Otros - especifique: (por ejemplo relajantes/sedantes, modafinilo/Mentix, esteroides, anabólicos, etc.)

## 11. N° de tratamientos previos

Respuesta a la siguiente pregunta "¿Cuántas veces ha sido tratado usted por su consumo de alcohol o drogas?"

Tratamiento: dentro o fuera del convenio, incluida corta estadía, consejería como paciente interno o externo, y A.A. (si asistió a 3 o más reuniones durante el período de un mes).

## 12. Fecha Solicitud de Atención en el Establecimiento

Día/Mes/Año en que se solicita la atención para tratamiento.

Existen casos en que los centros de tratamiento, para asignar una hora solicitan ciertos requisitos, como parte de su política interna, por ejemplo una hoja de interconsulta, un informe de evaluación, que la persona asista personalmente, etc. En estos casos la fecha de solicitud de atención corresponderá a la Fecha en que el centro recibe la solicitud con los requisitos necesarios para poder darle una hora de atención al usuario.

Esto es más frecuente en los casos de Derivación o Referencia desde Salud, Justicia u otra Institución, donde la fecha de solicitud corresponderá a la Fecha en que el centro Recepciona la Derivación, por ejemplo cuando recepcionó la hoja de derivación, o el oficio.

Ejemplo 1:

El centro A llama por teléfono al centro B para derivarle un paciente y solicitar hora, sin embargo el centro B, le indica que debe primero enviarle una interconsulta escrita, y que sólo una vez recepcionado el documento podrá asignarle una hora al paciente. En este caso la fecha de solicitud será el día/mes/año en que llega la interconsulta, no el día en que llamó el centro ni la fecha de emisión de

la interconsulta. Es decir hasta que no se cumpla con la exigencia del centro B, no se considera demanda real para el centro, pues no es responsabilidad del centro B el tiempo transcurrido entre el llamado telefónico y la entrega de la interconsulta, sino del centro A.

Ejemplo 2:

Si el centro A llama por teléfono al centro B para derivarle un paciente y solicitar hora, y el centro B, estima que con la información proporcionada está en condiciones de asignarle una hora, en este caso el día/mes/año en que se realizó el llamado será la *fecha de atención solicitada*.

Ejemplo 3:

Si el mismo usuario, o un familiar llaman por teléfono para pedir una hora al centro B, y este requiere que asista el propio paciente para asignarle la hora o atenderlo, en ese caso, sólo cuando llegue la persona al centro se considerará demanda real y será la fecha en que asista al centro la que se registre como *fecha de atención solicitada* y no cuándo llamó al centro B.

### 13. Tipo de Contacto

---

Se refiere a si la solicitud de atención en el centro de tratamiento fue de manera:

1. Presencial
2. Telefónica
3. Correo Postal
4. Digital (email o a través de la Web)
5. Otro

### 14. Quién Solicita la Hora

---

Se refiere a quién solicita la hora en el establecimiento:

1. El usuario directamente
2. Un familiar
3. Sector Justicia (fiscal, juzgado, consejero, etc.)
4. Otro centro de Salud,
5. Otro centro de Tratamiento
6. Previene
7. Empresa
8. Servicios Sociales (iglesia, servicios comunitarios, etc.)
9. Colegio
10. Otro Especificar

### **15. ¿Quién Deriva? Cómo acude al establecimiento en busca de tratamiento**

Señalar si llega por

1. Demanda Espontanea
2. Derivado de otro centro de Salud
3. Derivado de otro centro de Tratamiento
4. Referido desde Sector Justicia (fiscal, juzgado, consejero, etc.)
5. Referido desde una Empresa, Colegio, etc.
6. Referido desde un Colegio
7. Referido desde algún Servicio Social (iglesia, servicios comunitarios, etc.)
8. Referido desde el Previene
9. Otro Especificar

Nota: La pregunta 14 y 15 pueden parecer muy similares, pero la diferencia está en que la primera se refiere a quién la persona o institución que toma contacto directamente con el establecimiento de tratamiento, mientras que la segunda está dirigida a conocer quién genera la solicitud. Por ejemplo una persona puede ser derivada a solicitud de un profesional del consultorio, pero quien hace el pedido de hora es el familiar del usuario o el usuario mismo.

### **16. Fecha de Atención Ofrecida (citación) en el Establecimiento**

Se refiera a la fecha en que se le atenderá en el programa de drogas

### **17. No Corresponde / No Pertinente**

Cuando no es posible darle una hora de atención porque la solicitud no es pertinente o no corresponde al perfil de atención del centro, o porque no cumple con las exigencias técnicas o administrativas del establecimiento.

1. Previsión de Salud (Sólo atienden FONASA y la persona tiene ISAPRE)
2. Jurisdicción (La persona está inscrita en otro consultorio)
3. Diagnóstico (El perfil o complejidad del usuario excede las competencias del centro)
4. Otros (Consulta un hombre en un Centro sólo para mujeres, etc.)

### **18. Si no fue posible dar una hora de citación (Mes estimado de Atención)**

Cuando el centro no está en condiciones de entregar una fecha precisa al solicitante de cuándo será atendido, por ejemplo, cuando se toman los datos y se acuerda llamar al usuario más adelante, en esos casos igualmente se debe registrar en la ficha una fecha estimada de atención (mes y año).

### **19. Fecha 1ra Atención Realizada**

Se refiere a la fecha en que la persona recibe la primera atención de salud en el programa de tratamiento. Independientemente si corresponde a la fecha de atención ofrecida (por ejemplo, el usuario pudo haber faltado a la primera citación y reagendar una segunda hora). Aquí lo que importa es saber si la persona recibió atención y cuándo.

### **20. Fecha Ofrecida de Atención Resolutiva**

Fecha (día/mes/año) en que se le ofrece al usuario la primera atención que mejor corresponde a su problemática. Por lo general coincide cuando ingresa formalmente al programa de tratamiento, por ejemplo cuando se firma el consentimiento informado o cuando finaliza el proceso de evaluación y la persona tiene acceso a una cama en un centro residencial. En algunos casos es posible que esta fecha coincida con la fecha de atención ofrecida y/o con la fecha de la primera atención realizada.

#### **24. Informar si se realizaron intervenciones entre la primera atención de salud y la primera atención resolutive a) y b)**

Informar si se realizaron intervenciones entre la primera atención de salud y la primera atención resolutive. Es importante señalar que la primera atención resolutive puede darse en el propio centro, o en otro, en caso de que el equipo haya decidió derivar al usuario.

#### **24. Observaciones**

Se debe registrar, cualquier información que resulte importante de mencionar, por ejemplo, que el usuario presentaba patología dual, o fue un ingreso por urgencia. Cuando presentan dificultades o aspectos que pueden explicar mejor la situación.

## Registro de Demanda de Atención de Tratamiento de Drogas

Nombre del Centro / Establecimiento:		Código Identificación
--------------------------------------	--	-----------------------

Nombre Usuario / Paciente		1er Apellido		2do Apellido	
---------------------------	--	--------------	--	--------------	--

RUT		Fecha Nacimiento			
-----	--	------------------	--	--	--

Comuna Residencia		Sexo	Hombre	
Teléfono Contacto			Mujer	

Sustancia Principal		
Alcohol (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)		Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, cristal, etc.)
Marihuana (cannabis, pitos, hierba, hashish, etc.)		Opiáceos (codéina/morfina, Trama/Tramadol, morfina, metadona, heroína, petidina, etc.)
Cocaína		Inhalantes (neoprén, gasolina/bencina, pegamentos, solventes, paper, aerosoles, etc.)
Pasta Base		Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, peyote, ketamina, PCP, etc.)
Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Ravelo/Clonazepam, Alprazolam, Amparex/Lorazepam, Zopiclona, Dormonid/Midazolam, etc.)		Otros. Especifique:

N° Tratamientos Previos							
Fecha Solicitud de Atención en el Establecimiento	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">Día</td> <td style="text-align: center;">Mes</td> <td style="text-align: center;">Año</td> </tr> <tr> <td style="width: 33%;"></td> <td style="width: 33%;"></td> <td style="width: 33%;"></td> </tr> </table>	Día	Mes	Año			
Día	Mes	Año					

Tipo de Contacto	¿Quién Solicita la Hora?		¿Quién Deriva?	
		Usuario directamente	Previena	Demanda Espontánea
Presencial				
Telefónica	Familiar	Empresa	Centro de Salud	Colegio
Correo Postal	Sector Justicia (fiscal, juzgado, consejero, etc.)	Servicios Sociales (iglesia, servicios comunitarios, etc.)	Centro de Tratamiento	Servicios Sociales (iglesia, servicios comunitarios, etc.)
Digital	Otro Centro de Salud	Colegio	Justicia	Previena
Otra	Otro Centro de Tratamiento	Otro Espf.	Otro Especifico	

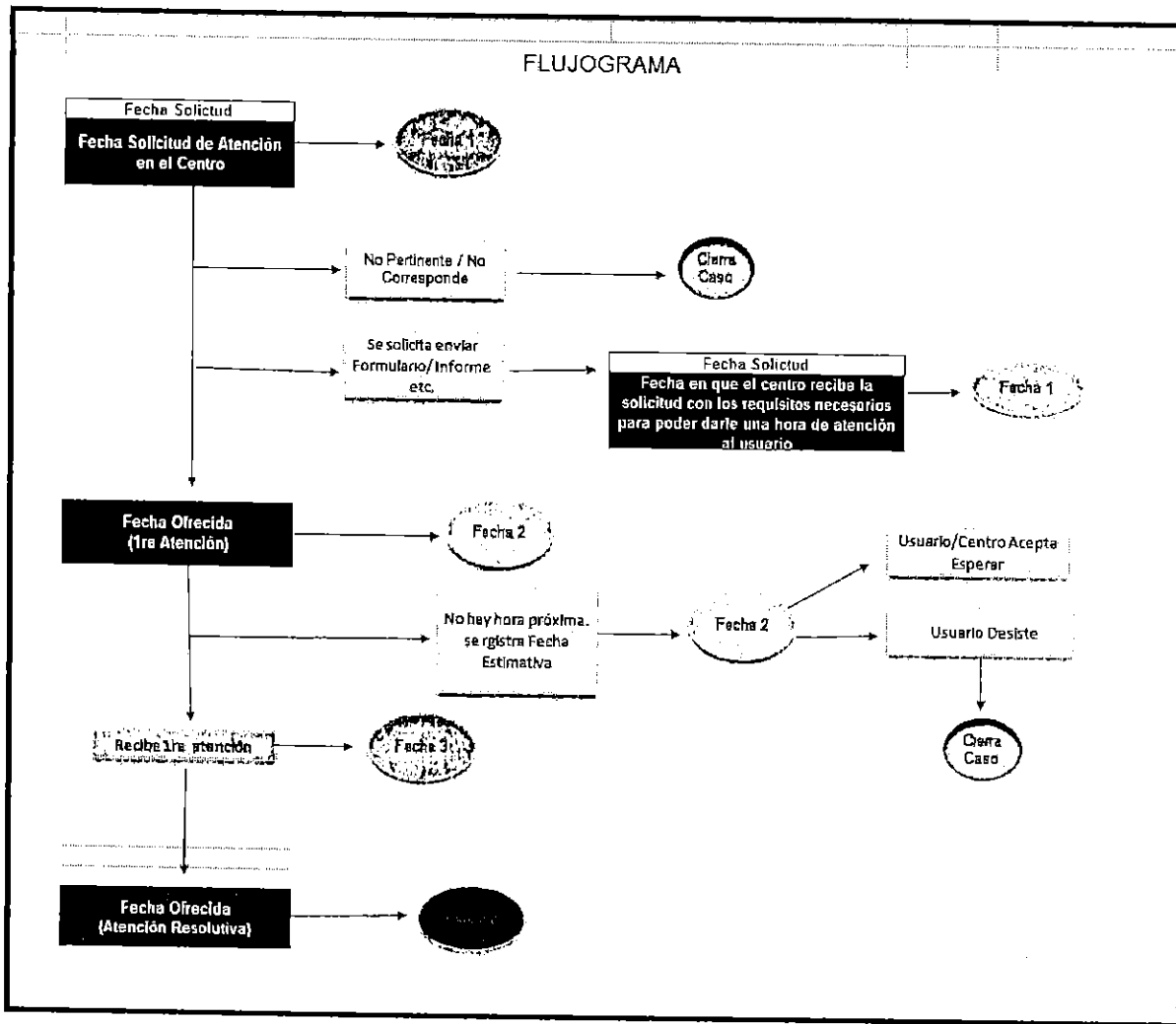
Fecha de Atención Ofrecida (citación) en el Establecimiento	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">Día</td> <td style="text-align: center;">Mes</td> <td style="text-align: center;">Año</td> </tr> <tr> <td style="width: 33%;"></td> <td style="width: 33%;"></td> <td style="width: 33%;"></td> </tr> </table>	Día	Mes	Año			
Día	Mes	Año					
Si no fue posible dar una hora de citación → Mes Estimado							
No Pertinente / No corresponde							
Por Previsión de Salud							
Jurisdicción							
Diagnóstico							
Otros: Especifique:							

a) Fecha 1ra Atención Realizada	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">Día</td> <td style="text-align: center;">Mes</td> <td style="text-align: center;">Año</td> </tr> <tr> <td style="width: 33%;"></td> <td style="width: 33%;"></td> <td style="width: 33%;"></td> </tr> </table>	Día	Mes	Año			
Día	Mes	Año					

b) Fecha Ofrecida de Atención Resolutiva	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">Día</td> <td style="text-align: center;">Mes</td> <td style="text-align: center;">Año</td> </tr> <tr> <td style="width: 33%;"></td> <td style="width: 33%;"></td> <td style="width: 33%;"></td> </tr> </table>	Día	Mes	Año			
Día	Mes	Año					
Recibieron Intervenciones entre a y b							
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">SI</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">No</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> </table>		SI	No				
SI	No						

Observaciones	
---------------	--

**Flujograma**



**ANÓTESE, REFRÉNDESE Y COMUNÍQUESE**



*[Handwritten Signature]*

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

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

**CERTIFICADO DE IMPUTACIÓN Y DISPONIBILIDADES PRESUPUESTARIAS**

**CERTIFICADO N° 564**

**FECHA 09-06-2017**

De acuerdo con la ley N° 20.981, del año 2017 y mediante el documento, certifico que existe disponibilidad presupuestaria para el rubro de gasto que se indica, con ello se podrá financiar el compromiso a tramitar en el presente documento adjunto.

IDENTIFICACIÓN DEL DOCUMENTO QUE SE REFRENDA	
TIPO	Resolución Exenta
N°	661
DETALLE	Aprueba convenio de Colaboración Técnica y Financiera entre el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, Senda, y el Ministerio de Salud, para la implementación de un Programa de Tratamiento y Rehabilitación para Población Adulta con Consumo Problemático de Drogas y Alcohol.

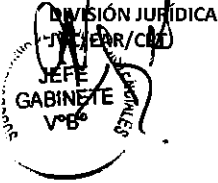
REFRENDACIÓN	
IMPUTACIÓN PRESUPUESTARIA	24.03.001
TIPO DE FINANCIAMIENTO	APORTE FISCAL
Presupuesto Vigente	42.937.854.000
Comprometido	40.012.926.193
Presente Documento Resolución Exenta	54.600.555
Saldo Disponible	870.327.084

**MANUEL NARANJO ARMAS**  
**JEFE DE FINANZAS (S)**





MINISTERIO DE SALUD  
GABINETE DE LA MINISTRA  
SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES



ORD.: N° A15/ 1896 /

ANT.: Memorandum C21 N° 52 de fecha 2 de mayo de 2017 de Jefa División de Gestión de la Red Asistencial (s) del Ministerio de Salud.

MAT.: Envía 3 ejemplares originales de Convenio de Colaboración Técnica y Financiera entre el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol y el Ministerio de Salud, para su suscripción.

SANTIAGO,  
- 8 JUN. 2017

DE: SRA. SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES.

A: SR. DIRECTOR NACIONAL.  
(SERVICIO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y REHABILITACIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS Y ALCOHOL)

Junto con saludarle, y en el contexto del trabajo conjunto entre ambas instituciones, en relación al Programa de planes de tratamiento y Rehabilitación de personas con problemas derivados del consumo de drogas y alcohol, adjunto envío a usted, 3 ejemplares originales del convenio de Colaboración Técnica y Financiera y sus anexos entre el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol y el Ministerio de Salud, los cuales están debidamente firmados por ambas subsecretarías y se remiten para continuar la tramitación correspondiente. Posteriormente se solicita a usted, sean devueltos para elaborar el acto administrativo aprobatorio correspondiente.

SRA. GISELA MARCÓN ROJAS  
SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES

DISTRIBUCION:

- Jefe de Gabinete Sra. Ministra de Salud.
- Jefe de Gabinete Subsecretaría de Salud Pública.
- Jefe de Gabinete Subsecretaría de Redes Asistenciales.
- DIGERA.
- División Jurídica.
- Oficina de Partes.



MINISTRO DE SALUD  
GABINETE DE LA MINISTRA  
DIVISIÓN JURÍDICA

AFG/JJC/XNZ/BMG/PLM/WR/S/EAR/CPT



## CONVENIO DE COLABORACIÓN TÉCNICA Y FINANCIERA

### SERVICIO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y REHABILITACIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS Y ALCOHOL Y MINISTERIO DE SALUD

#### PROGRAMA DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN PARA POBLACIÓN ADULTA CON CONSUMO PROBLEMÁTICO DE DROGAS Y ALCOHOL

En Santiago de Chile, a 31 de marzo de 2017, entre el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, RUT N° 61.980.170-9, representado por su Director Nacional, Dr. Patricio Bustos Streeter, ambos domiciliados en calle Agustinas N° 1235, piso 9°, Santiago, en adelante "SEDA", y el Ministerio de Salud, en adelante "MINSAL", RUT N° 61.601.000-K, representado para estos efectos por el Subsecretario de Salud Pública, Dr. Jaime Burrows Oyarzún y por la Subsecretaria de Redes Asistenciales, Dra. Gisela Alarcón Rojas, ambos domiciliados en Mac-Iver N° 541, Santiago, han acordado el siguiente Convenio de Colaboración Técnica y Financiera:

#### **PRIMERO: ANTECEDENTES GENERALES DEL CONVENIO**

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

estupefacientes y sustancias psicotrópicas, requiere implementar acciones vinculadas al tratamiento y rehabilitación de personas con problemas derivados del consumo de drogas y alcohol, para cuyo efecto puede solicitar a cualquiera de las instituciones, organismos o servicios de la Administración del Estado, la colaboración, información y asesoría técnica y profesional que estime necesaria para el cumplimiento de sus funciones.

2. A su vez, MINSAL, de acuerdo al Libro I del DFL 1, publicado el 2006, del Ministerio de Salud, le corresponde formular, fijar y controlar las políticas de salud, lo que incluye, entre otras funciones, ejercer la rectoría del sector salud, la cual comprende, entre otras materias:

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

Dentro de estas funciones de rectoría se cuenta con el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría. Este plan incluye, como uno de sus componentes y prioridades, el Programa de Salud Mental, aprobado por Resolución Exenta N° 544, de 1 de marzo de 2000, del Ministerio de Salud. Dicho Programa tiene entre otros objetivos, proveer tratamiento y rehabilitación, en todo el territorio nacional, a las personas beneficiarias del Libro II del D.F.L. N° 1, publicado el 2006, del Ministerio de Salud, afectadas por problemas de salud asociados al consumo de drogas y alcohol. El citado Programa de Salud Mental es ejecutado por los Servicios de Salud, a través de sus establecimientos propios, de los establecimientos pertenecientes a la atención primaria municipal y no municipal, y de otros establecimientos privados, asociados bajo convenios celebrados con los Servicios de Salud o por FONASA, en la red de atención territorial correspondiente a cada uno de ellos.

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

## **SEGUNDO: DEL PROGRAMA Y SUS BENEFICIARIOS**

1. El presente Convenio tiene como objetivos:

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

2.- El Programa contempla dos subprogramas. Uno para población adulta general (hombres y mujeres) y otro específico para mujeres. Asimismo, comprende, a su vez, las siguientes modalidades de intervención: Tratamiento Ambulatorio Básico, Tratamiento Ambulatorio Intensivo, Tratamiento Residencial y Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría del adulto, según se detalla en las “Orientaciones Técnicas de los Planes de Tratamiento y Rehabilitación para Personas Adultas con Problemas Derivados del Consumo de Drogas y Alcohol” y en el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría. Se podrán incluir otras modalidades de intervención que resulten necesarias para la ejecución del Programa, previo acuerdo escrito de las partes integrantes de la Mesa Nacional de Gestión de este Convenio.

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

3.- Cada Plan de Tratamiento y Rehabilitación contempla un conjunto de intervenciones y prestaciones indicadas, asociadas al cumplimiento de los objetivos terapéuticos del mismo, de acuerdo al proceso terapéutico en que el paciente se encuentra; prestaciones e intervenciones que se encuentran detalladas en los documentos denominados “Orientaciones Técnicas de los Planes de Tratamiento y

Rehabilitación para Personas Adultas con Problemas Derivados del Consumo de Drogas y Alcohol” en adelante “Orientaciones Técnicas”. Considera además la realización de exámenes de laboratorio que se requieran y la entrega de medicamentos, si corresponde.

Se debe considerar también en la ejecución de los planes de tratamiento los recursos que permitan contar con un equipo de tratamiento adecuado, con procesos que faciliten la capacitación de éste, así como instalaciones adecuadas, mantención de éstas y equipamiento suficiente.

4.- Este Programa, tiene por objeto otorgar acceso y cobertura de calidad, libre de copago, a la atención de personas, beneficiarias del libro II del D.F.L. N° 1, publicado el 2006, del Ministerio de Salud, que consultan por problemas derivados del consumo de drogas y alcohol, en los establecimientos públicos y privados que hayan celebrado contratos de compra de servicios para ello con SENDA.

5.- Del mismo modo, el Programa contempla la atención de los siguientes beneficiarios:

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

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

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

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

6.- La implementación de este Programa requiere la participación comprometida de SENDA y de la Red Asistencial de cada Servicio de Salud, constituida como dispone el artículo 17 del D.F.L. N° 1, publicado el 2006, del Ministerio de Salud, para responder de manera integral a las necesidades de las personas que lo requieran. De igual forma, las partes comparecientes establecen que para efectos de este convenio, los prestadores privados que han suscrito contrato con SENDA en el marco de este programa, forman igualmente parte de la red asistencial de cada Servicio de Salud, debiendo registrarse por las condiciones y orientaciones establecidas para dicha red.

Lo anterior, significa que oferentes públicos y privados en Convenio con Senda deben organizarse bajo los principios de territorialidad, integralidad y continuidad de cuidados, adscribiéndose a los lineamientos y modelos de MINSAL, lo que implica que los oferentes privados son incorporados a los flujos de derivación de la red y se deben acordar mecanismos comunes de referencia y contra referencia.

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

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

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

## **TERCERO: DE LAS OBLIGACIONES Y FUNCIONES DE LAS PARTES COMPARECIENTES**

**I.- Las partes que suscriben el presente Convenio, a través de la Mesa Nacional de Gestión, tendrán como obligaciones y funciones conjuntas, en la esfera de sus atribuciones, las siguientes:**

- a) Diseñar los planes y modalidades de tratamiento y rehabilitación para personas con problemas derivados del consumo de drogas y alcohol beneficiarias de este Programa.
- b) Realizar la asesoría y evaluación técnica, conforme a lo dispuesto en el documento denominado "Gestión de Calidad" a los programas o centros públicos y privados, que otorguen tratamiento y rehabilitación, de conformidad a lo dispuesto en los convenios de colaboración técnica y financiera celebrados con entidades públicas y en los contratos o convenios de compra de servicios que SENDA haya celebrado con entidades públicas y privadas, en el marco del Programa, velando por la óptima calidad de las prestaciones que se brinden a los usuarios.
- c) Evaluar y definir la continuidad, incorporación o eliminación de los prestadores públicos que otorgarán tratamiento y rehabilitación, según el procedimiento establecido en la Cláusula Cuarta, numeral 2 de este Convenio, denominado "De la Asignación y Selección de los Programas de Tratamiento y Rehabilitación", todo ello, en consideración a la información que las Direcciones Regionales de SENDA y los Servicios de Salud hayan hecho llegar a los niveles centrales, para su posterior contratación o término de contrato, según corresponda.
- d) Definir las líneas de servicio para establecimientos privados que otorgarán tratamiento y rehabilitación, según el procedimiento establecido en la Cláusula Cuarta, numeral 2 de este Convenio, denominado "De la Asignación y Selección de los Programas de Tratamiento y Rehabilitación", todo ello, en consideración a la información que las Direcciones Regionales de SENDA y los Servicios de Salud hayan hecho llegar a los niveles centrales.
- e) Diseñar en conjunto los procedimientos operativos, administrativos, de supervisión, de asesoría técnica, seguimiento y evaluación de la ejecución de este Programa.
- f) Evaluar, en el mes de julio de cada año, con la información del período enero-junio, el nivel de ejecución de meses de planes de tratamiento y rehabilitación de

acuerdo a lo establecido en los convenios de compra celebrados por SENDA con los prestadores privados y públicos, con el objeto de realizar y aprobar las modificaciones al convenio suscrito con el prestador, en términos de disminuir o aumentar la cantidad de meses de planes de tratamiento anuales y mensuales contratados, cuando corresponda.

- g) Evaluar en el mes de enero de cada año, -si corresponde y según lo establecido en los convenios respectivos-, el nivel de ejecución de los convenios de compra de meses de planes de tratamiento y rehabilitación celebrados con los prestadores público y privados, con la información del período de enero a diciembre, con el objeto de realizar y aprobar las modificaciones al convenio suscrito con el prestador, en términos de disminuir o aumentar la cantidad de meses de planes de tratamiento anuales y mensuales contratados, cuando corresponda.
- h) Evaluar y aprobar, según lo establecido en los convenios celebrados con los prestadores públicos y privados, modificaciones extraordinarias a fin de disminuir o aumentar la cantidad de meses de planes de tratamiento anuales y mensuales contratados, cuando corresponda.
- i) Realizar, durante el mes de julio de cada año, un informe técnico de cobertura y resultados de logros del proceso terapéutico, que contempla la información disponible en el período de enero a junio, en base al “Sistema de Información y Gestión de Tratamiento” (SISTRAT) y a observaciones del monitoreo, que faciliten la evaluación general de la implementación del proceso de atención a los beneficiarios de este Programa.
- j) Realizar en el mes de marzo de cada año, un informe técnico de evaluación anual del Programa, que contempla la información disponible en el período de enero a diciembre. Para tal efecto, se tomarán en consideración las evaluaciones regionales anuales de los programas, la información disponible en SISTRAT u otros.
- k) Evaluar, según lo estipulado en el documento de “Gestión de Calidad”, los aspectos técnicos del Programa, a través de las Direcciones Regionales de SENDA y las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud.
- l) Analizar conjuntamente si procede, los antecedentes que pudiesen dar lugar a la aplicación de multas con entidades privadas o términos anticipados de convenio con entidades públicas o privadas, todo ello, en consideración a la información



que las Direcciones Regionales de SENDA, los Servicios de Salud, u otros hayan hecho llegar a los niveles centrales.

- m) En el ámbito de sus competencias y de acuerdo a sus funciones, deberán velar para que las entidades que ejecuten los programas, específicos de mujeres cumplan con la obligación de verificar que el personal que mantenga una relación directa y habitual con menores de edad del programa, no se encuentre afecto a la inhabilidad absoluta perpetua o temporal contemplada en el artículo 39 bis del Código Penal.

## **II.- Obligaciones propias de SENDA:**

- a) En virtud de este Convenio, SENDA se compromete a destinar parte de los recursos asignados en la respectiva Ley de Presupuestos, a apoyar el desarrollo del Programa de Salud Mental que en materia de tratamiento y rehabilitación de población adulta, afectados por el consumo de alcohol y drogas, correspondan a las políticas y planes definidos en dicha materia por MINSAL y las "Orientaciones Técnicas".
- b) Elaborar, celebrar, modificar, aplicar multas y poner término, cuando corresponda, a los Convenios celebrados con las entidades públicas y privadas y a los contratos de compra de servicios, celebrados con entidades públicas y privadas, de conformidad a las facultades y procedimientos que se determinen en la Cláusula Cuarta de este instrumento.
- c) Pagar a las entidades públicas y privadas con las cuales haya celebrado convenios de compra de servicios, para el otorgamiento de los meses de planes de tratamiento y rehabilitación contemplados en este Programa.
- d) Administrar y mantener disponible el Sistema de Información y Gestión de Tratamiento (SISTRAT) que contiene la información de los registros de prestaciones y reportes asociados a dichos registros.
- e) Realizar la supervisión de cumplimiento de contrato del programa, a fin de resguardar que los meses de planes de tratamiento y rehabilitación ejecutados por los respectivos prestadores públicos y privados, se desarrollen de acuerdo a lo establecido en los convenios o contratos suscritos con SENDA y cautelar el cumplimiento de las obligaciones contractuales, legales y reglamentarias, que regulan el desarrollo de los programas de tratamiento.

- f) Adoptar las medidas administrativas necesarias, orientadas a poner en conocimiento de la autoridad competente, el resultado de las visitas realizadas y subsanar las observaciones advertidas.
- g) Iniciar de oficio, las acciones administrativas y judiciales que procedan, incluyendo la ejecución de las garantías, cuando exista incumplimiento de las obligaciones contraídas por las entidades públicas y privadas con las cuales haya celebrado convenios.
- h) SENDA se obliga a elaborar y entregar a MINSAL, durante el mes de febrero de cada año, un informe anual de sistematización de las supervisiones realizadas a los establecimientos de salud públicos y privados, el que contendrá información de las supervisiones realizadas durante los meses de enero a diciembre del año anterior. Asimismo, enviará en el mes de agosto de cada año, un informe de avance el que contendrá información sistematizada de las supervisiones realizadas desde el mes de enero a junio del respectivo año.
- i) Realizar, a través de sus direcciones regionales, un informe de monitoreo de resultados de tratamiento por programa, considerando la información disponible en SISTRAT, en los meses de julio y enero de cada año.
- j) Comunicar al Ministerio de Salud, en cuanto se encuentre disponible, la información recopilada de otras entidades públicas y privadas, de la sociedad en general o de estudios especialmente realizados, acerca de los aspectos en los que el Programa materia de este Convenio, deba acentuar su acción y alcances, de modo de ampliar la cobertura en forma priorizada y focalizada.
- k) Entregar al Ministerio de Salud, los recursos necesarios para la contratación a honorarios de profesionales, a fin de apoyar la implementación del Programa materia de este convenio, de conformidad a lo establecido en las cláusulas cuarta y quinta de este instrumento.

### **III. Obligaciones propias del Ministerio de Salud:**

El Ministerio de Salud, en su rol de ente normativo y regulador de las políticas nacionales de salud y de supervisor de la articulación y gestión de las redes asistenciales, tendrá a través del Departamento de Salud Mental de la División de Prevención y Control de Enfermedades, de la Subsecretaría de Salud Pública y del Departamento de Gestión de Procesos Clínicos Integrados de la División de Gestión de la Red Asistencial y por el Departamento de Modelo de Atención APS, de la División

de la Atención Primaria, ambas Divisiones de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, como funciones u obligaciones las siguientes

- a) Aprobar por Oficio de Subsecretaría de Redes Asistenciales, las modificaciones de convenios con prestadores públicos y privados para aumentar o disminuir la cantidad de meses de planes de tratamiento anuales y mensuales contratados, como también la continuidad o incorporación de los prestadores públicos que otorgarán tratamiento y rehabilitación.
- b) Colaborar técnicamente en el diseño de los procesos de licitación pública para la compra de meses de planes de tratamiento y rehabilitación, conforme a lo señalada cláusula cuarta, número 2, de este convenio. De igual forma, participará, si fuere necesario con asesores técnicos para el proceso de evaluación de las propuestas presentadas en las respectivas licitaciones.
- c) Supervigilar, de conformidad a lo dispuesto en el artículo 16 del D.F.L. N° 1, publicado el 2006, del Ministerio de Salud, a los Servicios de Salud, a través de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, para que en su calidad de gestores de redes, transfieran los recursos a los establecimientos de su red asistencial, de acuerdo a convenios que se suscriban entre los respectivos Servicios de Salud y dichos establecimientos, todo ello, en el marco de las disposiciones de este Convenio y de las "Orientaciones Técnicas".
- d) Colaborar en los procesos de supervisión administrativa y financiera que SENDA deba realizar en el marco de la implementación y ejecución del Programa, en virtud de los convenios o contratos de compra suscritos en el contexto del presente acuerdo de voluntades.
- e) Emitir y entregar a SENDA, dentro de los cinco días hábiles siguientes al mes que corresponda, las rendiciones de gastos de los recursos financieros entregados para la contratación de los profesionales a honorarios para la ejecución del Programa, de conformidad a lo establecido en la Resolución N° 30, de 28 de marzo de 2015, de la Contraloría General de la República, o las normas que la reemplacen.
- f) Velar por el cumplimiento de las políticas y normas de salud mental, así como dar a conocer documentos técnicos emitidos por MINSAL y el marco regulatorio y legal al que están sujetas las prestaciones de tratamiento y rehabilitación, u otras temáticas asociadas, a través de sus Secretarías Regionales Ministeriales.

- g) Entregar insumos a nivel nacional y regional, en forma periódica, de la situación en materia de drogas y alcohol, de grupos y factores de riesgo y de prioridades definidas, a través de la Subsecretaría de Salud Pública y las respectivas Secretarías Regionales Ministeriales.
- h) Facilitar la adecuada integración de los prestadores privados que han establecido convenio con SENDA en el marco de este programa, a la red asistencial de cada Servicio de Salud.
- i) Destinar recursos para gastos de pasajes, viáticos y reembolsos asociados al acompañamiento y asesoría presencial a las regiones, de los profesionales contratados, para apoyar la implementación del Programa materia de este convenio. Los gastos de pasajes, viáticos y reembolsos que realizará el profesional, en caso de ser requerido, serán con cargo a la División de MINSAL que corresponda, de acuerdo a disponibilidad presupuestaria.

#### **CUARTO: DE LOS PROCEDIMIENTOS DE IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA.**

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

Dentro de las competencias y atribuciones que le confiere a MINSAL el D.F.L. N° 1, publicado el 2006, del mismo Ministerio, que fijó el texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N° 2763, de 1979 y de las leyes N° 18.933 y N° 18.469, y en apoyo del Programa de Salud Mental y Psiquiatría del Ministerio de Salud, los meses de planes y demás modalidades de tratamiento y rehabilitación para personas con problemas derivados del consumo de drogas y alcohol, que serán otorgados por los prestadores públicos y privados en convenio, serán los diseñados por SENDA y el Ministerio de Salud.

El Programa contempla la ejecución de meses de planes de tratamiento y rehabilitación en las siguientes modalidades de intervención: Tratamiento Ambulatorio Básico, Tratamiento Ambulatorio Intensivo y Tratamiento Residencial, según se detalla en las "Orientaciones Técnicas de los Planes de Tratamiento y Rehabilitación para Personas Adultas con Problemas Derivados del Consumo de Drogas y Alcohol", anexo a este convenio.

Contempla además la suscripción de convenios con los Servicios de Salud, con el fin de implementar la modalidad de hospitalización de cuidados intensivos en psiquiatría del adulto, cuando estos últimos cuenten con las condiciones e infraestructura para estos efectos.

Cada plan de tratamiento y rehabilitación incluye un conjunto de intervenciones y prestaciones recomendables asociadas al cumplimiento de los objetivos terapéuticos del mismo, las cuales se encuentran detalladas en el documento “Orientaciones Técnicas”, anexo a este convenio. Asimismo, se pueden incluir otras modalidades de intervención que resulten necesarias para la ejecución del Programa, previo acuerdo de las partes integrantes de la Mesa Nacional de Gestión de este Convenio.

El diseño de los planes y de otras modalidades de intervención debe considerar también los recursos que permitan contar con un equipo de tratamiento adecuado, con procesos que faciliten la capacitación de éste, así como instalaciones adecuadas y mantención de éstas y equipamiento suficiente.

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

En el caso de los convenios suscritos con Servicios de Salud, el financiamiento incluye la contratación de recurso humano especializado, así como equipamiento, gastos operacionales y financiamiento de actividades para cada modalidad de intervención específica. También puede incluir gastos de habilitación en aquellos casos financiados por Fondo Especial, de conformidad a la normativa vigente.

## **2. De la Asignación y Selección de los Programas de Tratamiento y Rehabilitación**

Se entenderá por asignación el listado de meses de planes de tratamiento y rehabilitación asignados a diferentes programas, para ser ejecutados por los prestadores seleccionados, tanto públicos como privados; para lo cual se requiere las siguientes etapas:

- Propuesta de Asignación
- Selección de los Prestadores Públicos y Privados
- Definición de Planilla de Asignación

### **2.1 Propuesta de Asignación**

Es la definición de los meses de planes a ejecutar, en los diferentes lugares del país, en base a las siguientes consideraciones, entre otras:

- a) La variabilidad con que se presenta regionalmente el problema;

- b) La caracterización de la población y del consumo de alcohol y otras drogas (tipo de drogas, edad de inicio, compromiso biopsicosocial);
- c) Necesidades de poblaciones específicas (mujeres, pueblos originarios, migrantes, etc.);
- d) Características particulares del territorio;
- e) Brecha existente entre demanda y oferta de tratamiento para esta población;
- f) Necesidad de completar circuitos de modalidades de tratamiento (considerando oferta pública y privada);
- g) Accesibilidad física;
- h) Número de planes que permitan la adecuada implementación y desarrollo del programa de tratamiento y el logro de los objetivos terapéuticos (número máximo y mínimo de personas);
- i) Información de demanda potencial de atención en cada provincia, región y/o jurisdicción del Servicio de Salud correspondiente;
- j) Resultados de la evaluación técnica de los prestadores, apreciación regional y nacional de desempeño técnico y financiero de dicho programa, además de otras informaciones que se estimen relevantes, en caso de continuidad de prestadores públicos.

Lo anterior conlleva una propuesta consolidada y acordada desde el nivel regional, a través de las Direcciones Regionales de SENDA y de los Servicios de Salud respectivos, la que se informa a los niveles nacionales respectivos de SENDA y MINSAL, para su evaluación y definición.

## **2.2 Selección de los Prestadores Públicos y Privados**

En relación a los prestadores existen procesos de selección diferentes según si son públicos o privados.

En el caso de los públicos, una vez definida la propuesta de asignación, se revisa la factibilidad de implementación de los posibles ejecutores, a fin de definir la Planilla de Asignación de Meses de Planes de Tratamiento. Con esta Planilla se procede a la compra de servicios por parte de SENDA a entidades públicas, mediante la contratación directa para la ejecución de meses de planes de tratamiento.

En el caso de los oferentes privados, SENDA podrá realizar Licitaciones Públicas para la compra de servicios a entidades privadas, por lo que la propuesta de asignación sirve para definir las Líneas de Servicio del Proceso. Una vez adjudicadas las líneas según corresponda, SENDA realiza la contratación de los adjudicatarios y, si procede,

la contratación directa de los planes de tratamiento a ejecutar por entidades privadas, debiendo en tal caso fundamentarse la causal para proceder de tal forma, de conformidad a lo dispuesto en la ley N° 19.886 y su Reglamento. Este proceso permite definir la Planilla de Asignación y sus posteriores modificaciones, si corresponden.

Cabe destacar, que independiente de la forma de contratación de los servicios por parte de SENDA con los prestadores (contratación directa o adjudicación por licitación) se debe resguardar la continuidad de la atención de las personas usuarias, cuando corresponde.

### **2.3 Planilla de Asignación**

Es la definición final que consolida todos los prestadores públicos y privados que ejecutan meses de planes de tratamiento y rehabilitación en el marco del Programa objeto de este Convenio y a los cuales SENDA compra servicios.

Cabe mencionar que esta Planilla de Asignación está sujeta a las disponibilidades presupuestarias que tenga SENDA, por lo que se debe oficializar en diciembre de cada año y requiere de la aprobación del MINSAL, a través de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, para los prestadores públicos.

Se deja constancia que esta Planilla de Asignación puede ser modificada en otros momentos del año, ya sea por cambiar asignaciones a los prestadores y/o integrar oferentes nuevos, previo acuerdo escrito de las partes integrantes de la Mesa Nacional de Gestión de este Convenio. En el caso de modificación de la Planilla por término de Convenio con algún prestador público o privado, SENDA debe informar mediante oficio a MINSAL.

### **2.4 Asignación por Transferencias de Recursos**

El Programa contemplado en este instrumento considera además, para su implementación, tal como se señaló en el número 1 anterior, la suscripción de convenios de colaboración técnica y financiera con los Servicios de Salud, a fin de otorgar la modalidad de hospitalización de cuidados intensivos en psiquiatría del adulto, cuando estos últimos cuenten con las condiciones e infraestructura para estos efectos.

Se podrán incluir a su vez, otras modalidades de intervención que resulten necesarias para la ejecución del Programa, previo acuerdo escrito de las partes integrantes de la Mesa Nacional de Gestión de este Convenio.

### **3. Del Mecanismo de Financiamiento, Facturación y Pago de los Meses de Planes de Tratamiento y Rehabilitación**

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

SENDA suscribirá Contratos de Compra de Servicios directamente con establecimientos públicos, Servicios de Salud y con las entidades privadas que hayan resultado seleccionadas en el proceso de licitación respectivo o mediante su contratación directa, de conformidad a lo dispuesto en la Ley N° 19.886 y su Reglamento, y a los procedimientos señalados en el número 2 anterior, los cuales otorgarán los meses de planes de tratamiento y rehabilitación.

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

Se entenderá por mes de plan de tratamiento y rehabilitación efectivamente ejecutado y válido para pago, 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), ser registrado como usuario del programa en convenio y tenga el registro mensual en el Sistema de Gestión de Tratamiento (SISTRAT) de las prestaciones definidas en documento anexo Glosario SISTRAT.

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

El proceso de pago al prestador se realizará mensualmente, en la medida que SENDA reciba las facturas debidamente emitidas y los documentos complementarios que se exijan acompañar a los prestadores, en los términos y condiciones establecidos en los respectivos contratos o convenios suscritos por SENDA.



#### **4. Del Sistema de Registro, Control y Gestión**

##### **4.1 Sobre los Registros**

Los prestadores públicos o privados, que ejecuten las diversas modalidades de atención contempladas en este Programa, deberán llevar registros de las personas atendidas, su caracterización, las atenciones otorgadas y las evaluaciones de sus procesos.

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

En el evento de cualquier dificultad en el ingreso de la información en SISTRAT durante el mes de registro correspondiente, ya sea por causas atribuibles a la administración del mismo o errores de usuario, el programa deberá reportar a SENDA Regional vía correo electrónico, hasta el último día hábil antes del cierre del sistema.

En caso de término de convenio, el programa de tratamiento debe gestionar la derivación de los usuarios cuando corresponda, resguardando la continuidad de la atención, lo que deberá ser oportunamente registrado en SISTRAT. Así mismo, si al momento de cesar el convenio, y según las necesidades del usuario éste no es derivado, la causa de egreso debe ser también registrada de manera oportuna en SISTRAT para dar cierre en el SISTEMA y evitar dificultades de ingreso en un nuevo programa, si corresponde.

##### **4.2 Sobre la Supervisión de Cumplimiento de los Contratos**

SENDA realizará la supervisión del cumplimiento de los contratos a los Programas o Centros de Tratamiento que ejecuten los meses de planes de tratamiento y rehabilitación contratados, en conformidad a lo establecido en el documento denominado "Supervisión de Convenios. Convenio de Colaboración Técnica SENDA - MINSAL".

Para lo anterior, SENDA realizará visitas de inspección destinadas a supervisar el correcto cumplimiento de los convenios y de las normas que regulan la prestación de meses de planes de tratamiento, de acuerdo a los contratos establecidos y el documento anteriormente señalado.

SENDA se obliga a elaborar y entregar MINSAL, a través de la Subsecretaría de Redes asistenciales y de Salud Pública, durante el mes de febrero de cada año, un informe anual de sistematización de las supervisiones realizadas a los establecimientos de salud públicos y privados, el que contendrá información de las supervisiones realizadas durante los meses de enero a diciembre del año anterior. Asimismo, enviará en el mes de agosto de cada año, un informe de avance el que contendrá información sistematizada de las supervisiones realizadas desde el mes de enero a junio del respectivo año.

#### **5. De la Coordinación de la Gestión del Convenio**

Para coordinar la gestión de este Convenio, habrá una Mesa Nacional que estará conformada por:

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

Cualquier modificación de los representantes antes señalados o designación de otro para su participación en esta instancia, deberá informarse a la Mesa Nacional, dentro de los 15 días hábiles siguientes a la modificación o designación.

Las funciones de la referida Mesa Nacional serán las siguientes:

- a. Acompañar la implementación general del programa y gestionar todo lo relacionado a su buen funcionamiento, en los aspectos técnicos, clínicos y administrativos operacionales.

- b. Participar en el diseño y definiciones de los programas de tratamiento y rehabilitación y modalidades de intervención, de acuerdo a la evidencia científica nacional e internacional, la experiencia empírica y sus resultados, entre otros.
- c. Participar en el diseño y definiciones de orientaciones o lineamientos técnicos, que aporten al desarrollo del Programa, de acuerdo a la evidencia científica nacional e internacional, experiencia empírica y sus resultados, entre otros.
- d. Analizar y apoyar la resolución de dificultades o problemáticas que surjan en la implementación del programa materia de este convenio y que superen la gestión regional.
- e. Realizar seguimiento y asesoramiento, presencial en regiones y/o a distancia, a las Mesas Regionales de este Convenio, en relación con la implementación del Programa a lo largo del país.
- f. Realizar seguimiento y asesoramiento, presencial en regiones y/o distancia, según sea necesario y en coordinación con la Mesa Regional, a equipos que ejecutan programas de tratamiento.
- g. Formular la opinión técnica para la definición de la incorporación y asignación de los meses de planes de tratamiento y rehabilitación a ser ejecutados por los prestadores de establecimientos públicos, de acuerdo a las evaluaciones técnicas y de gestión, descritas en el punto 2.1. Asimismo, para la definición y elaboración de las bases técnicas para la licitación que selecciona a los prestadores privados.
- h. Entregar la opinión técnica sobre eventuales reasignaciones, modificaciones de contratos y/o términos de contratos, según el procedimiento establecido en los contratos de compra de servicios con los prestadores públicos y privados, en su caso, en consideración a la información que emane de las Direcciones Regionales de SENDA y de los Servicios de Salud respectivos.
- i. Realizar, durante el mes de julio de cada año, un informe técnico de cobertura y resultados de logros del proceso terapéutico, que contempla la información disponible en el período de enero a junio, en base al "Sistema de Información y Gestión de Tratamiento" (SISTRAT) y a observaciones del monitoreo, que faciliten la evaluación general de la implementación del proceso de atención de los beneficiarios de este Programa.
- j. Realizar en el mes de marzo de cada año, un informe técnico de evaluación anual del Programa, que contempla la información disponible en el período de enero a diciembre. Para tal efecto, se tomarán en consideración las evaluaciones regionales anuales de los programas, la información disponible en SISTRAT u otros.

La periodicidad de sesiones de esta mesa es regular y la coordinación nacional será permanente, además de las gestiones y acuerdos asumidos que impliquen presencia a nivel regional en reuniones de asesoría a equipos de SENDA y del Ministerio de Salud. Lo anterior, con comunicación constante, a través de contactos telefónicos, por correo electrónico u otros medios.

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

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

Se sugiere, existiendo la factibilidad, se incorpore a representante/s de Atención Primaria de Salud (APS) del o los Servicio(s) de Salud respectivos, con el fin de incluir los modelos de intervención en los programas que ahí se implementen.

El funcionamiento de las referidas Mesas Regionales se encuentra descrito en el documento anexo a este Convenio, denominado "Mesas Regionales de Gestión del Convenio".

## **6. Del Proceso de Reasignación de Meses de Planes de Tratamiento y Rehabilitación**

Se entenderá por reasignación, las modificaciones en los meses de planes de tratamiento y rehabilitación originalmente asignados de acuerdo a la Planilla de Asignación definida, que existieren durante la ejecución de este Programa, derivadas del nivel de cumplimiento en la ejecución de los meses de planes de tratamiento en convenio y considerando elementos de la supervisión y asesoría efectuada a cada programa

La reasignación, tanto de establecimientos públicos como privados, será propuesta por las Mesas Regionales de Gestión del Convenio y enviada al nivel nacional de MINSAL -a través de la Subsecretaría de Redes Asistenciales- y de SENDA, quienes evaluarán la propuesta, y definirán las modificaciones según corresponda, debiendo contarse además con la aprobación de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

Para la reasignación se tendrán en consideración los resultados y tendencias que surjan del proceso de evaluación y asesoría técnica, considerando la información emanada de las Direcciones Regionales del SENDA, de los Servicios de Salud y SEREMIS y de los informes de supervisión de cumplimiento de contratos que realice el SENDA, además de otras informaciones que se estimen relevantes.

En base a lo anterior, cuando corresponda, de acuerdo a lo establecido en contratos con los prestadores públicos y privados, en los meses de julio y enero de cada año se efectuará una evaluación de los meses de planes de tratamiento y rehabilitación ejecutados al 30 de junio y al 31 de diciembre, respectivamente. En base a dichas evaluaciones, SENDA y el Ministerio de Salud, podrán efectuar modificaciones de los meses de planes de tratamiento y rehabilitación asignados a estas instituciones.

En el caso de los establecimientos públicos, considerando que los convenios actualmente vigentes contemplan la ejecución de los meses de planes de tratamiento hasta el mes de diciembre del 2017, sólo aquella evaluación realizada en el mes de julio de 2017 servirá de base para efectuar las reasignaciones que correspondan, sin perjuicio de la evaluación que se debe efectuar en diciembre de 2017 y que sirve de base para el proceso de asignación de enero del año 2018.

Una vez resuelta la reasignación por SENDA, en conjunto con el MINSAL, SENDA informará a la entidad pública o privada que corresponda y realizará la modificación al respectivo Convenio de Compra de Servicios, de acuerdo a la Ley N° 19.886 y su reglamento, en lo que resulte aplicable. En el caso de establecimientos dependientes o subcontratados por los Servicios de Salud, será dicho servicio el encargado de informar a los programas sujetos a reasignación y a la Mesa Regional.

Cabe señalar, que por razones de buen servicio, y de acuerdo a los términos y condiciones establecidos en los contratos y convenios suscritos por SENDA, se podrá excepcional y fundadamente evaluar en períodos distintos a los señalados precedentemente, el porcentaje de ejecución de los meses de planes de tratamiento respectivos de cada plan esperado al período evaluado, según se defina, utilizando los mismos criterios y procedimientos antes señalados, para el aumento o disminución de los meses de planes de tratamiento respectivos de cada plan.

## **7. Del Proceso de Término de Contrato con las Entidades Ejecutoras**

En los contratos de Compra de Servicios, así como en los convenios de transferencias de recursos o colaboración celebrados con entidades públicas y privadas, SENDA deberá establecer cláusulas reservándose el derecho de poner término en forma anticipada al respectivo contrato, pudiendo invocar, entre otras, las siguientes causales: por resciliación o mutuo acuerdo de las partes; por exigirlo el interés público o la seguridad nacional; caso fortuito o fuerza mayor, comprendiéndose dentro de ellas razones de ley o de autoridad que hagan imperativo terminarlo; ausencia o revocación de la autorización sanitaria cuando corresponde; falta de disponibilidad presupuestaria para cubrir el pago de las prestaciones contratadas; por incumplimiento grave de las obligaciones contraídas por el prestador; por vulneración de los derechos de los usuarios; falta grave y deliberada de veracidad de la información registrada en SISTRAT; cobros improcedentes a los(as) beneficiarios(as) de los planes de tratamiento y rehabilitación contratados.

Con todo, SENDA deberá además establecer cláusulas que establezcan los mecanismos necesarios de resguardo del patrimonio fiscal, para el caso de producirse el término anticipado del contrato o convenio, así como también del proceso terapéutico de los usuarios y la continuidad del mismo.

Para los efectos anteriormente mencionados se considerará, entre otras, como fuente de información los resultados del seguimiento y monitoreo de la gestión técnica, la supervisión del cumplimiento de los contratos y/o la información levantada en las mesas regionales y la mesa nacional de gestión del Convenio.

## **8. De la Evaluación del Programa**

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

- Informes de supervisión de convenios realizada por parte de SENDA a los prestadores que ejecutan los meses de planes de tratamiento y rehabilitación contratados, durante los meses de agosto y febrero de cada año.
- Informe técnico de cobertura y resultados de logros del proceso terapéutico que deberán realizar SENDA y el Ministerio de Salud, durante el mes de agosto de cada año, que contempla la información disponible desde el 01 de enero al 30

de junio, en base a los sistemas de información disponibles y a observaciones del monitoreo que faciliten la evaluación general de la implementación del proceso de atención a los beneficiarios de este Programa.

- Informe técnico de evaluación anual del Programa, que se deberá emitir en el mes de marzo de cada año por parte de SENDA y el Ministerio de Salud y que contempla la información disponible desde el 01 de enero al 31 de diciembre del año anterior. Para tal efecto, se tomarán en consideración la evaluación que cada región realiza de sus programas, la información disponible en el SISTRAT u otros, pudiendo integrar la información entregada por la evaluación realizada por las Direcciones Regionales de SENDA y las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud.
- Informes Regionales de Monitoreo de Resultados de Tratamiento, en los meses de Julio y enero de cada año. Para éstos se considerará la información disponible en SISTRAT.

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

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

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

**SEXTO:** Los recursos que serán entregados por parte de SENDA a la Subsecretaría de Redes Asistenciales y a la Subsecretaría de Salud Pública para la contratación de los profesionales señalados en el primer párrafo de la cláusula anterior, serán a contar de abril del año 2017 y hasta diciembre del año 2018. Corresponderá para el año 2017 una suma total de \$43.790.841 (cuarenta y tres millones setecientos noventa mil ochocientos cuarenta y un pesos), distribuidos de la siguiente forma: para la Secretaría de Redes Asistenciales serán destinados \$29.193.894 (veintinueve millones ciento noventa y tres mil ochocientos noventa y cuatro pesos), dicho monto será a su vez dividido en dos remesas, una de \$14.596.947 (catorce millones quinientos noventa y seis mil novecientos cuarenta y siete), que será destinada al Departamento de Gestión de Procesos Clínicos Integrados de la División de Gestión de la Red Asistencial; otra de \$ 14.596.947 (catorce millones quinientos noventa y seis mil novecientos cuarenta y siete pesos), que serán destinada al Departamento de Modelo de Atención APS, de la División de la Atención Primaria. Finalmente, será transferida a la Subsecretaría de Salud Pública, una remesa de \$14.596.947 (catorce millones quinientos noventa y seis mil novecientos cuarenta y siete pesos).

Los recursos que transferirá SENDA a la Subsecretaria de Redes Asistenciales y a la Subsecretaría de Salud Pública para los fines señalados en el inciso primero de la cláusula quinta del convenio se pagará en una cuota, la que será transferida una vez que esté totalmente tramitado el acto administrativo que apruebe el presente convenio.

Así, también, para el año 2018, SENDA transferirá una suma total de \$58.387.788 (cincuenta y ocho millones trescientos ochenta y siete mil setecientos ochenta y ocho pesos), distribuidos de la siguiente forma: para la Secretaría de Redes Asistenciales serán destinados \$38.925.192 (treinta y ocho millones novecientos veinticinco mil ciento noventa y dos pesos), dicho monto será a su vez dividido en dos remesas, una de \$19.462.596 (diecinueve millones cuatrocientos sesenta y dos mil quinientos noventa y seis pesos), que será destinada al Departamento de Gestión de Procesos Clínicos Integrados de la División de Gestión de la Red Asistencial; otra de \$19.462.596 (diecinueve millones cuatrocientos sesenta y dos mil quinientos noventa y seis pesos), que será destinada al Departamento de Modelo de Atención APS, de la División de la Atención Primaria. Finalmente, será transferida a la Subsecretaría de Salud Pública, una remesa de \$19.462.596 (diecinueve millones cuatrocientos sesenta y dos mil quinientos noventa y seis pesos).

Los recursos que transferirá SENDA a la Subsecretaria de Redes Asistenciales y a la Subsecretaría de Salud Pública para los fines señalados en el inciso primero de la cláusula quinta del convenio se transferirán en una cuota, la que será transferida



siempre que la Ley de Presupuestos del Sector Público correspondiente al año 2018 contemple dichos recursos y que la entidad se encuentre al día con la rendición documentada de gastos, según lo dispuesto en la Resolución N° 30, de 28 de marzo de 2015, de la Contraloría General de la República, que fija normas de procedimiento sobre rendición de cuentas.

Para la contratación de los profesionales indicados en el párrafo segundo de la cláusula quinta del presente instrumento, los recursos que serán entregados por SENDA a la Subsecretaría de Salud Pública, para el año 2017, ascenderán a la suma total de \$ 10.809.714 (diez millones ochocientos nueve mil setecientos catorce pesos) los que serán entregados en una cuota, a más tardar el último día hábil junio de 2017, siempre que el acto administrativo que apruebe el presente convenio se encuentre totalmente tramitado.

Asimismo, para el año 2018, con el objeto de la contratación de los profesionales indicados en el párrafo segundo de la cláusula quinta del presente instrumento, SENDA transferirá a la Subsecretaría de Salud Pública una remesa de \$10.809.714 (diez millones ochocientos nueve mil setecientos catorce pesos), la que será entregada a más tardar el último día hábil del mes de junio de 2018, siempre que la Ley de Presupuestos del Sector Público correspondiente al año 2018 contemple dichos recursos y que la entidad se encuentre al día con la rendición documentada de gastos.

Se deja expresa constancia que el monto indicado para el año 2018, podrá ser reajustado en el mes de diciembre del año 2017. La cuantía de dicho reajuste será fijada en la época indicada previamente, teniendo como factores referenciales el reajuste que experimente el Índice de Precios al Consumidor de los últimos doce meses y la disponibilidad presupuestaria de acuerdo a la Ley de Presupuesto del Sector Público del año 2018. Los reajustes serán notificados al Ministerio de Salud, una vez tramitado el acto administrativo que lo apruebe, sin la necesidad de modificar el convenio suscrito.

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

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

**NOVENA:** Las partes dejan constancia que el presente convenio entrará en vigencia desde la total tramitación del acto administrativo aprobatorio del mismo y hasta el 31 de diciembre de 2018. Las partes dejan constancia que podrán poner término a este convenio en cualquier momento, por medio de una carta certificada, debidamente fundada que deberá hacer llegar a la otra, con a lo menos, noventa días corridos de anticipación a la fecha de término del mismo.

Sin perjuicio de lo anterior, por razones de buen servicio y a efectos de dar continuidad y eficacia a este Programa, las partes han acordado comenzar la implementación del mismo a partir del 1 de abril de 2017.

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

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

**DECIMA PRIMERO:** El Ministerio de Salud se obliga a rendir cuenta documentada en lo que respecta a la inversión de recursos recibidos en virtud del presente Convenio, en los términos dispuestos por la Resolución N° 30, de 11 de marzo de 2015, de la Contraloría General de la República, que fija normas de procedimiento sobre rendición de cuentas. Estas rendiciones deberán ser presentadas dentro de los primeros cinco días hábiles del mes siguiente a aquel en que se efectuó el gasto.

**DECIMA SEGUNDO:** La propiedad intelectual de los productos que se originen con ocasión de la ejecución de este Convenio, pertenecerán conjuntamente a SENDA y MINSAL, quienes arbitrarán las medidas pertinentes para cautelar su dominio, reservándose el derecho para autorizar su producción o difusión.

### **DECIMA TERCERO: DOCUMENTOS ANEXOS**

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

1. Anexo Orientaciones Técnicas de los Planes de Tratamiento y Rehabilitación para Personas Adultas con Problemas Derivados del Consumo de Drogas y Alcohol
2. Anexo Orientaciones para la Incorporación de la Dimensión de Integración Social en el Diagnóstico Integral.
3. Anexo Mesas Regionales de Gestión del Convenio de Colaboración Técnica y Financiera SENDA – MINSAL.
4. Anexo Gestión de la Calidad Convenio de Colaboración Técnica SENDA – MINSAL.
5. Anexo Supervisión de Convenios
6. Anexo Glosario Técnico SISTRAT
7. Anexo Ficha de Demanda.

Sin perjuicio de lo anterior, por razones de buen servicio, éstos podrán ser modificados y/o se podrán agregar otros documentos anexos, por acuerdo de las partes integrantes de la Mesa Nacional de Gestión del Convenio.

### **DECIMO CUARTO: DOMICILIO**

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

### **DECIMO QUINTO: PERSONERÍAS**

La representación con la que comparece el Dr. Patricio Bustos Streeter, como Director Nacional del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA, consta de su nombramiento aprobado por el Decreto Supremo N° 200, de 8 de febrero de 2017, del Ministerio del Interior y Seguridad Pública.


La representación con que comparece el Dr. Jaime Burrows Oyarzún como Subsecretario de Salud Pública consta de su nombramiento en Decreto Supremo N° 47, de 17 de marzo de 2014, del Ministerio de Salud.


La representación con que comparece la Dra. Gisela Alarcón Rojas como Subsecretaria de Redes Asistenciales, consta de su nombramiento en Decreto Supremo N° 5, de 5 de febrero de 2016, del Ministerio de Salud.

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

**DECIMO SEXTO: EJEMPLARES**


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

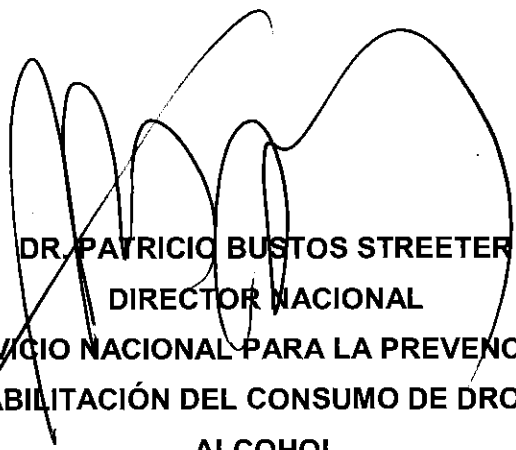


  
**JAIME BURROWS OYARZÚN**  
SUBSECRETARIO DE SALUD PÚBLICA  
MINISTERIO DE SALUD



  
**DRA. GISELA ALARCÓN ROJAS**  
SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES  
MINISTERIO DE SALUD



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