



Aprueba Bases Administrativas y Técnicas y sus anexos, para llamar a concurso público, para la implementación de un **Programa de Tratamiento en modalidad residencial, para personas adultas de género masculino con consumo problemático de alcohol y otras drogas, se ejecutarán en la región de Los Ríos**

## **RESOLUCION EXENTA 330**

**SANTIAGO, 09 DE MAYO DE 2022**

**VISTO:** Lo dispuesto en la Ley N° 18.575, Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado; en la ley N° 19.880, que establece bases de los Procedimientos administrativos que rigen los actos de los órganos de la Administración del Estado; en la Ley N° 20.502 que crea el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol; en la Ley N° 21.395, Ley de Presupuestos para el sector público correspondiente al año 2022; en la Resolución N° 7, de 26 marzo de 2019 y en la Resolución N° 16, de 30 de noviembre de 2020, ambas de la Contraloría General de la República, que fijan normas sobre exención del trámite de Toma de Razón; ; en el Decreto Exento N° 1734, de 28 de abril de 2022, del Ministerio del Interior y Seguridad Pública; en la Resolución Exenta RA 119512/139/2021, de 16 de febrero de 2021, de SEDA;.; en los Requerimientos S-1138/22, y S-2820/22, del Área de Tratamiento e Intervención, y

**NG/CB/NR/PC/AE/NM**

### **DISTRIBUCIÓN:**

División Jurídica  
División de Administración y Finanzas  
Área de Tratamiento

**S-1568/22**

## CONSIDERANDO

1.- Que, para tales efectos y para cumplir con los objetivos y funciones señaladas en la Ley N° 20.502, SENDA requiere implementar acciones vinculadas al tratamiento y rehabilitación de personas con problemas derivados del consumo de drogas y alcohol, para cuyo efecto se encuentra facultado, de acuerdo a lo señalado en el artículo 19 letra j) de la Ley N° 20.502, para celebrar acuerdos o convenios con instituciones públicas o privadas, que digan relación directa con la ejecución de las políticas, planes y programas de prevención del consumo de drogas y alcohol, así como el tratamiento, rehabilitación y reinserción social de las personas afectadas por la drogadicción y el alcoholismo.

2.- Que, por el lado de la oferta, la red de tratamiento debe asegurar una disponibilidad suficiente, diversa y adaptada a los requerimientos de los distintos grupos poblacionales, así como una oferta distribuida en función de las necesidades de las poblaciones de los distintos territorios. Uno de los ejes planteados por SENDA en este ámbito es el cierre y continuidad de la brecha existente, con un incremento, diversificación y adecuación de la oferta de tratamiento a nivel país, tanto a través de la ampliación de las capacidades de los centros existentes, como a través de la creación de nuevos centros de atención a lo largo del país.

3.- Que, por la responsabilidad en la continuidad de cuidados y de la mantención de la trayectoria en tratamiento y en el contexto de término anticipado parcial de contrato con la institución que mantiene el actual programa residencial para hombres en la región de Los Ríos, es imperioso implementar por medio de modalidad concurso público la instalación de oferta para Programa de Tratamiento en modalidad residencial para personas adultas de género masculino, con Consumo Problemático de Alcohol – Drogas” en la región de Los Ríos.

4.- Que, la modalidad antes mencionada, está constituida por un conjunto de intervenciones individuales, grupales y familiares en terreno y en el Centro de Tratamiento respectivo, con el usuario, su familia y/o su entorno cercano, dirigido al logro de sus objetivos terapéuticos construidos con el usuario. Esta modalidad por su

nivel de complejidad, debe integrarse a la red o redes socio sanitarias correspondientes, de manera de permitir a la persona recibir todas las intervenciones que requiera. 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 y una percepción de autoeficacia disminuida o ausente, entre otros).

5.- Que, consecuentemente con lo indicado en el párrafo precedente, y considerando que es deber del Estado otorgar atención oportuna, integral y de calidad para la población con problemas de drogas y alcohol, capaz de asegurar la continuidad en su rehabilitación, es que la superioridad de este Servicio Nacional ha resuelto transferir recursos a objeto de financiar durante el año 2022 y 2023, en los términos y condiciones que se señalan en las presentes Bases, para implementar un “Programa de Tratamiento en modalidad residencial para personas de género masculino adultas, con Consumo Problemático de Alcohol – Drogas” en la región de Los Ríos”.

6.- Que, de acuerdo a lo antes expuesto, la selección de la entidad que deberá ejecutar el Programa de Tratamiento para personas de género masculino, con Consumo Problemático de Alcohol y Drogas, debe realizarse a través de una modalidad de postulaciones concursables que garantice la debida imparcialidad y eficacia, por lo que procede dictar las correspondientes Bases Administrativas y Técnicas y sus Anexos, cuya aprobación debe ser sancionada a través del correspondiente acto administrativo.

7 - Que, de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 9 de la Ley Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración, los contratos administrativos se celebran previa propuesta pública en conformidad a la ley.

#### **RESUELVO:**

**PRIMERO:** Apruébense las Bases Administrativas y Técnicas y sus Anexos, para el llamado a concurso público para la implementación de un **Programa de Tratamiento en modalidad residencial, para personas adultas de género masculino con consumo problemático de alcohol y otras drogas**, se ejecutarán en la región de Los Ríos

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

## **1. CONCURSO PÚBLICO**

### **1.1 Entidades Convocadas**

El Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, en adelante "SENDA", convoca a entidades públicas y privadas, dotadas de personalidad jurídica vigente, que tengan interés en postular para la ejecución de un **Programa de Tratamiento en modalidad residencial, para personas adultas de género masculino con consumo problemático de alcohol y otras drogas**, se ejecutarán en la región de Los Ríos.

### **1.2 Programas de tratamiento y modalidad requerida**

La implementación del **Programa de Tratamiento en modalidad residencial, para personas adultas de género masculino con consumo problemático de alcohol y otras drogas**, se ejecutarán en la región de Los Ríos.

La modalidad es un plan residencial (PR-PG) que 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 y una percepción de autoeficacia disminuida o ausente, entre otros).

El fin último es facilitar el acceso oportuno y adecuada intervención terapéutica en modalidad residencial a personas de género masculino mayores de 18 años, con consumo problemático de alcohol y otras drogas, a través del equipamiento de un centro de tratamiento especializado y la conformación de equipos técnicos profesionales competentes.

La implementación del programa implica contar con infraestructura, equipamiento, equipo profesional y condiciones técnicas adecuadas para desarrollar un programa en la región de Los Ríos que cuente con 10 cupos residenciales, cumpliéndose con los requisitos técnicos establecidos en las presentes bases.

### **1.3 Duración del Programa**

La duración del programa será desde la fecha de celebración del respectivo Convenio de Transferencia de Recursos y hasta el **31 de diciembre de 2023**.

La duración del programa está dividida en dos etapas:

1. Período equipamiento: comprende desde la celebración del Convenio respectivo, hasta el 31 de julio de 2022.

En este periodo se espera que se lleve a cabo el equipamiento del centro, arreglos menores en infraestructura, elaboración de programa terapéutico y otras gestiones requeridas para cumplir con requerimientos de SEREMI de Salud para la obtención de autorización sanitaria. Además del financiamiento de equipamiento, gastos operacionales y gastos asociados a actividades, en este período el ejecutor podrá destinar recursos SENDA para incorporar al coordinador técnico del programa, quien podrá facilitar el desarrollo de las gestiones de implementación del centro, así como a una dupla psicosocial durante el tercer mes de equipamiento.

2. Período de funcionamiento del Centro: comprende desde el 01 de agosto de 2022, hasta el 31 de diciembre del 2023.

Es necesario considerar que respecto a la autorización sanitaria totalmente tramitada y el equipo técnico comprometido no podrá presentarse con posterioridad al 31 de julio de 2022.

Conforme a la normativa vigente, la atención de usuarios sólo podrá iniciarse a contar de la fecha de obtención de la autorización sanitaria.

#### **1.4 Programa, localización y montos**

Para la implementación del programa de tratamiento objeto de las presentes bases, SENDA transferirá como monto total la cantidad máxima de **\$179.373.095.-** (ciento setenta y nueve millones trescientos setenta y tres mil noventa y cinco pesos) correspondiendo un monto máximo por programa, según lo detallado en el siguiente cuadro:

Región	Localización del centro de tratamiento	Cobertura Total	Presupuesto 2022		Presupuesto 2023	Presupuesto Total
			Equipamiento	Funcionamiento	Funcionamiento	
Los Ríos	Valdivia	10 (*)	\$ 35.000.000	\$ 42.462.675	\$ 101.910.420	\$ 179.373.095

(\*)10 cupos para ejecutar en modalidad residencial.

La entidad, en su respectiva propuesta, podrá solicitar un monto menor al señalado en las presentes bases, siempre que cumpla todas las condiciones técnicas y administrativas para la implementación del programa.

La entidad también podrá aportar recursos propios para la ejecución del programa, debiendo dejar constancia de ello en su propuesta. Será responsabilidad de la entidad postulante cumplir con el porcentaje de financiamiento estipulado en su propuesta, debiendo acreditar a este Servicio el efectivo cumplimiento del aporte comprometido, en los términos y condiciones que se establezcan en el respectivo convenio.

#### **1.5 Modalidad y forma de postular**

Las presentes bases del concurso serán publicadas en el sitio electrónico institucional [www.senda.gob.cl](http://www.senda.gob.cl) a más tardar, el quinto día hábil siguiente a la fecha de total tramitación de la presente Resolución.

La entrega de las postulaciones para esta convocatoria deberá realizarse dentro de los 15 días corridos siguientes a la fecha de publicación de las presentes Bases.

Las entidades deberán presentar sus antecedentes en la Oficina de Partes de la Dirección Nacional de SENDA, ubicada en Agustinas N° 1235 piso 2, Santiago, de lunes a viernes entre las 09.00 y las 16.00 hrs.

No obstante lo anterior, los ejecutores también podrán presentar su propuesta vía correo electrónico, dirigida a [gestiondocumental@senda.gob.cl](mailto:gestiondocumental@senda.gob.cl), con el asunto “**Programa de tratamiento en modalidad residencial para personas adultas de género masculino, con Consumo Problemático de Alcohol – Drogas**”. **Región de Los Ríos**”.

### **1.6 Contenido de las postulaciones**

Las propuestas deberán contener lo siguiente:

- a) 2 ejemplares del “**Formulario de Presentación de la Propuesta**”. En caso de envío por correo electrónico se deberá adjuntar en formato PDF.
  
- b) 2 ejemplares firmados por el representante legal del **Formulario de presupuesto** (disponible en formato Excel en el sitio electrónico [www.senda.gob.cl](http://www.senda.gob.cl)), firmados por el representante legal. En caso de envío por correo electrónico, se deberá adjuntar documento firmado.
  
- c) 1 ejemplar de cada uno de los antecedentes administrativos establecidos en las presentes bases.

#### ● **Formulario de postulación**

El “**Formulario de Presentación de la Propuesta 2022-2023**”, será el formato oficial de postulación para esta convocatoria y, en tal calidad, es un Anexo que forma parte de las presentes bases.

El Formulario estará disponible para ser descargado en el sitio electrónico institucional [www.senda.gob.cl](http://www.senda.gob.cl). **No se aceptarán postulaciones en otro formato.**

En el “**Formulario para la Presentación de la Propuesta**” se deberá indicar el nombre del profesional que desarrollará las funciones de coordinación del programa, incluyendo el

Currículum Vitae firmado, el detalle de las horas destinadas exclusivamente a la coordinación del programa. En la función de coordinador sólo se aceptarán personas que posean título profesional del área de la salud o ciencias sociales o título de técnico en rehabilitación.

Además, deberá incluir la copia del certificado de título correspondiente. En el caso de profesional o técnico que haya cursado su formación en el extranjero, su título profesional o técnico deberá encontrarse reconocido conforme a los procedimientos que el Ministerio de Relaciones Exteriores de Chile, y/o el Ministerio de Educación han establecido para tal efecto.

Respecto a los demás integrantes del equipo, en el Anexo 5 el oferente deberá explicitar título profesional o técnico, cargo que desempeñará, cantidad de horas cronológicas semanales destinados al programa y, en virtud de eso, deberá incorporar en el formato que se encuentra dentro del formulario para la presentación de Proyectos 2022-2023 Anexo 2, los montos asociados a dichas horas de RRHH, indicando aquellas financiadas por SENDA y las que serán de aporte propio de la institución.

Junto con lo anterior, se deja constancia que forma parte integrante del referido formulario el ítem de presupuesto (disponible en formato Excel en el sitio electrónico institucional [www.senado.gob.cl](http://www.senado.gob.cl)). Se hace presente que el presupuesto total deberá presentarse de manera diferenciada, de acuerdo al N° 22 del Anexo N° 2 (Presupuesto correspondiente a los gastos de la etapa de equipamiento 2022 y presupuesto correspondiente a la etapa de funcionamiento 2022 y presupuesto correspondiente a la etapa de funcionamiento 2023).

Cabe señalar que los distintos gastos que formen parte de la propuesta presupuestaria deberán detallarse por cada uno de estos, en filas independientes. Esto aplica para los presupuestos de equipamiento, funcionamiento 2022 y funcionamiento 2023. Así, por ejemplo, respecto a los gastos de equipamiento, debe desagregarse cada artículo contemplado con la respectiva cantidad a adquirir de éste, en las columnas correspondientes.

● **Consultas, aclaraciones y respuestas durante el período de postulación**



El período de formulación de consultas será dentro de los primeros **5 días corridos** desde la publicación de las presentes Bases en el sitio electrónico institucional [www.senda.gob.cl](http://www.senda.gob.cl).

Los convocados podrán formular las consultas que estimen necesarias, tanto de carácter técnico como de índole administrativo, sólo a través del sitio electrónico institucional [www.senda.gob.cl](http://www.senda.gob.cl).

El plazo para responder las preguntas formuladas será de **4 días hábiles**, contados desde la fecha de finalización del período para presentar consultas. Las respuestas serán publicadas también en el sitio electrónico institucional [www.senda.gob.cl](http://www.senda.gob.cl).

En este proceso se citará cada consulta, sin hacer mención de quien la haya formulado, y luego se dará la respuesta correspondiente. Sin perjuicio de lo anterior, SENDA podrá consolidar las consultas relacionadas al mismo tema publicando una sola respuesta general.

SENDA se reserva el derecho de no contestar aquellas consultas que, a su juicio, sean inconducentes, no correspondan directamente al proceso en curso o que se hayan efectuado fuera del plazo dispuesto para ello o a través de una vía distinta al sitio electrónico institucional [www.senda.gob.cl](http://www.senda.gob.cl)

Las respuestas entregadas contribuirán a determinar el sentido y alcance de las presentes Bases, debiendo considerarse obligatorias para los interesados en la preparación de sus postulaciones.

SENDA podrá en cualquier momento efectuar aclaraciones a las Bases para precisar su alcance que no haya quedado suficientemente claro y dificulte la obtención de buenas propuestas. Estas aclaraciones se entregarán en la misma forma que las respuestas a las consultas de los postulantes y deberán ser consideradas por éstos en la preparación de sus postulaciones.

- **Admisibilidad administrativa, precalificación técnica y financiera y evaluación técnica**

El proceso de revisión de admisibilidad de las propuestas, de evaluación técnica y financiera de las propuestas que hayan pasado el examen de admisibilidad, será realizado en la Dirección Nacional de SENDA.

### **1.7 Presupuesto y categoría de los gastos.**

El presupuesto de un programa es la previsión del costo de la implementación del mismo. El presupuesto total se calcula mediante la suma de las categorías de gastos que componen al programa.

El presupuesto total del programa debe presentar todos sus gastos debidamente justificados y detallados.

Para efectos del presente programa, se deja expresa constancia que se podrá solicitar financiamiento en las siguientes categorías de gastos:

#### **a) Recursos Humanos**

El gasto en personal es el pago que se realiza a una persona por concepto de prestación de sus servicios, en el cual está especificado el monto a pagar, naturaleza de la prestación, plazo de ejecución, etc.

Los gastos en Recursos Humanos de profesionales y técnicos se refieren a aquellos pagos que se realizan a una persona por concepto de prestación de sus servicios, el cual está especificado en monto a pagar, naturaleza de la prestación, plazo de ejecución, etc.

En el “**Formulario para la Presentación de la Propuesta**” se deberá indicar el nombre del profesional que desarrollará las funciones de coordinación del programa, incluyendo el Currículum Vitae firmado, el detalle de las horas destinadas exclusivamente a la coordinación del programa. En la función de coordinador sólo se aceptarán personas que posean título profesional.

Respecto a los demás integrantes del equipo, considerando que el programa está destinado en una primera instancia al equipamiento y obtención de autorización

sanitaria, no se exige la definición de nombres de los profesionales, técnicos y no profesionales que integrarán el equipo. No obstante, lo anterior, en el formulario **Anexo 2**, el oferente deberá comprometer la cantidad de horas cronológicas semanales destinados al programa y en virtud de eso, deberá incorporar en el formulario ubicado en el **Ítem 22**, los montos asociados a dichas horas de RRHH, indicando aquellas financiadas por SENDA y las que serán de aporte propio de la Institución.

Se deja constancia que SENDA no contrae obligación alguna de carácter laboral, previsional, de salud, tributaria, ni de ninguna otra naturaleza en relación con las personas que por cuenta del adjudicado ejecutarán las funciones convenidas por el presente Convenio.

#### **b) Gastos Operacionales**

Son gastos de carácter permanente que apoyan el desarrollo del Programa y permiten su ejecución. Son los gastos que apoyan a la consecución global del Programa y que pueden ser documentados en forma independiente de los gastos realizados por el ejecutor, y que corresponden a:

- Consumos Básicos: Gastos por concepto de agua, energía eléctrica, gas, telefonía fija, internet, alimentación de los usuarios y gastos de movilización debidamente documentados.
- Materiales de Oficina: Estos comprenden diversos útiles de oficina y gastos de similar naturaleza, como fotocopias, etc.
- Mantenimiento y reparaciones: Gastos necesarios para la conservación y buen funcionamiento de bienes que son necesarios para ejecución del programa.

No pueden efectuarse con recursos aportados por SENDA gastos de: intereses, reajustes o multas por infracciones a las leyes tributarias, laborales o de seguridad social; pagos de administración de proyectos; pagos de propinas; intereses y otros gastos derivados de créditos bancarios; intereses en gastos corrientes, como por ejemplo consumos básicos; gastos derivados de las garantías multas; donaciones;

compra de combustible; pago de estacionamientos, compra de obsequios, premios u otro similar, y en general gastos que no están consignados en el programa.

**c) Equipamiento y Gastos de implementación del Programa (Gastos de inversión)**

Se entenderán como gastos de equipamiento e implementación del programa todos aquellos desembolsos que se realicen por la compra o adquisición de activos fijos (bienes muebles) necesarios para la realización de las actividades del programa tales como: escritorios, sillones, comedor, refrigerador, cocina, entre otros.

Se deja expresa constancia que, al término de la ejecución del programa los bienes que se hayan adquirido para la ejecución del mismo, y que hayan sido financiados por SENDA, ingresarán al patrimonio de la entidad ejecutora y deberán ser destinados al cumplimiento de fines equivalentes a los contemplados Programas de Tratamiento para personas adultas que presentan consumo problemático de alcohol y otras drogas, no pudiendo ser enajenados, sino hasta transcurridos cinco años del término del programa.

**d) Gastos asociados a actividades:**

Corresponden a gastos que apoyan el desarrollo de actividades específicas, previamente definidas en el proyecto. Dichas actividades corresponderán a gastos de capacitación u otras actividades esporádicas, seminarios y/o eventos que se relacionen con los objetivos del proyecto presentado. Se podrán incluir contrataciones de servicios, tales como servicios de profesionales de terceros, arriendo de inmuebles para capacitación, servicios de transporte, impresión, fotocopiado, alimentación (siempre y cuando se enmarque dentro de una actividad específica), arriendo de equipamiento, además de considerar la compra de insumos para dichas actividades, tales como artículos de escritorio, materiales de trabajo, entre otros.

Los gastos de alimentación, cuando se enmarcan en una actividad particular (por ejemplo, capacitación), deberán incluir un detalle de la actividad (café, colación, almuerzo, etc.) y cantidad de personas para poder realizar una estimación de los costos unitarios.

## **Porcentaje de gastos por ítem**

En relación con la distribución de los gastos solicitados a SENDA, específicamente, respecto del presupuesto 2022 y 2023, se deja expresa constancia que los **Gastos en Recursos Humanos**, deben a lo menos del 70% del presupuesto solicitado a este Servicio cada año.

Asimismo, la suma de lo solicitado a SENDA por concepto de Gastos en recursos humanos, Gastos operacionales, Gastos asociados a actividades y Gastos en equipamiento e implementación del Programa, no debe exceder el monto total establecido en la presente resolución.

No será adjudicada aquella propuesta que no se ajuste al monto y distribución de gastos precedentemente señalados.

## **2. EVALUACIÓN**

### **2.1 Apertura de las propuestas**

Sólo luego de la fecha de cierre de la presente convocatoria se abrirán los sobres cerrados que contienen las propuestas presentadas.

Se procederá posteriormente a realizar la admisibilidad administrativa, luego la precalificación financiera y técnica y, posterior ello, se realizará la evaluación técnica de las propuestas.

### **2.2 Admisibilidad Administrativa**

SENDA antes de evaluar las ofertas técnicas, realizará una revisión de los antecedentes administrativos presentados por los oferentes, oportunidad en la que verificará que se presenten los antecedentes mínimos exigidos en las presentes bases.

En esta etapa se revisará:

1. Presentación “**Formulario para la presentación de proyectos SENDA 2022 - 2023**” (**ANEXO 2**).
2. Presentación y pertinencia de las declaraciones juradas (**Anexo 3**, Anexo 4 A o B, según corresponda y **Anexo 5**)

### **2.3 Precalificación técnica y financiera**

Luego de la admisibilidad administrativa y antes de proceder a evaluar las ofertas, la comisión evaluadora realizará una precalificación financiera y técnica de los siguientes elementos:

- a) Declaración Jurada firmada que contiene el equipo técnico solicitado en las respectivas bases. La distribución de los profesionales, técnicos y/o no profesionales y la distribución de horas cronológicas semanales deberán ser iguales o superiores a lo requerido para el programa y modalidad. En ningún caso las horas de profesionales, técnicos y/o no profesionales podrán ser inferiores a lo exigido, de acuerdo a lo señalado a continuación:

<b>RRHH</b>	<b>Horas semanales</b>
Médico con formación de Salud Mental	3
Psicólogo	30
Trabajador Social	15
*Otro Profesional <sup>1</sup>	14
**Técnico en rehabilitación <sup>2</sup>	35
***Turnos <sup>3</sup>	216

<sup>1</sup> Distinto a Médico, Psicólogo y Trabajador Social.

<sup>2</sup> Técnico en Rehabilitación y/o Técnico Paramédico y/o Técnico psico educador y/o carrera técnica de nivel superior a fin a las ciencias sociales, psicosociales y/o salud.

<sup>3</sup> El personal de turno considera 216 horas semanales, debiendo estar resguardada la permanencia simultánea de un técnico de nivel superior (Técnico en Rehabilitación y/o Técnico Paramédico y/o Técnico psico educador y/o carrera técnica de nivel superior a fin a las ciencias sociales, psicosociales y/o salud), en conjunto con un técnico de nivel superior o profesional o no profesional

b) Curriculum vitae, de acuerdo a lo establecido en Formulario de Presentación de Propuesta, del director o Coordinador Técnico.

c) Respecto a la propuesta financiera, se evaluará en esta fase:

c.1) Los montos presentados en las distintas categorías de gasto del presupuesto 2022, 2023 se ajustan a lo establecido, incluyendo el porcentaje mínimo a destinar al ítem de recurso humano gastos en etapa de funcionamiento.

c.2) Respecto a la pertinencia del monto de gastos presentados en el presupuesto, 2022 y 2023, se revisará si estos se ajustan a valores referenciales de mercado.

SENDA se reserva el derecho de consultar fuentes públicas que permitan fundamentar la adecuación o no de los diversos gastos a los valores referenciales de mercado, tales como página web, catálogos electrónicos, etc. Lo anterior sin perjuicio que la entidad, al momento de postular, podrá presentar las respectivas cotizaciones.

No serán evaluadas técnicamente aquellas propuestas que no cumplan con los requisitos establecidos precedentemente (a, b y c), declarando en consecuencia su inadmisibilidad

#### **2.4 Evaluación Técnica de las propuestas**

Las propuestas que hayan aprobado la admisibilidad y precalificación pasarán a la etapa de evaluación técnica.

#### **2.5 Criterios de Evaluación**

Se evaluarán las propuestas de acuerdo a los criterios y factores establecidos en las presentes Bases, de acuerdo a la información que las entidades consignen en el documento **Anexo 2** denominado “**FORMULARIO PARA LA PRESENTACIÓN DE PROYECTO SENDA 2022 y 2023**”, el que forma parte integrante de las mismas para todos los efectos legales. Los ítems y sub ítems a evaluar, son los siguientes:

ITEM		SUBITEM	Porcentaje Sub ítem %	Porcentaje ítem %
I	Experiencia del Oferente	a) Experiencia en la ejecución de programas o proyectos de tratamiento en drogas y alcohol.	60%	30 %
		b) Experiencia en la ejecución de programas de tratamiento de alcohol y drogas con población general adulta.	40%	
I I	Recurso Humano Disponible	a) Experiencia del Coordinador o Director Técnico del Programa, en atención directa en programas de tratamiento de alcohol y otras drogas.	30%	40 %
		b) Experiencia del Coordinador o Director Técnico del programa en coordinación de equipos de salud mental y/o equipos de tratamiento de alcohol y otras drogas.	40 %	
		c) Organización del RRHH	30%	
III	Gestión de Programas	a) Programa de Cuidado de equipos	30%	25 %
		b) Programa de Formación de Equipos	20%	
		c) Propuesta Técnica	50%	
IV.- Antecedentes contractuales previos con SENDA				5%
<b>Total</b>				<b>100%</b>



## Criterios de evaluación

### ÍTEM I. EXPERIENCIA DEL OFERENTE (30%):

- a) Experiencia en la ejecución de programas o proyectos de tratamiento en drogas y alcohol (60)

Criterios	Puntaje
Experiencia igual o superior a 3 años en ejecución de programas o proyectos de tratamiento en drogas y alcohol	<b>100</b>
Experiencia inferior a 3 años e igual o superior a 1 año en ejecución de programas o proyectos de tratamiento en drogas y alcohol	<b>70</b>
Experiencia igual o superior a 3 años en Ejecución de proyectos complementarios a programas de tratamiento de SENDA	<b>50</b>
Experiencia inferior a 3 años e igual o superior a 1 año en Ejecución de proyectos complementarios a programas de tratamiento de SENDA	<b>30</b>
Sin experiencia en ejecución de programas o proyectos de tratamiento en drogas y alcohol	<b>0</b>

- b) Experiencia en la ejecución de programas de tratamiento de alcohol y drogas con población general adulta.

Criterios	Puntaje
Experiencia igual o superior a 2 años en Ejecución de programas de tratamiento del consumo de alcohol y drogas con población general adulta.	<b>100</b>
Experiencia inferior a 2 años e igual o superior a 1 año en Ejecución de programas de tratamiento del consumo de alcohol y drogas con población general adulta.	<b>70</b>
Experiencia igual o superior a 2 años en Ejecución de proyectos complementarios a programas de tratamiento de SENDA	<b>50</b>
Experiencia inferior a 2 años e igual o superior a 1 año en Ejecución de proyectos complementarios a programas de tratamiento de SENDA	<b>30</b>
Sin experiencia en ejecución de programas de tratamiento del consumo de alcohol y drogas.	<b>0</b>

### ÍTEM II. RECURSO HUMANO (40%):

Para la evaluación de este ítem, el recurso humano presentado en la declaración jurada y el coordinador/a técnico/a que se ha presentado y que se valida con sus antecedentes en el currículum vitae y certificado de título.

- a) Experiencia del Coordinador o director técnico del Programa en atención directa en programas de tratamiento de alcohol y otras drogas. Sólo se considerará experiencia indicada en cargo de coordinación, en meses y años, en Currículum Vitae firmado y a partir de la fecha de titulación (o fecha de validación de título en caso de extranjeros) (30%),

Criterios	Puntaje
El Coordinador o Director Técnico tiene experiencia igual o superior a 3 años en programas de tratamiento del consumo de alcohol y drogas.	<b>100</b>
El Coordinador o Director Técnico tiene experiencia igual o superior a 2 e inferior a 3 años en programas de tratamiento del consumo de alcohol y drogas.	<b>50</b>
El Coordinador o Director Técnico tiene experiencia inferior a 2 años en programas de tratamiento del consumo de alcohol y drogas.	<b>0</b>

- b) Experiencia del Coordinador o Director Técnico del programa en coordinación de equipos de salud mental y/o equipos de tratamiento de alcohol y otras drogas. (40%)

Criterios	Puntaje
El coordinador o Director Técnico del Programa tiene experiencia igual o superior a 2 años en coordinación técnica de centros o equipos	<b>100</b>
El coordinador o Director Técnico del Programa tiene experiencia igual o superior a 1 año e inferior a 2 años en coordinación técnica de centros o equipos	<b>50</b>
El coordinador o Director Técnico del Programa tiene experiencia inferior a 1 año en coordinación técnica de centros o equipos	<b>0</b>

- c) Organización del RRH (30%)

<b>Crterios Organizaci3n RRHH Plan Residencial Poblaci3n General, PR – PG</b>		<b>Puntaje</b>
Se asignar3 puntaje 100 a los oferentes que presenten una propuesta superior a la establecida para obtener puntaje 70, con al menos una hora m3s de cualquiera de los RRHH del listado		100
Se asignar3 puntaje 70 a los oferentes que presenten una propuesta de horas cronol3gicas de trabajo semanales para cada uno de los profesionales, t3cnicos y no profesionales por rango de meses de planes de tratamiento a los cuales se est3 postulando, igual al siguiente cuadro:		70
Tipo de RRHH	10 planes mensuales	
M3dico con formaci3n de Salud Mental y/o + Psiquiatra	4	
Psic3logo	38	
Trabajador Social	17	
Otro profesional (**)	16	
T3cnico (*)	40	
Otro profesional (**) o no profesional (***)	6	
Profesional de turno	216	
Se asignar3 puntaje 50 a los oferentes que presenten una propuesta de horas cronol3gicas de trabajo semanales para cada uno de los profesionales, t3cnicos y no profesionales por rango de meses de planes de tratamiento a los cuales se est3 postulando igual o superior al siguiente cuadro, e inferior a propuesta establecida para obtener puntaje 70.		50
Tipo de RRHH	10 planes mensuales	
M3dico con formaci3n	3	

de Salud Mental		
Psicólogo	30	
Trabajador Social	15	
Otro profesional <sup>4</sup>	14	
Técnico <sup>5</sup>	35	
Profesional de turno	216	
La organización del equipo, en términos de profesiones y horas de trabajo no responde a los requerimientos para desarrollar adecuadamente el programa terapéutico al que postula, no cumpliendo con la estimación del consenso de expertos considerando un número de horas inferior al puntaje 50.		Declarada inadmisibile

### ÍTEM III. GESTIÓN DE PROGRAMAS (25 %):

#### a) Programa de Cuidado de equipo (30%)

Criterios	Puntaje
<p>El oferente cuenta con Programa de Cuidado de equipo y desarrolla en él el 100% de los siguientes ámbitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Objetivos</li> <li>- Sesiones estructuradas en el período de 1 año, con una frecuencia no menor a 3 meses, distintas a actividades recreativas</li> <li>- Desarrollo de estrategias para favorecer el cuidado de los equipos que considere los siguientes ámbitos: <ul style="list-style-type: none"> <li>a) persona del terapeuta,</li> <li>b) equipo</li> <li>c) organización (considerando en esta última todas las estrategias y acciones que provee la institución para crear y asegurar condiciones de trabajo que favorezcan el cuidado de los equipos de trabajo)</li> </ul> </li> <li>- Que contenga alguna/s actividad/es recreativa/s</li> </ul>	100
El oferente presenta un programa de cuidado de equipo	50

<sup>4</sup> (\*)Título técnico de nivel superior, pudiendo ser; Técnico en Rehabilitación y/o Técnico Paramédico y/o Técnico Psico educador y/o Técnico con formación en intervención psicosocial y/o salud mental y/o carrera técnica de nivel superior afín a las ciencias sociales, psicosociales y/o salud.

<sup>5</sup> Distinto a médico, psicólogo y trabajador social.

estructurado, pero no considera la totalidad de los ámbitos planteados anteriormente.	
El oferente no presenta programa de cuidado de equipo	0

b) Programa de Formación del equipo (20%)

<b>Criterios</b>	<b>Puntaje</b>
El oferente presenta un programa de formación del equipo clínico que contempla la totalidad los siguientes ámbitos: a) procedimientos definidos para el proceso de inducción al cargo y formación de nuevos profesionales y técnicos que se integran al equipo (metodología, responsables y plazos) b) procedimiento definido para la detección de necesidades de formación del equipo (metodología, responsables y periodicidad) c) descripción de al menos dos actividades de formación que la institución realizará en el periodo de duración del convenio. (breve descripción y cronograma)	100
El oferente presenta un programa de formación estructurado, pero no considera la totalidad de los ámbitos planteados anteriormente.	50
El oferente no presenta programa de formación.	0

c) Propuesta Técnica (50%)

<b>Criterios</b>	<b>Puntaje</b>
El programa presentado presenta la totalidad de los elementos descritos y es coherente con el programa al que postula.  <b>1. Marco conceptual</b>  a. Presenta un enfoque de salud como marco general de la problemática (enfoque de recuperación, determinantes sociales de la salud, enfoque de derechos y otros) b. Se explicita una definición del consumo problemático de alcohol y drogas, incluyéndose como un trastorno de salud. c. Incorporación de un enfoque de prevención de recaídas. d. Conceptualización multidimensional del fenómeno. e. Consideración respecto al ciclo vital f. Consideración del enfoque de género g. enfoques o conceptos relativos a los derechos de las personas usuarias  <b>2. Metodología</b>  a. Procedimiento clínico-administrativo escrito para la Recepción de las personas usuarias con la identificación de responsables de su aplicación. b. Procedimiento escrito para Evaluación Inicial c. Procedimiento para la Evaluación Integral	100

<p>d. Procedimiento para el Plan de Tratamiento o de cuidados Individualizado</p> <p>e. Procedimiento para la Preparación del egreso</p> <p><b>3. Objetivos correctamente formulados y pertinentes con la modalidad de atención y la población beneficiaria.</b></p>	
<p>El programa terapéutico es parcialmente coherente si al menos presenta la mitad de los elementos descritos en cada uno de los ámbitos y es coherente al programa que postula.</p> <p><b>1. Marco conceptual</b></p> <p>a. Presenta un enfoque de salud como marco general de la problemática (enfoque de recuperación, determinantes sociales de la salud u otro)</p> <p>b. Se explicita una definición del consumo problemático de alcohol y drogas, incluyéndose como un trastorno de salud.</p> <p>c. Incorporación de un enfoque de prevención de recaídas.</p> <p>d. Conceptualización multidimensional del fenómeno.</p> <p>e. Consideración respecto al ciclo vital</p> <p>f. Consideración del enfoque de género</p> <p>g. enfoques o conceptos relativos a los derechos de las personas usuarias</p> <p><b>2. Metodología</b></p> <p>a. Procedimiento clínico-administrativo escrito para la Recepción de las personas usuarias con la identificación de responsables de su aplicación.</p> <p>b. Procedimiento escrito para Evaluación Inicial</p> <p>c. Procedimiento para la Evaluación Integral</p> <p>d. Procedimiento para el Plan de Tratamiento o de cuidados Individualizado</p> <p>e. Procedimiento para la Preparación del egreso</p> <p><b>3. Objetivos correctamente formulados y pertinentes con la modalidad de atención y la población beneficiaria.</b></p>	50
<p>El programa terapéutico no es coherente si presenta menos de la mitad de los elementos descritos en cada uno de los ámbitos</p> <p><b>1. Marco conceptual</b></p> <p>a. Presenta un enfoque de salud como marco general de la problemática (enfoque de recuperación, determinantes sociales de la salud u otro)</p> <p>b. Se explicita una definición del consumo problemático de alcohol y drogas, incluyéndose como un trastorno de salud.</p> <p>c. Incorporación de un enfoque de prevención de recaídas.</p> <p>d. Conceptualización multidimensional del fenómeno.</p> <p>e. Consideración respecto al ciclo vital</p> <p>f. Consideración del enfoque de género</p>	30

<p>g. enfoques o conceptos relativos a los derechos de las personas usuarias.</p> <p><b>2. Metodología</b></p> <p>a. Procedimiento clínico-administrativo escrito para la Recepción de las personas usuarias con la identificación de responsables de su aplicación.</p> <p>b. Procedimiento escrito para Evaluación Inicial</p> <p>c. Procedimiento para la Evaluación Integral</p> <p>d. Procedimiento para el Plan de Tratamiento o de cuidados Individualizado</p> <p>e. Procedimiento para la Preparación del egreso</p> <p><b>3. Objetivos correctamente formulados y pertinentes con la modalidad de atención y la población beneficiaria.</b></p>	
---	--

**ITEM IV. Antecedentes Contractuales previos con SENDA (5%)**

Criterios	Puntaje
En los últimos tres años, el oferente ha suscrito convenio(s) con SENDA y no se ha debido dar término anticipado parcial o total a ninguno de ellos por incumplimiento contractual del oferente, ni se ha aplicado multas; o el prestador o el prestador no ha suscrito convenios con SENDA en ese período.	100
En los últimos tres años, el oferente ha suscrito convenio(s) con SENDA y no se ha debido dar término anticipado parcial o total a ninguno de ellos por incumplimiento contractual del oferente, ni se ha aplicado multas; o el prestador o el prestador no ha suscrito convenios con SENDA en ese período.	50
En los últimos tres años, el oferente ha suscrito convenio(s) previo(s) con SENDA y al menos a uno se le ha debido dar término anticipado parcial o total por incumplimiento contractual del oferente.	10

**2.6 Comisión Evaluadora**

La evaluación técnica de las ofertas, será realizada por una Comisión Evaluadora integrada por los siguientes funcionarios(as):

a) **Jefe(a) de la División Programática** del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, o por quien esté(a) designe mediante memorándum interno debidamente firmado.

b) **Jefa(e) del Área de Tratamiento e Intervención** o el (la) funcionario (a) que ésta designe;

c) **Un funcionario(a) de la División de Administración y Finanzas de SENDA**, designado por medio de memorándum por el jefe/a de la División de Administración y Finanzas de SENDA.

Además, un abogado de la División Jurídica de SENDA actuará como ministro de fe de la comisión.

Estos funcionarios podrán asesorarse por otros profesionales que cumplan funciones en SENDA.

Serán funciones de la Comisión Evaluadora, las siguientes:

- a) Resolver si las Ofertas Técnicas presentadas por cada proponente se ajustan a las especificaciones que forman parte de las Bases Técnicas. En caso de que ello no ocurra, deberá rechazar la propuesta sin evaluarla y dejar constancia en el acta respectiva.
- b) Evaluar las ofertas presentadas.
- c) Confeccionar un Acta Final de Evaluación.

## **2.7 Calificación Final**

La calificación final que los oferentes obtengan será la suma de las ponderaciones obtenidas conforme a la evaluación señalada en estas de estas bases.

El puntaje final será con aproximación y se expresará con dos decimales.

La evaluación se realizará dentro de los diez días corridos posteriores a la apertura de las propuestas. Por su parte el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del consumo de Drogas y Alcohol adjudicará el presente concurso a la mejor propuesta dentro de los siete días corridos posterior al término de la evaluación.

La adjudicación del presente concurso público se hará a través del correspondiente acto administrativo, el que será publicado en la web [www.senda.gob.cl](http://www.senda.gob.cl) una vez que el mismo se encuentre totalmente tramitado.



Sin perjuicio de lo anterior, el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del consumo de Drogas y Alcohol, a través de acto administrativo fundado totalmente tramitado, podrá ampliar el plazo para realizar la selección informando de este hecho, su fundamento y del nuevo plazo a través de la [www.senda.gob.cl](http://www.senda.gob.cl)

### **2.8 Mecanismo para dirimir empates**

En caso de que dos o más propuestas tengan igual puntaje final, la Comisión dirimirá el empate de acuerdo con los siguientes criterios, en estricto orden de aplicación:

1. Se preferirá la propuesta que tenga mayor nota de evaluación el ítem “Experiencia del Coordinador”.
2. Si persiste la igualdad, se preferirá la propuesta que tenga mayor nota de evaluación en el ítem “Antecedentes del oferente”.
3. Si persiste la igualdad, se preferirá la propuesta que tenga mayor nota de evaluación en el ítem “Propuesta técnica”
4. Si persiste la igualdad, se preferirá la propuesta que tenga mayor nota de evaluación en el ítem “Gestión de Programas”.
5. En caso de persistir la igualdad, el empate será dirimido fundadamente por el Director Nacional de SENDA.

### **2.9 Rechazo de las ofertas**

El Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol declarará inadmisibles las ofertas cuando éstas no cumplan con los requisitos establecidos en las presentes bases. Asimismo, declarará desierto el concurso, íntegramente o respecto a alguna región determinada, cuando no se presenten ofertas o cuando éstas no resulten convenientes para los intereses del SENDA. En cualquiera de dichos casos la declaración, deberá ser por acto administrativo fundado.

## **2.10 Aprobación de la propuesta**

Serán seleccionadas las propuestas que obtengan la mejor calificación una vez finalizado el proceso de evaluación técnica, debiendo dictarse la respectiva resolución en el plazo máximo de **diez días corridos** siguientes a la fecha de notificación del Acta de Evaluación.

## **3.TRANSFERENCIA DE RECURSO Y SUSCRIPCIÓN DEL CONVENIO**

### **3.1 Inhabilidades para contratar**

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

a. Las personas naturales que sean funcionarios directivos del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol o que estén unidas a ellos por los vínculos de parentesco descritos en la letra b) del artículo 54 de la Ley N° 18.575, Ley Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado.

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

c. Las personas jurídicas que hayan sido declaradas responsables penalmente, de conformidad al artículo 8 en relación al artículo 11 de la ley 20.393, que establece la Responsabilidad Penal de las Personas Jurídicas en los delitos de Lavado de Activos, Financiamiento del Terrorismo y Delitos de Cohecho que Indica.

En el respectivo Convenio, se insertará una cláusula en la que la entidad respectiva declarará, bajo juramento, no encontrarse afecta a estas inhabilidades.

### **3.2 Documentos para contratar**

El oferente seleccionado deberá presentar, en el **plazo de 10 días corridos** contados desde la notificación de la resolución que selecciona la presente propuesta pública. Si el último día del plazo recayese día sábado, domingo o festivo, la entrega de las postulaciones podrá realizarse el día hábil siguiente. A continuación, se indica la documentación para suscribir el Convenio respectivo:

#### **(1) Todos los oferentes:**

- a. Certificado de inscripción en el Registro Único de Personas Jurídicas Receptoras de Fondos Público ([www.registros19862.cl](http://www.registros19862.cl))
- b. Documento bancario que acredite la vigencia de la Cuenta Corriente, Cuenta de Ahorro o Cuenta Vista a nombre de la Entidad Ejecutora.
- c. Certificado de antecedentes laborales y previsionales, vigente a la fecha de su presentación.

#### **(2) Documentos para persona natural:**

- a. Fotocopia simple de su cédula nacional de identidad.

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

##### **a. En el caso de las Sociedades:**

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

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

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

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

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

**b. En caso de las Fundaciones y las Corporaciones:**

b.1. Entidades constituidas conforme al Decreto 110, de 1979 del Ministerio de Justicia: Acta de asamblea constituyente y estatutos, reducidos a escritura pública.

b.2. En entidades constituidas conforme a la ley N° 20.500 Sobre Asociaciones y Participación Ciudadana en la Gestión Pública: Acta de asamblea constituyente y estatutos, reducidos a escritura pública o documento privado suscrito ante ministro de fe, y debidamente autorizados por el Secretario Municipal respectivo, en los términos establecidos por el artículo 548 del Código Civil.

b.3. Según corresponda, Decreto de Concesión que otorga la personalidad jurídica, o certificado de vigencia en donde conste Número de Inscripción en el Registro Nacional de Personas Jurídicas sin Fines de Lucro a cargo del Servicio de Registro Civil e Identificación.

b.4. Decreto que aprueba reformas a los estatutos en que caso que existiere y sus pertinentes publicaciones en el Diario Oficial.

b.5. Certificado de vigencia con nómina de directorio.

b.6. Documento que acredite la personería del representante legal, autorizado para suscribir contratos.

b.7. Fotocopia simple del R.U.T. de la entidad.

b.8. Fotocopia simple de la cédula nacional de identidad de él o los representantes legales de la entidad.

**(4) Documentos para persona jurídica extranjera:**

a. Deberá acreditar su existencia legal y vigencia acompañando los documentos que acrediten dicha circunstancia, los que deberán ser legalizados en Chile, tanto en el Consulado del país de origen como en el Ministerio de Relaciones Exteriores de Chile.

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

c. Deberá designar domicilio en Chile.

d. Si se trata de una sociedad anónima extranjera deberá acreditar su existencia de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 121 y siguientes de la Ley Nº 18.046.

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

o debidamente autorizados. Además, SENDA se reserva el derecho de revisar la pertinencia y legalidad de todos los antecedentes recabados durante este proceso concursal, tanto los presentados al momento de postular, como aquellos que se presenten para la suscripción del respectivo Convenio.

### **3.3 Celebración del Convenio**

Una vez que la Resolución que adjudica se encuentre totalmente tramitada, SENDA suscribirá un convenio con la entidad seleccionada para la ejecución del respectivo Programa adjudicado, el cual deberá ser aprobado por el acto administrativo correspondiente.

En el convenio se especificarán las condiciones en que se ejecutará el Programa, la forma en la que se entregarán los recursos, las obligaciones de las partes contratantes y demás estipulaciones que sean necesarias.

El convenio deberá ser suscrito dentro de los **quince días hábiles siguientes a la fecha de total tramitación de la resolución que adjudica**, siempre que la entidad haya entregado los documentos requeridos en el número anterior y dentro del plazo de 10 días corridos.

Vencido el plazo, sin que la entidad seleccionada haya suscrito y devuelto el convenio a SENDA, este Servicio podrá dejar sin efecto la adjudicación y procederá a adjudicar al postulante que haya obtenido la segunda mejor evaluación, si fuere el caso.

### **Vigencia del convenio**

La entidad adjudicada, por razones de buen servicio, deberá dar inicio a la ejecución del Programa en la fecha que se indique en el respectivo convenio, sin perjuicio que la transferencia de recursos no podrá hacerse sino hasta la total tramitación del acto administrativo aprobatorio del mismo convenio.

En caso de que la entidad responsable no inicie la ejecución del Programa dentro del plazo indicado en el convenio incurrirá en incumplimiento grave, lo que será causal de término anticipado del convenio por parte de SENDA.

El Convenio tendrá vigencia hasta la aprobación por parte del SENDA del Informe Final de Ejecución y la aprobación de la rendición documentada de los recursos transferidos a la entidad seleccionada.

### **3.4 Garantía**

La entidad seleccionada deber presentar una garantía extendida a nombre del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, RUT 61.980.170-9, **por un monto igual o superior a la remesa de mayor valor a transferir por Senda**, y con una **vigencia mínima hasta el 31 de marzo de 2024**.

La entidad seleccionada podrá hacer entrega de la garantía, desde el momento de la notificación del acto administrativo que la selecciona, **hasta el vigésimo (20) día hábil siguiente a la fecha en que se celebre el respectivo convenio**.

El instrumento a presentar deberá tratarse de una caución o garantía **pagadera a la vista**, que asegure el cobro de la misma de manera rápida y efectiva, tomada por la entidad seleccionada o por un tercero, con el carácter de **irrevocable**, con una vigencia mínima hasta el **31 de marzo de 2024**.

En el caso en que la garantía sea una póliza de seguro y esté expresada en **Unidades de Fomento**, se calculará su valor **en pesos chilenos** al día de su emisión.

La garantía será pagadera a la vista, con carácter de irrevocable. Tratándose de una boleta bancaria, es necesario que en dicho documento se indique la individualización del oferente seleccionado.

La garantía podrá consistir, por ejemplo, en una póliza de seguros, en una boleta de garantía bancaria, en un vale vista o en un certificado de fianza.

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

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

En caso de que la entidad seleccionada no presentare la referida garantía, SENDA podrá dejar sin efecto la selección y procederá, si así lo estima pertinente, a seleccionar la segunda propuesta mejor evaluada en la respectiva región y programa.

<b>Tipo de documento</b>	Caución o garantía pagadera a la vista y con carácter irrevocable
<b>Beneficiario</b>	Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, o SENDA  <b>RUT 61.980.170-9</b>  El nombre podrá abreviarse, pero <b>siempre</b> deberá indicarse el RUT.
<b>Vigencia mínima</b>	Vigencia mínima hasta el <b>31 de marzo de 2024</b>
<b>Monto</b>	Deberá ser de <b><u>un monto igual o superior a la remesa de mayor valor a transferir por Senda.</u></b>
<b>Expresada en</b>	Pesos chilenos (En el caso en que la garantía esté expresada en <b>Unidades de Fomento</b> , se calculará su valor <b>en pesos chilenos</b> al día de su emisión.)
<b>Glosa</b> (dependiendo del programa a que postule)	<i>“Para garantizar el anticipo recibido para la implementación de un Programa de tratamiento por consumo problemático de alcohol y drogas para población adulta específica hombres en la Región de Los Ríos”.</i>

La garantía será restituida a la entidad seleccionada en el plazo máximo de treinta días hábiles contados desde el término de la vigencia del respectivo Convenio, en las dependencias de este Servicio.

### **3.5 Transferencia de recursos.**

SENDA transferirá los recursos a la entidad seleccionada siempre que el acto administrativo que apruebe el respectivo convenio se encuentre totalmente tramitado y se haya presentado la Garantía que se indica en el numeral anterior.



Los recursos serán entregados a la entidad seleccionada en 8 parcialidades, distribuidas de la siguiente forma:

- i. Una primera cuota correspondiente al presupuesto del año 2022, equivalente al presupuesto asignado a equipamiento, por un máximo de **\$35.000.000**.
- ii. Una **segunda, tercera y cuarta** cuota correspondiente al presupuesto de etapa de funcionamiento del año 2022, las cuales serán transferidas durante el año 2022, cada una por un monto equivalente a un tercio de la etapa de funcionamiento del mismo año, cada una no superior a **\$14.154.225**
- iii. **Una quinta, sexta, séptima y octava** cuota que serán transferidas durante el año 2023, cada una por un monto equivalente al 25% del presupuesto solicitado para el 2023, por un **monto máximo equivalente de \$25.477.605.-**

Presupuesto equipamiento	\$ 35.000.000
Presupuesto funcionamiento 2022	\$ 42.462.675
Presupuesto 2023	\$ 101.910.420
<b>Presupuesto Total</b>	<b>\$179.373.095</b>

La primera parcialidad será entregada dentro de los quince días corridos siguiente a la fecha de total tramitación del acto administrativo que apruebe el convenio, previa entrega, por parte de la entidad seleccionada, de la caución o garantía indicada en el numeral 3.4 anterior, extendida a nombre del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol.

Desde la segunda y hasta la octava parcialidad, éstas se entregarán previa aprobación del informe técnico de avance correspondiente y previa rendición financiera documentada de los recursos ya transferidos.

### **3.6 De los Informes**

La entidad que se adjudique deberá presentar los 8 informes que se detallan a continuación:

- a)** El primer informe de avance, establecido como requisito para la transferencia de la segunda remesa, deberá dar cuenta de los avances de los objetivos del proyecto y los productos logrados a la fecha del informe, las actividades generales realizadas respecto del avance en el proceso de equipamiento e incorporación a la red sociosanitaria regional. Las dificultades y facilitadores en la ejecución del proyecto, de acuerdo al formato que SENDA entregue. Este informe deberá ser presentado dentro de los primeros 10 días del mes de agosto de 2022, y deberá contener información desde el inicio del periodo de equipamiento hasta transcurrido un mes de su inicio.
- b)** El segundo informe de avance, establecido como requisito para la transferencia de la tercera remesa, deberá dar cuenta de los avances de los objetivos del proyecto y los productos logrados a la fecha del informe, la población atendida y su perfil, las actividades generales realizadas y dificultades y facilitadores en la ejecución del proyecto, de acuerdo al formato que SENDA entregue. Este informe deberá ser presentado dentro de los primeros 10 días del mes de octubre y deberá contener información desde el inicio del periodo de funcionamiento y hasta el 30 de septiembre de 2022.
- c)** Tercer informe de avance, cuya aprobación es requisito para la transferencia de la cuarta parcialidad, debe contener, a lo menos, una descripción del nivel de avance de los objetivos del proyecto y de las actividades comprometidas en el cronograma presentado, señalando también la cantidad de población atendida y su caracterización, entre otros ítems, de acuerdo con el formato que SENDA entregue. Este informe deberá ser presentado dentro de los primeros 10 días del mes de diciembre y deberá contener información desde el último informe y hasta el 30 de noviembre de 2022.
- d)** Cuarto informe de avance, cuya aprobación es requisito para la transferencia de la quinta parcialidad, debe contener, a lo menos, una descripción del nivel de avance de los objetivos del proyecto y de las actividades comprometidas en el cronograma presentado, señalando también la cantidad de población atendida y su caracterización, entre otros ítems, de acuerdo con el formato que SENDA entregue. El periodo del informe corresponderá entre el 1 de diciembre de 2022 y el 31 de enero de 2023. Deberá presentarse dentro de los 10 primeros días hábiles de febrero de 2023
- e)** Quinto informe de avance, cuya aprobación es requisito para la transferencia de la sexta parcialidad, debe contener, a lo menos, una descripción del nivel de avance de

los objetivos del proyecto y de las actividades comprometidas en el cronograma presentado, señalando también la cantidad de población atendida y su caracterización, entre otros ítems, de acuerdo con el formato que SENDA entregue. El periodo del informe corresponderá entre el 1 de febrero de 2023 y el 31 de marzo de 2023. Deberá presentarse dentro de los 10 primeros días hábiles de abril de 2023.

- f)** Sexto informe de avance, cuya aprobación es requisito para la transferencia de la séptima parcialidad, debe contener, a lo menos, una descripción del nivel de avance de los objetivos del proyecto y de las actividades comprometidas en el cronograma presentado, señalando también la cantidad de población atendida y su caracterización, entre otros ítems, de acuerdo con el formato que SENDA entregue. El periodo del informe corresponderá entre el 1 de abril de 2023 y el 31 de junio de 2023. Deberá presentarse dentro de los 10 primeros días hábiles de julio de 2023.
- g)** Séptimo Informe, que deberá contener información de la implementación del programa, informando grado de cumplimiento de objetivos y actividades planificadas desde el 1 de Julio al 31 de agosto de 2023. Este informe deberá ser presentado a más tardar el día 10 de septiembre de 2023.
- h)** Informe Técnico Final de ejecución del programa, el que deberá ser presentado a más tardar el día 5 de enero de 2024, y deberá contener información de la implementación del proyecto, informando grado de cumplimiento de objetivos y actividades planificadas al 31 de diciembre de 2023

Una vez presentados los informes, SENDA, el Encargado de Tratamiento de la Región de Los Ríos, dispondrá de 15 días hábiles para hacer las observaciones a cada informe, contados desde que éste haya sido recepcionado por parte del Servicio. Si dentro de dicho plazo SENDA, no formulara observaciones, éste será aprobado por el Servicio.

En caso de realizarse observaciones, el oferente tendrá 10 días hábiles para contestar las observaciones y corregir el informe referido, atendiendo a las indicaciones presentadas por el Servicio. Por razones fundadas, y previa solicitud del oferente, SENDA podrá ampliar el plazo de presentación de las correcciones.

Se deja expresa constancia que SENDA, en resguardo del interés fiscal comprometido y al objeto de velar por la calidad del programa y el correcto uso de los recursos transferidos, se reserva el derecho de solicitar al oferente, en cualquier momento, informes técnicos complementarios, que se refieran a aspectos específicos del programa.

Ante la entrega del nuevo informe o de la carta de contestación a las observaciones, se seguirá el mismo procedimiento establecido en el párrafo anterior. Con todo, en el evento de que hayan transcurridos 45 días hábiles desde la primera presentación del respectivo Informe y se mantengan las observaciones formuladas por SENDA, el informe será rechazado definitivamente y este Servicio se encontrará facultado para poner término anticipado al convenio.

### **3.7 Rendición de cuentas**

La entidad seleccionada deberá rendir cuenta documentada de la inversión de los recursos recibidos en los términos dispuestos por la Resolución N° 30, de 11 de marzo de 2015, publicada en el Diario Oficial de 28 de marzo de 2015, de la Contraloría General de la República, que Fija Normas de Procedimiento sobre Rendición de Cuentas, o el texto que lo reemplace, y de acuerdo a lo previsto en la Resolución Exenta N° 391 de 01 de abril de 2021 de SENDA, que aprueba “Manual de rendición de cuentas”, o el texto que lo modifique o reemplace.

#### **Sistema de rendición electrónica de cuentas.**

La rendición de cuentas a que dé lugar el respectivo convenio se realizará a través del Sistema de Rendición Electrónica de Cuentas, de la Contraloría General de la República, en adelante SISREC.

Se permitirá realizar la rendición, con documentos auténticos digitalizados en el sistema y documentos electrónicos, previa validación del ministro de fe, que justifiquen cada uno de los gastos realizados en el mes correspondiente, los que deberán ser autorizados por el ministro de fe del municipio.

La Entidad, quedará obligada en su calidad de ejecutor, a lo siguiente:

a) Utilizar el SISREC para la rendición de cuentas a que dé lugar el presente convenio, ocupando las funcionalidades que otorga el perfil ejecutor, dando cumplimiento al marco normativo aplicable, incluyendo la preceptiva de la resolución N° 30, de 2015, de la Contraloría General de la República.

b) Designar a los funcionarios que cuenten con las competencias técnicas y atribuciones necesarias para perfilarse en calidad de titular, y al menos un subrogante, en los roles de encargado, analista y ministro de fe en el SISREC.

c) Disponer de medios tecnológicos de hardware y software para realizar la rendición de cuentas con documentación electrónica y digital a través del SISREC. Lo anterior incluye, por ejemplo, la adquisición de token para la firma electrónica avanzada del encargado ejecutor, scanner para digitalización de documentos en papel, contar con casilla de correo electrónico e internet.

d) Custodiar adecuadamente los documentos originales de la rendición garantizando su autenticidad, integridad y disponibilidad para las revisiones de la Contraloría General de la República, en el marco de la normativa legal pertinente.

SENDA, quedará obligado en su calidad de otorgante, a lo siguiente:

a) Designar a los funcionarios que cuenten con las competencias técnicas y las atribuciones necesarias para perfilarse en calidad de titular, y al menos un subrogante, en los roles de encargado y analista del SISREC.

b) Disponer de medios tecnológicos de hardware y software para realizar la rendición de cuentas del proyecto con documentación electrónica y digital a través del SISREC durante el período de rendición de la totalidad de los recursos transferidos para la ejecución del proyecto.

c) Lo anterior incluye, por ejemplo, la adquisición de token para la firma electrónica avanzada del encargado otorgante, scanner para digitalización de documentos en papel, contar con casilla de correo electrónico e internet.

Con todo, si SENDA lo estimare pertinente, podrá requerir a la Entidad que las rendiciones no sean realizadas a través del sistema SISREC.

En este sentido, la entidad seleccionada deberá rendir de manera documentada de forma mensual los recursos que este Servicio le entregue para la ejecución del Programa.

La rendición mensual deberá efectuarse a más tardar, dentro de los 15 primeros días hábiles administrativos del mes siguiente al que se informa.

Con todo, la entidad seleccionada, deberá hacer devolución a este Servicio de los recursos no utilizados, no rendidos u observados definitivamente por SENDA, durante el año presupuestario 2023 dentro de los diez días hábiles administrativos siguientes a la fecha de término del Programa.

La última rendición mensual de gastos que deberá presentar la entidad ejecutora seleccionada deberá efectuarse a más tardar dentro de los primeros quince días hábiles administrativos siguientes a la fecha de término del programa.

El control financiero y el examen de la rendición se efectuará y será de responsabilidad del nivel central de SENDA.

Respecto del presupuesto del programa (durante su ejecución), de mutuo acuerdo, se podrán realizar modificaciones y reasignaciones en los términos y condiciones establecidas en los respectivos convenios.

Se entiende por “modificación presupuestaria” el cambio entre los ítems de gastos inicialmente aprobados. Por su parte, se entiende por “reasignación” los ajustes solicitados dentro de un mismo ítem.

#### **4. CONTENIDO ADMINISTRATIVO DEL CONVENIO**

#### **4.1 Obligaciones generales de la contratación**

En ninguna circunstancia podrá la entidad seleccionada ceder parcial o totalmente a un tercero las obligaciones que emanan del presente concurso y, especialmente, las que deriven de la ejecución del programa.

SENDA podrá, desde la suscripción del respectivo convenio, visitar el centro de tratamiento (si procediere) para velar por el cumplimiento de las condiciones establecidas en estas bases.

#### **4.2 Otras Obligaciones**

##### **1. Gestión de reclamos**

En cumplimiento de lo establecido en el artículo 37, de la ley N° 20.584, sobre Derechos y Deberes de las Personas en Atención de Salud, las entidades deberán contar con un sistema de registro y respuesta escrita de los reclamos realizados por los usuarios, en la etapa de funcionamiento del centro. Como complemento de lo anterior, la entidad deberá instalar junto al libro de reclamos correspondiente, un cartel indicando los medios de contacto con las instituciones vinculadas a su tratamiento.

##### **2. Carta de Derechos y deberes del paciente**

Toda entidad, durante la etapa de funcionamiento del centro, y en cumplimiento de lo establecido en el artículo 8° de la Ley N° 20.584, sobre Derechos y Deberes de las Personas en Atención de Salud, deberán mantener en un lugar público y visible, una carta de derechos y deberes de las personas en relación con la atención de salud, cuyo contenido está determinado mediante resolución del Ministerio de Salud.

##### **3. Deber de información**

Si durante la etapa de funcionamiento del centro la entidad sufre cambios como, por ejemplo, cambios en el nombre o la razón social, representante legal, dirección de funcionamiento, renovación o modificaciones en la Resolución de autorización sanitaria, o cualquier otro dato o hecho relevante para la ejecución del programa, deberá informar

a SENDA de la ocurrencia de ese hecho, dentro de los **20 días hábiles** de acaecido el hecho.

El incumplimiento se abordará conforme al N° 4.7 de las presentes bases, si ello procediere, atendida las circunstancias del caso.

#### **4.3 Sistema de Información y Gestión de Tratamiento (SISTRAT)**

Para el control de la actividad y supervisión del Programa, así como también para el análisis técnico de la información, estará a disposición de cada entidad seleccionada, el Sistema de Información y Gestión de Tratamiento (SISTRAT), software en línea, con plataforma estable para el registro de la información requerida.

A un máximo de 2 profesionales de cada centro de tratamiento se le asignará una clave de acceso al sistema, las cuales serán intransferibles, por lo que el propietario de dicha clave, será el responsable de la información registrada en el sistema.

En caso que alguno o ambos profesionales con claves de acceso a SISTRAT, cesen en sus funciones de forma definitiva, la entidad deberá informar a SENDA y solicitar la desactivación de la clave de acceso.

Para lo anterior, el contratista deberá informar, al Encargado de Tratamiento de SENDA Región de Los Ríos, mediante correo electrónico y dentro de un plazo de 5 días hábiles desde ocurrido el hecho, lo siguiente:

- a. Nombre del profesional con clave que cesa sus funciones;
- b. Nombre de nuevo profesional con clave a sistema;
- c. Rut de nuevo profesional con clave a sistema; y
- d. Mail personal de nuevo profesional con clave a sistema.

El adjudicatario se **obliga** a ingresar los datos correspondientes en las fichas existentes en el SISTRAT o aquellas que sean incorporadas durante el período de vigencia del convenio. Es fundamental el registro oportuno de la información, dado que estas fichas tienen como objetivo contar con una información completa y homogénea de las



atenciones otorgadas a las personas beneficiarias del programa y su diagnóstico clínico, el cual se efectuará dentro de los tres primeros meses en tratamiento.

Los datos correspondientes a las fichas mensuales deberán ser ingresados, por la entidad seleccionada, diariamente y hasta el último día del mes en que se otorgue efectivamente la prestación, con un plazo máximo de ingreso hasta el primer día del mes siguiente a aquel en que se ejecutaron las atenciones, día que se considerará de cierre de sistema.

Con todo, las prestaciones correspondientes al tratamiento ejecutado durante el mes de diciembre de 2022 y 2023 deberán registrarse en el SISTRAT hasta el día 20 de diciembre del año correspondiente, considerados días de cierre del sistema en esos meses específicos. Sin perjuicio de lo anterior, el programa deberá continuar ejecutando hasta el 31 de diciembre del respectivo año las prestaciones requeridas conforme a las necesidades de las personas tratadas.

En el evento de cualquier dificultad en el ingreso de la información que no puede ser resuelto a nivel de programa de tratamiento durante el mes de registro correspondiente, ya sea estos errores del sistema o errores de usuario, se deberá reportar a SENDA Regional vía correo electrónico, hasta el último día hábil antes del cierre del sistema.

Además, para supervisar el correcto cumplimiento del convenio, el adjudicatario deberá proporcionar a SENDA toda la información que éste requiera, estando facultado para efectuar visitas al centro de tratamiento, debiendo otorgarle las facilidades del caso de acuerdo a lo señalado en los números anteriores. Con todo, lo anterior deberá hacerse siempre con el debido respeto a lo dispuesto en la Ley N° 19.628, sobre protección de la vida privada, y la Ley 20.584, sobre derechos y deberes de las personas en atención de salud, y en cualquier otra norma legal que regule el carácter secreto o reservado de la información.

Sin perjuicio de lo expuesto, SENDA - en virtud de sus atribuciones legales y a objeto de velar por la correcta ejecución de los programas - podrá realizar modificaciones al sistema de registro de prestaciones, las que deberán ser informadas a las entidades ejecutoras para su correcta, veraz, eficiente y oportuna implementación.

#### **4.4 Supervisión del Programa**

SENDA podrá realizar supervisiones de carácter general, aleatorias y mediante visitas sin previo aviso a los centros ejecutores de programas, cada vez que lo estime pertinente, con el objeto de asegurar la calidad de los servicios prestados a los usuarios. En estas supervisiones generales podrá este Servicio realizar supervisiones técnicas, administrativas y de cualquier tipo.

Se deja constancia que la supervisión técnica, administrativa o financiera del programa se realizará preferentemente a través de la revisión de las rendiciones de cuentas y de los Informes Técnicos presentados por la entidad. Lo anterior es sin perjuicio de la facultad de SENDA de realizar también visitas de supervisión al programa, si así se determina, con el objeto de asegurar la calidad de los servicios prestados a los usuarios, o revisar aspectos técnicos o financieros que hayan surgido a propósito del examen de cuentas o de la revisión de los Informes, o por cualquier motivo que este Servicio determine.

##### **● Asesoría Financiera**

El Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, en virtud de lo establecido en la Resolución Exenta N° 639, ya individualizada, asesorará financieramente a la entidad.

##### **● Asesoría Técnica**

El Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, asesorará y supervisará en forma periódica el funcionamiento y operación del programa.

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

Las entidades deberán proporcionar las facilidades de acceso a los registros, informes y datos que le sean requeridos por el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, para su asesoría y supervisión.

Para efectos de evaluar y supervisar el cumplimiento del tratamiento otorgado por las entidades, SENDA podrá comunicarse directamente con los usuarios de los planes de tratamiento, considerando lo dispuesto en la Ley N°19.628, la Ley N°20.584, y en cualquier otra norma que regule el carácter secreto de la información.

#### **4.5 Modificación del Convenio**

Si con posterioridad a la suscripción del convenio, el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, o La Entidad, requieren realizar modificaciones al convenio suscrito, se evaluará y propondrá la eventual modificación del mismo.

Con todo, ninguna de estas modificaciones podrá desnaturalizar el programa ejecutado, de conformidad a las presentes bases de concurso público.

Todas las modificaciones de convenio deberán ser previamente autorizadas por el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, y se materializarán mediante el correspondiente acto administrativo totalmente tramitado.

#### **4.6 Término Anticipado del Convenio**

El Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación para el Consumo de Drogas y Alcohol podrá poner término anticipado al convenio, por acto administrativo fundado, ordenando la adopción de las medidas correspondientes para hacer efectiva la garantía otorgada y obtener el reintegro de los recursos transferidos, sin perjuicio del derecho de accionar judicialmente para obtener la restitución de los recursos entregados, si procediere, en el evento que acaeciére alguna de las siguientes circunstancias:

- a) Revocación o ausencia de la autorización sanitaria del contratista, según corresponda.

- b) Por incumplimiento grave, debidamente calificado, de las obligaciones contraídas por la entidad, por ejemplo, aquellas que pongan en riesgo el oportuno otorgamiento del tratamiento convenido, en términos tales que el beneficiario no reciba el tratamiento, o reciba un tratamiento deficiente, ejecutando prácticas que interfieran sustancialmente en el desarrollo del proceso terapéutico, u otras situaciones de igual magnitud debidamente calificada por SENDA.
- c) Efectuar cobros improcedentes a uno o más usuarios financiados por el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol.
- d) Por resciliación o mutuo acuerdo de las partes.
- e) Si el contratista se tratase de una sociedad, cuando ésta se disolviera.
- f) Por exigirlo el interés público o la seguridad nacional.
- g) Caso fortuito o fuerza mayor, comprendiéndose dentro de ellas razones de ley o de autoridad que hagan imperativo terminarlo.
- h) Si la entidad no presentare los Informes Técnicos, o presentándolos estos fueran rechazados definitivamente por SENDA, de conformidad al procedimiento establecido en el **número 3.6** de las presentes bases.
- i) Si la entidad seleccionada utiliza los recursos entregados para fines distintos a la ejecución del Programa o los ejecuta contraviniendo los porcentajes máximos fijados para cada tipo de gastos.

#### **4.7 Procedimiento de aplicación de término anticipado**

- La Dirección Nacional de SENDA, notificará a la entidad la causal de término que se pretende invocar, señalando los hechos y circunstancias que la configuran. La notificación se realizará personalmente o por carta certificada.

- La entidad, una vez notificada, dispondrá de un plazo máximo de 15 días corridos para formular sus descargos y alegaciones, aportando todas las pruebas que estime pertinentes a objeto de fundar sus alegaciones o defensas.
- Se hayan o no evacuados los descargos, el Director Nacional de SENDA resolverá, mediante acto administrativo fundado, si procede o no el término del convenio. De los resuelto se notificará a la entidad de forma personal o mediante carta certificada.

El convenio se entenderá terminado una vez que la resolución fundada que disponga dicho término se encuentre totalmente tramitada y se haya notificado a la entidad correspondiente.

La resolución fundada que disponga el término anticipado se notificará a través de carta certificada, dirigida al domicilio de la entidad seleccionada, sin necesidad de requerimiento judicial.

De producirse el término anticipado, SENDA exigirá a la entidad correspondiente un informe escrito que contenga todos los antecedentes, documentos y resultados provisorios del Programa y la restitución de la totalidad de los recursos que SENDA le haya entregado, previa deducción de aquellos gastos que hayan sido aprobados por SENDA y que se relacionen con la ejecución del Programa.

Los recursos deberán ser devueltos dentro del plazo de 10 días hábiles contados desde la notificación por medio de la cual se comunique a la entidad seleccionada el término del convenio. SENDA deberá hacer efectiva la Garantía presentada por la entidad en el caso que la entidad seleccionada no hiciere la restitución correspondiente.

### **1.- Definición de Modalidad de Intervención**

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 y una percepción de autoeficacia disminuida o ausente, entre otros).

La duración y tiempos estimado para lograr los objetivos del proceso de tratamiento, corresponde a la necesidad de cada persona. 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).

Los detalles técnicos serán adjuntos en anexo 1 - ORIENTACIONES TÉCNICAS PROGRAMAS DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN PARA PERSONAS ADULTAS CON PROBLEMAS DERIVADOS DEL CONSUMO DE DROGAS Y ALCOHOL 2020

## **2. Objetivos del Programa**

### **2.1.- Objetivo general.**

Entregar una atención integral y de calidad, que propicie la recuperación de hombres mayores de 18 años, con consumo problemático de sustancias, a través de la habilitación y equipamiento de un centro de tratamiento residencial y la conformación de equipo técnico profesionales.

### **2.2.-Objetivos Específicos.**

- o Apoyar y fortalecer el proceso de motivación al cambio.
- o Propiciar la problematización de los factores que facilitan y mantienen el consumo.
- o Fortalecer los factores protectores que permitan el logro del proceso de cambio.
- o Apoyar y fortalecer estrategias de prevención de recaídas.
- o Apoyar y fortalecer el desarrollo de competencias para la integración social.
- o Apoyar y orientar el propósito de cambio en el estilo de vida.
- o Fortalecer y reparar relaciones vinculares significativas
- o Fomentar estilos de crianza saludables
- o Facilitar relaciones parentales saludables
- o Facilitar la conexión con sistemas de apoyo que permitan mejorar las condiciones de inclusión social.

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

### **2.3.- Cobertura programa.**

- Modalidad Residencial hombres: 10

### **2.4 - Criterios de inclusión en el programa**

- o Hombres de 18 años, en adelante con consumo problemático de alcohol y otras drogas y compromiso biopsicosocial moderado a severo;
- o Personas adultas que declaren identidad de género masculino y requieran atención por consumo problemático de alcohol y otras drogas.
- o Derivadas por la red de atención primaria y secundaria de drogas, de salud mental, o demanda espontánea (este último en caso de la modalidad ambulatoria).
- o Que, por su perfil de CBPS y patrón de consumo, puedan beneficiarse de este tipo de intervención (antecedentes de violencia intrafamiliar, antecedentes de microtráfico de la pareja o en el domicilio, antecedentes de consumo de sustancias de la pareja, etc.

## **3. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA**

Se trata de un programa de tratamiento que contempla la modalidad de intervención al interior del centro residencial para personas adultas de género masculino mayores de 18 años, que presenten consumo problemático de drogas y / o alcohol.

### **3.1 Intervenciones**

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

Este conjunto de intervenciones, se agrupan y se rotulan como “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, psicoterapia familiar, psicodiagnóstico, visita domiciliaria, visita integral de salud mental, intervenciones comunitarias, exámenes de laboratorio y medicamentos, según corresponda.

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

### **3.2 Diagnóstico Integral**

Presentan los diferentes elementos que deben ser considerados para realizar un diagnóstico integral de la persona, es decir que contemple no sólo los aspectos clínicos propios del trastorno, si no que las diferentes dimensiones y variables que permitan evaluar la historia y situación actual de la persona. Áreas o dimensiones a evaluar:

**a.- Uso de sustancias:** En esta área se indaga el uso de sustancias en los siguientes ámbitos:

- Contexto histórico personal y familiar del uso de sustancias;
- Uso de sustancias antes de ingresar a tratamiento;
- Consecuencias negativas percibidas por la persona usuaria;
- Antecedentes de tratamientos anteriores.
- Diagnóstico Clínico

#### **Diagnóstico clínico del Uso de sustancias**

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

###### **a) 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.

- 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.

#### **b) 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 (aun cuando hayan sido prescritas por un médico), alcohol o tabaco. La recaída en el consumo de una sustancia después de un período de abstinencia lleva a la instauración más rápida del resto de las características del síndrome de lo que sucede en individuos no dependientes.

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

- Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir la sustancia.
- Disminución de la capacidad para controlar el consumo de una sustancia, unas veces para controlar el comienzo del consumo y otras para detenerlo o disminuir la cantidad consumida.

- Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia, conjunto de síntomas que se manifiestan cuando el consumo de la sustancia se reduce o cesa
- 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 utilizado 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.

### **3.2 Salud mental y física:**

- **Salud mental:** en esta área se evalúan los siguientes ámbitos

- **Trastornos de salud mental comórbido.**

#### **Diagnóstico**

Evaluar el trastorno de salud mental y 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. Dado que Chile ha adscrito como fuente de información estadística oficial del país la CIE – 10, como lo recomienda la OMS,

#### **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

● **Funcionamiento psicológico.** Este ámbito evalúa aspectos del funcionamiento psicológico que impactan los resultados del tratamiento (auto-estima, auto-eficacia y toma de decisiones)

● **Funcionalidad cognitiva (función ejecutiva).** Evaluar la funcionalidad cognitiva con la administración de instrumentos de tamizaje para identificar tempranamente a las personas que ingresan a tratamiento y que presentan indicadores de problemas cognitivos transitorios o permanentes, en especial el Síndrome de ejecución. El síndrome de ejecución se refiere a un conjunto de alteraciones de las funciones ejecutivas cerebrales, entre las cuales se encuentran las siguientes

- Dificultades para el inicio, la interrupción y/o el reinicio de la conducta.
- Problemas en la focalización, el mantenimiento y la alternancia de la atención.
- Desinhibición.
- Inflexibilidad para generar hipótesis alternativas ante los problemas. Déficit en el establecimiento y el mantenimiento de planes de acción orientados a metas. Falta de regulación de la conducta basada en la retroalimentación.
- Dificultades en la abstracción y la categorización de conceptos.
- Disminución en la producción fluida del lenguaje.
- Dificultades en la recuperación guiada de la información almacenada.
- Problemas en la atribución de estados mentales a las demás personas; aquí se incluyen alteraciones en el razonamiento social.

● **Otros problemas de salud mental**

- Violencia Intrafamiliar
- Abuso Sexual
- Maltrato Infantil
- Explotación sexual comercial
- Riesgo suicida

● **Salud Física**

Se trata de evaluar la presencia simultánea de un trastorno por consumo de sustancias (consumo perjudicial o dependencia) y una o más patologías somáticas asociadas.

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

- ITS
- TBC
- 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

### **3.3 Situación Familiar**

Dado que el apoyo familiar resulta central en el proceso de recuperación de las personas que presentan consumo problemático de alcohol y otras drogas. Se sugiere considerar los siguientes ámbitos en la evaluación de esta área: Descripción de la familia, Pautas de relación/interacción, y Valores y creencias 46 La familia puede movilizar a la persona a solicitar ayuda profesional e iniciar el proceso de cambio, acompañar en el alcance y mantención de logros terapéuticos y colaborar activamente en el desarrollo de estilos de vida saludables.

### **3.4 Funcionamiento Social e Integración Social**

Esta herramienta diagnóstica se sustenta en la relevancia de considerar los procesos únicos y continuos en el tiempo, donde es necesario conocer las necesidades individuales y los recursos de cada persona. En este sentido, evaluar las necesidades de integración social, 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, con el propósito de 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.

Junto con conocer cómo es la relación entre la persona y la, o las sustancias, también se debe conocer 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 esto se pone a disposición de los equipos el instrumento de Diagnóstico Global de Necesidades de Integración Social: una rúbrica que desglosa elementos relacionados a distintos capitales de recuperación como el social, humano y físico y que describe de manera cualitativa la presencia y relación de la persona con aspectos específicos vinculados a estos capitales. El objetivo de esta herramienta es entregar información complementaria y comprensiva, en el marco de la evaluación integral, identificando fortalezas y obstáculos que facilitan y/o dificultan los procesos de integración social y que sirven de apoyo para la construcción de los planes de intervención individual.

### **3.5 Trasgresión a la norma (social y jurídica)**

Desde la década de los años 1980 se ha estudiado la relación del uso de drogas y la comisión de delitos, dada la elevada prevalencia de uso de drogas en la población que presenta infracción a la ley en comparación con la población general; fenómeno que no sólo se encuentra en países anglosajones y en Europa, sino que también en nuestro país y en otros países de Latino América.

Se debe por lo tanto, indagar acerca de la trasgresión a las normas sociales y la comisión de delitos de las personas usuarias que ingresan a tratamiento, toda vez que la investigación ha encontrado que la reducción o la abstinencia del uso de sustancias en las personas que han cometido delitos tiene un efecto en la reducción del riesgo de reincidencia). Una explicación para este hallazgo es que la población que usa sustancias y ha cometido delitos es una población heterogénea en lo que concierne al riesgo de reincidencia, y debiera proveerse intervenciones diferenciadas de tratamiento para reducir la probabilidad de nuevas detenciones o la reincidencia.

La indagación en esta área debe considerar los siguientes ámbitos:

- 1.-Historia de transgresión a la norma social y comisión de delitos (generales),
- 2.-Pautas antisociales de la personalidad,
- 3.-Pares antisociales,
- 4.-Cogniciones antisociales,
- 5.-Antecedentes de involucramiento en violencia intrafamiliar y agresión sexual.

### **3.6 Motivación para el cambio y Estadio Motivacional**

La disposición motivacional para el cambio de comportamientos y la motivación para ingresar a tratamiento se relaciona con el enganche y la permanencia en tratamiento; es decir, es más probable que una persona que percibe el uso de sustancias como un problema que afecta su vida o ya está realizando cambios en su uso de la sustancia, esté más dispuesta a ingresar y adherir a un tratamiento).

Sin embargo, **la motivación para el cambio de comportamientos y para participar en el tratamiento para el trastorno por uso de sustancias no es un proceso lineal** en el cual el usuario avanza con resolución hacia el logro de sus metas, sino que

presenta avances y retrocesos y es un fenómeno que fluctúa según factores internos y externos al individuo (situacionales).

La diferenciación del proceso de cambio en estadios implica que un terapeuta puede utilizar diferentes tácticas con una persona usuaria, 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 la persona. Los problemas que se derivan de que las personas se encuentren “no motivados”, surgen cuando el terapeuta está utilizando estrategias inadecuadas para la etapa real en el proceso de cambio en la que se encuentra dicha persona.

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
- **Contemplación:** es el período en el que las personas están pensando seriamente en cambiar. 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.
- **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.
- **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.

### **3.7 Fortalezas y recursos de la persona usuaria**

El diagnóstico Integral de personas que ingresan a tratamiento -junto con las necesidades y problemas de intervención-, debe considerar también los recursos y las fortalezas de las personas y el medio en el que estas se desenvuelven.

Las fortalezas y recursos de la persona (o factores protectores), se refieren a sus fortalezas y recursos sociales que pueden ser usados como apoyos para la recuperación; se incluyen en estas fortalezas a aquellas que han contribuido a períodos anteriores de estabilidad. Entre las fortalezas de la persona se encuentran los rasgos positivos de su personalidad, sus habilidades sociales, sus estrategias de afrontamiento, y el apoyo de familiares o amigos.

La fortaleza de una persona no es necesariamente un recurso, a menos que esa fortaleza esté disponible para ser usada en el afrontamiento y resolución de problemas. Se debe descubrir, realzar, explorar y explotar las fortalezas de las personas y sus recursos, con el fin de apoyar en el logro de metas, haciendo frente, muchas veces a las consecuencias que ha tenido para la persona las diversas vivencias de estigmatización y exclusión.

Trabajar desde las fortalezas y recursos, exige del equipo técnico desarrollar la capacidad de ver de forma amplia e integral a las personas, a sus entornos y contextos y a las situaciones concretas que viven y afrontan.

### **3.8 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 y de su entorno.

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 para población general) en la misma categoría, es posible estimar que corresponde al nivel de compromiso biopsicosocial de esa persona en ese momento.

### **3.3 Requerimientos de infraestructura y equipamiento**

Por otra parte, así como todo lo mencionado, la infraestructura y sus condiciones deberán ser entendidas como un elemento fundamental. Por tanto, el oferente se compromete a que, el inmueble donde se ejecutará el programa contará con las



instalaciones adecuadas, la mantención de éstas y el equipamiento suficiente y de acuerdo a la modalidad de atención que ejecuta.

En consecuencia, el contratista deberá garantizar que el centro de tratamiento cuente, entre otras, con las siguientes características:

- a) Salas de atención individuales y grupales
- b) Instalaciones sanitarias en buen estado de conservación y de operación
- c) Servicios higiénicos que cumplen con condiciones higiénicas y sanitarias
- d) Lugar seguro para el almacenamiento de medicamentos, material clínico y de primeros auxilios
- e) Calefacción/ventilación segura para usuarios y personal
- f) Dormitorios con equipamiento con condiciones adecuadas para la estadía de los usuarios en el caso de programas residenciales (guardarropía, clóset y veladores)
- g) Cocina con las condiciones higiénicas y sanitarias adecuadas
- h) Muros, pisos y cielos en buen estado de conservación y mantención
- i) Libre de deficiencias en la infraestructura que representen posibles riesgos para usuarios y/o profesionales.
- j) Señaléticas de seguridad.
- k) Espacios al aire libre en buen estado de mantención y con condiciones de seguridad.
- l) Lugar de almacenamiento de las fichas clínicas que asegure un acceso oportuno, su conservación y confidencialidad.

## **1. MONITOREO Y ASESORÍA A LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA**

Se realizará acompañamiento y asesoría técnica a través de la gestión de la calidad. El proceso de Asesoría se orienta a proveer apoyo técnico en la gestión clínica, con el objeto de contribuir al otorgamiento de una atención de calidad acorde a las necesidades y especificidades de los hombres, entregando elementos teóricos y prácticos que permitan el entrenamiento en destrezas y habilidades para el abordaje terapéutico específico.

El Monitoreo de este proyecto, tiene por objetivo el observar el desarrollo y la implementación del tratamiento de los hombres, en residencial.

Ambos procesos son realizados desde el Área Técnica en Tratamiento y Rehabilitación de SENDA Nacional, coordinado con las Direcciones Regionales de SENDA.

## **2. RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN**

El levantamiento de información de las acciones realizadas en la ejecución del Programa y la evaluación de esta experiencia se llevará a cabo en el Área Técnica en Tratamiento de SENDA Nacional con la colaboración de las respectivas Direcciones Regionales de SENDA.

El registro de la información se llevará a cabo, especialmente, a través de los Informes señalados en las presentes bases, de acuerdo al propósito y objetivos de cada uno de los programas.

## **3.- EVALUACIÓN DEL PROGRAMA:**

Las áreas consideradas para evaluar los logros del proyecto serán:

### **Cobertura.**

- ✓ N° personas ingresadas al programa
- ✓ N° personas egresadas por alta terapéutica
- ✓ N° personas egresadas por abandono del programa
- ✓ N° de egresos con logro terapéutico intermedio-alto
- ✓ N° de personas que permanecen más de 90 días en tratamiento

### **Formación de equipo**

- ✓ Plan de inducción del personal
- ✓ Plan de formación
- ✓ Cronograma de actividades de formación

## **Anexo 1**

# **ORIENTACIONES TÉCNICAS PROGRAMAS DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN PARA PERSONAS ADULTAS CON PROBLEMAS DERIVADOS DEL CONSUMO DE DROGAS Y ALCOHOL 2020**

## **ÍNDICE**

- I. INTRODUCCIÓN**
- II. MARCO CONCEPTUAL PARA TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN PARA PERSONAS ADULTAS CON PROBLEMAS DERIVADOS DEL CONSUMO DE DROGAS Y ALCOHOL.**
- III. SISTEMA DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN PARA PERSONAS ADULTAS CON PROBLEMAS DERIVADOS DEL CONSUMO DE DROGAS Y ALCOHOL**
- IV. OBJETIVOS PARA EL TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN DE PERSONAS ADULTAS CON PROBLEMAS DERIVADOS DEL CONSUMO DE DROGAS Y ALCOHOL.**
- V. ETAPAS DEL PROCESO DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN PARA PERSONAS ADULTAS CON PROBLEMAS DERIVADOS DEL CONSUMO DE DROGAS Y ALCOHOL**
- VI. ORIENTACIONES METODOLÓGICAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN CON CALIDAD DEL TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN PARA PERSONAS ADULTAS CON PROBLEMAS DERIVADOS DEL CONSUMO DE DROGAS Y ALCOHOL.**
- VII. SEGUIMIENTO POSTERIOR AL EGRESO DE TRATAMIENTO**
- VIII. ANEXOS**

### **I. INTRODUCCIÓN**

El uso de tabaco, alcohol y otras drogas constituye uno de los principales problemas de salud pública del país. El daño que provocan estas sustancias en las personas que

devienen en consumidores problemáticos, en sus familias y en la comunidad, ha sido un motivo de atención y preocupación que ha fundamentado las políticas públicas llevadas a cabo en nuestro país. El problema del consumo de sustancias incide profundamente en la vulnerabilidad social, ayuda a profundizar desigualdades e inequidades, obstaculiza el desarrollo, empeora la salud pública y contribuye a la inseguridad ciudadana.

La evolución reciente del consumo de sustancias en Chile, arroja que tanto en población general<sup>6</sup> y población escolar<sup>7</sup> la marihuana es la droga ilícita más consumida en nuestro país, seguida por cocaína y pasta base. Por otro lado, el alcohol y el tabaco continúan siendo las drogas lícitas más consumidas.

En el caso de la marihuana, es posible observar en la población general una disminución en las declaraciones de consumo de dicha sustancia en el último año, pasando de 14,5% en 2016 a 12,7% en 2018. Todos los reportes de consumo siguen siendo mayores en hombres, y el descenso registrado en 2018 se explica, entre otras razones, por una baja en el consumo declarado por el grupo de mujeres (10,6% a 7,4%).

Respecto a otras drogas, se observan diferencias por sexo en las mayoría de las sustancias principales reportadas en 2018<sup>8</sup>, salvo en los casos de tabaco y tranquilizantes sin receta médica. En esta última sustancia, a pesar de que no se registran diferencias en la prevalencia de consumo en el último año entre mujeres y hombres (1,6% vs 1,1%), si se advierte mayor declaración de uso, en mujeres de NSE alto (2,2% vs 0,9%) y en mayores de 45 años (1,9% vs 0,6%).<sup>9</sup>

De las 378.719 personas estimadas con consumo problemático de sustancias ilícitas en el Décimo Tercer Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile, SENDA 2018, 314.682 serían varones y 64.537 mujeres. La pasta base es la sustancia que suscita mayor dependencia, 57,4% de los consumidores del último año presentan signos de dependencia en 2018. La cocaína, por su parte, presenta tasas de

---

<sup>6</sup> SENDA, Décimo Tercer Estudio de Drogas en Población General, 2018

<sup>7</sup> SENDA, Décimo Estudio de Drogas en Población Escolar, 2017.

<sup>8</sup> Alcohol en el último mes, y marihuana, cocaína y pasta base en el último año.

<sup>9</sup> Área de Estudios Estadísticas y Publicaciones SENDA 2020

dependencia sobre usuarios de último año de 25,6% en 2018 y la marihuana del 20,3% respectivamente.

Respecto al consumo de alcohol, se observa en la población general una disminución en el consumo declarado durante el último mes, pasando de un 46,0% en 2016 a 43,3% en 2018. Este descenso se explica, en parte, por la disminución observada en el grupo de mujeres entre 2016 y 2018 (de 39,3% a 34,2%). Sin embargo, si bien se produce una baja a nivel agregado del consumo de alcohol en mujeres, se produce por otro lado un aumento en la declaración de estas en relación a los episodios de embriaguez. Es así como del 34,2% de las mujeres que reconoce haber consumido alcohol el último mes, una de cada dos declaró haber tenido al menos un episodio de embriaguez<sup>10</sup> en ese período (51,4%), lo que representa un incremento en seis puntos porcentuales en relación al 2016, donde la prevalencia de embriaguez fue de 45,3%.

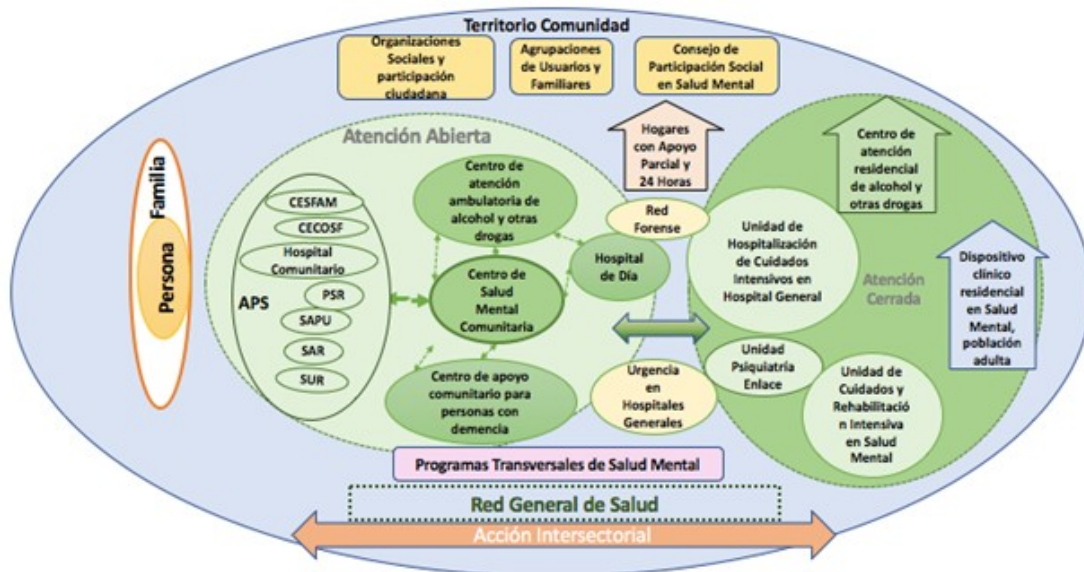
La oferta de atención para el tratamiento de personas con problemas asociados al consumo de alcohol y drogas en nuestro país, está orientada a otorgar servicios que fortalezcan la atención ambulatoria, identifiquen y mejoren las barreras de acceso, como también apunten a la oportunidad y pertinencia de la atención con óptimos estándares de calidad en todos los niveles del sistema de salud. Con esto, se busca disminuir las brechas existentes en la atención de las personas y mejorar la calidad de la atención, para brindar una efectiva respuesta a las necesidades de salud de las comunidades y mejorar su calidad de vida, en un marco de ejercicio de derechos, que promueva la autonomía e inclusión socio comunitaria<sup>11</sup>.

La provisión de servicios públicos en nuestro país se basa en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria y Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental y está organizada en una red Asistencial, que ha tenido un desarrollo progresivo de los servicios de salud mental desde un modelo integral con enfoque familiar y comunitario que pasa desde la atención primaria, especialidad ambulatoria hasta las unidades hospitalarias y residenciales.

---

<sup>10</sup> Embriaguez en mujeres: 4 o más tragos.

<sup>11</sup> Modelo de Gestión RED TEMÁTICA DE SALUD MENTAL EN LA RED GENERAL DE SALUD 2018 Ministerio de salud



Fuente: Modelo de Gestión Red Temática de Salud Mental en la Red General de Salud 2018, MINSAL.

En cada Servicio de Salud del país, la red de salud está compuesta por dispositivos y establecimientos que se organizan en niveles de complejidad, de acuerdo a un modelo de atención definido. Estos se relacionan entre sí a través de sistemas de referencia y contra referencia. En este contexto, la Red de cada Servicio de Salud se organiza:

- Con Atención Primaria en Salud (APS), que representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema público de salud, en un determinado territorio. Su objetivo es brindar una atención ambulatoria integral, centrada en las personas y sus familias, enfocada en anticiparse a la enfermedad a través de actividades promocionales y preventivas, como también en el tratamiento propiamente tal y la rehabilitación.
- Con otros niveles de mayor complejidad, que hoy se reconocen como especialidad abierta y especialidad cerrada, que reciben derivaciones desde el primer nivel de atención, conforme a las normas técnicas que dicta para tal efecto el Ministerio de Salud, salvo en los casos de urgencia y otros que señalen la Ley y los reglamentos.

En este marco, el **Programa de Tratamiento y Rehabilitación para Personas Adultas con Problemas Derivados del Consumo de Drogas y Alcohol en Convenio SENDA – MINSAL**, tiene como objetivo general otorgar acceso y cobertura de calidad, libre de copago, a la atención de personas, beneficiarias del libro II del D.F.L. N° 1, de 2005, 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.

SENDA y el Ministerio de Salud, han suscrito un Convenio de Colaboración Técnica y Financiera, cuyo objetivo es implementar el programa en forma coordinada y conjunta:

- Diseñando conjuntamente los planes de tratamiento y rehabilitación,
- Realizando conjuntamente la asesoría y evaluación técnica a los establecimientos públicos y privados, que ejecuten meses de planes de tratamiento, velando por la óptima calidad de las prestaciones que se brinden a los usuarios,
- Diseñando en conjunto los procedimientos operativos, administrativos, de supervisión administrativo-financiera y asesoría técnica, seguimiento y evaluación de la ejecución del programa,
- Aprobando conjuntamente la asignación y reasignaciones de los meses de planes de tratamiento y rehabilitación a ser ejecutados por los establecimientos públicos y privados.

El Programa contempla dos subprogramas, uno para población adulta general (hombres y mujeres) y otro específico para mujeres. Asimismo, comprende, las siguientes modalidades de intervención: Tratamiento Ambulatorio Básico Población General, Tratamiento Ambulatorio Intensivo Población General, Tratamiento Residencial Población General, Tratamiento Ambulatorio Intensivo Población Específica Mujeres y Tratamiento Residencial Población Específica Mujeres

Con el objeto de mejorar la organización y la implementación de estos programas, de manera de aumentar su efectividad, es que se desarrollan las presentes recomendaciones y sugerencias basadas en la evidencia disponible a la fecha, y que pretenden orientar el quehacer de los equipos.

## II. MARCO CONCEPTUAL PARA TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN PARA PERSONAS ADULTAS CON PROBLEMAS DERIVADOS DEL CONSUMO DE DROGAS Y ALCOHOL

La salud de las personas está determinada en gran parte por las condiciones sociales en que estas nacen crecen viven trabajan, y envejecen<sup>12</sup>. La responsabilidad de una “buena salud”, no se centra exclusivamente en el individuo, sino que también en las influencias sociales y económicas que enmarcan y determinan las condiciones de vida, generando vulnerabilidad, pobreza e inequidad<sup>13</sup>

Una respuesta efectiva y eficiente del consumo problemático de sustancias, entendido como un problema de salud, implica, por tanto, un abordaje que considere los determinantes sociales. Se trata de una situación de alta complejidad, de origen multidimensional, que identifica a la persona, el contexto, la sustancia y las particularidades en que esta triada se articula, por lo que los marcos comprensivos modelos y enfoques son múltiples.

A continuación se describen los modelos y enfoques que sustentan la intervención terapéutica en el marco de este programa

### 1.-MODELO DE RECUPERACIÓN:

La conceptualización del tratamiento y rehabilitación de los trastornos asociados al consumo de sustancias, en estos últimos años ha avanzado hacia el concepto de **RECUPERACIÓN**, el cual supone reconocer a la persona con problemas de consumo desustancia, como verdadera protagonista de su proceso terapéutico y crecimiento personal.

La perspectiva de la recuperación implica enfocar la atención sobre las posibilidades y la mejora respecto de la situación actual, sobre la construcción de un proyecto de vida. La prioridad es ayudar a las personas a recuperar sus vidas y desarrollar al máximo sus capacidades como personas y como ciudadanos y ciudadanas.

Es un proceso holístico, diferente para cada persona, que debe responder a sus necesidades en su contexto cultural, debe ofrecer tratamientos flexibles, proveyendo

---

<sup>12</sup>Organización Mundial de la salud 2009

<sup>13</sup>Enfoque de Déterminantes Sociales de la Salud



una opción de servicios eficaces, que aumenten la probabilidad que la persona continúe recibiendo los cuidados que necesita

Los principios existentes a la base de la perspectiva de recuperación (SAMHSA 2009), señalan que existen muchos caminos hacia la recuperación; se trata de un proceso auto dirigido y autónomo; implica un reconocimiento personal de la necesidad de cambio y transformación; es integral; tiene una dimensión cultural; es un proceso continuo de mejora de la salud y el bienestar; se desprende de la esperanza y la gratitud; implica un proceso de sanación y auto-redefinición; consiste en hacer frente a la discriminación, la vergüenza y el estigma que trasciende a los problemas de consumo problemático de sustancias; requiere el apoyo de sus compañeros, compañeras y personas aliadas; e implica la (re)unión y (re)construcción de una vida en la comunidad.

Por lo tanto, hablar de Recuperación impone (1) el desafío de establecer mecanismos que permitan que estos cambios se mantengan en el tiempo y (2) que la actitud de la intervención debe ser desde la mirada del ejercicio de ciudadanía.

Asegurar la sostenibilidad de los cambios implica que los sistemas de tratamiento deben ser integrales, flexibles e impulsados por los resultados individuales, y que debe contemplar una oferta totalmente coordinada de servicios y apoyos para maximizar la elección en cada punto del proceso de recuperación.

La participación de las personas en su proceso de recuperación, demanda que la oferta de servicios incluya o considere la opinión de las mismas, donde la actitud de la intervención sea la mirada del ejercicio de ciudadanía. Esto conlleva a ampliar y enriquecer la perspectiva reconociendo que actualmente existen profundas desigualdades en el acceso a los recursos que permiten un adecuado ejercicio de esos derechos y responsabilidades.

El concepto de ejercicio de Ciudadanía para la recuperación, implica realizar las intervenciones teniendo en cuenta que se debe potenciar la participación activa de las personas en proceso de recuperación, en la esfera económica, mediante una presencia activa en la producción de valor social dentro o fuera del mercado; en la política, mediante el ejercicio activo de una ciudadanía de pleno derecho; en las redes sociales y familiares como expresión de la identidad y la pertenencia comunitaria y como factores de prevención y protección ante la exclusión.

## **2.-MODELO ECOLÓGICO**

Este modelo desarrollado por Bronfenbrenner permite una comprensión sistémica del desarrollo humano y se entiende como la “progresiva acomodación mutua entre un ser humano activo, en desarrollo, y las propiedades cambiantes de los entornos inmediatos en los que vive la persona en desarrollo, en cuanto este proceso se ve afectado por las relaciones que se establecen entre estos entornos, y por los contextos más grandes en los que están incluidos los entornos”.<sup>14</sup>

Tres conceptos básicos contemplan esta comprensión. Primero, la persona en desarrollo no es una tábula rasa sobre la cual repercute el ambiente, sino una entidad creciente, **dinámica**, que va acomodándose progresivamente y reestructurando el medio en el que se desenvuelve. Segundo, existe una **reciprocidad** entre el ambiente, es decir que la interacción de la persona con el ambiente es bidireccional. Tercero, el ambiente, fundamental para el proceso de desarrollo, no se limita sólo al entorno inmediato de la persona, sino que incluye las interacciones entre estos entornos y las influencias externas de los entornos más amplios. Esto último es lo que entenderemos como **ambiente ecológico**, concebido como una disposición seriada de estructuras concéntricas, en la que cada una está contenida en la siguiente.

El Modelo ecológico propone la existencia de cuatro estructuras concéntricas o sistemas que afectarían directa o indirectamente el desarrollo humano:

**Microsistema:** corresponde al patrón de actividades, roles y relaciones interpersonales que la persona en desarrollo experimenta en un entorno determinado en el que participa.

**Mesosistema:** comprende las interrelaciones de dos o más entornos (microsistemas) en los que la persona en desarrollo participa (por ejemplo, para un niño/niña, las relaciones entre el hogar, la escuela y el grupo de pares del barrio; para un adulto, entre la familia, el trabajo y la vida social).

---

<sup>14</sup>Bronfenbrenner, U. (1979). The ecology of human development. Cambridge: Harvard University Press (edición en castellano en La ecología del desarrollo humano, Barcelona: Paidós, 1987).

**Exosistema:** se refiere a los propios entornos (uno o más) en los que la persona en desarrollo no está incluida directamente, pero en los que se producen hechos que afectan a lo que ocurre en los entornos en los que la persona sí está incluida (para el niño, podría ser el lugar de trabajo de los padres, la clase del hermano mayor, el círculo de amigos de los padres, las propuestas del Consejo Escolar, etc.).

**Macrosistema:** se refiere a las correspondencias, en forma y contenido de los sistemas de menor orden (micro, meso, exo) que existen o podrían existir, al nivel de la subcultura o de la cultura en su totalidad, junto con cualquier sistema de creencias o ideología que sustente estas correspondencias.

En concordancia con este enfoque, la **atención integral** de las personas con consumo problemático de sustancias 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 particulares necesidades de salud.

Así mismo contempla el **enfoque biopsicosocial**, que implica abordar lo biológico, lo psicológico y lo social, de cada una de las personas usuarias en tratamiento, de forma integral y complementaria. En lo biológico dará cuenta de los problemas específicos asociados al consumo de sustancias 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.

### **3.- MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA**

A partir de la reforma sanitaria del año 2005, la política pública en salud en nuestro país ha impulsado como eje central el desarrollo del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria. Este se entiende como un “modelo de relación de los miembros de los equipos de salud del sistema sanitario con las personas, sus familias y la comunidad de un territorio, en el que se pone a las personas en el centro de la toma de decisión, se les reconoce como integrantes de un sistema sociocultural diverso y complejo, donde sus miembros son activos en el cuidado de su salud y el sistema de salud se organiza en función de las necesidades de la población usuaria, orientándose a buscar el mejor estado de bienestar posible, a través de una atención de salud integral, oportuna, de alta calidad y resolutive, en toda la red de prestadores, la que además es social y culturalmente aceptada por la población, ya que considera las preferencias de las personas, la participación social en todo su quehacer - incluido el intersector - y la existencia de sistemas de salud indígena. En este modelo, la salud se entiende como un bien social y la red de salud como la acción articulada de la red de prestadores, la comunidad organizada y las organizaciones intersectoriales”

#### **Principios del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario**



#### **4.-MODELO COMUNITARIO DE ATENCION EN SALUD MENTAL**

El Modelo Comunitario de Atención en Salud mental se instala en nuestro país con el objeto de dar un salto adelante en materia de salud mental, desde el marco de los procesos de Reforma Psiquiátrica a nivel mundial, orientada a la desinstitutionalización de las personas, particularmente de los hospitales psiquiátricos. Es una nueva estrategia y un nuevo modelo organizativo, asistencial y teórico, que integra una clínica donde se rompen las dicotomías individual/social, biológico/psicológico, con un paradigma científico centrado en el cuidado y la ciudadanía.

#### **Elementos centrales del Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental<sup>15</sup>**

El Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental, surge en contraposición al modelo asilar, incorporando a la atención de las personas con enfermedad mental el ejercicio de derechos y un enfoque de calidad. Reconocer y abordar las necesidades de esta población con un enfoque integral, determinará positivamente la evolución de su enfermedad y su bienestar. Las condicionantes como el estigma, la marginación social o laboral, la pérdida de redes y vínculos, la falta de autonomía para tomar decisiones, y la transgresión de los derechos ciudadanos de las personas con enfermedad mental, complejizan y cronifican los procesos de recuperación. Estos determinantes sociales

<sup>15</sup> Estos tres elementos se encuentran desarrollados en el Modelo de Gestión de la Red Temática de Salud Mental en la Red General de Salud, punto 4. Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria y Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental, p. 39.

requieren ser considerados en la atención y cuidado de toda persona que tenga una enfermedad mental; el no hacerlo tiene impacto en la adherencia y continuidad del tratamiento, la evolución de la enfermedad y en la calidad de vida.

El Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental presta especial importancia a la persona que padece una enfermedad mental grave y persistente, su familia y en el impacto que esta condición de salud tiene en su entorno; así también, en cómo este entorno contribuye a la recuperación de las personas, favorece la inclusión socio comunitaria y provee las condiciones que contribuyen al pleno ejercicio de sus derechos y bienestar socioemocional.

Este modelo se integra y complementa con el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria que aborda los problemas de salud general, incluidos los problemas salud mental, abarcando todos sus ejes. Ambos modelos coexisten y se relacionan dinámicamente en el contexto de la salud mental, reconociendo a las personas como parte de un grupo familiar y una comunidad, bajo los principios de integralidad, territorialización, ejercicio de los derechos humanos y continuidad de cuidados.

La atención comunitaria en salud mental se basa en la existencia de tres elementos centrales interrelacionados:

- a) Trabajo en red.
- b) Abordaje de la psicopatología basada en una concepción de sujeto de relación.
- c) Gestión clínica. Configura un espacio que integra las mejores prácticas clínicas con las mejores prácticas de gestión, dirigidas a la prestación de un servicio de calidad a las personas.

#### **5.-ENFOQUE DE DERECHOS:**

A partir de este enfoque, se procura la promoción de nuevas políticas que superen décadas de consideración de las personas como meros “beneficiarios” de programas sociales de corte asistencial, para pasar a su valoración en tanto titulares plenos de derechos.

Para hacer operativo el enfoque de derechos humanos, tanto en relación con la esfera del desarrollo y de las políticas económicas y sociales, como con **el ámbito del cuidado**, todas las políticas e instituciones que tienen por finalidad impulsar estrategias en esa dirección deben basarse explícitamente en las normas y principios establecidos en el derecho internacional de los derechos humanos. Con relación al derecho a ejercer el cuidado en condiciones de calidad y el derecho a ser cuidado, se puede identificar un conjunto de derechos específicos ya reconocidos y que integran esta noción, como el derecho a una alimentación adecuada, el derecho a la salud y a la educación, el derecho a la protección de la seguridad social, entre otros, contemplados tanto en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y en el Protocolo de San Salvador, como en la propia Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, y en la Convención sobre los Derechos del Niño. La estrategia no debe basarse únicamente en el reclamo de nuevos derechos, sino en darle efectividad a los derechos ya acordados. Una acción inicial, que es medular en la perspectiva de derechos, es la de otorgarle poder a quienes no lo han ejercido.

En primer lugar, el enfoque de derechos humanos apunta esencialmente a ese otorgamiento de poder (“empoderamiento”) por la vía del reconocimiento y el ejercicio de derechos.

En segundo lugar, se trata de que además de reconocer la existencia de ciertos sectores sociales que tienen necesidades no cubiertas, se reconozca la existencia de personas que tienen derechos que pueden exigir o demandar, esto es, atribuciones que dan origen a obligaciones jurídicas de parte de otros y, por consiguiente, al establecimiento de mecanismos de tutela, garantía y co responsabilidad. En otros términos, el derecho al cuidado y a cuidar (se), debe ser considerado un derecho universal de cada ciudadano y ciudadana, no sujeto a determinación específica.

## **6.-ENFOQUE DE RED**

Un enfoque de red debe contemplar como principios fundamentales **la continuidad de la atención**<sup>16</sup>, cuyo objetivo más relevante es lograr la eficiencia y eficacia; junto con el establecimiento del intercambio de información y apoyo técnico

---

<sup>16</sup> Ministerio de Salud , Subsecretaría de Redes Asistenciales (2012). Orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud familiar y Comunitario..

entre quienes integran la red de Recuperación. Desde la perspectiva de las personas que se atienden, y participan de programas de tratamiento, la continuidad de la atención corresponde al grado en que una serie de eventos del cuidado de la salud y de apoyo a la inclusión social, son experimentados como coherentes y conectados entre sí en el tiempo.

De acuerdo al documento de la OPS “Redes Integradas de Servicios de Salud”, se destacan tres elementos sobre la continuidad de la atención:

- Continuidad de cuidados: El grado en que el cuidado de la persona usuaria está coordinado a través de las diversas funciones, actividades y unidades operativas del sistema y depende fundamentalmente de la condición del paciente y de las decisiones del equipo de salud. Incluye la integración horizontal (intra e inter establecimientos de un mismo nivel de atención) y vertical (entre establecimientos de distintos niveles de la red). El proceso o problema por el que se atiende la persona es visto de manera longitudinal sin perder información a través de su cuidado.
- Funcional: es el grado en que las funciones clave de apoyo y actividades tales como gestión financiera, RRHH, planificación estratégica, gestión de la información y mejoramiento de la calidad están coordinadas a través de todas las unidades del sistema, por ejemplo, los procesos administrativos y de soporte para la integración clínica (financiamiento, registro clínico, despacho de fármacos, etc.).
- Profesional y Técnico: disposición de los equipos y coordinación en el proceso de cuidados en términos de los objetivos de la red y las necesidades de salud de las personas.

## **7.-ENFOQUE DE INTEGRACION SOCIAL**<sup>17</sup>

El consumo problemático de sustancias podría considerarse una consecuencia o bien una causa de la exclusión social, pues este consumo puede provocar el deterioro de las condiciones de vida, pero, por otra parte, los procesos de marginación social pueden constituir un elemento determinante para el consumo problemático de sustancias.

El concepto de exclusión social es entendido como el impedimento de una persona de participar plenamente en la vida económica, social y ciudadana y/o si la renta y demás

---

<sup>17</sup> Para mayor información consultar el texto Integración Social, Exclusión y Drogas. De las políticas a las prácticas Área de Integración Social SENDA 2015



recursos (personales, familiares y culturales), son reducidos que le impiden gozar de un nivel de vida considerado aceptable por la sociedad en la que vive.

El enfoque de Integración Social se funda en el **Marco de Gestión de la Recuperación Sustentable (SRMS)** de la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC). Este enfoque reúne elementos del Marco de Medios de Vida Sustentable y el Enfoque específico de Capital de Recuperación en consumidores problemáticos de drogas. Sosteniendo que es fundamental realizar procesos de recuperación a largo plazo, con el objetivo de evitar las recaídas y tasas de reingreso a los tratamientos. Tal énfasis reside en la comprensión de la conducta adictiva como crónica y en la consideración de la recuperación como un proceso continuo, una experiencia a través de la cual los individuos, las familias y las comunidades utilizan los recursos internos y externos para hacer frente a la drogodependencia y a los problemas asociados, de modo de posibilitar el desarrollo de una vida sana, productiva y con sentido.

El objetivo central del enfoque propone orientar los tratamientos e intervenciones de manera integral y continua, considerando el contexto como un ámbito que influye en el proceso de recuperación en este sentido, es relevante, para la sostenibilidad de los procesos, vincular a los individuos con la comunidad promoviendo la participación significativa, para ello es necesario sensibilizar y erradicar el estigma hacia personas con consumo de drogas y alcohol para conseguir y mantener el apoyo de la comunidad. Complementariamente, el ejercicio de ciudadanía, objetivo intrínseco del enfoque de integración social, será posible en la medida que a los y las usuarias se les conecte con el Estado y sus instituciones, que posibilita la modificación de sus capitales de recuperación, para ello es imprescindible conocer los recursos propios y necesidades de los y las usuarias y propender el desarrollo del vínculo con los sistemas y estructuras gubernamentales, desde la perspectiva de la sustentabilidad de la recuperación

En este sentido **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 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 persona y grupos sociales.
- b) Principio de accesibilidad como condición necesaria para que las personas vulnerables accedan y disfruten de oportunidades sociales equiparables a las de todas las personas que viven en el mismo territorio o país.
- 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 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 consumo de sustancias en la vida y su desarrollo social.

De esta manera, el apoyo al proceso de integración social se da de manera transversal durante todo el proceso de recuperación.

## **8.-ENFOQUE DE GÉNERO**<sup>18</sup>

---

<sup>18</sup> Para mayor información consultar los textos :

1.-ORIENTACIONES Y RECOMENDACIONES PARA LA INTERVENCIÓN CON HOMBRES QUE PRESENTAN CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS, CON UN ENFOQUE DE GÉNERO Área Técnica en Tratamiento y Rehabilitación División Programática SENDA 2015

El 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.

El sexo se hereda y el género se adquiere y la adopción de una identidad de género es el resultado de un proceso largo, complejo y dinámico, que puede ser modificado en el curso de la vida y que se relaciona con factores personales, ambientales, contextuales y culturales. Es así como cada cultura elabora sus propias identidades de género a partir del hecho biológico de las diferencias entre los sexos. Si bien es cierto los géneros que predominan en la cultura occidental son el femenino y el masculino, existen otras identidades de género como las identidades TRANS.

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 significa que sus derechos, responsabilidades y oportunidades no dependan de si han nacido hombres o mujeres. Significa que todos los seres humanos, hombres y mujeres, son libres para desarrollar sus capacidades personales, y para tomar decisiones. Un medio para lograr la igualdad es la equidad de género, entendida en el marco del tratamiento por consumo de sustancias como la justicia en la entrega de una respuesta terapéutica a mujeres y hombres de acuerdo a sus respectivas necesidades.

---

2.- MUJERES Y TRATAMIENTO DE DROGAS ORIENTACIONES TÉCNICAS PARA LA INCORPORACIÓN DE LA VARIABLE GÉNERO EN EL TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN DE MUJERES CON PROBLEMAS DE DROGAS Área Técnica de Tratamiento y Rehabilitación CONACE 2004

3.-PROYECTOS DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN CON PERSPECTIVA DE GÉNERO PARA MUJERES ADULTAS CON CONSUMO PROBLEMÁTICO DE DROGAS Las Buenas Prácticas Área Técnica de Tratamiento y Rehabilitación CONACE 2006

Según la OPS, la equidad de género en salud significa la ausencia de disparidades innecesarias, evitables e injustas entre mujeres y hombres. Es decir que, mujeres, hombres en toda su diversidad sexual, tengan las mismas oportunidades de gozar de las condiciones de vida y servicios que les permiten estar en buena salud, sin enfermar, discapacitarse o morir por causas que son injustas y evitables. La equidad de género en salud no es lo mismo que la igualdad, ya que no pretende establecer una distribución igual de recursos, sino una distribución diferencial, de acuerdo con las necesidades particulares de cada género<sup>19</sup>

Respecto de la prevalencia de consumo de sustancias entre los géneros, es importante mencionar que las cifras nacionales, señalan que cada vez más, las brechas de prevalencia de consumo de sustancias entre hombres y mujeres, se van acortando.

En el Informe Anual 2019 de Tratamiento Población Adulta General y Especifica Mujeres del convenio SENDA - MINSAL, la prevalencia de consumo de PBC y THC en mujeres, supera a la de los hombres; y es la misma, en consumo de Clorhidrato de Cocaína. Solo en prevalencia de consumo de Alcohol, los hombres superan en 2 puntos porcentuales a las mujeres.

Adicionalmente y según el Estudio de 2018 de Prevalencia en Población General de SENDA, un 0,6% de las mujeres declara haber ingresado a tratamiento "*alguna vez en la vida*", mientras que, en el caso de los hombres, este porcentaje llega a 2,2%, es decir, 3,5 veces más.

Lo anterior plantea grandes desafíos para disminuir las brechas de acceso a tratamiento existentes para las mujeres, así como también, incorporar la masculinidad o masculinidades en los programas de tratamiento y entregar atención terapéutica a través de programas personalizados y estructurados que incorporen las variables de identidad y normas de género, como marco teórico a la base.

Para mejorar la eficacia y la calidad de las intervenciones terapéuticas y de apoyo a la integración social, la aplicación de una perspectiva de género es esencial.

---

<sup>19</sup>Modelo de Gestión RED TEMÁTICA DE SALUD MENTAL EN LA RED GENERAL DE SALUD 2018 Ministerio de salud

Toda intervención (sean políticas públicas, programas o proyectos) tienen un impacto sobre el género y las relaciones de género. Es decir, no existen intervenciones terapéuticas y psicosociales “neutras” respecto de género. Si se pretende contribuir a los propósitos de cambio de las personas que realizan procesos de tratamiento por consumo de sustancias y apoyar su inclusión social, resulta imprescindible conocer en qué modifica o influye el género en sus oportunidades de acceder a tal mejora. La consideración de un análisis de género posibilita conocer la realidad y evitar basar la planificación de las intervenciones sobre supuestos o ideas previas respecto de la vida de las personas: tal aprendizaje mejorará la adaptación de los programas y sus intervenciones a las necesidades y circunstancias reales de las y los beneficiarios

## **9.-ENFOQUE DE PERTINENCIA CULTURAL**<sup>20</sup>

El reconocimiento de la diversidad cultural supone un desafío para la intervención, ya que hace evidente, la necesidad del desarrollo de competencias culturales en los técnicos y profesionales -y en el sistema de atención, para otorgar respuestas adecuadas

Se ha definido como *competencia cultural* a “la habilidad para honrar y respetar las creencias, el lenguaje, los estilos interpersonales, y los comportamientos de individuos y familias que reciben servicios, así como también de los profesionales que proveen esos servicios (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2014, p. xv)

Según SAMHSA (2014) se pueden describir cuatro elementos esenciales de la competencia cultural: (a) reconocimiento cultural, (b) conocimiento cultural, (c) conocimiento cultural de la salud mental, y (d) desarrollo de competencias culturales.

El reconocimiento cultural se refiere a que los profesionales sean conscientes de sus propios grupos culturales y sus valores, sus presunciones y prejuicios respecto a otros grupos culturales (por ejemplo, la cultura LGBT); y realicen un esfuerzo para comprender cómo esos factores afectan su habilidad para proveer servicios culturalmente efectivos a las personas en tratamiento.

---

<sup>20</sup> Para mayor información consultar ORIENTACIONES TÉCNICAS PARA LA ATENCIÓN DE SALUD MENTAL CON PUEBLOS INDÍGENAS: HACIA UN ENFOQUE INTERCULTURAL Ministerio de Salud 2016

El conocimiento cultural tiene relación con el conocimiento general de diversos grupos culturales; los equipos requieren reconocer cómo las pautas culturales influyen en la comunicación, en los valores, en los roles de género y en la socialización, en la expresión clínica del estrés, expectativas acerca del tratamiento, normas de comportamiento y expectativas dentro y fuera de la sesión (por ejemplo, tocar a la persona, felicitarla, nivel de formalidad entre el profesional y la persona en tratamiento). Esta competencia implica que los equipos requieren invertir tiempo en el conocimiento de la persona y su cultura; no sólo a través de la interacción con la persona, sino que, a través de lecturas, asistencia a seminarios, eventos culturales, asesoría de pares, guías culturales y supervisión clínica.

El conocimiento cultural de la salud mental se refiere al conocimiento de cómo la cultura interactúa con las creencias acerca de la salud, el uso de sustancias y otros problemas de salud mental. Respecto al uso de sustancias, los profesionales requieren adquirir conocimiento en las siguientes áreas clave:

- Pautas de uso de sustancias y comportamiento de búsqueda de tratamiento.
- Creencias y tradiciones respecto al uso de sustancias, incluidas las normas culturales respecto al uso de alcohol y drogas.
- Creencias respecto al tratamiento, incluidas las expectativas y actitudes hacia los tratamientos de salud.
- Percepciones de los tratamientos de salud mental.
- Obstáculos para el acceso a tratamiento de poblaciones específicas.
- Pautas de trastornos comórbidos y condiciones específicas para las personas según su origen étnico y trasfondo cultural
- Reconocer que, en el diagnóstico y la evaluación, puede haber sesgos culturales en la presentación de los síntomas.
- Reconocer que algunos enfoques de intervención individual, familiar y de grupo, pueden ser más adecuados al origen étnico y trasfondo cultural de las personas.
- Grupos de apoyo a la recuperación culturalmente adecuados a la persona en tratamiento.
- Métodos de sanación tradicionales y complementarios (por ejemplo, uso de líderes espirituales, hierbas y rituales).

- Continuidad de los cuidados y prevención de recaídas que se adaptan al ambiente cultural de la persona, y accesibilidad a los cuidados en su comunidad.
- Pautas de enganche y retención en el tratamiento.

Por último, para el desarrollo *de* competencias culturales se requiere de actitudes personales necesarias tales como el: respeto, la aceptación, la sensibilidad, la equidad, la apertura, la humildad y la flexibilidad, para comprender y dar espacio a que estos elementos fluyan en el proceso y se incorporen en el Plan de Tratamiento Personalizado.

## **10.-ENFOQUE DE CURSO DE VIDA**

El enfoque del Curso de vida aparece en la literatura a fines de los años 1990, y ha habido un gran interés en su aplicación al campo de la salud debido al creciente reconocimiento de la carga global de las enfermedades no comunicables. Se distinguen dos perspectivas en el enfoque del Curso de vida.

La primera perspectiva asume que la vida de las personas es configurada por el paso del tiempo y por la secuencia de eventos vitales y la exposición a diversas influencias físicas y sociales (Alwin (2016)). En esta perspectiva, el desarrollo humano es concebido como un proceso de transacciones organismo–ambiente a través del tiempo, en el cual el organismo tiene un rol activo en la configuración de su propio desarrollo; el curso del desarrollo está inmerso en un sistema dinámico de intercambios sociales e interdependencia entre y dentro de niveles (Elder y Shanahan, 2006). Desde esta perspectiva, se han descrito los siguientes principios del desarrollo humano (Elder y Shanahan, 2006):

- El desarrollo humano y el envejecimiento son procesos a lo largo de la vida.
- Los individuos construyen su propio curso de vida a través de elecciones y acciones que toman dentro de las oportunidades y limitaciones de la historia y las circunstancias sociales.

- Los antecedentes del desarrollo y las consecuencias de las transiciones en la vida, los eventos y pautas de comportamiento, varían de acuerdo al momento en que ocurren en un curso de vida.
- Las vidas son vividas en forma interdependiente, y las influencias sociales e históricas son expresadas a través de esta red de relaciones compartidas.
- El curso de vida individual está inmerso en y es configurado por los tiempos históricos y lugares a través de lo largo de la vida.

La segunda perspectiva, el enfoque del Curso de vida de la epidemiología de las enfermedades crónicas, fue desarrollada inicialmente por Kuh y Ben-Shlomo (Ben-Shlomo y Khu, 2002; Halfond et al., 2018); y fue definido como el estudio de los efectos a largo plazo de la exposición a riesgos físicos y sociales durante la gestación, la infancia, la adolescencia, la adultez joven y la vida adulta, en el desarrollo de enfermedades crónicas (físicas y mentales).

El objetivo de este enfoque es construir y colocar a prueba modelos teóricos que postulan vías que vinculan la exposición a riesgos a lo largo del curso de vida y sus efectos posteriores en la salud

## **11.-ENFOQUE DE ABORDAJE DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS Y TRANSGRESION A LA NORMA Y COMISION DE DELITOS<sup>21</sup>**

La transgresión a la norma debe ser entendida en un sentido amplio, contemplando aspectos referidos a la desviación de normas no formales o incivildades, así como también a la comisión de delitos.

Una persona puede tener un estilo de vida que no necesariamente transgrede las leyes, pero presenta valores, normas, medios y oportunidades brindadas por su grupo de pertenencia, por ejemplo, el grupo de consumidores donde se encuentra inserto y que pueden 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.

---

<sup>21</sup>Para mayor información consultar el texto: CONSUMO PROBLEMÁTICO DE DROGAS TRATAMIENTO EN PERSONAS QUE HAN COMETIDO DELITOS Área Técnica de Tratamiento y Rehabilitación CONACE 2008



Lo relevante es considerar aquellos aspectos de la transgresión a la norma social que pudiesen constituir un factor de riesgo 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, y en el tratamiento considerándolo como un posible factor de cambio o problematización que facilite la recuperación.

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.

En relación al consumo de sustancias y la comisión de delitos, se puede afirmar que aun cuando 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, existen diferentes desarrollos conceptuales que pueden acercarse a la realidad presentada por algunos individuos o grupos particulares, que presentan consumo problemático de sustancias y comisión de delitos, por lo que su pertinencia debe ser considerada en cada caso:

1.-El primer grupo de teorías y desarrollos conceptuales 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**). Los individuos cometen delitos contra las personas debido a las alteraciones cognitivas crónicas producidas por intoxicación con sustancias psicoactivas (**modelo psicofarmacológico**) y 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**).

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.

La investigación desarrollada principalmente en el mundo anglosajón ha mostrado que el consumo abusivo de drogas y alcohol no tratado de la población infractora de ley, los expone a la reincidencia delictual y resulta fundamental la intervención en esta área, contemplando siempre la intervención en otros ámbitos de la vida de la persona que influyen en la generación de la conducta infractora, denominadas necesidades criminógenas.

En esa línea, el modelo Riesgo, Necesidad, Receptividad (RNR) Andrews y Bonta, que intenta determinar los factores de riesgo o necesidades criminógenas, para la reincidencia del delito en la población infractora de ley, es un desarrollo conceptual de gran utilidad tanto para el diagnóstico como el tratamiento de estas personas.

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. Además, el consumo problemático de sustancias afecta la responsividad o capacidad de respuesta del individuo.

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, tales como familia y/ o pareja, escuela y /o trabajo, tiempo libre y /o recreación.

### **III. SISTEMA DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN PARA PERSONAS ADULTAS CON PROBLEMAS DERIVADOS DEL CONSUMO DE DROGAS Y ALCOHOL**

#### **1. DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA:**

Para brindar tratamiento a las personas con consumo problemático de sustancias, este programa organiza la provisión de los servicios en diferentes tipos de **Planes de**

**Tratamiento** los cuales se han definido según: (1) la especificidad de la población destinataria: (Planes para Población General que incluye hombres y mujeres; Planes para Población Específica Mujeres); y, (2) el nivel de complejidad y severidad presentado por las personas que ingresan a tratamiento, distinguiendo así: Plan Ambulatorio Básico, Plan Ambulatorio Intensivo y Plan Residencial.

Los diferentes planes de tratamiento y rehabilitación comprenden objetivos terapéuticos a desarrollar progresivamente en la medida que se avanza en el proceso de recuperación, 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.

Para la implementación de estos Planes, se considera lo siguiente:

**a) Tipo de Establecimientos / Centros para su Implementación:**

● **Establecimientos Públicos de Salud** La puerta de entrada para acceder a tratamiento en la red pública, es la Atención Primaria de Salud, en adelante, APS. A partir de ahí, y dependiendo del nivel de cuidado que requiere la persona, se otorga tratamiento en el mismo establecimiento de APS, COSAM, CRS, CDT, Hospital de Día u hospital. Estos establecimientos deben contar con infraestructura suficiente que garantice el desarrollo adecuado de las intervenciones individuales, familiares, grupales, además de lugares de espera, descanso y recreación y sala de procedimientos médicos y/o de enfermería, cuando corresponda; 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.

Asimismo, y en el caso que la oferta considere el tratamiento residencial, debe contar con habilitación y equipamiento que entreguen las condiciones de hotelería adecuadas a las necesidades (tamaño y superficie de las salas, dormitorios, comedor, espacios de descanso y recreación). Si el programa es mixto, contar con espacios de dormitorio y baños, diferenciados para hombres y mujeres.

● **Centros Especializados de Tratamiento y Rehabilitación Ambulatorios o Residenciales privados**, administrados por Organizaciones No Gubernamentales (ONGs), fundaciones, sociedades de profesionales u otros, debidamente autorizados 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 y que considere la implementación de una sala de procedimientos médicos y/o de enfermería, cuando corresponda; 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.

Asimismo, y en el caso de los centros con oferta de tratamiento en modalidad residencial, deben contar con habilitación y equipamiento que entreguen las condiciones de hotelería adecuadas a las necesidades, (tamaño y superficie de las salas, dormitorios, comedor, espacios de descanso y recreación). Si el programa es mixto, contar con espacios de dormitorio y baños, diferenciados para hombres y mujeres.

Cabe mencionar la pertinencia de avanzar hacia el acceso universal tanto en la oferta pública como privada, dando cumplimiento a la normativa vigente al respecto.

#### **b) Recurso Humano:**

El equipo terapéutico de un programa de tratamiento y rehabilitación de personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas, bajo la perspectiva de la Recuperación, debe ser multi e interdisciplinario. Debe presentar capacidades técnicas, destrezas y habilidades clínicas suficientes, para abordar una población con diferentes niveles de complejidad, y con asignación horaria suficiente para dar cumplimiento a las prestaciones requeridas y al número de personas usuarias a atender.

La conformación de un equipo multidisciplinario es esencial para el abordaje integral, lo que implica no solo que cada uno de los miembros del equipo intervenga y aporte desde sus ámbitos de competencias profesionales, sino que también logre visualizar a la persona desde una mirada biopsicosocial, articulando las intervenciones en función del sujeto.

Este equipo debiera contar con al menos las siguientes competencias:

- Dominio del tema del consumo problemático de drogas
- Dominio del abordaje de patologías asociadas al consumo problemático de drogas (físicas y psíquicas), donde el diagnóstico es fundamental y el manejo de algunas de estas patologías de leve a moderada complejidad.
- Conocimiento y competencias en población en vulnerabilidad y exclusión social, con la incorporación de factores psicosociales intervinientes en el fenómeno de consumo problemático en esta población.
- Competencias en técnicas de acogida, vinculación y estrategias motivacionales.
- Dominio en la Incorporación de la perspectiva de género en la intervención.
- Conocimiento del Enfoque de determinantes sociales y curso de vida en la intervención
- Conocimiento de la relación droga-delito y su intervención terapéutica.
- Conocimiento sobre estrategias para reducir el estigma
- Flexibilidad, capacidad de adaptación a las necesidades de la población objetivo, así como de la variedad de tareas requeridas, para lograr su recuperación.

Se espera que un equipo interdisciplinario, especializado en el tratamiento y rehabilitación de personas con consumo problemático de drogas y alcohol se complemente, otorgando los espacios correspondientes para que cada integrante aporte desde su quehacer, hacia un propósito común, utilizando un modelo democrático de intercambio de información y de integración de distintas estrategias de intervención, que comparte un mismo enfoque y conceptos respecto a la persona y con un tratamiento integral basado en la evidencia disponible, y en la experiencia del equipo, más que en la opinión individual de cada uno de sus miembros

Este equipo debiera considerar la participación de médico general con formación en salud mental, y/o psiquiatra, psicólogo/a, trabajador/a social, enfermera/o, técnico en rehabilitación, técnico paramédico, terapeuta ocupacional, monitores y/o talleristas, los que otorgaran una atención diferenciada dependiendo de su rol, pero coordinada e integrada a un Plan de Intervención construido con el usuario y que debe ser conocido por todo el equipo. En el caso de programas específicos para mujeres, se sugiere contar con auxiliares de párvulos, para apoyar la atención y acompañamiento en el cuidado y tenencia de los hijos e hijas.

En los tratamientos ambulatorios y residenciales específicos de mujeres, se requiere incluir personal femenino en el programa, tanto en el día, como en los turnos de noche, cuando se trate de una modalidad residencial.

El equipo debe realizar regularmente reuniones clínicas de revisión de casos, reuniones técnicas de coordinación y reuniones de red y debe contar con un director/a o jefe de programa o equivalente, con competencias técnicas y de gestión suficientes para llevar a cabo la conducción y liderazgo del equipo, para lograr los objetivos del proceso de tratamiento.

El equipo debe contar con un programa regular de autocuidado, como protector de procesos de desgaste laboral, asociados a las características de la función y de la complejidad de la temática por las cuales las personas llegan al programa, el que debiese incluir a la persona del terapeuta, al equipo y a la organización

**c) Prestaciones de los Planes:**

Incluye un conjunto de intervenciones que en el marco del convenio, se agrupan y se rotulan como “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, psicoterapia familiar, psicodiagnóstico, visita domiciliaria, visita integral de salud mental, intervenciones comunitarias, exámenes de laboratorio y medicamentos, según corresponda.

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

**2- DESCRIPCIÓN DE LOS PLANES DE TRATAMIENTO:**

**2.1 PLAN DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN AMBULATORIO BÁSICO  
POBLACION GENERAL**

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 leve, caracterizado por la mantención de una actividad ocupacional (laboral o educacional) parcial o total y la existencia de soporte familiar.

**Duración del Plan:** El tiempo estimado para lograr los objetivos del proceso de tratamiento y rehabilitación, corresponde a la necesidad de cada persona, se sugiere una frecuencia de intervención de al menos 2 días por semana y una concentración de 1 a 2 intervenciones por día. Se puede desarrollar en horario diurno o vespertino. Respecto de la permanencia, cabe señalar que la literatura ha mostrado que si bien la duración óptima del tratamiento, es variable porque las necesidades de las personas son muy diversas; y debido a ello es que se entiende al tratamiento como un proceso personalizado, brindado según un Plan de Tratamiento Individual (NIDA, 2012), el tiempo mínimo de permanencia en el tratamiento (retención) que se asocia con resultados positivos en el post-tratamiento, es de 90 días.

Por otra parte, los datos SISTRAT arrojan que las personas usuarias que egresan con alta terapéutica en el plan básico permanecen en promedio 11, 4 meses.

## **2.2 PLAN DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN AMBULATORIO INTENSIVO POBLACION GENERAL Y POBLACION ESPECÍFICA DE MUJERES**

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, (especialmente con comorbilidad psiquiátrica o somática o, sin actividad ocupacional y con soporte familiar).

**Duración del Plan:** El tiempo estimado para lograr los objetivos del proceso de tratamiento, corresponde a la necesidad de cada persona. Se sugiere, una frecuencia de intervención de 5 días a la semana y una concentración de 3 a 5 prestaciones por día.

Se puede desarrollar en horario diurno o vespertino. Respecto de la permanencia, cabe señalar que la literatura ha mostrado que si bien la duración óptima del tratamiento, es variable porque las necesidades de las personas son muy diversas; y debido a ello es que se entiende al tratamiento como un proceso personalizado, brindado según un Plan de Tratamiento Individual (NIDA, 2012), el tiempo mínimo de permanencia en el tratamiento (retención) que se asocia con resultados positivos en el post-tratamiento, es de 90 días.

Por otra parte, los datos SISTRAT arrojan que las personas usuarias que egresan con alta terapéutica en el plan intensivo permanecen en promedio 11, 7 meses



**Consideraciones específicas:** La atención de mujeres con problemas de consumo de alcohol y otras drogas, en un plan de tratamiento intensivo debe incorporar cuando corresponda, la atención y acompañamiento en el cuidado y tenencia de los hijos e hijas, ya sea en el mismo lugar terapéutico u otro afín en coordinación con la red , en el entendido que no contar con apoyos para el cuidado de las hijas e hijos, suelen constituir un aspecto limitante para el ingreso y permanencia en los programas de tratamiento.

### **2.3 PLAN DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN RESIDENCIAL POBLACION GENERAL Y POBLACION ESPECÍFICA DE MUJERES**

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 y una percepción de auto eficacia disminuida o ausente, entre otros).

En el caso del Plan Residencial Específico de Mujeres, ellas pueden ingresar a tratamiento acompañadas de sus hijas e hijos, preferentemente cuando estos están en etapa preescolar y especialmente si son menores de dos años.

**Duración del Plan:** El tiempo estimado para lograr los objetivos del proceso de tratamiento, corresponde a la necesidad de cada persona. 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). Los datos SISTRAT arrojan que las personas usuarias que egresan con alta terapéutica en el plan residencial permanecen en promedio 9,2 meses

**Consideraciones específicas:** La experiencia acumulada a lo largo de los años de existencia de este Plan para población Específica de Mujeres, señala que la duración aproximada podría alcanzar inclusive un período de 6 a 8 Meses, pero siempre

prevalecerá en el tiempo de permanencia, la evaluación del Plan de Tratamiento Individualizado

En el caso específico de las mujeres, se ha observado que la incorporación de hijas/hijos, puede tener un fuerte valor motivacional para la madre; y preventivo para el hijo o hija de ésta.

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

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

Al incluir los niños y niñas 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 consideración a lo anterior, es fundamental que los niños y niñas mantengan sus controles de salud al día. Y la prioridad de atención que debe darse a mujeres gestantes y puérperas<sup>22</sup>

---

<sup>22</sup>Para mayor información consultar los textos MUJERES Y TRATAMIENTO DE DROGAS : Sugerencias para el Abordaje de Mujeres Embarazadas con Problemas de Drogas Área Técnica de Tratamiento y Rehabilitación CONACE 2010 Y MUJERES Y TRATAMIENTO DE DROGAS Embarazo, Puerperio y Lactancia Área Técnica de Tratamiento y Rehabilitación División Programática SENDA 2016

#### **IV OBJETIVOS PARA EL TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN DE PERSONAS ADULTAS CON PROBLEMAS DERIVADOS DEL CONSUMO DE DROGAS Y ALCOHOL:**

##### **Objetivo General**

Entregar una atención integral y de calidad, que propicie la recuperación de las personas con consumo problemático de sustancias

##### **Objetivos Específicos**

- 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 y fortalecer el desarrollo de competencias para la integración social.
- Apoyar y orientar el propósito de cambio en el estilo de vida.
- Fortalecer y reparar relaciones vinculares significativas
- Fomentar estilos de crianza saludables
- Facilitar relaciones parentales saludables
- Facilitar la conexión con sistemas de apoyo que permitan mejorar las condiciones de inclusión social.
- Facilitar el proceso de preparación para el egreso de acuerdo a los criterios definidos.
- Realizar acciones de seguimiento posterior al egreso del plan.

## V.-ETAPAS DE LA INTERVENCIÓN EN EL TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN DE PERSONAS ADULTAS CON PROBLEMAS DERIVADOS DEL CONSUMO DE DROGAS Y ALCOHOL

Dado que desde el enfoque de la RECUPERACION y la continuidad de los cuidados, existe la posibilidad que un proceso de tratamiento se desarrolle por parte de distintos equipos/establecimientos o dispositivos de la red, es posible que las etapas que se describen a continuación, no se desarrollen en su totalidad en cada uno de ellos.

De igual manera, se pueden distinguir cuatro etapas en el desarrollo del Plan de Tratamiento, que aborden a su vez, una progresión de objetivos terapéuticos específicos. Estas etapas se desarrollan de manera flexible, considerando los tiempos de cada usuario/a, por lo que su duración es estimada, y estará condicionado a la co-construcción del Plan de tratamiento individualizado de cada persona en tratamiento y el equipo, como a los avances y/o retrocesos, que pudieran ocurrir en su desarrollo.

Las diferentes intervenciones que se requieren realizar en un proceso de tratamiento, incluyen tanto las terapéuticas, como aquellas orientadas a apoyar la integración social. Estas intervenciones se realizan en concentración y frecuencias diversas, según el diagnóstico integral de cada persona, que aportara al diseño del Plan de Tratamiento Personalizado. Por lo que si bien en general la mayor intensidad del proceso, se produce una vez lograda la estabilización biomédica del consumo problemático y la comorbilidad, si existe, esta, variara según cada persona.

**1ª Etapa:** está destinada principalmente a la construcción de la alianza terapéutica y la elaboración del diagnóstico integral. Contempla la acogida y contención emocional, el diagnóstico integral o confirmación diagnóstica del problema, que incluye: aspectos clínicos del consumo; estado de salud general, incluida la salud sexual y reproductiva; estado de salud mental; diagnóstico y descripción de las necesidades de integración social, valoración del compromiso biopsicosocial de la persona usuaria afectada directamente por el consumo; abordaje del proceso de desintoxicación inmediato; apoyar la

profundización de la motivación al cambio; inclusión del trabajo terapéutico con familia como parte del proceso.

En relación a los planes específicos para mujeres, se aborda la valoración de la identidad y rol de género; las complicaciones asociadas al consumo, para ella, para hijas /hijos en gestación, en caso de estar embarazada y el cuidado y custodia de los hijos/hijos, durante el período de permanencia en el programa.

**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 y establecimiento de vínculos saludables con el sistema intrafamiliar; interviene en la reparación de experiencias traumáticas, elaboración de duelos, redefinición de roles con perspectiva de género; 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.

Los planes específicos para mujeres consideran además el entrenamiento en la relación de apego y establecimiento de vínculos saludables con los hijos – hijas y el sistema intrafamiliar

**3ª Etapa:** Es la preparación para el egreso del plan y corresponde principalmente al periodo en que se espera que las personas estén concretando la incorporación a las, diferentes instancias y actividades que le permitan hacer realidad los cambios y propósitos en su proyecto de vida donde se fortalecen los logros 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.

. Se considerarán motivos de egreso de un programa:

- 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 término del convenio<sup>23</sup>

- 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 45 días**, habiéndose realizado a lo menos tres acciones de rescate efectivas<sup>24</sup>, estas acciones permiten evaluar las razones de la interrupción de la asistencia y estimular que el usuario retome su tratamiento.

**4ª Etapa:** Corresponde a un período de seguimiento, posterior al alta terapéutica, cuyo objetivo es evaluar la mantención de los cambios terapéuticos logrados por la persona usuaria en el plan de tratamiento, ofreciendo estrategias de apoyo en el caso de presentarse dificultades. No obstante lo anterior se deberá velar porque la persona usuaria mantenga la continuidad de cuidados en los dispositivos de la red.

## **VI. ORIENTACIONES METODOLÓGICAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN CON CALIDAD DEL TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN PARA PERSONAS ADULTAS CON PROBLEMAS DERIVADOS DEL CONSUMO DE DROGAS Y ALCOHOL**

### **1.- DIAGNOSTICO INTEGRAL**

A **continuación**, se presentan los diferentes elementos que deben ser considerados para realizar un diagnóstico integral de la persona, es decir que contemple no sólo los aspectos clínicos propios del trastorno, si no que las diferentes dimensiones y variables que permitan evaluar la historia y situación actual de la persona.

Áreas o dimensiones a evaluar:

#### **1.- Uso de Sustancias**

En esta área se indaga el uso de sustancias en los siguientes ámbitos:

- Contexto histórico personal y familiar del uso de sustancias;

---

<sup>23</sup> Siempre que una persona usuaria egrese con alta administrativa, el centro deberá adicionalmente gestionar una derivación a otro dispositivo dado que se trata de mantener la continuidad de los cuidados

<sup>24</sup> Se entenderá por rescate efectivo acciones planificadas con objetivos específicos orientados a las necesidades de la persona usuaria para su reincorporación al tratamiento

- Uso de sustancias antes de ingresar a tratamiento;
- Consecuencias negativas percibidas por la persona usuaria;
- Antecedentes de tratamientos anteriores.
- Diagnóstico Clínico

## **Diagnóstico clínico del Uso de sustancias**

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

#### **a) 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.

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.

#### **b) Dependencia:**

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

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

- Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir la sustancia.
- Disminución de la capacidad para controlar el consumo de una sustancia, unas veces para controlar el comienzo del consumo y otras para detenerlo o disminuir la cantidad consumida.
- Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia, conjunto de síntomas que se manifiestan cuando el consumo de la sustancia se reduce o cesa
- 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 utilizado para obtener o administrarse la sustancia o para recuperarse de sus efectos.
- Persistencia en el consumo a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales, como daños somáticos, estados de ánimo depresivos consecutivos a períodos de consumo de alguna sustancia, o deterioro cognitivo secundario al consumo.

## **2.- Salud mental y física**

### **2.1 Salud mental**

En esta área se evalúan los siguientes ámbitos:

#### **2.1.1 .Trastorno de salud mental comórbido.**

##### **Diagnóstico**

Evaluar el trastorno de salud mental y 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. Dado que Chile ha adscrito como fuente de información estadística oficial del país la CIE – 10, como lo recomienda la OMS,

##### **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

**2.1.2 Funcionamiento psicológico.** Este ámbito evalúa aspectos del funcionamiento psicológico que impactan los resultados del tratamiento (auto-estima, auto-eficacia y toma de decisiones)

**2.1.3 Funcionalidad cognitiva (función ejecutiva).** Evaluar la funcionalidad cognitiva con la administración de instrumentos de tamizaje para identificar tempranamente a las personas que ingresan a tratamiento y que presentan indicadores de problemas cognitivos transitorios o permanentes, en especial el Síndrome Disejecutivo. El síndrome disejecutivo se refiere a un conjunto de alteraciones de las funciones ejecutivas cerebrales, entre las cuales se encuentran las siguientes

- Dificultades para el inicio, la interrupción y/o el reinicio de la conducta.
- Problemas en la focalización, el mantenimiento y la alternancia de la atención.
- Desinhibición.
- Inflexibilidad para generar hipótesis alternativas ante los problemas. Déficit en el establecimiento y el mantenimiento de planes de acción orientados a metas. Falta de regulación de la conducta basada en la retroalimentación.
- Dificultades en la abstracción y la categorización de conceptos.
- Disminución en la producción fluida del lenguaje.
- Dificultades en la recuperación guiada de la información almacenada.
- Problemas en la atribución de estados mentales a las demás personas; aquí se incluyen alteraciones en el razonamiento social.

#### **2.1.4 Otros problemas de salud mental**

- **Violencia Intrafamiliar**<sup>25</sup>
- **Abuso Sexual**
- Maltrato Infantil
- Explotación sexual comercial
- Riesgo suicida

#### **2.2 Salud Física**

Se trata de evaluarla presencia simultánea de un trastorno por consumo de sustancias (consumo perjudicial o dependencia) y una o más patologías somáticas asociadas.

Hepatitis alcohólica subaguda

- Hepatitis crónica
- Enfermedades somáticas
- Hepatitis B, C, D
- ITS
- TBC
- 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

#### **3.- Situación familiar**

Dado que el apoyo familiar resulta central en el proceso de recuperación de las personas que presentan consumo problemático de alcohol y otras drogas. Se sugiere

---

<sup>25</sup>Para Mayor información consultar el texto: RECOMENDACIONES PARA EL TRATAMIENTO DE POBLACIÓN CONSUMIDORA PROBLEMÁTICA DE ALCOHOL, EN CONTEXTO DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Área Técnica de Tratamiento y rehabilitación División Programática SENDA 2018

considerar los siguientes ámbitos en la evaluación de esta área: Descripción de la familia, Pautas de relación/interacción, y Valores y creencias

La familia puede movilizar a la persona a solicitar ayuda profesional e iniciar el proceso de cambio, acompañar en el alcance y mantención de logros terapéuticos y colaborar activamente en el desarrollo de estilos de vida saludables.

#### **4.- Funcionamiento Social e Integración Social**

Esta herramienta diagnóstica se sustenta en la relevancia de considerar los procesos únicos y continuos en el tiempo, donde es necesario conocer las necesidades individuales y los recursos de cada persona. En este sentido, evaluar las necesidades de integración social, 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, con el propósito de 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.

Junto con conocer cómo es la relación entre la persona y la, o las sustancias, también se debe conocer 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 esto se pone a disposición de los equipos el instrumento de **Diagnóstico Global de Necesidades de Integración Social**: una rúbrica que desglosa elementos relacionados a distintos capitales de recuperación como el social, humano y físico y que describe de manera cualitativa la presencia y relación de la persona con aspectos específicos vinculados a estos capitales. El objetivo de esta herramienta es entregar información complementaria y comprensiva, en el marco de la evaluación integral, identificando fortalezas y obstáculos que facilitan y/o dificultan los procesos de integración social y que sirven de apoyo para la construcción de los planes de intervención individual.

### **5.-Trasgresión a la norma (social y jurídica)**

Desde la década de los años 1980 se ha estudiado la relación del uso de drogas y la comisión de delitos, dada la elevada prevalencia de uso de drogas en la población que presenta infracción a la ley en comparación con la población general; fenómeno que no sólo se encuentra en países anglosajones y en Europa, sino que también en nuestro país y en otros países de Latino América

Se debe por lo tanto, indagar acerca de la trasgresión a las normas sociales y la comisión de delitos de las personas usuarias que ingresan a tratamiento, toda vez que la investigación ha encontrado que la reducción o la abstinencia del uso de sustancias en las personas que han cometido delitos tiene un efecto en la reducción del riesgo de reincidencia).Una explicación para este hallazgo es que la población que usa sustancias y ha cometido delitos es una población heterogénea en lo que concierne al riesgo de reincidencia, y debiera proveerse intervenciones diferenciadas de tratamiento para reducir la probabilidad de nuevas detenciones o la reincidencia.

La indagación en esta área debe considerar los siguientes ámbitos:

- 1.-Historia de transgresión a la norma social y comisión de delitos (generales),
- 2.-Pautas antisociales de la personalidad,
- 3.-Pares antisociales,
- 4.-Cogniciones antisociales,
- 5.-Antecedentes de involucramiento en violencia intrafamiliar y agresión sexual.

#### **4. Motivación para el cambio y Estadio Motivacional**

La disposición motivacional para el cambio de comportamientos y la motivación para ingresar a tratamiento se relaciona con el enganche y la permanencia en tratamiento; es decir, es más probable que una persona que percibe el uso de sustancias como un problema que afecta su vida o ya está realizando cambios en su uso de la sustancia, esté más dispuesta a ingresar y adherir a un tratamiento).

Sin embargo, **la motivación para el cambio de comportamientos y para participar en el tratamiento para el trastorno por uso de sustancias no es un proceso lineal** en el cual el usuario avanza con resolución hacia el logro de sus metas, sino que presenta avances y retrocesos y es un fenómeno que fluctúa según factores internos y externos al individuo (situacionales).

La diferenciación del proceso de cambio en estadios implica que un terapeuta puede utilizar diferentes tácticas con una persona usuaria, 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 la persona. Los problemas que se derivan de que las personas se encuentren “no motivados”, surgen cuando el terapeuta está utilizando estrategias inadecuadas para la etapa real en el proceso de cambio en la que se encuentra dicha persona.

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 **Pre-contemplación:** es un estadio durante el cual las personas no piensan seriamente en cambiar

- o **Contemplación:** es el período en el que las personas están pensando seriamente en cambiar. 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.
- 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.
- 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.

## 5.- Fortalezas y recursos de la persona usuaria

El diagnóstico Integral de personas que ingresan a tratamiento -junto con las necesidades y problemas de intervención-, debe considerar también los recursos y las fortalezas de las personas y el medio en el que estas se desenvuelven.

Las fortalezas y recursos de la persona (o factores protectores), se refieren a sus fortalezas y recursos sociales que pueden ser usados como apoyos para la recuperación; se incluyen en estas fortalezas a aquellas que han contribuido a períodos anteriores de estabilidad. Entre las fortalezas de la persona se encuentran los rasgos positivos de su personalidad, sus habilidades sociales, sus estrategias de afrontamiento, y el apoyo de familiares o amigos.

La fortaleza de una persona no es necesariamente un recurso, a menos que esa fortaleza esté disponible para ser usada en el afrontamiento y resolución de problemas. Se debe descubrir, realzar, explorar y explotar las fortalezas de las personas y sus recursos, con el fin de apoyar en el logro de metas, haciendo frente, muchas veces a las consecuencias que ha tenido para la persona las diversas vivencias de estigmatización y exclusión.

Trabajar desde las fortalezas y recursos, exige del equipo técnico desarrollar la capacidad de ver de forma amplia e integral a las personas, a sus entornos y contextos y a las situaciones concretas que viven y afrontan.

## 2.- COMPROMISO BIOPSIICOSOCIAL

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 y de su entorno.

A continuación, se presentan dos tablas, la Tabla 1 para la población general consta de 14 variables, la Tabla 2 para población específica de mujeres consta de 18 variables, ambas permiten, 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. El que facilitara la toma de decisiones respecto del nivel de intensidad de la intervención requerida para la persona, y la modalidad: ambulatoria, básica intensiva o residencial

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 para población general y 9 o más variables para población específica de mujeres) en la misma categoría, es posible estimar que corresponde al nivel de compromiso biopsicosocial de esa persona en ese momento.

**Tabla 1 POBLACION GENERAL**

VARIABLES Y DIMENSIONES A OBSERVAR	GRADO DE COMPROMISO BIOPSIICOSOCIAL POBLACIÓN GENERAL		
	Leve	Moderado	Severo
1. Patrón de consumo Tipo sustancia, vía administración y frecuencia de consumo	<ul style="list-style-type: none"> <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	Consumo perjudicial	Consumo perjudicial y hasta 3 criterios para dependencia	Más de 3 criterios para dependencia

(C.I.E. 10).			
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. Tratamiento 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.-HABILITACIÓN EN COMPETENCIAS DE INTEGRACIÓN SOCIAL:**

El propósito de habilitar a las personas usuarias de sustancias en Competencias para la Integración Social es desarrollar en ellas habilidades asociadas a: la Comunicación, Iniciativa, Autonomía y Manejo de situaciones difíciles. Dichos ámbitos de competencias han sido descritos como críticos para contribuir al empoderamiento y a la mantención en el largo plazo de los logros alcanzados durante el proceso de tratamiento.

Para desarrollar esta habilitación, se encuentra disponible el Portafolio **de Competencias para la integración Social (CIAM)**<sup>2627</sup>, dicho portafolio reúne un conjunto de actividades grupales, que incluyen aspectos lúdicos, prácticos e innovadores, que se complementan con un uso diverso de recursos materiales y pedagógicos. Se espera que el equipo profesional del Centro de tratamiento facilite el aprendizaje en las personas usuarias, de las competencias que están contenidas en cada uno de estos talleres. Mejorando así el desempeño de las personas en cuanto a sus habilidades de comunicación, indicativa, autonomía y manejo de situaciones difíciles.

Particularmente, el enfoque de competencias se propone lograr que las personas en procesos de recuperación desarrollen, por una parte, 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 se encuentren informados(as), que participen en espacios públicos y de ocio.

### **4. PLAN DE TRATAMIENTO INDIVIDUAL (PTI)<sup>28</sup>**

Corresponde al diseño estratégico de intervención para cada persona, y se construye en conjunto con el usuario/a, 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.

---

<sup>26</sup>CIAM El detalle de esta estrategia metodológica, sus componentes y el detalle de cada una de las actividades de aprendizaje propuestos, 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

<sup>27</sup>Link para descargar

<sup>28</sup> Equivalente al PCI o Plan de Cuidados Integrales

Los objetivos del PTI deben ser relevantes para el usuario, específicos, mensurables, realizables y de duración determinada<sup>29</sup>

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

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

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

- Debe ser **consensuado** con 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 clínica permite:

---

<sup>29</sup>Para Mayor información para la elaboración del PTI consultar el texto Plan de Tratamiento Individual en Consumo (Perjudicial o Dependiente) de Drogas o Alcohol: ENFOQUE SMART PARA EL DISEÑO DE OBJETIVOS TERAPÉUTICOS Área Técnica de Tratamiento y Rehabilitación División Programática SENDA 2015 y Utilización de Representaciones Gráficas (node-link o mapping) EN EL TRATAMIENTO DE USUARIOS CON TRASTORNO POR CONSUMO DE DROGAS Y/O ALCOHOL: TEORÍA, INVESTIGACIÓN Y APLICACIONES Área Técnica de Tratamiento y Rehabilitación División Programática SENDA 2015

- Evaluación periódica de los logros alcanzados por la persona 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, asegurarla 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, incluidas las que van en apoyo a la integración social.

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.

## 5. CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

El consentimiento informado debe reunir al menos cuatro requisitos fundamentales.

- a. **La voluntariedad** 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 la persona consultante 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 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.

## **6. ADHERENCIA AL PROGRAMA DE TRATAMIENTO**

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

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

Influyen en la adherencia al tratamiento variables 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.

## **7. RESCATE**

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

acciones se recomiendan las llamadas telefónicas, visitas domiciliarias y utilización de estrategias motivacionales orientadas a la re vinculación con el programa.

Las estrategias de rescate deben ser conocidas por todos y estar previamente definidas con plazos y responsables

## 8. -EVALUACIÓN

Se entiende la evaluación, como un proceso ordenado y metodológico para establecer análisis y mediciones sistemáticas de los programas de tratamiento, mide en relación a resultados esperados, como también, permite comparar con estándares específicos, con el fin de modificar, afinar, mejorar y/o formular nuevos planes o iniciativas.

Algunos elementos esenciales a considerar para el proceso de evaluación, de los programas de tratamiento son:

- ***“Los criterios de calidad, definidos como elementos pre-determinados, con los que se puede, medir y comparar, aspectos importantes de la calidad de la gestión y de la calidad de los servicios.***
- ***Los estándares, de calidad definidos como el grado de cumplimiento del criterio que se exige el equipo y que se expresan siempre en %.***

La interrelación de estos elementos se produce porque su construcción se basa en tres pilares esenciales:

1. La evidencia actualizada y la literatura especializada.
2. Las Normas, Protocolos, Manuales de Procedimientos y otros documentos regulatorios vigentes.
3. La experiencia de profesionales expertos

La magnitud y diversidad de los dispositivos /centros de tratamiento en el marco de este convenio determina la relevancia de implementar procesos de evaluación que permitan monitorear las distintas dimensiones y/o estándares definidos como fundamentales para el otorgamiento de una atención de calidad<sup>30</sup>.

---

<sup>30</sup>Para mayor información consultar Anexo gestión de la calidad

Se han implementado evaluaciones destinadas a la medición de procesos, de responsabilidad de los equipos de gestión SENDA MINSAL (pautas de evaluación de aplicación anual) y evaluaciones de responsabilidad de los equipos que otorgan el tratamiento (monitoreo de resultados de los indicadores de retención, logro terapéutico y alta terapéutica e implementación de pautas de avance de proceso terapéutico)

La literatura contemporánea de tratamientos de salud mental y de los problemas asociados al uso de sustancias ha recomendado en forma creciente el monitoreo rutinario de los resultados del tratamiento para la medición y monitoreo de resultados de tratamiento se ha implementado el Perfil de resultados del tratamiento (TOP)

### **8.1.- EVALUACION 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:

- **Uso de Sustancias / 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.
- **Necesidades de Integración Social:** tipo de ocupación y nivel de inserción laboral, que incluye además estudios y uso del tiempo libre (u ocio).
- **Trasgresión a la norma social y jurídica necesidades criminógenas,** 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
- **Estado de salud física** (incluye control natalidad, control embarazo y sexualidad responsable): **existencia de algún problema** de salud diagnosticado por CIE X

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

## 8.2 - MONITOREO DE RESULTADOS TERAPÉUTICOS (TOP)<sup>31</sup>

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.

---

<sup>31</sup>Para mayor información consultar el texto Perfil de Resultados del Tratamiento (TOP) MANUAL PARA EL ENTREVISTADOR Área técnica en tratamiento y rehabilitación División Programática SENDA 2015



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>32</sup>, la información recogida puede ser utilizada como una fuente adicional para el desarrollo y monitoreo del Plan de Tratamiento Individual (PTI).

El TOP se administra al ingreso a tratamiento para registrar una línea base del comportamiento del usuario/a durante el mes previo a la aplicación del instrumento, posteriormente se administra cada 3 meses para capturar cambios conductuales, al momento del egreso o alta del tratamiento, y puede ser usado en mediciones de resultados post-egreso

### **8.3.-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, así como también, la trayectoria en el marco de los procesos de integración social, para lo cual es necesario aplicar el diagnóstico de necesidades de integración social, y estimar los cambios con respecto de la información consignada al ingreso.

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.

---

<sup>32</sup>Se adjunta anexo con instrumento TOP

**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:

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

#### **9. VINCULACIÓN A INSTANCIAS DE APOYO A LA INCLUSIÓN SOCIAL:**

Durante todo el proceso de Tratamiento, será necesario evaluar las necesidades de integración social que vayan surgiendo, logrando hacer una efectiva conexión con la instancia de apoyo que la persona requiera en dicho momento.

Las necesidades más frecuentes en este grupo se agrupan dentro de las siguientes categorías:

- Educación
- Empleo
- Habitabilidad
- Situaciones judiciales
- Apoyo Social
- Protección Social
- Ocio y tiempo libre

Para detectar estas necesidades se ha puesto a disposición de los centros de tratamiento la Ficha de necesidades de integración social, la cual se sugiere sea revisada y llenada cada dos meses, así se podrá tener de manera actualizada la información respecto de aquellas necesidades que vayan también surgiendo durante el proceso de recuperación. Por lo tanto servirá como insumo para actualizar el Plan de tratamiento Individual, pero a la vez exige que el Centro de tratamiento implemente estrategias de trabajo en red que sean efectivas y que logren satisfacer las necesidades que esta población presenta, siendo esto calve para la sostenibilidad a largo plazo de los logros terapéuticos.

Siendo la necesidad de apoyo al empleo y empleabilidad, una de las más importantes que presenta esta población, SENDA pone a disposición de la red de recuperación en 5 regiones del país<sup>33</sup> de dispositivos de Orientación sociolaboral, a través de los cuales se contempla una intervención complementaria al proceso de tratamiento socio sanitario, especializada en el mejoramiento de las competencias de empleabilidad y el apoyo a la obtención de un puesto de trabajo en aquellos casos que así lo requieran.

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

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. La

---

<sup>33</sup>Está disponible en las regiones de Tarapacá, Valparaíso, Metropolitana, Biobío y Los Ríos. Se espera su aumento progresivo a otras regiones del país.

resolución exitosa del trastorno severo por consumo de sustancias puede tomar años e incluso décadas,<sup>34</sup>

El tratamiento no termina con el egreso del plan de tratamiento, 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 a la 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 recomienda que dentro de este proceso, las personas se incorporen a instancias de participación como Grupos de Autoayuda o grupos de apoyo psicosocial comunitarios (mujeres, personas mayores etc.)** Así mismo es importante mencionar que la persona es parte de la red pública de salud por lo que se realizará constante seguimiento en sus prestaciones regulares de salud a lo largo de su curso de vida.<sup>35</sup>

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, y muy especialmente en la población femenina, ha demostrado que son espacios nutritivos y aportadores en el cultivo de vínculos y apoyo psicosocial, en

---

<sup>34</sup>White, W. Recovery Management. What if we really believed that addiction was a chronic disorder? In W. White, E. Kurtzand M. Sanders. *RecoveryManagement*. Great Lakes Addiction Technology Transfer Center, Chicago, IL, 2006, pp. 44-57 (<http://www.nattc.org/recoveryresourc/docs/RecMgmt.pdf>; recuperado en julio de 2016)

<sup>35</sup>Población inscrita en la red de salud pública

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.

Por último, existe en 5 regiones del país<sup>36</sup>, un dispositivo específico para apoyar la inclusión social, post alta de tratamiento, denominado **Viviendas de Apoyo a la Integración Social (VAIS)**. Este dispositivo es una instancia habitacional transitoria, orientada a facilitar el fortalecimiento de un conjunto de habilidades personales, que permita el logro de una vida independiente y autónoma, socialmente normalizada e integrada en su entorno familiar, laboral y social, destinada a las personas en proceso de recuperación por consumo problemático de sustancias, que han superado las etapas de su proceso de tratamiento y rehabilitación y que carecen de un soporte familiar o de un espacio convivencial adecuados para llevar adelante su proyecto de vida.

Será fundamental conectar a las personas que lo requieran a este dispositivo para que puedan continuar así su proceso de recuperación, consolidando los logros alcanzados en el tratamiento. Durante la estancia de la persona en VAIS, el equipo de tratamiento deberá mantener un seguimiento activo y coordinado con los profesionales de dicho dispositivo, centrado en fortalecer las conductas de autocuidado, prevención de recaídas y mantención de la compensación de problemas de salud mental que la persona pudiera tener.

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.

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

---

<sup>36</sup> Están disponibles en las regiones de Tarapacá, Valparaíso, Metropolitana, Biobío y Los Ríos.

- **Uso de Sustancias / 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.
- **Integración Social: habitabilidad, redes de apoyo,** experiencia laboral, satisfacción con estudios, acceso a capacitación y o formación técnica profesional, grado de participación ciudadana, uso del tiempo libre, entre otras.
- **Trasgresión a la norma social y Jurídica:** 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 X

## Anexo N°2

FORMULARIO PARA LA PRESENTACIÓN DE  
PROYECTOS  
SENDA 2022-2023



## FORMULARIO DE PRESENTACIÓN PROYECTOS FORMATO A

### 1.- IDENTIFICACIÓN GENERAL DEL PROGRAMA

NOMBRE DEL PROGRAMA	
ÁREA TEMÁTICA	
DURACIÓN PROGRAMA	

### 2.- LOCALIZACIÓN DEL PROYECTO

REGIÓN	PROVINCIA
COMUNA	SECTOR LOCALIDAD
DIRECCIÓN	

### 3.- IDENTIFICACIÓN DE LA INSTITUCIÓN U ORGANIZACIÓN

NOMBRE Y/O RAZÓN SOCIAL	
RUT	
DIRECCIÓN	
TELÉFONO	
E-MAIL	
Nº DE PERSONALIDAD JURÍDICA	

### 4.- IDENTIFICACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL

NOMBRE	
RUT	
DIRECCIÓN	
TELÉFONO	
E-MAIL	

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

BANCO	
TIPO DE CUENTA	
Nº DE CUENTA	
FECHA DEL CERTIFICADO DE VIGENCIA	

### 6.- EQUIPO RESPONSABLE DEL PROGRAMA

NOMBRE	PROFESIÓN	CARGO O FUNCIÓN	HORAS TOTALES DEL
--------	-----------	-----------------	-------------------



			<b>PROYECTO</b>

#### 7.- IDENTIFICACIÓN ORGANIZACIONES E INSTITUCIONES COLABORADORAS

<b>NOMBRE</b>	<b>DIRECCIÓN</b>	<b>TELÉFONO</b>	<b>TIPO DE APORTE (infraestructura, recurso humano, equipamiento, otros)</b>

#### 8.- DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN BENEFICIARIA

**Describa las características de la población a la cual está dirigido el programa (Máx. 1 plana)**

Se debe describir características de rango etáreo, sexo, pertenencia a pueblos indígenas, familiares, entre otras dimensiones, que permita identificar a las personas a atender en el ámbito del tratamiento de consumo problemático de alcohol – drogas de acuerdo al programa al que se postula. Se debe describir claramente las situaciones las personas que se pretende atender, los recursos y potencialidades presentes en esta población, sus familias y redes, así como las particularidades del perfil, recogiendo variables transversales como género, etnia u otras presentes. Se deben considerar todos aquellos elementos que permitan demostrar que éstas son pertinentes al programa de atención a la que se postula.

#### 9.- BENEFICIARIOS DEL PROYECTO

Describir a los beneficiarios directos proyectos, de acuerdo a las características del programa, señalando el tramo etario al cual está dirigido, el sexo de los beneficiarios/as. Podrá ocupar uno, dos, tres o la cantidad de tramos etarios que el programa abarque.

<b>POBLACIÓN BENEFICIARIA</b>	<b>GÉNERO</b>	<b>TOTAL ESTIMADO</b>
Tramo 2 (12 a 18 años)	Masculino	

Tramo 3 (19 a 25 años)	Masculino	
Tramo 4 (26 a 34 años)	Masculino	
Tramo 5 (35 a 44 años)	Masculino	
Tramo 6 (45 a 64 años)	Masculino	
Tramo 7 (65 años en adelante)	Masculino	
<b>TOTAL</b>		

## 10.- MARCO CONCEPTUAL

Describir en forma sucinta el marco o los supuestos teóricos que sustenta el Programa, señalando los factores identificados como influyentes sobre la problemática. Se debe incluir la bibliografía en la cual está basado el marco teórico utilizado en la propuesta.

**Esta sección no debe exceder las dos planas, excluyendo la bibliografía.**

## 11.- METODOLOGIA (máx. dos planas)

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

**(máx. dos planas)**

## 12.-PROGRAMA DE AUTOCUIDADO

Describa de qué manera se realizará la intervención de autocuidado para lograr los objetivos planteados. Se espera que al menos se desarrollen los siguientes ámbitos:

- Objetivos
- Sesiones estructuradas en el período de 1 año, distintas a actividades recreativas
- Desarrollo de estrategias para favorecer el autocuidado que considere los siguientes ámbitos: persona del terapeuta, equipo y organización
- Que contenga alguna/s actividad/es recreativa/s

**Máximo 2 planas**

### 13.- PROGRAMA DE FORMACIÓN DEL EQUIPO

Describa de qué manera se realizará la inducción y formación del equipo. Se espera que al menos se desarrollen los siguientes ámbitos:

- Programa de formación del equipo clínico que contempla la totalidad los siguientes ámbitos:
- Procedimientos definidos para el proceso de inducción al cargo y formación de nuevos profesionales y técnicos que se integran al equipo (metodología, responsables y plazos)
- Procedimiento definido para la detección de necesidades de formación del equipo (metodología, responsables y periodicidad)
- Descripción de al menos dos actividades de formación que la institución realizará en el periodo de duración del convenio. (breve descripción y cronograma)

**Máximo 2 planas**

### 15.- OBJETIVO DEL PROYECTO

OBJETIVO GENERAL	
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	PRODUCTOS ESPERADOS

### 16.- ACTIVIDADES DEL PROYECTO<sup>37</sup>

Actividad N° 1	
Nombre de la actividad	
Descripción y Metodología de la actividad	

<sup>37</sup> Repetir los cuadros de actividades cuantas veces sea necesario

<b>Lugar</b> (espacio físico en que se va a desarrollar)	<b>Duración</b> , en semanas o meses	<b>Frecuencia</b> , cuántas veces al día/semana/mes	<b>N° total de horas</b> dedicadas a la actividad
<b>RECURSOS DESTINADOS A LA ACTIVIDAD<sup>38</sup></b>			
<b>Gastos de Operación</b>			
<b>Gastos en personal</b>			
<b>Gastos en inversión</b>			
<b>Gastos asociados a actividades</b>			

---

<sup>38</sup> Sólo describir el tipo de gasto para cada ítem, no los montos.

<b>Actividad N° 2</b>			
<b>Nombre de la actividad</b>			
<b>Descripción y Metodología de la actividad</b>			
<b>Lugar</b> (espacio físico en que se va a desarrollar)	<b>Duración</b> , en semanas o meses	<b>Frecuencia</b> , cuantas veces al día/semana/mes	<b>N° total de horas</b> dedicadas a la actividad
<b>RECURSOS DESTINADOS A LA ACTIVIDAD<sup>39</sup></b>			
<b>Gastos de Operación</b>			
<b>Gastos en personal</b>			
<b>Gastos en inversión</b>			
<b>Gastos asociados a actividades</b>			

<sup>39</sup> Sólo describir el tipo de gasto para cada ítem, no los montos.

**17.- CRONOGRAMA**

**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL PROGRAMA**

**Año 2022**

<b>Nº</b>	<b>NOMBRE DE LA ACTIVIDAD</b>	<b>MES 5</b>	<b>MES 6</b>	<b>MES 7</b>	<b>MES 8</b>	<b>MES 9</b>	<b>MES 10</b>	<b>MES 11</b>	<b>MES 12</b>

**Año 2023**

<b>Nº</b>	<b>NOMBRE DE LA ACTIVIDAD</b>	<b>MES 1</b>	<b>MES 2</b>	<b>MES 3</b>	<b>MES 4</b>	<b>MES 5</b>	<b>MES 6</b>	<b>MES 7</b>	<b>MES 8</b>	<b>MES 9</b>	<b>MES 10</b>	<b>MES 11</b>	<b>MES 12</b>

***(Inicio del programa sujeto a fecha de suscripción del convenio. El programa finaliza el 31 de diciembre de 2023)***

## 18.- DURACIÓN DEL PROYECTO

**Duración en Meses:**

(Desde la fecha de suscripción del convenio y hasta el 31 de diciembre de 2023)

## 19.- CURRÍCULO INSTITUCIONAL IDENTIFICACIÓN DE LA INSTITUCIÓN U ORGANIZACIÓN (EXPERIENCIA INSTITUCIONAL)

NOMBRE Y/O RAZÓN SOCIAL	
RUT	
DIRECCIÓN	
TELÉFONO	
E-MAIL	
N° DE PERSONALIDAD JURÍDICA	
NOMBRE del Representante Legal	
RUT del Representante Legal	

### IDENTIFICACIÓN DE LA CONTRAPARTE INSTITUCIONAL PARA SENDA

NOMBRE DE LA PERSONA RESPONSABLE	
CARGO DENTRO DE LA INSTITUCIÓN	
DIRECCIÓN	
TELÉFONO	
E-MAIL	

### IDENTIFICACIÓN DE LA CONTRAPARTE INSTITUCIONAL PARA SENDA

NOMBRE DE LA PERSONA RESPONSABLE	
CARGO DENTRO DE LA INSTITUCIÓN	
DIRECCIÓN	
TELÉFONO	
E-MAIL	

### EXPERIENCIA EN PROYECTOS Y/O PROGRAMAS DE TRATAMIENTO DEL CONSUMO DE DROGAS Y/O ALCOHOL PARA POBLACION ADULTA

PROYECTO O PROGRAMA	
AÑO DE EJECUCIÓN	
COBERTURA	
FINANCIAMIENTO	

Repetir recuadro cuantas veces sea necesario

### EXPERIENCIA RELACIONADA CON LA EJECUCIÓN DE PROYECTOS SOCIALES U OTRAS POBLACIONES EN TRATAMIENTO (en caso de no contar con experiencia en el punto anterior)

PROYECTO O PROGRAMA	
AÑO DE EJECUCIÓN	
COBERTURA	
FINANCIAMIENTO	

Repetir recuadro cuantas veces sea necesario



**20.- CURRICULO VITAE DIRECTOR/COORDINADOR TECNICO****ANTECEDENTES PERSONALES**

<b>Apellido Paterno</b>	<b>Apellido Materno</b>
<b>Nombres</b>	
<b>Profesión o Título Técnico</b>	

**ENSEÑANZA SUPERIOR O FORMACIÓN TÉCNICA (en relación al cargo que postula)**

<b>TÍTULO Y/O LICENCIA</b>
<b>UNIVERSIDAD O CENTRO FORMADOR</b>
<b>FECHA DE TITULACIÓN (mes- año)</b>
Mes:
Año:

**EXPERIENCIA LABORAL.**

Sólo considerar antecedentes vinculados al programa al que se está postulando, de acuerdo a lo requerido y señalado en el N° 2.5 de las presentes bases (Criterios de Evaluación) . Al especificar las funciones debe consignarse claramente lo anterior.

<b>CARGO O FUNCIÓN</b>	
<b>(Favor especificar claramente)</b>	
<b>INSTITUCIÓN</b>	
<b>UNIDAD DE DESEMPEÑO</b>	
<b>FECHA DE INGRESO (mes- año)</b>	<b>FECHA DE TÉRMINO (mes- año)</b>
Mes:	Mes:
Año	Año

<b>CARGO O FUNCIÓN</b>
------------------------

<b>(Favor especificar claramente)</b>	
<b>INSTITUCIÓN</b>	
<b>UNIDAD DE DESEMPEÑO</b>	
<b>FECHA DE INGRESO (mes- año)</b>	
Mes:	FECHA DE TERMINO (mes- año)
Año	Mes:
	Año

<b>CARGO O FUNCIÓN</b>	
<b>(Favor especificar claramente)</b>	
<b>INSTITUCIÓN</b>	
<b>UNIDAD DE DESEMPEÑO</b>	
<b>FECHA DE INGRESO (mes- año)</b>	
Mes:	FECHA DE TÉRMINO (mes- año)
Año	Mes:
	Año

(\*) Replicar tablas cuantas veces sea necesario

<b>Declaración de participación en el Programa</b>	
<b>(no se validarán CV sin declaración de participación)</b>	
<b>Firma</b>	<b>Fecha de la declaración de participación</b>
<b>(no se validarán CV sin firma y fecha)</b>	

**21.- RECURSO HUMANO DEL PROGRAMA:**

**a) Director/Coordinador Técnico (financiado por SENDA)**

Profesión, título técnico u oficio	Cargo	Horas semanales	Remuneración
	Director/Coordinador		

	<b>Técnico</b>		
--	----------------	--	--

b) **Recurso Humano (financiado por SENDA) de acuerdo a lo establecido en el Anexos, según corresponde (Ver, especialmente, el N° 1.7 de las presentes bases)**

<b>Profesión, título técnico u oficio</b>	<b>Cargo</b>	<b>Horas semanales</b>	<b>Remuneración</b>

c) **(No financiado por SENDA)**

<b>Profesión, título técnico u oficio</b>	<b>Cargo</b>	<b>Horas semanales</b>

## 22.- **PRESUPUESTO**

El presupuesto deberá presentarse en el formato que se adjunta.

**PRESUPUESTO**



U OFICIO	DESTINADOS	AL PROYECTO	APORTE PROPIO	SENDA	TOTAL \$
<b>SUB TOTAL \$</b>					
<b>TOTAL ITEM \$</b>					

**Presupuesto Total del Programa  
(Etapa de Equipamiento)**

ÍTEM	APORTE PROPIO	SENDA	TOTAL ÍTEM	% DEL ÍTEM APORTE SENDA
Gastos de Operación				
Gastos en Personal				
Gastos en Inversión				
<b>TOTAL</b>				

Firma Representante Legal Entidad  
(Nombre Organización Responsable)

**PRESUPUESTO  
DESCRIPCIÓN POR ÍTEM  
ETAPA DE FUNCIONAMIENTO 2022**



<b>SUB TOTAL \$</b>					
<b>TOTAL ITEM \$</b>					

**Presupuesto Total del Programa**

<b>ÍTEM</b>	<b>APORTE PROPIO</b>	<b>SENDA</b>	<b>TOTAL ÍTEM</b>	<b>% DEL ÍTEM APOORTE SENDA</b>
<b>Gastos de Operación</b>				
<b>Gastos en Personal</b>				
<b>Gastos en Inversión</b>				
<b>TOTAL</b>				

Firma Representante Legal Entidad  
(Nombre Organización Responsable)

**PRESUPUESTO  
DESCRIPCIÓN POR ÍTEM  
ETAPA DE FUNCIONAMIENTO 2023**

### Gastos Operacionales

TIPO	CANTIDAD	QUIÉN Y CUÁNTO APORTA \$		
		APORTE PROPIO	SENDA	TOTAL \$
<b>SUB TOTAL \$</b>				
<b>TOTAL ITEM \$</b>				

### Gastos Asociados a Actividades

TIPO	CANTIDAD	QUIÉN Y CUÁNTO APORTA \$		
		APORTE PROPIO	SENDA	TOTAL \$
<b>SUB TOTAL \$</b>				
<b>TOTAL ITEM \$</b>				

### Gastos en Personal

PROFESIÓN U OFICIO	CANTIDAD DE PROFESIONALES DESTINADOS	Nº DE HORAS SEMANALES AL PROYECTO	QUIÉN Y CUÁNTO APORTA \$		
			APORTE PROPIO	SENDA	TOTAL \$



<b>SUB TOTAL \$</b>					
<b>TOTAL ITEM \$</b>					

**Presupuesto Total del Programa**

<b>ÍTEM</b>	<b>APORTE PROPIO</b>	<b>SENDA</b>	<b>TOTAL ÍTEM</b>	<b>% DEL ÍTEM APOORTE SENDA</b>
<b>Gastos de Operación</b>				
<b>Gastos en Personal</b>				
<b>Gastos Asociados a Actividades</b>				
<b>Gastos en Inversión</b>				
<b>TOTAL</b>				

Firma Representante Legal Entidad  
(Nombre Organización Responsable)



## ANEXO N° 4B

### DECLARACIÓN JURADA SOBRE INHABILIDADES PERSONAS NATURALES

En Santiago de Chile, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, don/doña \_\_\_\_\_, cédula nacional de identidad N° \_\_\_\_\_, viene en declarar bajo juramento:

1. No haber sido sometido a un proceso concursal de liquidación.
2. No tener vínculo de parentesco en calidad de cónyuge, hijos, adoptados o parientes hasta el tercer grado de consanguinidad y segundo de afinidad inclusiva, de directivos del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del consumo de Drogas y Alcohol.

\_\_\_\_\_  
Firma

Nombre:.....

Cédula Nacional de Identidad N°:.....



## **ANEXO 5**

### **DECLARACIÓN JURADA RECURSO HUMANO Programa Residencial para hombres Región de Los Ríos**

Yo, \_\_\_\_\_, RUT \_\_\_\_\_,  
representante legal de (nombre institución)

\_\_\_\_\_, declaro que la  
distribución del recurso humano, tanto en su profesión u oficio como en  
la cantidad de horas semanales propuestas corresponderá a la  
señalada una vez que el centro inicie la atención de usuarios/as y  
durante la posterior ejecución del proyecto, de acuerdo a la siguiente  
tabla:

<b>RRHH</b>	<b>Horas semanales</b>
Psicólogo/a	
Trabajador/a Social; Terapeuta Ocupacional u Otro Profesional <sup>40</sup>	
Técnico en Rehabilitación <sup>41</sup>	
Médico con formación de salud mental	
Psiquiatra	
Personal de Turno <sup>42</sup>	

Estoy en conocimiento que, de no cumplir con lo anterior, SENDA podrá  
dar término anticipado al convenio de ser adjudicada esta propuesta.

En ( ) , a ( ) de 2022

<sup>40</sup> Distinto a Médico, Psicólogo y Trabajador Social.

<sup>41</sup> Técnico en Rehabilitación y/o Técnico Paramédico y/o Técnico psicoeducador y/o carrera técnica de nivel superior a fin a las ciencias sociales, psicosociales y/o salud.

<sup>42</sup> El personal de turno considera 216 horas semanales, debiendo estar resguardada la permanencia simultánea de un técnico de nivel superior (Técnico en Rehabilitación y/o Técnico Paramédico y/o Técnico psicoeducador y/o carrera técnica de nivel superior a fin a las ciencias sociales, psicosociales y/o salud), en conjunto con un técnico de nivel superior o profesional o no profesional.

(Ciudad), (Fecha)

\_\_\_\_\_  
Firma

Nombre:.....

Cédula Nacional de Identidad N°:.....

**ANÓTESE, COMUNÍQUESE Y PUBLÍQUESE EN EL PORTAL INSTITUCIONAL  
WWW.SENDA.GOB.CL**

**DIRECTOR NACIONAL (S)**  
SERVICIO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y REHABILITACIÓN  
DEL CONSUMO DE DROGAS Y ALCOHOL

Documento firmado digitalmente por daniel andres diaz sepulveda

Fecha 09-05-2022 13:59:10

Santiago, Chile

Este documento cuenta con una firma electrónica avanzada según lo indica la ley N° 19.799.

Para verificar su validez debe acceder a <https://sidoc.senda.gob.cl/consulta> e ingresar el  
siguiente código:

38e086177c5260a1e17c4ca008ea435a1eadb1cd