FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

ESCUELA DE GOBIERNO Y GESTIÓN PÚBLICA

PROGRAMA DE PREGRADO ADMINISTRACIÓN PÚBLICA (V)

"Rediseño del proceso de supervisión a centros de tratamiento que ejecutan meses de planes de tratamiento para personas con consumo problemático de drogas y alcohol del SENDA, durante el periodo 2018 - 2019."

Tesis Para Optar Al Grado de Licenciado en Gobierno y Gestión Pública

Tesis Para Optar Al Título de Administrador Público

Alumna: Macarena Arias Hernández

Profesor guía: Mauricio Espinoza Cerpa

Santiago de Chile 2020

Tabla de contenido

I. INTRODUCCIÓN 4

II. PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA 7

III. DELIMITACIÓN DEL ESTUDIO 11

IV. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN 11

V. OBJETIVO GENERAL 11

VI. OBJETIVOS ESPECÍFICOS 11

VII. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO 12

VIII. MARCO TEORICO 13

I. Análisis de la normativa que rige los centros de tratamiento y rehabilitación, Decreto N° 4, de 2009, del Ministerio de Salud. 17

II. Análisis del documento “Calidad y evidencia en reducción de la demanda de drogas”, marco de referencia para la acreditación de programas. 26

III. Análisis del documento “Manual del estándar general de acreditación para centros que otorgan tratamiento y rehabilitación de personas con consumo perjudicial o dependencia a alcohol y/o drogas”, de la superintendencia de Salud Pública. 36

IV. Estructura orgánica administrativa del SENDA 45

IX. MARCO CONCEPTUAL 76

X. MARCO METODOLÓGICO 81

A. Tipo de Investigación. 82

B. Método de Investigación. 82

C. Técnicas e instrumentos utilizados en la recolección de la información. 82

D. Unidades de Análisis. 82

E. Método para el desarrollo del estudio. 83

F. Aplicación de instrumento Encuesta y Entrevista. 83

G. Análisis de los resultados de la Encuesta. 87

Conclusiones del instrumento encuesta: 91

G. Aplicación de entrevistas 92

H. Conclusiones del instrumento entrevista: 98

XI. CONCLUSIONES 100

Propuesta principal: que SENDA inicie un estudio sobre factibilidad tecnicay económica de Internalización de los programas de tratamiento a personas con consumo problemático de drogas o alcohol. 104

Propuesta en subsidio: rediseño institucional del proceso de supervisión a los centros de tratamiento en convenio. 112

Propuesta complementaria: incorporación de un modelo de consentimiento informado que permita a los funcionarios de SENDA acceder a la ficha clínica. 115

XII. BIBLIOGRAFIA..... 118

I. INTRODUCCIÓN

A partir del año 1990 nuestro país ha ido incorporando en su legislación una serie de normas jurídicas tendientes a cumplir con compromisos internacionales en post de prevenir el consumo de drogas ilícitas, controlar su tráfico y rehabilitar a las personas con dependencia a ellas.

Conforme a ello en el año 1990, se dictó el DS 683 que creó el Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes, CONACE. Esta institución era un consejo integrado por cuatro ministros con un Secretario Ejecutivo bajo la dependencia directa del Ministro del Interior. Esta Institución tenía por misión implementar las políticas públicas en torno al problema de las drogas: prevenir el consumo, disponer de oferta de tratamiento para el consumo problemático y combatir el tráfico de sustancias ilícitas en el país.

Atendida las limitaciones administrativas de la figura de "Consejo" para ejecutar diversas iniciativas o programas, se evidenció la necesidad de dar rango de servicio público a CONACE, es así como se crea el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA), radicado en el Ministerio del Interior y Seguridad Pública. Este fue creado el 21 de febrero de 2011 por la ley N° 20.502. Conforme a lo establecido en el decreto con fuerza de ley N° 2 – 20.502, que creó la planta funcionaria e inició oficialmente sus funciones el 1 de octubre de 2011.

De acuerdo con el actual marco normativo, SENDA es la entidad del Gobierno de Chile responsable de elaborar las políticas de prevención del consumo de drogas y alcohol, así como de tratamiento, rehabilitación e integración social de las personas afectadas por estas sustancias. La tarea de control del tráfico de drogas fue asignada a la subsecretaria del interior.

Por ley, este organismo tiene como misión:

- La ejecución de las políticas en materia de prevención del consumo de estupefacientes, sustancias psicotrópicas e ingesta abusiva de alcohol,
- La ejecución de políticas en materia de tratamiento, rehabilitación e integración social de las personas afectadas por dichos estupefacientes y sustancias psicotrópicas.
- La elaboración de una estrategia nacional de drogas y alcohol.

Entre otras tareas, SENDA debe:

a) Colaborar con el Ministro del Interior y Seguridad Pública, y con el Subsecretario de Prevención del Delito en el ámbito de sus atribuciones, en la elaboración de políticas en materia de prevención del consumo de estupefacientes, sustancias psicotrópicas e ingestión abusiva de alcohol, y de tratamiento, rehabilitación e integración social de las personas afectadas por dichos estupefacientes y sustancias psicotrópicas, cuando estas conductas constituyan un factor de riesgo para la comisión de delitos.
b) Impulsar y apoyar, técnica y financieramente, programas, proyectos y actividades de ministerios o servicios públicos destinados a la prevención del consumo de drogas y alcohol, así como al tratamiento, rehabilitación e integración social de las personas afectadas por la drogadicción y el alcoholismo, y ejecutarlos, en su caso.
c) Elaborar una estrategia nacional de prevención del consumo de drogas y alcohol, coordinar su implementación, y dar apoyo técnico a las acciones que las entidades de la administración del Estado emprendan en el marco de su ejecución.
d) Administrar el fondo establecido por el artículo 46 de la ley Nº 20.000.
e) Vincularse con organismos nacionales e internacionales que se ocupen de temas relativos a la prevención, tratamiento y rehabilitación del consumo de drogas y alcohol.
f) Elaborar, aprobar y desarrollar programas de capacitación y difusión, orientados a la prevención del consumo de drogas y alcohol, y estimular la participación ciudadana en estas materias.
g) SENDA dará continuidad a las labores que cumplía el Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE), creado mediante el decreto Nº 683 del 21 de septiembre de 1990.

Para la ejecución de políticas en materia de tratamiento, el SENDA, requiere implementar acciones vinculadas al tratamiento y rehabilitación de personas con problemas derivados del consumo de drogas y alcohol. Para este efecto se encuentra facultado, de acuerdo con 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.

En el caso de los convenios con entidades privadas, la licitación pública es bienal, estableciéndose una serie de líneas de servicios dirigidas a programas y planes específicos, los que están distribuidos a través de las diversas regiones y comunas del país.

La población beneficiaria de esta política pública es toda la población afectada por consumo problemático de drogas o alcohol y que a la vez son beneficiarios de FONASA. Dado que la oferta privada de tratamiento de rehabilitación tiene costos muy elevados, este resulta privativo para la mayoría de las personas, por lo que acceder a un cupo en centros de tratamiento en convenio con SENDA resulta ser la única posibilidad de acceso a tratamiento para estas personas.

En este trabajo revisaremos el procedimiento de supervisión que efectúa SENDA a los centros de tratamiento de la red privada, identificaremos las falencias y fortalezas que pueda presentar este procedimiento y buscaremos presentar una propuesta de mejora si ello es pertinente.

II. PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA

Como ya se ha señalado previamente, para cumplir con su misión de ejecutar políticas en materia de tratamiento y rehabilitación de personas con consumo problemático de drogas y alcohol, SENDA licita este servicio bienalmente. De esta forma, centros de tratamiento privados presentan ofertas a este proceso de licitación, adjudicándose el servicio y pasando a formar parte de la red de prestadores privados.

En este contexto, el Senda y el Ministerio de Salud se encuentran implementando de forma conjunta un Programa de Planes de Tratamiento y Rehabilitación de Personas con Problemas Derivados del Consumo de Drogas y Alcohol. La finalidad de este Programa es apoyar al Programa de Salud Mental del Ministerio de Salud, que se lleva a cabo como parte del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría a través de los Servicios de Salud y los centros de atención públicos y privados regulados por dicha cartera de Estado.

El mencionado Programa se sustenta en el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría del Ministerio de Salud y en el Modelo de Gestión de la Red Temática de salud Mental en la Red General de Salud del Ministerio de Salud.

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

De esta forma, el tratamiento forma parte del eje de recuperación y su propósito es otorgar un conjunto de intervenciones de carácter resolutivo, con especificidades de acuerdo al tipo y la complejidad del problema de salud enfrentado. El principal objetivo es otorgar un servicio de tratamiento integral de calidad, incorporando dentro de sus principales actividades el diseño, apoyo a la implementación y la evaluación sistemática, en el marco de un proceso de mejora continua de los “bienes y servicios” otorgados. De este modo, se busca asegurar la equidad en la oportunidad de acceso al tratamiento y la calidad de la atención entregada.

Es así como el Programa de Planes de Tratamiento y Rehabilitación tiene por objetivo otorgar acceso y cobertura, libre de copago, a la atención de personas beneficiarias del Libro II del D.F.L. Nº 1, de 2005, del Ministerio de Salud, afectadas por problemas de salud asociados al consumo de drogas y alcohol, en los centros de tratamiento públicos y privados que, para estos efectos, han sido autorizados por la Autoridad de Salud correspondiente. Cada plan constituye un conjunto de intervenciones y prestaciones recomendables para el logro de los objetivos terapéuticos, de carácter resolutivo, dirigido al tratamiento y rehabilitación de personas adultas (hombres y mujeres mayores de 18 años) que presentan consumo perjudicial o dependencia a drogas o alcohol.

Actualmente, la oferta de planes de tratamiento de SENDA es la siguiente:

- Tratamiento Integral de Adolescentes y Jóvenes Ingresados por Ley N° 20.084 con Consumo Problemático de Alcohol y Drogas (Ex Tratamiento para Adolescentes con Consumo Problemático de Drogas)
- Tratamiento a Adultos Infractores Consumidores Problemáticos de Drogas y Alcohol
- Tratamiento y Rehabilitación para Niños y Adolescentes con Consumo Problemático de Alcohol y otras Drogas
- Tratamiento para Población Consumidora de Drogas y Alcohol en Libertad Vigilada
- Tratamiento y Rehabilitación para Población Adulta con Consumo Problemático de Drogas y Alcohol

Este sistema ha presentado una serie de dificultades en su implementación y ejecución. En este sentido, el Informe de Auditoría Interna I01-2016, del 26 de mayo de 2016, ya daba cuenta de los siguientes hallazgos, entre los más relevantes:

- *"Por otra parte, en lo que respecta las supervisiones administrativo-financieras, convenidas por el Servicio con los prestadores, no se dispone de procedimientos actualizados que aborden las etapas de planificación, ejecución, periodicidad y seguimiento, contraviniendo el numeral 45 de las normas específicas de control interno instruidas en la Resolución N°1485 de 1996 de la Contraloría General de la República."*
- *"De la revisión documental efectuada sobre el funcionamiento de la mesa de coordinación para la gestión del programa de apoyo a planes de tratamiento y rehabilitación, denominado "Convenio 1", durante el segundo semestre del año 2015, se verifica que no existe evidencia que acredite su funcionamiento semanal durante el período revisado. Es*

preciso señalar que, el Área de Tratamiento proporcionó como verificador la declaración de dos profesionales de esta Área, y de dos Psicólogas representantes del Ministerio de Salud, confirmando haber participado en reuniones semanales de coordinación para la gestión general del programa, solo con suspensiones asociadas a situaciones puntuales y justificadas. Lo anterior, contraviene lo estipulado en el punto N° 5.4 del Convenio de Colaboración Técnica y Financiera suscrito con el Ministerio de Salud, y la Resolución Nº1485 de 1996 de la Contraloría General de la República."

- *"En conformidad a los antecedentes recopilados de 12 Direcciones Regionales, se constata que 1 centro de tratamiento, durante el segundo semestre 2015, no recibió asesoría técnica por parte del nivel regional, y otros 5 centros solo recibieron 1 asesoría en el semestre. Además, se evidencia que en 8 Direcciones Regionales las asesorías técnicas no cuentan con la participación regular de un representante del Servicio de Salud."*
- *"Adicionalmente, se constata que 9 Direcciones Regionales planifican las asesorías técnicas a realizar durante el año (en promedio una mensual a cada centro de tratamiento) y las acuerdan con las respectivas entidades, no obstante ello, solo 5 documentan tal planificación. Ahora bien, considerando la planificación de cada Dirección Regional para otorgar asesoría técnica a los centros de tratamiento, se evidencia que 6 de ellas incumplen lo establecido."*
- *"En relación al registro de SISTRAT[1] por prefacturación de planes de tratamiento, se constataron 3 expedientes de pago en que dicho registro no contiene validación por parte del Área de Tratamiento, y en 1 de éstos falta además, la validación de la Unidad de Administración y Finanzas Regional. Por otro lado, 2 expedientes de pago adjuntan registro de SISTRAT en los que la información respecto a los centros de tratamiento no es coincidente con el detalle de la factura, 1 expediente en que el registro SISTRAT está incompleto, por faltar información de un centro de tratamiento, y 1 en que la información en relación con la cantidad de planes de tratamiento está enmendada. Se suman a lo anterior, 3 expedientes en que no se adjunta registro de SISTRAT y en su reemplazo se adjuntan 3 correos*

[1] Sistema de Tratamiento, SISTRAT, corresponde al sistema informático habilitado por el SENDA para el registro de las prestaciones otorgadas por los prestadores. Estos deben cargar los datos mensualmente, tras lo cual se cierra el sistema. Este reporte debe ser completamente fidedigno de las prestaciones otorgadas, y es el mecanismo que permite validar el pago de estas.

electrónicos de la Unidad de Gestión de Planes de Tratamiento con el detalle de los planes de tratamiento a pagar."

- *"En conformidad a las entrevistas sostenidas, y a la información requerida para la presente auditoría, se constató que el nivel de reportabilidad del sistema no es adecuada, pues la Unidad de Gestión de Planes de Tratamiento para el desarrollo de sus tareas y específicamente las que tienen relación con monitoreo de las prestaciones otorgadas y pendientes de facturación, debe elaborar planillas Excel, con base de datos extraídos del sistema por parte del Encargado del Área de Gestión Interna, con el consiguiente riesgo de manipulación de los datos extraídos."*
- *"En cuanto al correcto ingreso de información a SISTRAT, en conformidad a la revisión efectuada a las Pautas de Supervisión administrativo-financieras, aplicadas a 43 Centros de Tratamiento durante el año 2015, se consignó en 8 de éstas casos que registran diferencias en el registro de las prestaciones otorgadas e ingresadas al sistema SISTRAT versus la información contenida en las respectivas fichas clínicas."*

De esta forma, se evidencian limitaciones institucionales para controlar la correcta ejecución de los meses de planes de tratamiento, incumplimientos de los prestadores tanto de la red como privada de centros de tratamiento, ineficiencia de los procesos internos de supervisión, descoordinación entre las áreas involucradas y desgaste y sobrecarga laboral de los equipos.

Por su parte estas dificultades de implementación han derivado en consecuencia para los usuarios de los centros, lo que ha quedado plasmados en diversos informes de supervisión. Entre las principales situaciones se mencionan imposibilidad de verificar un adecuado proceso terapéutico para los usuarios, infraestructura deficiente de los centros de tratamiento, personal no calificado otorgando las prestaciones, diferencias entre el registro SISTRAT y la ficha de tratamiento de los usuarios, entre las situaciones detectadas hasta este momento.

Esto hace fundamental contar con un sistema de supervisión de los centros de tratamiento que garantice el correcto uso de los recursos públicos y que asegure el adecuado acceso al tratamiento para los usuarios del sistema.

III. DELIMITACIÓN DEL ESTUDIO

Atendiendo lo descrito en la exposición del problema, se hace necesario conocer qué características debiera tener un adecuado sistema de supervisión de contratos y convenios, qué mecanismos entraban dicha gestión y qué medidas correctivas se pueden adoptar para mejorar este procedimiento. Este análisis involucra las siguientes Divisiones y Áreas del Servicio: División Jurídica, específicamente su Unidad de Cumplimiento de Contratos; División programática, específicamente su Área de Tratamiento y la División de Administración y Finanzas, específicamente sus Unidades de Finanzas Regionales, durante el periodo 2018 – 2019.

IV. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Qué características debiera tener el sistema de supervisión de contratos y convenios mediante el cual el SENDA implementa su política de tratamiento para personas con consumo problemático de drogas o alcohol y cuáles son los mecanismos que entraban dicha gestión en el periodo 2018 - 2019?

V. OBJETIVO GENERAL

Diagnosticar el proceso de supervisión a los contratos de prestación de meses de planes de tratamiento para personas con consumo problemático de drogas o alcohol mediante los cuales el SENDA implementa su política de tratamiento en el período 2018 - 2019.

VI. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Considerando que la investigación se focalizará en un proceso desarrollado por 3 áreas dentro de esta institución se estimó necesario dividir el estudio por procedimiento en cada una de estas áreas:

- Diagnosticar Procesos efectuados por el área de tratamiento.
- Diagnosticar Procesos efectuados por el área de administración y finanzas.
- Diagnosticar Procesos efectuados por el área jurídica.

VII. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

El objeto de plantear este proyecto de investigación está lejos de ser un estudio teórico y su pretensión es construir conocimiento que contribuya a resolver problemas concretos de la administración pública. Busca evidenciar los problemas prácticos originados al implementar una política pública y ejercer el rol de control de ella.

En segundo término, interesa investigar y gestionar, pues, desde el punto de vista interno aportará a tener claridad respecto de las funciones que le corresponde a cada área de la institución y como estas deben integrarse con las tareas de otras áreas. Preliminarmente se observan dificultades en el objetivo institucional de ejecutar políticas en materia de tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por estupefacientes y sustancias psicotrópicas, situación que genera tensión en la relación de las distintas áreas, las que incluso por las diferencias de perfiles profesionales tienen enfoques diversos sobre el mismo objeto de estudio. Es necesario que la institución logre integrar procesos y diseñe un procedimiento integral que haga más eficiente las tareas de los distintos equipos.

El correcto diagnóstico y análisis de los antecedentes recabados permite proponer una serie de mejoras a la tarea de control y supervisión, las cuales de ser adoptadas permitirán destrabar procesos, hacerlos más eficientes, repercutiendo directamente en la profundidad y resultado de las tareas que cada área desarrolla, mejorando la gestión interna.

Es fundamental tener presente que diversos informes dan cuenta de las problemáticas sociales vinculadas estrechamente a este consumo problemático: deserción escolar, delincuencia, violencia intrafamiliar, abandono infantil, cesantía, solo por mencionar algunas de ellas.

Sin temor a equivocaciones, se puede afirmar que no existe ninguna familia en el país que no tenga entre sus integrantes a alguno de ellos con consumo problemático de drogas o alcohol. Es una problemática transversal que no distingue clases sociales, nivel de escolaridad, etnia ni género. La gran diferencia es que los usuarios de mayores recursos pueden acceder a tratamiento especializado y de calidad en centros de tratamiento privados pagados, en tanto, quienes no puedan desembolsar esos recursos, deben esperar para lograr un cupo en la red publica de salud, la que incluye los convenios con centros de tratamiento privados que ejecutan meses de planes de tratamiento.

Esto hace fundamental contar con un sistema de tratamiento público que optimice al máximo los siempre escasos recursos del estado, que les otorgue atención de calidad a los usuarios, que los procesos terapéuticos tengan un nivel de logro adecuado y que las personas afectadas por esta patología logren recuperar sus vidas, reintegrarse a la sociedad y tener un futuro junto a sus familias.

VIII. MARCO TEORICO

Tal como ya se ha señalado, el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA), de acuerdo a los objetivos y funciones señaladas en la Ley N° 20.502, que crea el Servicio, es el organismo encargado de la ejecución de las políticas en materia de prevención del consumo de estupefacientes, sustancias psicotrópicas e ingestión abusiva de alcohol, y de tratamiento, rehabilitación y reinserción social de las personas afectadas por dichos estupefacientes y sustancias psicotrópicas.

Para cumplir su misión requiere, además de implementar políticas públicas en el ámbito de la prevención, implementar acciones vinculadas al tratamiento y rehabilitación de personas con problemas derivados del consumo de drogas y alcohol. Para este 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.

En este contexto, el SENDA y el Ministerio de Salud se encuentran implementando de forma conjunta Programas de Planes de Tratamiento y Rehabilitación de Personas con Problemas Derivados del Consumo de Drogas y Alcohol. La finalidad de estos Programas es apoyar al Programa de Salud Mental del Ministerio de Salud, que se lleva a cabo como parte del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría a través de los Servicios de Salud y los centros de atención públicos y privados regulados por dicha cartera de Estado. En este marco, el Ministerio de Salud y SENDA celebraron un convenio de colaboración técnica y financiera.

Tanto el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría del Ministerio de Salud y el Modelo de Gestión de la Red Temática de Salud Mental del Ministerio de Salud, conforman la base técnica que sustentan la implementación de los Programas de Planes de Tratamiento y Rehabilitación, los cuales tienen por objetivo otorgar acceso y cobertura, libre de copago, a la atención de personas

beneficiarias del Libro II del D.F.L. Nº 1, de 2005, del Ministerio de Salud, afectadas por problemas de salud asociados al consumo de drogas y alcohol, en los centros de tratamiento públicos y privados que, para estos efectos, han sido autorizados por la Autoridad de Salud correspondiente. Cada plan constituye un conjunto de intervenciones y prestaciones recomendables para el logro de los objetivos terapéuticos, de carácter resolutivo, dirigido al tratamiento y rehabilitación de personas adultas (hombres y mujeres mayores de 18 años) que presentan consumo perjudicial o dependencia a drogas o alcohol.

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

El Tratamiento forma parte del eje de recuperación y su propósito es otorgar un conjunto de intervenciones de carácter resolutivo, con especificidades de acuerdo al tipo y la complejidad del problema de salud enfrentado. El principal objetivo es otorgar un servicio de tratamiento integral de calidad, incorporando dentro de sus principales actividades el diseño, apoyo a la implementación y la evaluación sistemática, en el marco de un proceso de mejora continua de los "bienes y servicios" otorgados. De este modo, se asegurará la equidad en la oportunidad de acceso al tratamiento y la calidad de la atención entregada.

De esta forma, 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 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.

En este punto, es necesario relevar un aspecto fundamental de la problemática que abarca este estudio. Ya se ha señalado que es deber del Estado otorgar atención oportuna, integral y de calidad para la población con problemas de drogas y alcohol, la que permita asegurar la continuidad en su

rehabilitación. SENDA no otorga directamente esta atención, sino que externaliza el servicio a través de privados.

Desde la entrada en vigor de la constitución de 1980, existe consenso, entre los diversos actores públicos, sobre la necesidad de que el estado cumpla un rol eminentemente subsidiario, limitando su actuación solo a aquellas actividades de relevancia social que los privados no puedan desarrollar, como la seguridad nacional, o no quieran desarrollar.

Este consenso se ha traducido, en los hechos, en una interpretación hegemónica del principio de subsidiaridad, el cual fue establecido por la comisión de estudio de la citada constitución y reproducido con éxito por todos los gobiernos a partir del año 1990. La hegemonía de este principio comenzó a abarcar diversas esferas de lo público, promoviéndose los contratos de concesión y externalización de servicios en el sector público.

Nuestra sociedad asimiló paulatinamente este rol subsidiario, el que fue presentado como una oportunidad de recuperar la libertad personal de emprendimiento, restringida por la concentración de los medios de producción por parte de un estado absoluto previo a 1980. Este principio es beneficioso para el modelo económico imperante, por lo que nuestro país ha ido progresivamente avanzando y profundizando su ámbito de acción, ya no solo circunscripto al ámbito económico o rol empresarial del estado, sino a diversos ámbitos públicos.

De esta forma, al quedar en la práctica prohibido al estado desplegar su acción en materias que representen un interés general de población, los privados han reemplazado al estado en la provisión de bienes y servicio esenciales al otorgar ellos los derechos sociales, tales como salud, vivienda o educación, ámbitos en los que podemos observar que hoy están abarcados por los privados.

Consecuente con lo anterior, es que la superioridad de SENDA ha resuelto que los servicios se sujetarán a un proceso de licitación, fundado además en que el servicio que se requiere no se encuentra dentro del catálogo de los servicios disponibles a través de convenios marco celebrados por la Dirección de Compras y Contratación Pública.

Con el objetivo de cautelar la adecuada ejecución de los servicios contratados, el 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 realizar supervisiones técnicas, financieras, administrativas o de cualquier tipo. Su finalidad es cautelar el correcto manejo o utilización de los recursos entregados, a fin de proveer a los beneficiarios de los programas de tratamiento un servicio de calidad.

La mencionada supervisión y control se efectúa con la periodicidad determinada por el SENDA, sin perjuicio de lo cual, podrán igualmente realizarse visitas extraordinarias, a los centros ejecutores en convenio.

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 SENDA, para su evaluación, asesoría y supervisión. La programación de estas visitas será acordada entre los responsables de la asesoría y evaluación de los equipos, y los equipos de las entidades prestadoras, indicándose quiénes asistirán a las reuniones técnicas y los objetivos de las distintas visitas programadas. Sin perjuicio de lo anterior, se podrán realizar visitas, no programadas, sin aviso previo.

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, sobre protección de la vida privada, la Ley N°20.584, Ley de Derechos y Deberes del Paciente, y en cualquier otra norma que regule el carácter secreto de la información.

Por último, SENDA, a objeto de velar por el correcto funcionamiento de los servicios contratados, dispone de un sistema de registro informático de prestaciones vigentes el que permite cautelar la adecuada ejecución de los programas de tratamiento. Este sistema informático se denomina SISTRAT, y a el tienen acceso los prestadores de los meses de planes de tratamiento, teniendo la obligación de ingresar las prestaciones del período durante los cinco primeros días hábiles del mes siguiente a su otorgamiento, período tras el cual el sistema se cierra para nuevos ingresos de datos.

A continuación, se hará un análisis de la normativa que rige los centros de tratamiento y rehabilitación, de los documentos técnicos que sirven de marco de referencia para la acreditación

de los programas y de la estructura orgánica administrativa del SENDA, elementos que permitirán conocer el marco en el que se desarrolla el proceso de supervisión a los centros de tratamiento que ejecutan los meses de planes de tratamiento convenidos.

I. Análisis de la normativa que rige los centros de tratamiento y rehabilitación, Decreto N° 4, de 2009, del Ministerio de Salud.

En este apartado se detallará la normativa contenida en el Decreto N°4, del Ministerio de Salud, el que aprueba el reglamento de centros de tratamiento y rehabilitación de personas con consumo perjudicial o dependencia a alcohol y/o drogas y que corresponde a la normativa base de funcionamiento de estos establecimientos de salud.

1. *Voluntariedad del ingreso a un proceso terapéutico:*

De acuerdo con lo establecido en la normativa del Decreto N° 4, los centros de tratamiento solo podrán admitir el ingreso de personas con consumo perjudicial o dependencia a alcohol y/o drogas que voluntariamente, en forma espontánea o referida, se incorporen a un programa de tratamiento y rehabilitación ambulatoria y/o residencial.

Considerando el carácter voluntario de la atención, en estos Centros no se podrán realizar los siguientes tipos de ingresos:

a) Ingreso de urgencia no voluntario en los términos aludidos por el artículo 13 del decreto supremo Nº 570 de 1998, del Ministerio de Salud, Reglamento para la Internación de las personas con enfermedades mentales y sobre los establecimientos que la proporcionan.

b) Ingreso administrativo aludido en el artículo 14 del Reglamento citado en la letra precedente.

c) Ingreso judicial referido en el artículo 15 del ya citado decreto supremo.

Sin perjuicio de lo dispuesto en la letra c) del inciso anterior, podrá admitirse el ingreso a tratamiento de personas con sanciones o medidas judiciales tales como la pena accesoria de tratamiento de drogas señalada en ley N° 20.084, sobre Responsabilidad Penal Adolescente o la suspensión condicional de procedimiento con condición de tratamiento, siempre que ellas no revistan condiciones de peligrosidad para sí o para terceros.

2. *Requerimientos técnicos con que debe contar el centro de tratamiento y rehabilitación*

De acuerdo al Artículo 3º del Decreto N°4, para otorgar tratamiento de rehabilitación, sea en forma ambulatoria o residencial, el Centro deberá contar con los siguientes documentos:

1. Programa de Tratamiento y Rehabilitación del Centro que conste por escrito y esté disponible para el conocimiento de las personas que ingresan y sus familiares, así como para efectuar las acciones de supervisión y asesoría del Ministerio de Salud.

2. Plan individual de tratamiento y rehabilitación por cada uno de los usuarios del Centro, contenido en la ficha clínica correspondiente. Este plan debe incluir el consentimiento informado del usuario, mediante el cual declara conocer y aceptar las condiciones del programa y el contrato terapéutico o instrumento mediante el cual la persona y el Director Técnico del Centro suscriben los compromisos que ambos asumen para el logro de los objetivos perseguidos.

3. Ficha u hoja clínica o carpeta individualizada que registre la evolución actualizada del proceso terapéutico y el seguimiento de cada usuario.

4. Informe de evaluación final al momento del alta.

5. Documento de organización y funcionamiento interno.

6. Registro estadístico actualizado y continuo con los datos relativos a la atención, evolución y alta de usuarios.

7. Material de consulta que incluya la normativa regulatoria del Ministerio de Salud para trastornos mentales, incluido el consumo perjudicial y dependencia de alcohol y drogas, que esté disponible en la página web de dicha Secretaría de Estado.

8. Procedimiento explícito para facilitar condiciones de acceso a atención médica general ambulatoria y de urgencia.

9. Nómina de establecimientos de la especialidad de psiquiatría o salud mental a los cuales podrán ser referidas las personas en el caso que fuere procedente, con indicación de sus mecanismos de referencia y contrarreferencia.

10. Plan de emergencias y de prevención de riesgos que incluya los procedimientos de evacuación y uso y control de la vigencia de extintores para casos de accidentes y emergencias, el que debe ser conocido por el personal y usuarios.

3. Condiciones físicas del centro de tratamiento y rehabilitación y sus instalaciones

De acuerdo con el Artículo 3º del Decreto N°4, los Centros, tanto ambulatorios como residenciales, deberán contar con infraestructura libre de riesgos estructurales, tanto para los usuarios como para el personal que trabaja en ellos. Estas condiciones se verificarán en:

- Muros, pisos y cielos en buen estado de conservación y mantención.
- Superficies limpias, libres de humedad y/o filtraciones.
- Instalaciones sanitarias, incluyendo artefactos y grifería en buen estado de conservación y de operación.
- Iluminación natural y artificial.
- Mecanismos de calefacción seguros para los usuarios y el personal del centro.
- Plan de mantención del equipamiento y de las instalaciones del Centro.

Por su parte, el Artículo 5º dispone que todas las instalaciones deberán contar con los siguientes elementos, independientemente del programa terapéutico residencial o ambulatorio que se aplique:

a) Servicios higiénicos en una relación de a lo menos 1 taza y 1 lavatorio por cada 10 usuarios simultáneos en el caso de programas ambulatorios. En el caso de tener programas para hombres y mujeres, deberá disponerse de servicios higiénicos separados para ellos.

b) Al menos una sala por cada 15 usuarios, que garantice mantener entrevistas en forma privada con los usuarios y/o sus familiares.

c) Sala de estar o de usos múltiples que en conjunto tenga capacidad para incluir a todos los usuarios en forma simultánea con iluminación natural y artificial, para ser usadas en terapias de grupo y/o actividades recreativas.

d) Zonas exteriores para recreación, patio, terraza o jardín.

e) Contenedor hermético de almacenamiento transitorio de basura, con períodos de aseo definidos.

f) Lugar destinado a guardar los útiles de aseo en uso en condiciones de limpieza.

g) Dependencia para la preparación de alimentos cuando sea necesario.

Del mismo modo, el establecimiento deberá cumplir con las disposiciones del Reglamento sobre Condiciones Sanitarias y Ambientales Básicas en los Lugares de Trabajo, decreto supremo N° 594 de 1999, del Ministerio de Salud, según corresponda.

Además, el Centro deberá contar con un Botiquín, autorizado conforme a lo dispuesto en el Título V del decreto supremo Nº 466 de 1984, del Ministerio de Salud, que aprueba el reglamento respectivo, a cargo del Director Técnico del recinto, para la custodia de los medicamentos destinados al tratamiento terapéutico que externamente haya sido indicado al usuario y para el almacenamiento y administración de aquellos que sean prescritos como parte del tratamiento otorgado en el Centro, en el que se apliquen los resguardos adecuados a aquellos productos farmacéuticos sujetos a controles especiales.

Junto a ello, en el caso de ejecutar programas de tratamiento y/o rehabilitación para mujeres con hijos menores de cuatro años, el establecimiento podrá incorporar o facilitar la incorporación de ellos a sistemas de cuidado, alimentación, higiene y alojamiento que sean adecuados para atender a sus necesidades y para facilitar el vínculo madre-hijo.

4. Condiciones adicionales para centro residenciales.

En el caso de corresponder a un Centro residencial, a los requisitos señalados, se deberán agregar las siguientes exigencias:

a) Comedor o comedores suficientes para el uso simultáneo de al menos el 50% de los residentes.

b) Dormitorios con un máximo de cuatro camas con iluminación y ventilación natural. Cada dormitorio debe contar con un espacio mínimo de 1,5 metros entre cada borde de cama, con espacio para veladores individuales, que facilite un tránsito expedito.

c) Guardarropa o clóset con espacio adecuado para cada uno de los usuarios.

d) Un baño con ducha, una taza y un lavamanos por cada cinco residentes.

e) La cocina deberá cumplir con las condiciones higiénicas y sanitarias que aseguren una adecuada recepción, almacenamiento, preparación y manipulación de los alimentos. Su equipamiento, incluida la vajilla, adecuada al número de raciones a preparar. El piso y las paredes serán lavables; estará bien ventilada, ya sea directamente al exterior o a través de campana o extractor, debiendo incluir estanterías, mesones, lavaplatos y contenedores con tapa para depósito transitorio de residuos sólidos.

f) Dependencia interna o a lo menos techada para lavadero con implementación para el lavado, secado y planchado de la ropa.

g) Medios de comunicación con el mundo exterior, tales como televisor o teléfono y elementos de recreación para los residentes, tales como música ambiental, juegos, revistas, libros, etc.

5. *Condiciones para centro que ofrezcan tratamiento en la modalidad ambulatoria y residencial.*

Aquellos Centros que dentro del mismo establecimiento ofrezcan tratamiento en la modalidad ambulatoria y residencial, deberán disponer de más de un espacio de trabajo terapéutico individual, grupal y de estar, y uno de ellos de superficie suficiente para contener simultáneamente a todos los usuarios en tratamiento y rehabilitación.

6. *Exigencia de contar con autorización de instalación y funcionamiento*

Según lo dispuesto en el Artículo 8º.-, la instalación de todo Centro de Tratamiento y Rehabilitación deberá hacerse en un local, dedicado en forma exclusiva a esta actividad y totalmente independiente de cualquier otro establecimiento sea éste asistencial o no.

Además, para lograr la autorización sanitaria correspondiente, el representante legal del centro presentará a la Secretaría Regional Ministerial de Salud, correspondiente al territorio en el que se encuentre situado, una solicitud a la que deberán acompañarse los siguientes datos y antecedentes:

a) Ubicación y nombre del establecimiento;

b) Individualización del representante legal;

c) Instrumentos que acrediten los derechos para utilizar el inmueble;

d) Documentos aludidos en el artículo 3º;

e) Croquis del edificio, que indique la distribución funcional de las dependencias;

f) Copias de los planos o croquis de las instalaciones de electricidad, agua potable, de gas y vías de evacuación y ubicación de extintores y otros elementos de seguridad;

g) Establecer en forma explícita la capacidad máxima de atención ambulatoria y residencial simultánea de personas;

h) Antecedentes y currículum vitae de los profesionales y técnicos que conforman el equipo de trabajo;

i) Nombre del profesional que ejercerá la dirección técnica del establecimiento y número de horas y horarios específicos de su desempeño;

j) Declaración jurada del Director Técnico en la cual acepta cumplir con esta función.

7. Dirección técnica del centro de tratamiento y rehabilitación

De acuerdo a lo establecido en el Artículo 11, la dirección técnica de cada establecimiento estará a cargo de un profesional con desempeño y experiencia en esta área de la salud o de un técnico en rehabilitación de personas con dependencia a drogas, todos ellos con un mínimo de dos años de experiencia laboral en el área del tratamiento y rehabilitación de personas con consumo perjudicial o dependencia a alcohol y/o drogas, a quien se le asignará esta función de modo permanente y que deberá ser reemplazado de inmediato por otro profesional o técnico de la misma o similar calificación en caso de ausencia o impedimento del titular. Todo cambio permanente de la Dirección Técnica deberá ser comunicado a la Secretaría Regional Ministerial de Salud correspondiente, dentro de los 30 días siguientes de producirse.

El Director Técnico estará a cargo de velar por el adecuado funcionamiento del equipo terapéutico y de los programas de trabajo, responsabilidad que incluye:

a) Las relaciones con la autoridad sanitaria, Secretaría Regional Ministerial de Salud;

b) Las relaciones con la Dirección del Servicio de Salud, cuando corresponda;

c) Velar por la correcta ejecución de los programas de tratamiento y rehabilitación;

d) Velar por el correcto registro de los datos y de la información estadística;

e) Cautelar el adecuado uso de medicamentos.

8. Deber de confidencialidad de la información

Según lo dispuesto en el Artículo 13.-, toda la información estadística o clínica que afecte a las personas atendidas en el Centro tendrá carácter reservado y estará sujeta a las disposiciones relativas al secreto profesional.

Corresponderá al Director Técnico del Centro proporcionar o autorizar la entrega de dicha información cuando sea requerida por los enfermos, sus representantes legales o las autoridades judiciales.

El usuario en el Centro tendrá derecho a acceder a los registros que existen sobre su tratamiento y a hacer uso de dicha información.

9. Personal profesional y técnico del centro de tratamiento y rehabilitación

El artículo 14.- dispone que el establecimiento deberá contar con personal idóneo, con conocimiento y experiencia en el tema y en número suficiente para llevar adelante, adecuada y permanentemente, los programas terapéuticos y de rehabilitación, cuya nómina estará incluida en el documento a que se refiere el Nº 5 del artículo 3º.

Los profesionales y técnicos, con experiencia en el tratamiento y rehabilitación en esta área, que pueden formar parte del equipo terapéutico son:

a) Asistente Social;

b) Psicólogo;

c) Médico general;

d) Médico especializado en Psiquiatría;

e) Terapeuta Ocupacional;

f) Enfermera;

g) Técnicos en Rehabilitación;

h) Cuidadores;

i) Monitores.

Se requiere que cada equipo cuente a lo menos con Médico, Psicólogo y dos profesionales adicionales de diferentes profesiones.

La relación mínima permanente entre técnico-profesionales con usuarios, en la modalidad ambulatoria deberá ser de 1,2 por cada 10 usuarios conforme al horario de funcionamiento.

La relación mínima permanente entre técnico-profesionales con usuarios, en la modalidad residencial deberá ser de 2 por cada 15 usuarios (durante 24 horas al día y 7 días de la semana).

En el caso de ejecutar programas de tratamiento y rehabilitación para personas con trastornos mentales severos concomitantes, la relación mínima permanente entre técnico-profesionales con usuarios deberá ser de 2 por cada 10 usuarios en la modalidad ambulatoria y de 3 por cada 10 usuarios en la modalidad residencial.

Además, el personal profesional, técnico y administrativo debe haber recibido una capacitación mínima de 24 horas sobre la atención de personas con trastornos mentales severos.

10. Derechos de los usuarios

Este ámbito es fundamental, pues se vincula con lo dispuesto en la Ley N°19.628, sobre protección de la vida privada y con la Ley N°20.584, Ley de Derechos y Deberes del Paciente.

Es así como el Artículo 19.- dispone que las personas tienen derecho, a su ingreso, a pactar un programa individual de tratamiento y rehabilitación que considere objetivos, metas y plazos.

No se someterá a ningún usuario a restricciones físicas o a reclusión involuntaria.

El Programa de Tratamiento y Rehabilitación no podrá impedir la iniciación o continuación de tratamientos médicos que se estimen necesarios para otras enfermedades, asociadas o no con los problemas de consumo de alcohol y drogas, ya sea que éstos se verifiquen dentro o fuera del Centro.

En el caso de ejecutarse programas de tratamiento y rehabilitación para personas con trastornos mentales concomitantes, la persona no deberá representar un riesgo para sí misma o para terceros, debiendo ser atendidos regularmente por profesionales y técnicos competentes en el manejo de estos tratamientos. Para ello se deberá contar con un sistema de registro de los medicamentos de cada persona y de su administración respectiva, siendo su uso adecuado de responsabilidad de la Dirección Técnica del establecimiento.

Si la enfermedad mental concomitante requiriere, a juicio del médico tratante, de tratamiento en sistemas de internación psiquiátrica, ésta deberá efectuarse en un establecimiento autorizado para tal efecto.

Tanto las personas en tratamiento, como sus familiares autorizados por éstas, tienen derecho a ser informadas acerca de la naturaleza y contenido del programa de tratamiento y rehabilitación, así como de los riesgos y beneficios esperados y de los motivos que fundamentan su eventual suspensión.

En el caso que el programa de tratamiento y rehabilitación contemple la realización de actividades de tipo laboral en el establecimiento, éstas serán voluntarias para los usuarios y con una remuneración acorde con el nivel de ingresos que le reporte al establecimiento.

Conjuntamente con el inicio del programa individual de tratamiento y rehabilitación, luego de la fase de evaluación, la persona tendrá derecho a ser evaluada por otras condiciones de salud generales asociadas o no al consumo de alcohol y drogas.

En el caso de coexistencia de otras patologías físicas, deberá establecerse juntamente con el médico tratante la forma y oportunidad del tratamiento.

Por su parte el Artículo 21.- señala que la persona en un programa de tratamiento y rehabilitación tiene derecho al respeto a su privacidad, razón por la cual no se realizará registro por audio, video o fotográfico del mismo, sin su consentimiento por escrito y, en el caso de obtenerlo, su utilización deberá ser aceptada también previamente.

La correspondencia y efectos particulares de la persona en tratamiento y rehabilitación tendrán carácter privado.

Junto a ello, el Artículo 22.- dispone que todas las personas que se encuentren en tratamiento y rehabilitación en modalidad residencial tendrán derecho a la recreación y a contar con espacios para ello.

Asimismo, deberán contar con un espacio que les permita privacidad si así lo requieren, de acuerdo con las condiciones y recursos del Centro.

Las personas podrán recibir visitas en el Centro de acuerdo con la etapa del Plan Terapéutico en la cual se encuentren.

Se deberá respetar la libre voluntad de renunciar al programa terapéutico, tanto en su modalidad ambulatoria como residencial.

En el caso que un usuario presente un episodio de riesgo vital inminente para sí mismo o terceros, el equipo terapéutico deberá mantener a esta persona en el establecimiento por un tiempo máximo de 72 horas o hasta que sea evaluado por un médico o que miembros de su red de apoyo se hagan responsables de su cuidado.

Las personas en tratamiento y rehabilitación tendrán derecho a manifestar su disconformidad con el programa individual o la forma como se lleva a la práctica, ante las autoridades del Centro y en lo que dice relación con las condiciones sanitarias del establecimiento ante la Secretaría Regional Ministerial de Salud.

Por último, se establece que existirá un formulario con este objetivo, que estará a disposición de la persona en tratamiento y rehabilitación, así como de sus familiares, además de un libro de reclamos, felicitaciones y sugerencias.

11. Facultad de supervisión y control.

Corresponderá a las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud en sus respectivos territorios de competencia supervisar el funcionamiento de los establecimientos ubicados en éste y fiscalizar el cumplimiento del presente Reglamento.

La contravención de sus disposiciones será sancionada por la misma autoridad, de acuerdo con lo dispuesto en el Libro Décimo del Código Sanitario.

Análisis: Dado que esta fuente corresponde a marco normativo, su revisión permite evidenciar los requisitos formales y materiales con que debe contar un centro de rehabilitación y tratamiento para su funcionamiento.

Si bien enuncia los documentos técnicos con que debe contar el establecimiento, no permite profundizar sobre el contenido de ellos, aspecto relevante si se considera que el servicio proporcionado corresponde a un proceso terapéutico cuyo correcto desarrollo permitirá lograr el objetivo propuesto por el programa. Por esta razón es necesario continuar indagando sobre estos aspectos.

II. Análisis del documento "Calidad y evidencia en reducción de la demanda de drogas", marco de referencia para la acreditación de programas.

Corresponde a un documento internacional del Programa de Cooperación entre América Latina y la Unión Europea en Políticas sobre Drogas (COPOLAD), el cual es el marco de referencia técnica actual para evaluar y acreditar los programas de reducción de la demanda de drogas.

El documento parte señalando que la problemática de la reducción de la demanda de drogas, fenómeno multifactorial, las últimas décadas ha ido acumulando evidencia como resultado de la creciente disponibilidad de resultados derivados de la investigación y a la evaluación de las políticas aplicadas, lo que ha producido avances en el conocimiento de los factores que intervienen en el inicio, mantenimiento y reducción del uso problemático de sustancias psicoactivas.

En este contexto de mayor certidumbre y evidencia, existe la necesidad de avanzar hacia la construcción de un marco de referencia capaz de informar las políticas, los programas y las actuaciones de reducción de la demanda de drogas de acuerdo con criterios de calidad, seguridad y efectividad, equiparables a los que se vienen exigiendo en cualquier otro ámbito de intervención ya sea éste de carácter comercial, social o sanitario.

De esta forma, se ha progresado hacia la definición de determinados estándares que permitan, no sólo orientar las actuaciones y programas, sino también facilitar el desarrollo de recursos y procesos de acreditación, de manera que las intervenciones sean más efectivas y eficientes.

El documento aborda los diferentes criterios de acreditación para los diversos programas y dentro de cada uno de ellos los criterios estructurales, funcionales o de proceso y de evaluación de resultados.

A. Criterios para la acreditación de los programas de tratamiento (T)

a. Criterios estructurales

Aspectos normativos

T.1 El centro o servicio cumple las exigencias que la legislación del país establece en materia de licencia de apertura y funcionamiento y de autorización como centro especializado, tanto derivadas de la aplicación de las normas generales que regulan los centros sanitarios y sociales, como de aquellas específicas referidas a los centros de tratamiento de las drogodependencias (existencia de un equipo técnico básico, condiciones de seguridad y salubridad, ausencia de barreras físicas, etc.).

T.2 El programa o centro de tratamiento ha sido autorizado/habilitado como tal por parte de la Administración competente para ello.

Derechos de los pacientes

T.3 El servicio o centro de tratamiento garantiza un tratamiento adecuado y reconoce a los pacientes que acceden al mismo los siguientes derechos:

• Al acceso a las prestaciones y servicios de tipo sanitario, psicológico y social que integran el proceso asistencial en unos plazos definidos y conocidos, y sin limitaciones por razones de falta de recursos económicos.

• A la libre elección entre diferentes ofertas terapéuticas.

• A la voluntariedad para iniciar, mantener y cesar un proceso terapéutico, excepto en los casos señalados por la legislación vigente.

• A conocer la normativa del centro (reglamento interno) en todos aquellos aspectos que puedan afectarle, así como el nombre y cualificación profesional de las personas encargadas de su asistencia.

• A la información, verbal o escrita, por parte del equipo terapéutico respecto de los distintos servicios disponibles, el tratamiento propuesto según sus aspectos clínicos y el proceso que está siguiendo, las razones que aconsejan el mismo, y los beneficios y riesgos que cabe esperar.

• A que quede constancia por escrito o en otro soporte técnico de:

- Todo su proceso asistencial, información que deberá ser integrada en la historia clínica.
- El consentimiento otorgado antes de practicar cualquier procedimiento diagnóstico o terapéutico que suponga riesgos o inconvenientes para su salud.
- Los procedimientos diagnósticos o terapéuticos que se le apliquen de carácter experimental o que formen parte de proyectos docentes o de investigación.

• A la firma de un contrato terapéutico que explicite el contenido y la justificación del tratamiento a desarrollar, los derechos que asisten a los pacientes y las obligaciones asumidas por los mismos.

• A recibir un informe de alta, una vez finalizado el proceso asistencial.

T.4 Los pacientes que siguen tratamientos de carácter residencial tienen derecho al contacto con familiares o allegados y a recibir visitas de ellos.

Accesibilidad a los servicios y programas de tratamiento

T.5 El centro o servicio contempla distintas vías de acceso al tratamiento y dispone de criterios de indicación terapéutica definidos y escritos, basados en un diagnóstico biopsicosocial de los pacientes.

T.6 En el centro o servicio existen unos criterios de inclusión y de exclusión que delimitan adecuadamente el acceso o no de los pacientes a las diferentes modalidades de tratamiento.

T.7 Existen criterios definidos de derivación, inclusión, indicación terapéutica y exclusión para la desintoxicación en entornos hospitalarios.

T.8 Existen criterios definidos de derivación, inclusión, indicación terapéutica y exclusión para el ingreso en comunidad terapéutica.

Recursos humanos

T.9 Todos los profesionales que formen parte del equipo multidisciplinar poseen experiencia y formación específica reconocida en materia de drogodependencias.

Infraestructuras e instalaciones

T.10 El tamaño de las instalaciones se adecúa al volumen de pacientes atendidos.

T.11 Los centros de tratamiento disponen de un depósito de medicamentos debidamente autorizado, una zona segura para el archivo de las historias clínicas y sistemas de protección informáticos para evitar el acceso a los datos de los pacientes por parte de personas no autorizadas.

Mecanismos de colaboración y coordinación

T.12 El centro o servicio dispone de procedimientos de coordinación y cooperación con otros centros de asistencia a drogodependientes, así como de interconsulta y derivación a servicios de carácter generalista (servicios sanitarios, sociales, judiciales, red de salud mental, etc.).

b. Criterios funcionales o de proceso

Organización de los servicios

T.13 El centro/servicio se sustenta en un abordaje multidisciplinario e interdisciplinario de las drogodependencias.

T.14 El diseño del centro/servicio ha estado precedido de una evaluación de necesidades y un diagnóstico de situación.

T.15 Se dispone de un modelo de referencia que establece las funciones que cumple el centro/servicio de tratamiento dentro de la red asistencial (perfiles poblacionales atendidos, objetivos, servicios prestados, etc.), los procesos y procedimientos a seguir para acceder al mismo, y los mecanismos de derivación de pacientes entre los servicios de la red.

T.16 Existe un expediente personal de cada paciente en el que se registran los terapeutas responsables de su caso y del que forma parte su historia clínica.

T.17 Se dispone de un sistema de información que permite registrar el conjunto de intervenciones asistenciales realizadas por el centro/servicio, compatibles con los sistemas de información locales, regionales y nacionales.

Cartera de servicios

T.18 El tratamiento incluye la evaluación diagnóstica, la atención sanitaria, psicológica y social (en el marco de planes terapéuticos individualizados) y el desarrollo de diferentes actividades orientadas a mejorar la salud y la calidad de vida de las personas afectadas, mediante la reducción de la dependencia de las drogas, la disminución de la morbilidad y mortalidad por el uso de estas sustancias, la potenciación de las habilidades y recursos personales y el acceso a programas de incorporación social.

T.19 La cartera de servicios de los centros de tratamiento ambulatorios incluye, como mínimo: información y orientación, evaluación y diagnóstico, tratamiento y control terapéutico, atención familiar y apoyo a la incorporación social.

T.20 Los centros de tratamiento residenciales disponen de un programa para la prevención, identificación y control de las infecciones potencialmente adquiridas en el mismo y/o introducidas desde el exterior.

Procesos asistenciales clave

T.21 El centro/servicio dispone de una guía de procesos y procedimientos que permite protocolizar la atención brindada a la población beneficiaria del mismo, asegurar la equidad y calidad de la atención prestada y facilitar el establecimiento de sistemas de información y la evaluación de la actividad asistencial.

T.22 El centro/servicio identifica, describe y documenta los procesos clave que conforman el proceso de tratamiento y que tienen un mayor impacto sobre sus objetivos estratégicos del centro o servicio: recepción/admisión de las demandas, evaluación diagnóstica, formulación de planes terapéuticos individualizados, ejecución de los planes terapéuticos, seguimiento, evaluación y finalización de los tratamientos.

T.23 Se proporciona información al paciente y a sus familiares acerca de las opciones terapéuticas existentes y del contenido de la cartera de servicios disponibles en el centro/servicio, así como de las normas generales de funcionamiento.

T.24 Se realiza una evaluación y diagnóstico integral, de carácter biopsicosocial, de los pacientes que acceden a tratamiento conforme a los manuales, normas, criterios y procedimientos internacionales ya estandarizados.

T.25 Los datos de la evaluación diagnóstica son volcados en la historia clínica integrada del paciente.

T.26 Se diseña un plan individualizado de tratamiento para cada paciente (modalidad de intervención, metas terapéuticas, actividades, recursos a utilizar, duración y fases), basado en un diagnóstico previo en el que se fijan objetivos de mejora o estabilización somática, psicológica, psiquiátrica y de integración social, así como de reducción o abstinencia del consumo de drogas.

T.27 Se tiene en consideración la perspectiva de género en el diseño del plan de tratamiento.

T.28 La propuesta terapéutica es comunicada y pactada con el paciente, recogiéndose los términos de los acuerdos alcanzados en un documento escrito que firma el paciente (contrato terapéutico). La propuesta terapéutica incluirá la oferta de intervenciones con los familiares del paciente, en los casos en que proceda.

T.29 El plan terapéutico incluye estrategias para reforzar la adherencia al tratamiento.

T.30 Se le asigna a cada paciente un “profesional de referencia”, encargado de centralizar todos los flujos informativos y de responsabilizarse del seguimiento del plan de tratamiento.

T.31 Tanto los centros de tratamiento ambulatorios como las comunidades terapéuticas ofertan un programa terapéutico multicomponente de carácter biopsicosocial, que combina terapia farmacológica y tratamiento psicológico conductual y cognitivo conductual, terapia de grupo, familiar y de pareja.

T.32 Independientemente de que el objetivo del tratamiento se oriente o no al logro de la abstinencia, a todos los pacientes se les facilitan pautas para la reducción de riesgos y daños asociados al consumo de drogas.

T.33 Se contemplan reuniones periódicas del equipo técnico del centro/servicio para valorar la evolución del tratamiento y formular posibles cambios en el plan terapéutico, así como con otros servicios implicados para garantizar la continuidad asistencial.

T.34 El profesional de referencia examina periódicamente junto con el paciente la evolución del tratamiento establecido, introduciendo las variaciones necesarias para asegurar el cumplimiento de los objetivos previstos en el programa individualizado de tratamiento.

T.35 La duración del tratamiento vendrá determinada por el grado de cumplimiento de los objetivos perseguidos con la estancia en el centro de tratamiento y en función de los motivos de finalización debidamente definidos (alta terapéutica y voluntaria, derivación, abandono, fuerza mayor).

T.36 El reglamento interno del programa o servicio precisa los criterios de expulsión o exclusión del tratamiento de los pacientes y los procedimientos a aplicar en estos casos.

c. Criterios de evaluación de resultados

T.37 Para evaluar la efectividad de los programas de tratamiento se utilizan métodos e instrumentos que hayan demostrado su utilidad en investigaciones y estudios de evaluación de la actividad asistencial realizados por otras instituciones.

T.38 El centro/servicio contempla la evaluación de resultados del proceso asistencial, identificando los indicadores a utilizar.

T.39 Se dispone de un sistema de evaluación periódica de la actividad asistencial, con base en indicadores objetivos (ocupación, retención de pacientes, altas, resultados obtenidos, etc.).

B. Criterios indispensables para apertura y funcionamiento de Centros de tratamiento

a. Criterios estructurales

Categoría 1: Infraestructura e instalaciones

• Las instalaciones que albergan el centro de tratamiento y el ambiente circundante deben cumplir con los requisitos indispensables para garantizar la seguridad de los usuarios y del personal que allí labora:

- Características seguras del terreno (por ejemplo ante condiciones naturales como inundaciones, hundimiento del terreno, etc.).
- Cumplimiento con normas y regulaciones vigentes sobre infraestructura y salubridad (normas antisísmicas, materiales, etc.).
- Ambientes amplios evitando el hacinamiento de los pacientes y facilitando su evacuación en casos de emergencia (rutas de evacuación claramente señaladas).

• Los centros de tratamiento de modalidad residencial, que realizan funciones de desintoxicación o de hospitalización, se regirán por la regulación sanitaria vigente.

Categoría 2: Principios éticos y derechos de las personas beneficiarias de los programas

• El centro debe contar con normas expresas que protejan los derechos de los usuarios, prohibiendo el trato degradante e inhumano, de acuerdo con la práctica enunciada por la Carta de Derechos Humanos de las Naciones Unidas.

• Previo a la admisión, se debe comunicar por escrito, explicar adecuadamente y asegurar la comprensión, tanto al usuario como a su familia y la autoridad competente sobre el proceso de tratamiento y sus costos, quienes deberán expresar su consentimiento informado para las medidas que se tomen.

Categoría 3: Aspectos normativos

• El centro debe contar con personalidad jurídica y registro, de acuerdo con la legislación y normatividad vigente.

• El centro debe contar con un reglamento interno de funcionamiento y manuales de operación, por escrito y que deben estar disponibles, cuyo contenido debe hacerse conocer al personal, usuarios y familiares.

• El manual del programa de tratamiento desarrollado por el centro debe estar disponible por escrito, especificando el modelo de atención desarrollado y su fundamentación científica, el horario de las actividades y el personal responsable de su ejecución.

El centro debe contar con procedimientos expresos para el manejo del tratamiento en personas en situaciones especiales (menores de edad, población en conflicto con la ley, personas en situación de calle, etc.).

• El centro debe contar con un plan de protección civil a cargo de un comité designado específicamente, para atender contingencias y situaciones de emergencia.

Categoría 4: Aspectos financieros

• El centro debe disponer de una unidad de administración, que se encargue de todos los aspectos relacionados con el financiamiento de los servicios y lleve los registros correspondientes.

Categoría 5: Recursos humanos

• El centro de tratamiento debe contar con un responsable legal de su funcionamiento claramente identificado.

• El centro de tratamiento debe contar con directora o director técnico, quien debe ser profesional o técnico universitario, e idealmente contar con formación y experiencia en tratamiento de las adicciones y gestión.

• Contar con una planilla mínima de profesionales y técnicos de salud, de acuerdo al plan de tratamiento diseñado, y comprometido a ejecutar. Como orientación, deberán seguirse los parámetros (ratios) de profesionales por habitantes establecidos en los protocolos de tratamiento.

• Los profesionales, técnicos y auxiliares que participan en el programa cuentan con las competencias necesarias.

• Existen mecanismos de supervisión y actualización del personal.

b. Criterios funcionales y de proceso

Categoría 6: Aspectos organizativos

• Se debe contar por escrito, con un reporte de las actividades realizadas y planificadas de acuerdo con el programa de tratamiento y rehabilitación.

• Manejo por parte del personal y de los usuarios de los procedimientos seguir en caso de emergencias (por ejemplo, planes de evacuación y acción ante contingencias), con base en un Plan de Protección Civil.

• Cumplimiento de la normativa legal laboral y fiscal.

• Existe un programa establecido para la supervisión regular del desempeño del personal profesional, técnico y auxiliar.

• Plan de capacitación y actualización continua del personal profesional, técnico y auxiliar, basado en el modelo de atención que desarrolla el centro de tratamiento.

Categoría 7: Sistemas de información y documentación

• El centro de tratamiento debe contar con un sistema de registro y seguimiento de los usuarios atendidos. El proceso de resguardo de la información contenida en las fichas clínicas deberá hacerse de manera segura, garantizando la confidencialidad y el seguimiento clínico.

• Los centros de tratamiento deben estar vinculados con las instituciones correspondientes en materia de registro, análisis y difusión de información sobre las actividades que realicen y el impacto de estas.

• El centro de tratamiento realiza el reporte de sus actividades e información estadística a través de algún sistema concentrador, accesible para las autoridades correspondientes (sanitarias, estadísticas y de la Comisión de Drogas), de acuerdo con la legislación y normatividad vigentes.

Categoría 8: Mecanismos de colaboración y coordinación

• El centro de tratamiento deberá estar vinculado con las redes de instituciones sociales y de salud existentes, así como también con los servicios de apoyo en la comunidad.

• Está definido y se utiliza sistemáticamente un mecanismo para la derivación de pacientes en las distintas redes de salud, social y de apoyo comunitario.

• Los centros de tratamiento, especialmente los que operan bajo la modalidad residencial, deberán tener claramente definidos los mecanismos a través de los cuales ingresan las personas a tratamiento, de acuerdo con las normas legales y éticas correspondientes.

• Los centros de tratamiento, especialmente los que operen bajo la modalidad residencial, deberán contar con mecanismos de primeros auxilios y referencia de situaciones de urgencia para su resolución posterior, en congruencia con su capacidad resolutiva y respetando la legislación sanitaria y la norma vigente en materia de derechos humanos.

Análisis: Considerando tanto el ámbito de acreditación como de criterios indispensables para la instalación de un centro de tratamiento, se observa que los criterios estructurales y funcionales o de proceso se encuentran contenidos en la normativa del Decreto 4, que reglamenta su funcionamiento. En tanto, la normativa ya citada, no se refiere a criterios de evaluación de resultados descritos en este instrumento. Este aspecto es particularmente relevante pues permite determinar la efectividad del proceso terapéutico desarrollado en los centros de tratamiento.

De acuerdo con esto, los centros de tratamiento nacionales cumplirían con las condiciones indispensables para apertura y funcionamiento de Centros de tratamiento, pero no alcanzarían el estándar necesario para su acreditación a nivel internacional.

III. Análisis del documento "Manual del estándar general de acreditación para centros que otorgan tratamiento y rehabilitación de personas con consumo perjudicial o dependencia a alcohol y/o drogas", de la superintendencia de Salud Pública.

Este documento contiene el estándar general para los Prestadores Institucionales de Salud que otorgan Tratamiento y Rehabilitación de personas con consumo perjudicial o dependencia a alcohol y/o drogas. Desagrega sus exigencias y requisitos en ámbitos, componentes, características y verificadores.

De acuerdo con este instrumento, los ámbitos a ser evaluados en el proceso de acreditación son los siguientes:

- Ámbito Respeto a la Dignidad Del Usuario (DU)
- Ámbito Gestión de la Calidad (CAL)
- Ámbito Gestión Clínica (GCL)
- Ámbito Acceso, Oportunidad y Continuidad de la Atención (AOC)
- Ámbito Competencias del Recurso Humano (RH)
- Ámbito Registros (REG)
- Ámbito Seguridad de las Instalaciones (INS)
- Ámbito Servicios de Apoyo (AP)

Para comprender de mejor manera este instrumento es necesario conocer los conceptos de ámbito, componentes, características y verificadores dados por el mismo documento.

El *ámbito* contiene en su definición los alcances de política pública sanitaria para el otorgamiento de una atención de salud que cumpla condiciones mínimas de seguridad, a modo de ejemplo en el Ámbito 1, Respeto a la dignidad del usuario, el objetivo es que "*la institución provee una atención que respeta la dignidad del usuario y resguarda principios éticos esenciales en el trato que se le otorga"*.

Los *componentes* constituyen el primer nivel de desagregación del ámbito y proveen definiciones de aspectos más operacionales que contribuyen a cumplir con la intención del ámbito. En el ejemplo del Ámbito 1, los componentes son 5:

- La institucional cautela que el usuario reciba un trato digno.
- Los usuarios son informados sobre las características del ingreso al programa de tratamiento, incluyendo sus potenciales riesgos y se les solicita su consentimiento informado.
- Respecto de los usuarios que participan en investigaciones en seres humanos desarrolladas en la institución, se aplican procedimientos para resguardar su derecho al consentimiento, la seguridad y la confidencialidad, según normativa vigente.
- La institución cautela que las actividades docentes de pregrado que se realizan en ella no afecten la seguridad ni las condiciones de trato de los usuarios.
- El prestador institucional somete formalmente a evaluación ética las situaciones o eventos de esa índole que afectan la atención de los usuarios, según normativa vigente.

Las *características* desagregan el componente en espacios menores de análisis en la evaluación. Son los requerimientos específicos de gestión sanitaria que se evalúan en cada componente, especificando lo que se busca evaluar.

Siguiendo con el ejemplo, el componente *"La institución cautela que el usuario reciba un trato digno"* se descompone en las siguientes características:

- Existe una definición de derechos explícitos, que se incorporan a las obligaciones que la institución adquiere para con cada uno de sus usuarios y que es informada por medios constatables a los usuarios que se atienden en el establecimiento.

- La institución desarrolla actividades relacionadas con la gestión de reclamos, según normativa vigente.
- Se evalúa el efectivo respeto de los derechos de los usuarios, incluyendo mediciones de la percepción de los usuarios.
- Existe evaluación de la satisfacción de los usuarios respecto de la calidad del proceso de atención.

Por último, los *verificadores* son los requisitos específicos que se deben medir para calificar el cumplimiento de cada característica. La evaluación de detalle del prestador se expresará en una tabla de trabajo de campo en la que se valorarán los elementos medibles requeridos en determinados puntos de constatación.

1. Ámbito: respeto a la dignidad del usuario (DU)

La institución provee una atención que respeta la dignidad del usuario y resguarda principios éticos esenciales en el trato que se le otorga.

Componente DU-1

La institución cautela que el usuario reciba un trato digno

Características:

- DU 1.1 Existe una definición de derechos explícitos, que se incorporan a las obligaciones que la institución adquiere para con cada uno de sus usuarios y que es informada por medios constatables a los usuarios que se atienden en el establecimiento.
- DU- 1.2 La institución desarrolla actividades relacionadas con la gestión de reclamos, según normativa vigente
- DU 1.3 Se evalúa el efectivo respeto de los derechos de los usuarios, incluyendo mediciones de la percepción de los usuarios.
- DU 1.4 Existe evaluación de la satisfacción de los usuarios respecto de la calidad del proceso de atención.

Componente DU-2

Los usuarios son informados sobre las características del ingreso al programa de tratamiento, incluyendo sus potenciales riesgos y se les solicita su consentimiento informado.

Característica:

- DU-2.1 Se utilizan documentos específicos para el otorgamiento del consentimiento informado del usuario al ingreso al programa de tratamiento.

Componente DU-3

Respecto de los usuarios que participan en investigaciones en seres humanos desarrolladas en la institución, se aplican procedimientos para resguardar su derecho al consentimiento, la seguridad y la confidencialidad, según normativa.

Característica:

- DU-3.1 Las investigaciones en seres humanos realizadas en la institución han sido previamente evaluadas y aprobada su ejecución por un comité ético-científico

Componente DU-4

El prestador institucional cautela que las actividades docentes de pregrado que se realizan en ella no afecten la seguridad ni las condiciones de trato de los usuarios.

Características:

- DP-4.1 Las actividades docentes de pregrado se regulan mediante convenios docente asistenciales y son supervisadas por el prestador institucional.

Componente DU-5

El prestador institucional somete formalmente a evaluación ética las situaciones o eventos de esa índole que afectan la atención de los usuarios, según normativa vigente.

Características:

- DU- 5.1 El prestador institucional dispone de, o tiene acceso a, un Comité de Ética Asistencial donde se resuelven las materias de orden ético que se suscitan como consecuencia de la labor asistencial.

2. Ámbito gestión de la calidad (CAL)

El prestador institucional cuenta con política y programa orientados a garantizar la calidad de las prestaciones otorgadas a los usuarios

Componente CAL-1

El prestador institucional cuenta con políticas de calidad de nivel estratégico y una estructura organizacional que es responsable de liderar las acciones de mejora continua de la calidad.

Característica:

- CAL-1.1 Existe una política explícita de mejoría continua de la calidad y un programa de trabajo estructurado que incluye evaluación anual de los aspectos más relevantes relacionados con la calidad de la atención.

3. Ámbito gestión clínica (GCL)

El prestador institucional provee condiciones para la entrega de atenciones de salud de calidad.

Componente GCL -1

GCL-1 El prestador institucional cuenta con un sistema de evaluación de las prácticas clínicas.

Características:

- GCL-1.1 Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: programa de tratamiento y rehabilitación.
- GCL-1.2 Se aplica un programa de evaluación y mejora de las prácticas clínicas: procedimiento para la recepción de los usuarios.
- GCL-1.3 Se aplica un programa de evaluación y mejora de las prácticas clínicas: evaluación inicial del usuario.
- GCL-1.4 Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: evaluación integral.
- GCL-1.5 Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Plan de Tratamiento Individualizado (PTI).
- GCL-1.6 Se aplica un programa de evaluación y mejora de las prácticas clínicas: prevención de recaídas.
- GCL-1.7 Se aplica un programa de evaluación y mejora de las prácticas clínicas: intervención con familia y/o figuras significativas.
- GCL-1.8 Se aplica un programa de evaluación y mejora de las prácticas clínicas: prevención del abandono del tratamiento.

- GCL-1.9 Se aplica un programa de evaluación y mejora de las prácticas clínicas: preparación para el egreso por alta terapéutica.
- GCL 1.10 Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: seguimiento post alta terapéutica.
- GCL 1.11 Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: resultados terapéuticos.
- GCL 1.12 Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: administración de medicamentos.
- GCL 1.13 Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: reanimación cardiopulmonar.

Componente GCL -2

GCL -2 El prestador institucional cuenta con programas para prevenir la ocurrencia de eventos adversos (EA) asociados a la atención de los usuarios.

Características:

- GCL-2.1 Se realiza vigilancia de los eventos adversos (EA) asociados a la atención.
- GCL-2.2 Se aplican medidas de prevención de los eventos adversos (EA) asociados a la atención.

4. Ámbito acceso, oportunidad y continuidad de la atención (AOC)

El prestador institucional posee una política orientada a proporcionar la atención necesaria a sus usuarios, en forma oportuna, expedita y coordinada, tomando en consideración prioridades dadas por la gravedad de los cuadros clínicos y la presencia de factores de riesgo.

Componentes: AOC-1

La atención se realiza según criterios de acceso y oportunidad relacionados con la gravedad y el nivel de riesgo de los usuarios.

Características:

- AOC-1.1 Se utilizan procedimientos explícitos para proveer atención inmediata a las personas en situaciones de emergencia médica dentro de la institución.

- AOC-1.2 Se aplican procedimientos para asegurar la oportunidad de la atención: priorización para el ingreso.
- AOC 1.3 Se aplican procedimientos para asegurar el Acceso de la atención: atenciones disponibles

Componente AOC-2

El prestador institucional vela por la continuidad de la atención en aspectos relevantes para la seguridad de los usuarios.

Características:

- AOC-2.1 El prestador institucional dispone de un sistema de derivación asistida ajustándose a las necesidades de los usuarios, considerando todo el proceso terapéutico.
- AOC 2.2 El prestador institucional coordina con otras redes de servicios socio sanitarias, atenciones que se ajusten las necesidades de los usuarios: procedimiento de coordinación con la red.
- AOC 2.3 Existen sistemas de entrega de turnos en el Centro Residencial, que enfatiza aspectos directamente relacionados con la seguridad de la atención.

5. Ámbito competencias del recurso humano (RH)

La atención de salud de los usuarios es realizada por personal que cumple con el perfil requerido, en términos de habilitación y competencias.

Componente RH-1

Los técnicos y profesionales de salud del prestador institucional están habilitados.

Características:

- RH-1.1 Los profesionales médicos que se desempeñan en la institución están debidamente habilitados.
- RH-1.2 Los técnicos y profesionales de salud que se desempeñan en la institución están debidamente habilitados.
- RH-1.3 Los médicos que se desempeñan en las distintas especialidades tienen las competencias requeridas evaluadas a través de la normativa vigente.

Componente RH-2

El prestador institucional realiza actividades para asegurar que el personal que ingresa adquiera conocimientos acerca del funcionamiento y normas locales.

Características:

- RH-2.1 El prestador cuenta con un programa de inducción que enfatiza aspectos organizacionales y técnicos, y son aplicados sistemáticamente al personal que ingresa a la institución.
- RH-2.2 El prestador cuenta con programas de orientación al equipo terapéutico específicas de sus funciones y responsabilidades.

Componente RH-3

El prestador institucional programa y prioriza la capacitación del personal.

Características:

- RH-3.1 El prestador institucional incluye en su programa la capacitación, destinada al personal en materias relevantes para la seguridad del usuario.
- RH 3.2 El prestador institucional incluye en su programa la capacitación, destinada al equipo terapéutico en materias relevantes para el proceso de atención.

Componente RH-4

El prestador institucional desarrolla acciones programadas de salud en su personal.

Característica:

- RH- 4.1 El prestador ejecuta un programa de cuidado de equipo.

6. Ámbito registros (REG)

El prestador institucional cuenta con un sistema estandarizado de registro de datos clínicos y administrativos de los usuarios.

Componente REG-1

El prestador institucional utiliza un sistema formal de Ficha Clínica.

Características:

- REG-1.1 El prestador institucional cuenta con Ficha Clínica única.
- REG-1.2 El prestador institucional cuenta con un sistema estandarizado de registros clínicos.
- REG-1.3 El prestador entrega al usuario por escrito información relevante sobre el Centro y su proceso terapéutico.
- REG-1.4 Se aplican procedimientos establecidos para evitar pérdidas, mantener la integridad de los registros y su confidencialidad, por el tiempo establecido en la regulación vigente.

7. Ámbito seguridad de las instalaciones (INS)

Las instalaciones del prestador institucional cumplen las condiciones necesarias para garantizar la seguridad de los usuarios.

Componente INS-1

El prestador institucional evalúa periódicamente la vulnerabilidad de sus instalaciones.

Característica:

- INS-1.1 El prestador institucional evalúa periódicamente el riesgo de incendio y realiza acciones para mitigarlo.

Componente INS-2

El prestador institucional cuenta con planes de emergencia frente a accidentes o siniestros, que permitan la evacuación oportuna de los usuarios y el personal.

Características:

- INS-2.1 Existen planes de evacuación actualizados, difundidos y sometidos a pruebas periódicas frente a los principales accidentes o siniestros.
- INS-2.2 El prestador institucional mantiene la funcionalidad de la señalética de vías de evacuación.

Componente INS-3

Las instalaciones relevantes para la seguridad de los usuarios se encuentran sometidas a un programa de mantenimiento preventivo y se dispone de plan de contingencia por interrupción de servicios básicos.

Características:

- INS-3.1 El prestador ejecuta un programa de mantenimiento preventivo de las instalaciones relevantes para la seguridad de los usuarios y público.
- INS-3.2 El prestador ejecuta un plan de contingencia en caso de interrupción del suministro eléctrico y de agua potable.

Análisis: Este instrumento presenta novedades en relación con el Decreto 4 y al documento "Calidad y evidencia en reducción de la demanda de drogas", marco de referencia para la acreditación de programas, pues incorpora elementos técnicos que no estaban desarrollados en los otros instrumentos.

Destaca que evalúa los procedimientos para usuarios que participan en investigaciones en seres humanos desarrolladas en la institución o si la atención se realiza según criterios de acceso y oportunidad relacionados con la gravedad y el nivel de riesgo de los usuarios.

El instrumento cuenta con un documento complementario denominado "Pauta de cotejo del manual del estándar general de acreditación para centros que otorgan tratamiento y rehabilitación de personas con consumo perjudicial o dependencia a alcohol y/o drogas" el cual permite verificar cada uno de sus componentes.

IV. Estructura orgánica administrativa del SENDA

Para analizar la estructura administrativa de SENDA en el período investigado, es necesario recurrir como fuente a los actos administrativos que rigen, aprueban o modifican la estructura orgánica del Servicio en el período investigado.

Durante el año 2018, se dictaron dos actos administrativos para regular dicha materia, es así como con fecha 5 de enero de 2018 se dicta la Resolución Exenta N° 12, la que modifica la estructura orgánica del Servicio. Con posterioridad a ello, el 21 de noviembre del mismo año, se dicta la Resolución Exenta N°511, la cual viene a modificar nuevamente esta estructura orgánica.

Para un mejor análisis del período, se considerarán las áreas dentro del SENDA que intervienen en el proceso de supervisión de los centros de tratamiento.

En su Artículo 2°, la Resolución Exenta N° 12, señala que la estructura orgánica y funcional del SENDA estará constituida por la Dirección Nacional, las Direcciones Regionales, la División de Administración y Finanzas, la División Jurídica, la División Programática y la División Territorial.

Revisadas las funciones de cada una de estas estructuras, es posible señalar que en el proceso de supervisión de los centros de tratamiento, intervienen las Direcciones Regionales, a través de sus respectivos jefes de administración y finanzas y del equipo técnico compuesto por el encargado de tratamiento y los gestores de calidad, también interviene desde el nivel Nacional la División Jurídica, a través de su Unidad de Cumplimiento de Contrato, y la División Programática, a través del Área de Tratamiento.

A. Funciones de la División de Administración y Finanzas (DAF)

El artículo 6° establece las funciones de la División de Administración y Finanzas, destacando que las principales funciones de esta división serán las siguientes:

a. Gestionar a través del área de gestión de personas los recursos humanos del servicio.

b. Gestionar la función financiera del servicio a través de una eficiente gestión presupuestaria de contabilidad y tesorería.

c. Administrar la función de archivos y oficina de partes.

d. Gestionar la implementación funcionamiento desarrollo y mantención del soporte tecnológico e informático del servicio.

e. Gestionar las funciones de compra y contrataciones debiendo coordinar los procesos de adquisición de bienes servicios y suministros a través de llamados a

licitación pública acorde a la normativa vigente. Asimismo le corresponderá la administración general de los inmuebles y dependencias del servicio.

f. Supervisar y coordinar la gestión administrativa y financiera de las direcciones regionales.

g. Realizar procesos administrativos para el control y registro de movimientos inherentes a la cuenta corriente fiscal subsidiaria receptora de fondos transferidos por la tesorería general de la república destinados al financiamiento del presupuesto anual aprobado para el servicio.

h. Ejercer las demás funciones que determine el jefe superior del servicio.

Posteriormente la Resolución Exenta N° 511, agrega la función de:

i. Estimular la formación de profesionales y técnicos vinculados a la prevención y recuperación del consumo problemático de drogas y alcohol, así como de los funcionarios del SENDA con el fin de asegurar la entrega de servicios oportunos y de calidad.

Análisis: La Resolución Exenta N° 12, señala en el número 2 de su Artículo 10°, que corresponde a la Unidad de Gestión de Planes de Tratamiento, dependiente de la División de Administración y Finanzas "coordinar y apoyar la realización de las supervisiones administrativa financiera a los centros de tratamiento en convenio, en coordinación con los jefes regionales de administración y finanzas, sistematizando y consolidando la información referida a dicha supervisiones".

Sin embargo, en la modificación de esta resolución, que comenzó a regir en noviembre del mismo año, esta área desaparece, no visualizándose, dentro de la División de Administración y Finanzas, alguna otra área encargada específicamente de la supervisión de los centros de tratamiento.

B. División Programática

El artículo 24°, de la Resolución Exenta N°12, establece que existirá una División Programática a la que le corresponderá “Diseñar implementar y evaluar políticas y programas en materia de drogas y alcohol dentro del ámbito de competencias del Servicio”.

Posteriormente el artículo 25 detalla las funciones que le corresponderán especialmente al área de Tratamiento:

1. Supervisar técnicamente dar lineamientos y otorgar apoyo a los equipos de tratamiento de las direcciones regionales de SENDA.
2. Definir, planificar y evaluar las acciones relacionadas con la estrategia para mejorar el acceso y calidad de atención de las personas con consumo problemático de drogas y alcohol en Chile.
3. Impulsar el desarrollo de los programas de tratamiento existentes del área y generar nuevos programas de acuerdo con la realidad nacional.
4. Gestionar la red de tratamiento a nivel nacional para asegurar la atención oportuna y de calidad a los usuarios SENDA.
5. Asesorar a la institución en materia vinculadas al tratamiento y rehabilitación.
6. Supervisar y controlar el funcionamiento y la calidad de atención brindados por los centros de tratamiento vinculados con SENDA en virtud de convenios o contratos suscritos por este Servicio y la entidad respectiva.
7. Elaborar anualmente el proyecto de presupuesto para cubrir oferta de tratamiento con equidad y oportunidad en todas las regiones del país.
8. Analizar permanentemente la información y reporte de los centros de tratamiento a través del SISTRAT.
9. Generar acciones que permitan consolidar la red de atención de tratamiento SENDA a nivel nacional para la mejora continua de la calidad de atención de los programas de tratamiento.
10. Promover la oferta de centros de tratamiento y asignar presupuesto acorde a las necesidades de las distintas regiones del país.
11. Supervisar y monitorear la ejecución presupuestaria de las transferencias de recursos realizadas por SENDA a los centros de tratamiento vinculados con SENDA en virtud de convenios o contratos suscritos por este Servicio y la entidad respectiva.

12. Supervisar y monitorear el estado de cumplimiento de la cobertura comprometida en los distintos programas y proyectos del área de tratamiento.
13. Desarrollar activamente el trabajo con el intersector en especial con el Ministerio de Salud Ministerio de Justicia, Ministerio de Desarrollo Social, Servicio Nacional de Menores, Gendarmería de Chile y promover nuevas relaciones con otras instituciones públicas.
14. Mantener una relación fluida con otras áreas técnicas del SENDA entregando conocimiento y avances realizados por el área de tratamiento para lograr la recuperación de los usuarios del SENDA.
15. Dar respuesta a las distintas demandas que surgen del contexto nacional, centros de tratamiento y áreas de tratamiento de las Direcciones Regionales del SENDA.
16. Supervisar y monitorear el cumplimiento de las metas de la institución comprometidas por el área de tratamiento, así como apoyar el cumplimiento de metas comprometidas por SENDA.

Análisis: Es posible observar que, dentro de las funciones del área de Tratamiento, aparecen dos directamente vinculadas a la supervisión de los centros de tratamiento:

- Supervisar y controlar el funcionamiento y la calidad de atención brindados por los centros de tratamiento vinculados con SENDA en virtud de convenios o contratos suscritos por este Servicio y la entidad respectiva.
- Analizar permanentemente la información y reporte de los centros de tratamiento a través del SISTRAT.

C. División Jurídica

El artículo 18°, de la Resolución Exenta N° 12, señala que: "Existirá una División Jurídica a la que le corresponderán las funciones de asesoría jurídica y de fiscalía".

Posteriormente, el artículo 19°, establece que *"existirá un área de Cumplimiento de Contratos que le corresponderá ejercer las funciones de supervisión general de los contratos y convenios suscritos por este Servicio, preferentemente de aquellos instrumentos celebrados para la compra de mesas de planes de tratamiento en sus diversas modalidades, y para la implementación de programas y proyectos de tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por el consumo*

de sustancias, debiendo especialmente coordinar e implementar los procedimientos administrativos de aplicación de multa y o término anticipado de tales contratos o convenios."

Análisis: De la descripción de funciones señalada, se observa que esta área tiene un deber de supervisión general de todos los contratos del Servicio, siendo preferente la de los instrumentos celebrados para la compra de meses de planes de tratamiento en sus diversas modalidades. Sin embargo, esta supervisión es desde el punto de vista de asesoría jurídica y de fiscalía, el cual es el rol de la división Jurídica del Servicio.

Atendido que, de la revisión efectuada a la normativa vigente durante el período investigado, es posible observar que existen tres áreas involucradas en el proceso de supervisión. Es necesario recurrir a un nuevo instrumento administrativo que brinde mayor claridad respecto a cómo se desarrolla, en la práctica, este proceso.

En este caso, la Resolución Exenta N° 687, de 29 de junio de 2016, la cual aprueba un Manual de Supervisión de contratos para la prestación de meses de planes de tratamiento, permite formar una idea más acabada del procedimiento práctico de supervisión.

Es necesario hacer notar que este instrumento, en el número dos de sus Considerandos, señala como motivante para dictar este acto administrativo, el que *"con fecha 7 de diciembre del 2015, SENDA dictó la Resolución Exenta N° 3783, mediante la cual se aprobó el Convenio de Desempeño Colectivo para el año 2016, entre el señor Ministro del Interior y Seguridad Pública y que dicho Convenio de Desempeño Colectivo contiene, dentro de sus metas para la División jurídica, la elaboración y aprobación, durante el primer semestre del año 2016, de un Manual de Supervisión de Contratos para la prestación de meses de planes de tratamiento, el que fue desarrollado en cumplimiento de la meta ya mencionada".*

Este considerando viene a reflejar que la motivación principal para dictar este Manual no fue establecer un procedimiento de supervisión único, coordinado y conocido por todo el Servicio, sino más bien obedece al cumplimiento de una meta de Convenio de Desarrollo Colectivo. El convenio de Desempeño Colectivo (CDC) tiene su origen en la Ley N° 19.553, de 1998, el cual constituye una herramienta de gestión orientada a incentivar el trabajo en equipo y el cumplimiento de metas institucionales, con la finalidad de brindar un mejor servicio a la ciudadanía, del mismo modo, se asocian el cumplimiento de objetivos de gestión a un incentivo de carácter monetario para los funcionarios.

Retomando el análisis de este acto administrativo, dicho acto señala en su número uno, que "el objeto del presente manual es describir el procedimiento de supervisión de contratos para la prestación de meses de planes de tratamiento en convenio con SENDA estableciendo las directrices a seguir y los responsables de ejecutar cada una de las fases establecidas el presente manual regula la forma el plazo y la modalidad de la supervisión que actúa el SENDA a los prestadores de meses de planes de tratamiento en convenio".

Se indica que los principios orientadores de las supervisiones a los centros de tratamiento son dos: revisten el carácter de imprevistas, y, además, son integrales.

Imprevistas significa que las visitas no deben ser anunciadas previamente al centro de tratamiento o programa ejecutor, que sean integrales significa que se orientan a registrar la información completa y precisa en los ámbitos de infraestructura, sanitario, gestión administrativa, recurso humano, registro SISTRAT y satisfacción del usuario.

Dentro de las facultades de SENDA, en torno a la supervisión de contratos, se señalan las siguientes:

- Realizar visita sin previo aviso a los prestadores públicos o privados que tengan a su cargo la ejecución de programas de tratamiento y rehabilitación.
- Aplicar, en el contexto de la visita de supervisión, el denominado instrumento Pauta de Supervisión, a fin de indagar en el funcionamiento del programa o centro ejecutor.
- Requerir de los prestadores aquellos documentos, antecedentes y, en general, todo tipo de información que sea necesaria para el conocimiento del estado de funcionamiento del programa.
- Aplicar multas y sanciones reguladas en los contratos de compra de meses de planes de tratamiento.
- Efectuar comunicaciones a otros órganos del estado que, por razón de la naturaleza de sus funciones o competencias, le corresponde a la adopción de alguna medida en torno a cuestiones vinculadas al funcionamiento del programa de tratamiento y rehabilitación.
- En general ejercer aquellas prerrogativas reconocidas por el contrato de compra de meses de planes de tratamiento y/o las bases administrativas y técnicas que rigen los servicios.

D. Tipos de supervisión

De acuerdo con este instrumento existen dos tipos de procedimientos de supervisión:

a. Supervisión ordinaria

Esta corresponde a aquellas supervisiones aleatorias, mediante visitas sin previo aviso, cada vez que el Servicio lo estime pertinente, con el objeto de asegurar la calidad de los servicios prestados a los usuarios. Está debe realizarse al menos una vez al año.

b. Supervisiones extraordinarias

Corresponde a aquellas supervisiones referidas a hechos que se originan en denuncias de usuarios o de terceros, respecto de incumplimiento de los convenios y, en general, de toda situación anómala que haya sido comunicada a SENDA mediante un procedimiento distinto del establecido para la supervisión ordinaria, y que afecte un correcto funcionamiento de un centro de tratamiento. Este proceso de supervisión extraordinaria podrá incluir la aplicación de la Pauta de supervisión o la implementación de un proceso que se determine necesario para levantar información específica y/o general del funcionamiento del programa.

Se aclara que el proceso de supervisión de SENDA no reemplaza ni interfiere con la responsabilidad propia de la autoridad de salud regional, ni con los Servicios de Salud en relación con la fiscalización y supervisión a los centros prestadores de atención de salud que funcionan en los respectivos territorios de su jurisdicción. De igual forma, este proceso no sustituye ni interrumpe la asesoría técnica de SENDA y/o ni la evaluación de SENDA – MINSAL, la que se efectúa en el marco del Convenio de Colaboración Técnica suscrito entre ambas instituciones.

El documento continúa detallando el procedimiento tanto para la supervisión ordinaria como para la extraordinaria:

a. Procedimiento de Supervisión Ordinaria

A lo menos, una vez al año se aplicará el instrumento Pauta de Supervisión de Contrato a cada uno de los centros o programas de tratamiento en convenio. El área de Administración y Finanzas Regional será la responsable que se ejecute en terreno el proceso de Supervisión Ordinaria de convenios. Por su parte, la División de Administración y Finanzas será la responsable de

supervisar y analizar técnicamente, así como de coordinar e implementar los procedimientos para la adecuada supervisión. En el anexo 1 se adjunta formato de pauta de supervisión utilizado.

Este procedimiento, permite recopilar información vinculada a la verificación de la existencia de documentos requeridos por ley, tales como:

- La vigencia de la autorización sanitaria para los centros privados.
- Aspectos vinculados a documentación y registro, incluyendo el cotejo de información del SISTRAT, con el cotejo de la información registrada en la ficha clínica, de acuerdo a los procedimientos establecidos para ello.
- La verificación de las condiciones generales y específicas del centro.
- Verificación de cumplimiento de gratuidad de la atención.
- La infraestructura de cada centro, lo que será evaluada en su mérito para la para los centros privados públicos o en centros privativos de libertad.
- La verificación de los recursos humanos, el cumplimiento de horas profesionales y el cumplimiento de los procesos de aviso de cambio profesional en el caso de los prestadores privados.

La aplicación de la Pauta de Supervisión será de responsabilidad de las unidades de Administración y Finanzas Regionales, excepcionalmente puede ser en conjunto con el Encargado de Tratamiento Regional, en casos que involucre ámbitos técnicos sobre los cuales se solicite apoyo. De igual forma, podrá solicitarse la compañía del encargado de Salud Mental o de Alcohol y Drogas del Servicio de Salud que corresponda, o de la Secretaría Regional Ministerial de Salud respectiva, cuando se requiera. Asimismo, los Gestores de Tratamiento podrán entregar insumos útiles para que estos casos particulares que puedan servir de antecedentes al responsable de la aplicación de la Pauta de Supervisión.

El acto administrativo, señala que los centros o programas de tratamiento están obligados por términos acordados en el convenio o contrato, a proporcionar toda información que SENDA requiera según los objetivos acordados e informados para esa supervisión, respetando la normativa atingente sobre acceso a información personal o sensible. Este último aspecto se refiere fundamentalmente al no acceso a la ficha clínica de los usuarios, la cual SENDA no se considera facultado para revisar.

El procedimiento deja en claro que la información que se solicita en la Pauta de Supervisión debe ser contrastada con medios de verificación, es decir, se debe tener a la vista todos los documentos que sirvan de respaldo para acreditar el cumplimiento de lo indicado en el contrato, tales como; contratos de los profesionales, libro de asistencia, planes individuales de tratamiento firmados por los usuarios, etc., los que deben estar a la vista del supervisor y deben encontrarse disponibles en el lugar al momento de la entrevista con el encargado administrativo financiero o quien cumpla esa función en el centro de tratamiento.

Del mismo modo, el representante o encargado del centro deberá generar las condiciones para que los funcionarios o asesores de SENDA puedan realizar la supervisión en el centro o programa en particular, facilitando las condiciones necesarias y la información requerida.

Posteriormente, una vez realizada la visita de supervisión, deberá elaborarse un Informe de Supervisión, el que debe contener una síntesis de los principales hallazgos obtenidos mediante la Pauta de Supervisión aplicada por cada centro o programa de tratamiento. Dicho informe deberá ser redactado por el profesional que realice la visita y deberá contar con la visación de la Dirección Regional respectiva. El Informe de supervisión deberá ser dirigido a la Unidad de Cumplimiento de Contratos, acompañando de la Pauta de Supervisión.

Si la información levantada en la Pauta de Supervisión no da cuenta de situaciones que impliquen iniciar un proceso sancionatorio la Unidad de Cumplimiento de Contrato procederá a emitir un Informe de Cierre, el que será remitido a la Dirección Regional respectiva y al jefe del Área de Tratamiento.

En caso contrario, si la información levantada en la Pauta de Supervisión da cuenta de situaciones que impliquen iniciar proceso sancionatorio, la Unidad de Cumplimiento de Contratos coordinará las acciones a seguir que tengan por objeto obtener mayores antecedentes relativos a los hallazgos, si corresponde. La Unidad de Cumplimiento de Contratos podrá, entre otras acciones, coordinar visitas de la Unidad de Cumplimiento de Contrato o toda gestión destinada a conocer y constatar las deficiencias informadas. Lo anterior, sin perjuicio de las facultades que le corresponden a la Dirección Regional respectiva de diseñar e implementar un plan de acción de mejoras de los aspectos identificados como deficientes, independiente de la aplicación por parte de SENDA de las medidas establecidas en el respectivo convenio, en cuanto a sanciones por incumplimiento de obligaciones contraídas.

Una vez finalizado el proceso de supervisión, sea que este concluya en sanción o no, la Unidad de Cumplimiento de Contrato procederá a la elaboración de un Informe de Cierre, el que será remitido a la respectiva Dirección Regional, y a la jefatura de la División Programática, con copia a la jefatura del Área de Tratamiento.

b. Procedimiento de supervisión o extraordinaria

Este procedimiento se aplica cuando la Unidad de Cumplimiento de Contrato recibe información de hechos significantes ya sea a partir de denuncias de usuarios o de terceros respecto a eventuales incumplimientos de los convenios y en general toda situación anómala que afecte el correcto funcionamiento de un centro de tratamiento. Una vez recibida esta información, que se obtiene mediante un procedimiento distinto al establecido para la Supervisión Ordinaria, la Unidad de Cumplimiento de Contrato inicia acciones que tendrán por objeto obtener y recabar mayores antecedentes y establecer procedimientos que permitan conocer y constatar las deficiencias informadas según el caso específico de que se trate.

El proceso se inicia con la oficialización, desde las Direcciones Regionales, a la División Jurídica, a través de la Unidad de Cumplimiento de Contrato, y con copia al jefe del Área de Tratamiento, de algún antecedente que haga necesaria un proceso de supervisión especial.

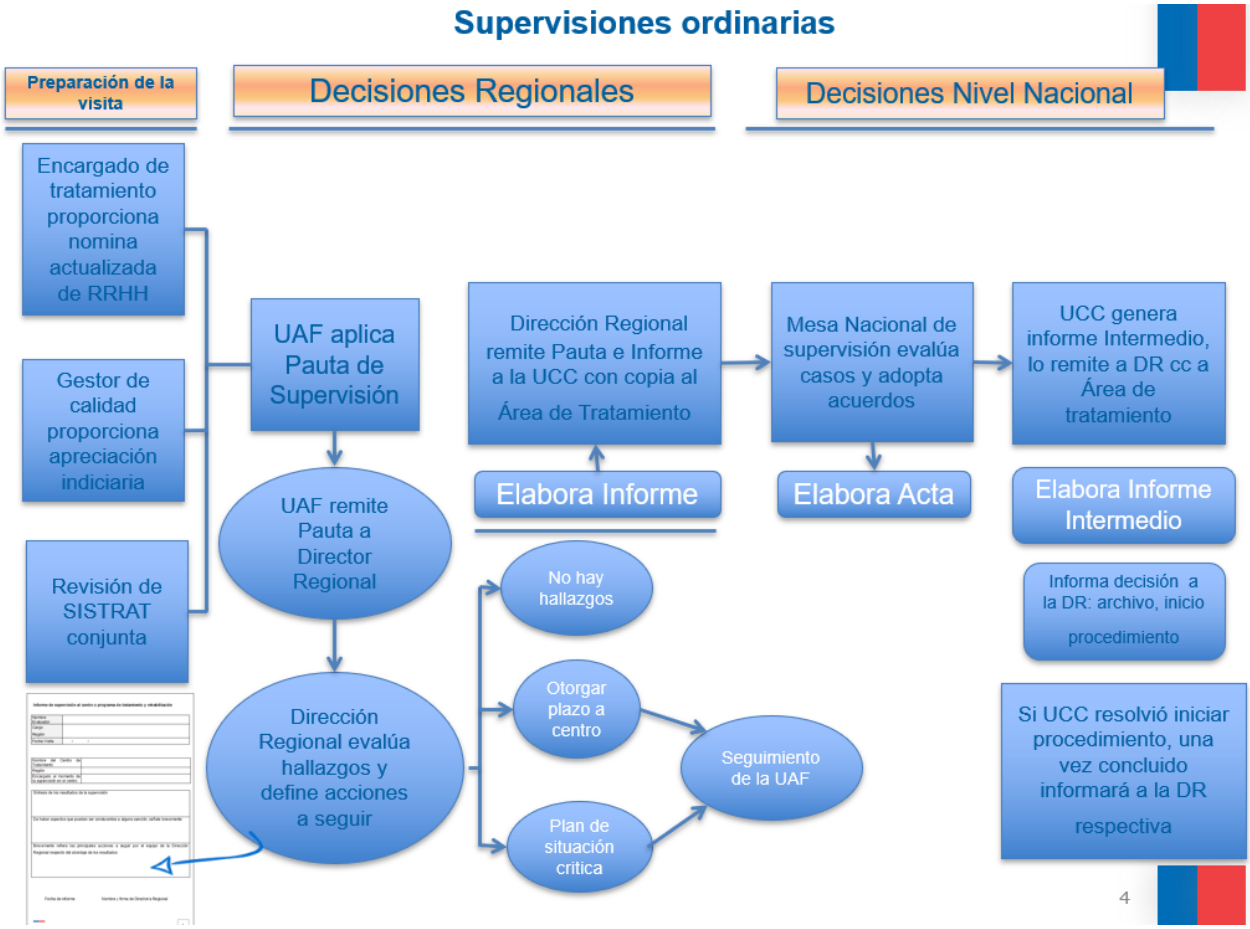
Recibida la comunicación inicial que da cuenta de situaciones anómalas, la Unidad de Cumplimiento de Contrato podrá coordinar una visita extraordinaria al centro de tratamiento y, dependiendo de las circunstancias y contextos, se podrá o no aplicar una Pauta de Supervisión u otro instrumento que permita levantar la información puntual y específica de la situación a revisar.

En esta instancia se podrá requerir apoyo para esa visita a la contraparte de SENDA, solicitando la compañía del encargado de Salud Mental o de Alcohol y Drogas del Servicio de Salud que corresponda, o de la Secretaría Regional Ministerial de Salud respectiva.

Posterior a la visita extraordinaria, la Unidad de Cumplimiento de Contrato procederá a la elaboración de un informe que sintetice los principales hallazgos y las acciones a seguir, se detecten o no irregularidades en el funcionamiento del centro o programa, y/o situaciones que pudiesen configurar un incumplimiento de contrato, lo que será remitido a la Dirección Regional respectiva y a la jefatura de la División Programática, con copia a la jefatura del Área de Tratamiento.

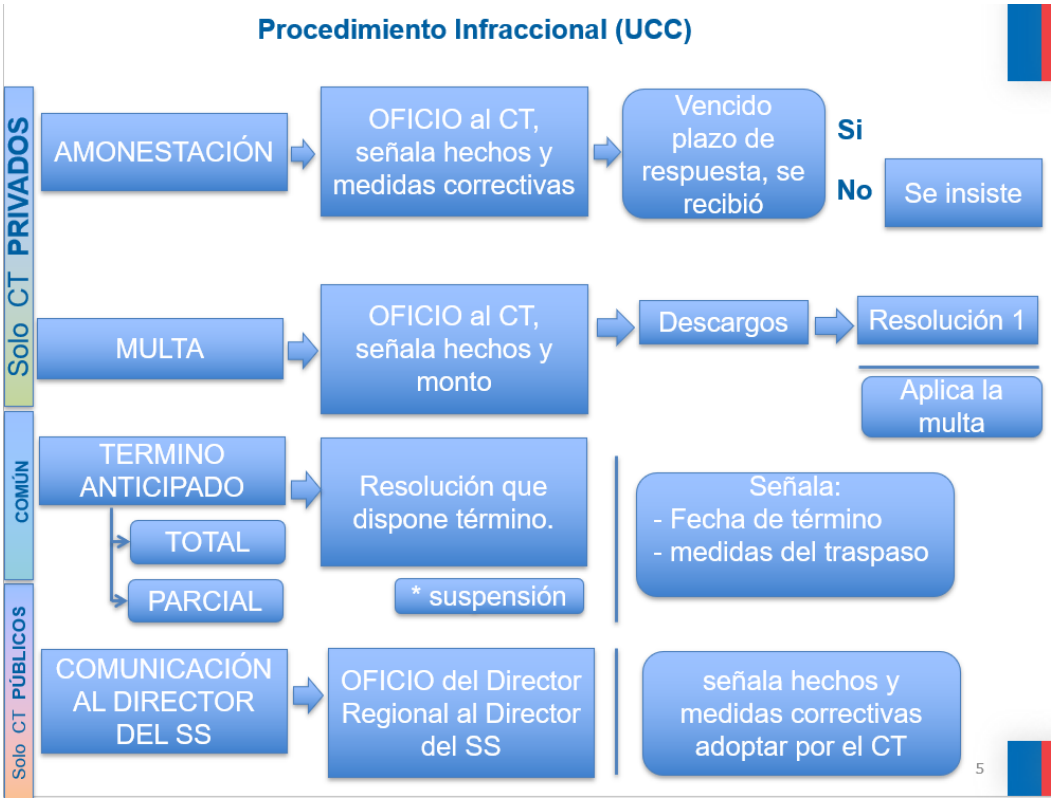
En este sentido, si la situación investigada o los hallazgos constituyen un incumplimiento de contrato, se iniciarán los procedimientos administrativos establecidos y acordados en los respectivos convenios. Una vez finalizado el proceso, sea que este concluya en sanción o no, la Unidad de Cumplimiento de Contrato procederá a la elaboración de un Informe de Cierre remitido a la respectiva Dirección Regional y a la jefatura de la División Programática, con copia a la jefatura del Área de Tratamiento.

c. Cuadro del procedimiento ordinario



(Fuente: elaboración a partir del analisis documental)

Cuadro del procedimiento infraccional del la Unidad de Cumplimiento de Contratos



(Fuente: elaboración a partir del analisis documental)

La revisión de este acápite hace necesario detenerse en un aspecto que aparece como relevante, y que se refiere al no acceso a la ficha clínica de los usuarios en el proceso de supervisión ordinario llevado a cabo por SENDA.

E. Situación de la Ficha clínica dentro del proceso de supervisión.

La Ficha Clínica es uno de los documentos a los que no tiene acceso SENDA al momento de efectuar una supervisión a un centro de tratamiento. Esta limitación a su labor se funda en la ley 20.584[2], de 24 de abril de 2012, la cual regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. En su Párrafo 5º, que se refiere a la reserva de la información contenida en la ficha clínica, se detalla lo siguiente:

[2] Consultado el 14 de noviembre de 2020.
https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/Ley%2020584%20Derechos%20y%20Deberes.pdf

"*Artículo 12. La ficha clínica es el instrumento obligatorio en el que se registra el conjunto de antecedentes relativos a las diferentes áreas relacionadas con la salud de las personas, que tiene como finalidad la integración de la información necesaria en el proceso asistencial de cada paciente. Podrá configurarse de manera electrónica, en papel o en cualquier otro soporte, siempre que los registros sean completos y se asegure el oportuno acceso, conservación y confidencialidad de los datos, así como la autenticidad de su contenido y de los cambios efectuados en ella.*

Toda la información que surja, tanto de la ficha clínica como de los estudios y demás documentos donde se registren procedimientos y tratamientos a los que fueron sometidas las personas, será considerada como dato sensible, de conformidad con lo dispuesto en la letra g) del artículo 2º de la ley Nº 19.628."

Posteriormente, el Artículo 13 continúa restringiendo el acceso a ese instrumento, pues se estable que "*La ficha clínica permanecerá por un período de al menos quince años en poder del prestador, quien será responsable de la reserva de su contenido.*

Un reglamento expedido a través del Ministerio de Salud establecerá la forma y las condiciones bajo las cuales los prestadores almacenarán las fichas, así como las normas necesarias para su administración, adecuada protección y eliminación.

Los terceros que no estén directamente relacionados con la atención de salud de la persona no tendrán acceso a la información contenida en la respectiva ficha clínica. Ello incluye al personal de salud y administrativo del mismo prestador, no vinculado a la atención de la persona.

Sin perjuicio de lo anterior, la información contenida en la ficha, copia de la misma o parte de ella, será entregada, total o parcialmente, a solicitud expresa de las personas y organismos que se indican a continuación, en los casos, forma y condiciones que se señalan:

- *Al titular de la ficha clínica, a su representante legal o, en caso de fallecimiento del titular, a sus herederos.*
- *A un tercero debidamente autorizado por el titular, mediante poder simple otorgado ante notario.*
- *A los tribunales de justicia, siempre que la información contenida en la ficha clínica se relacione con las causas que estuvieren conociendo.*

- *A los fiscales del Ministerio Público y a los abogados, previa autorización del juez competente, cuando la información se vincule directamente con las investigaciones o defensas que tengan a su cargo.*

Las instituciones y personas indicadas precedentemente adoptarán las providencias necesarias para asegurar la reserva de la identidad del titular las fichas clínicas a las que accedan, de los datos médicos, genéticos u otros de carácter sensible contenidos en ellas y para que toda esta información sea utilizada exclusivamente para los fines para los cuales fue requerida."

Análisis: De la normativa recién citada, es posible observar que los funcionarios de SENDA no califican en ninguno de los supuestos para permitirse el acceso a este documento, pues los Encargados de Tratamiento y los Gestores de Calidad no están vinculados a la atención directa de la persona, por esta razón el SENDA ha estimado que no posee facultades para acceder a la Ficha clínica en el proceso de supervisión a los centros de tratamiento.

Esta imposibilidad dificulta el que la Supervisión Ordinaria cumpla adecuadamente con el principio de ser "integral", pues, al no acceder a la Ficha Clínica, no le es posible al funcionario que efectúa la supervisión, poder contrastar el registro del SISTRAT con las prestaciones registradas en la Ficha Clínica, tampoco puede evaluar si se cumple el Plan de Tratamiento del usuario, es decir, si las intervenciones otorgadas tienen coherencia con el proceso terapéutico en particular.

Imagen de registro SISTRAT:

CODIGO IDENTIFICACION	Psicoterapia individual Terreno	Consulta Psicológica Terreno	Visita Domiciliaria Terreno	Consulta Médica Presencial Presencial	Consulta Médica Terreno	Intervención Psicosocial de Grupo Terreno	Consulta de Salud Mental Terreno	Consulta Psiquiátrica Terreno	Psicoterapia Grupal Terreno	Psiocodiagnóstico Terreno	Consulta Psicológica Presencial	Visita Domiciliaria Presencial Presencial	Intervención Psicosocial de Grupo Presencial	Consulta de Salud Mental Presencial	Consulta Psiquiátrica Presencial	Psicoterapia Grupal Presencial	Psiocodiagnóstico Presencial	Psicoterapia individual Presencial	Total
CHCA103072001	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	19	0	0	0	1	24
DASE104081999	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
FRES104052001	0	1	3	0	0	0	1	0	0	0	3	0	0	9	0	0	0	0	17
FRRI107061999	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
JEES115061999	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
JEJI117101999	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	3	0	0	0	0	5
JORI110091999	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	4	0	0	0	0	10
JORO129082000	1	1	4	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	9
KECO109091998	0	1	3	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
MABA123092000	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	3
MAHI104051999	0	1	4	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7
MAPI119082000	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	3
PEAL117082000	0	0	2	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
ROCO108041997	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Total general	1	4	24	0	0	0	8	0	0	0	17	0	0	37	0	0	0	2	93

Como se aprecia en la imagen, este cuadro muestra el registro que tiene a la vista el supervisor, previo a su visita al centro de tratamiento. En la fila principal se detallan las prestaciones otorgadas por los centros de tratamiento, en la columna principal esta la nómina de los usuarios, la cual esta

codificada para resguardar el derecho a la privacidad de los usuarios. En cada fila se detalla las prestaciones recibidas por cada usuario. En la supervisión en terreno el supervisor debiera contrastar este registro con lo registrado en la ficha clinica de cada usuario, esta verificación es la que no es posible efectuar, pues el supervisor no tiene acceso a la ficha clínica, y solo puede consultar al encargado del centro respecto de ese registro y consignar en la Pauta de Supervisión lo que el encargado le refiere.

Esta situación es compleja, pues la base sobre la que se estructura el modelo de esta política pública es la externalización del servicio a un prestador privado, bajo el supuesto de que el Servicio garantizará la correcta prestación del servicio bajo un procedimiento de supervisión definido, lo cual se evidencia desde le punto de vista formal, pero que no alcanza a examinar el desarrollo del proceso terapéutico en los usuarios, pues, al no acceder a la Ficha Clínica durante el proceso de supervisión, no es posible verificar si las prestaciones convenidas se están otorgando adecuadamente, en cantidad, calidad y coherencia con el plan de Tratamiento Individual diseñado para el usuario es especifico.

Atendido el procedimiento de supervisión descrito, se hace necesario conocer el contenido del Convenio de Colaboración Técnica suscrito entre SENDA y el Ministerio de Salud, pues dentro de los participantes del procedimiento de supervisión están funcionarios del Servicio de Salud y de la Secretaria Regional Ministerial de Salud con jurisdicción en el territorio donde este emplazado el centro de tratamiento supervisado, como coadyuvantes del procedimiento.

Para el análisis del Convenio de Colaboración Técnica y Financiera entre el SENDA y el Ministerio de Salud, para la implementación de un programa de tratamiento y rehabilitación para población adulta con consumo problemático de drogas y alcohol, tenemos a la vista la Resolución Exenta N° 202, de fecha 26 de marzo del año 2019, instrumento a través del cual el SENDA aprueba el Convenio de Colaboración Técnica ya citado.

Este documento señala, en su título segundo, que el presente convenio tiene como objetivo:

- *"Apoyar, en lo pertinente, al programa de Salud Mental del Ministerio de Salud, que se lleva a cabo como parte del Plan Nacional de Salud Mental, a través de los Servicios de Salud y los centros de atención públicos y privados regulados por el Ministerio precedentemente mencionado.*

- *Velar por la calidad de los tratamientos de personas afectadas por el consumo de drogas y alcohol*
- *Fortalecer el trabajo de la red existente en este ámbito*
  Mejorar el acceso al tratamiento de las personas sujetas de este convenio
- *Establecer las obligaciones y funciones de las partes comparecientes, los procedimientos operativos, administrativos, de asesoría y seguimiento, y evaluación y supervisión de la ejecución del programa de tratamiento y rehabilitación de personas con problemas derivados del consumo de drogas y alcohol*."

En el título tercero, que se refiere a las obligaciones y funciones de las partes comparecientes, señala una serie de obligaciones de ambas partes, las cuales en su mayoría se refieren a aspectos técnicos tales como: colaborar en el diseño de los programas, colaborar en la definición de las líneas de servicios, la evaluación y definición de la continuidad, incorporación o eliminación de prestadores públicos o privados y el compromiso de entregar, con distintas periodicidades, diversos informes sobre el avance de la ejecución de los programas, su evaluación financiera y técnica.

Destaca la obligación de la letra b), que se refiere a "*realizar la asesoría y evaluación técnica conforme a lo dispuesto en el documento denominado "Gestión de calidad[3]" a los programas o centros públicos y privados que otorguen tratamiento y rehabilitación de conformidad a lo dispuesto*

[3] La Gestión de Calidad tiene como objetivo central desarrollar progresivamente una cultura de la calidad en los equipos de atención, a través de herramientas específicas que permitan revisar la propia práctica, identificando los nudos críticos y las fortalezas en el funcionamiento y gestión del programa de tratamiento adjudicado. Se debe relevar la importancia de la calidad y la gestión de la calidad en los procesos de intervención en el ámbito de la salud, lo que implica acoger un mandato de carácter ético. La intervención sanitaria realizada por el equipo de tratamiento demanda que éste reconozca al sujeto tanto en su vulnerabilidad como respecto de sus recursos y potencialidades y exige la búsqueda de una atención de excelencia: "*la salud es una de las condiciones más importantes de la vida humana y un componente fundamental de las posibilidades humanas que tenemos motivos para valorar*"(Sen, Amartya, ¿Por qué Equidad en Salud?, Revista Panamericana de Salud Pública, Vol 11 N° 5-6, Washington, Junio 2006). La intervención centrada en las personas no puede hacerse sin mediar la reflexión crítica de la organización respecto de qué es lo bueno, lo justo y cuáles son las estrategias, metodologías y acciones específicas para su consecución.
La calidad se configura a partir de un conjunto de dimensiones, entre otras: accesibilidad, oportunidad, derechos de las personas usuarias, calidad técnica o competencia profesional, continuidad, efectividad, eficiencia, satisfacción usuaria, seguridad, comodidad/confort, por las cuales deberá velar el prestador.
En este sentido, la gestión en calidad en salud ha sido definida como un conjunto de acciones sistematizadas y continúas destinadas a prevenir y/o resolver oportunamente, problemas o situaciones que impidan otorgar el mayor beneficio posible o que incrementen riesgos de los usuarios (Manual para el proceso de evaluación de la calidad de atención en salud mental. MINSAL, 2007). Dentro de estas acciones, se enfatizan la evaluación, monitoreo, diseño, desarrollo y cambio organizacional, como herramientas de los equipos para el mejor cumplimiento de su misión y objetivos.

en los convenios de Colaboración Técnica y Financiera celebrados con entidades públicas y los contratos o convenios de compra de servicios que SENDA haya celebrado con entidades públicas y privadas, en el marco del programa, velando por la óptima calidad de las prestaciones que se brinden a los usuarios".

Posteriormente, el documento se refiere, en forma particular, a las obligaciones propias del Ministerio de Salud, destaca la letra d) que se señala "*Colaborar en los procesos de supervisión administrativa y financiera que SENDA deba realizar, en el marco de la implementación y ejecución del programa, en virtud de los convenios o contratos de compra suscritos en el contexto del presente acuerdo de voluntades.*"

Por su parte, dentro de las obligaciones de SENDA, estas se refieren principalmente al compromiso de otorgar recursos financieros para la implementación del Convenio y la obligación de emitir los informes ya mencionados.

Mas adelante, el título cuarto del convenio se refiere a los procedimientos de implementación del programa, y una serie de numerales van señalando diversos aspectos de esta implementación: sobre el diseño y elaboración de los planes de tratamiento y rehabilitación, sobre la asignación y selección de los programas de tratamiento y rehabilitación, sobre el mecanismo de financiamiento, facturación y pago de los meses de rehabilitación, sobre el sistema de registro control y gestión, y finalmente, sobre la supervisión del cumplimiento de los contratos.

En este punto, se señala que "*SENDA realizará la supervisión del cumplimiento de los contratos de los programas o centros de tratamiento que ejecuten los meses de planes de tratamiento y rehabilitación contratados en conformidad a lo establecido en el documento denominado Supervisión de Convenios de Colaboración Técnica SENDA – MINSAL.*

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

Cabe mencionar que el documento citado, *"Supervisión de Convenios de Colaboración Técnica"* reproduce en forma integral lo señalado en el *"Manual de Supervisión de Contratos, para la prestación de los meses de planes de tratamiento"*, ya analizado previamente.

Por último, el Convenio, dentro de sus anexos, contempla el formato de *"Pauta de Supervisión de los Centros de Tratamiento y Rehabilitación"*, documento que se revisa a continuación:

Nombre Evaluador	
Cargo	
Región	
Fecha Visita	**/ /**
Hora de inicio	
Hora de término	

INFORMACION GENERAL			
A. IDENTIFICACIÓN DEL CENTRO / ENTIDAD DE TRATAMIENTO			
Razón Social Prestador			
Dirección			
Representante Legal			
Nombre del Centro de Tratamiento			
Dirección del Centro		**Comuna**	
		Región	
Director y/o encargado técnico del centro y/o programa			
Encargado al momento de la supervisión			
Correo electrónico Centro		**Teléfono Centro**	
Horario de Atención Centro		**N° Línea de Servicio**	

B. CANTIDAD DE MESES DE PLANES DE TRATAMIENTO ASIGNADA AL CENTRO														
Población General (PG)			**Población Mujeres (M)**		**Población Adolescente con Infracción de ley Medio Libre (ML)**		**Población Adolescente con Infracción Privativo de Libertad (MP)**	**Sección Juvenil (SJ)**	**Personas en Situación de Calle (Calle)**	**Libertad Vigilada (L)**			**Población Infanto Adolescente (PAI-IA)**	
PAB	**PAI**	**PR**	**PAI**	**PR**	**PAI**	**PR**	**PAI**	**PAI**	**Calle**	**PAI**	**PR**	**PR-Fijo**	**PAI**	**PR**

I) EVALUACIÓN ADMINISTRATIVA			
A) DOCUMENTACIÓN Y REGISTRO	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**
¿Existe libro de reclamos, felicitaciones y sugerencias?			
¿Existe protocolo de gestión de reclamos?			
¿Existen reclamos relevantes en dicho libro?			
¿Existe calendario de actividades diarias?			
¿Existe Programa de Tratamiento y Rehabilitación por escrito y disponible?			
¿Existe Plan Individual de Tratamiento y Rehabilitación por cada usuario que contemple metas y plazos?			
¿Existe ficha que registre evolución actualizada del proceso terapéutico?			
¿Se aprecia orden administrativo en las dependencias del centro?			
¿Existe Informe de evaluación final al momento del egreso del usuario?			
¿Existe plan de emergencia y de prevención de riesgos?			
¿Existe un almacenamiento de las fichas clínicas que asegure un acceso oportuno, su conservación y confidencialidad?			

B) Autorización Sanitaria (omitir para Prestadores Privados que operen dentro de recintos penitenciarios como en el caso de las Secciones Juveniles y los Ambulatorios Intensivos para Medio Privativo de Libertad)	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**	
¿Posee autorización sanitaria?				
¿Existe copia de resolución?				
N° de Resolución			Fecha de resolución	
¿El Coordinador Técnico del Centro de Tratamiento se encuentra autorizado por la Resolución sanitaria?				
Indicar fecha de la última visita de autoridad sanitaria, si corresponde				
Ha tenido sumario sanitario previo. Si es así, razones y fecha				

II) RECURSO HUMANO				**SI**	**NO**
Cargo 1		N° de Horas Semanales	Cuenta con verificador de cumplimiento de horas		
Profesional, Propuesta Técnica o último profesional si hubo cambio			Aviso a Dirección Regional		
Profesional Actual			Autorizado por Dirección Regional		
Observaciones					
Cargo 2		N° de Horas Semanales	Cuenta con verificador de cumplimiento de horas		
Profesional Propuesta Técnica			Aviso a Dirección Regional		
Profesional Actual			Autorizado por Dirección Regional		
Observaciones					
Cargo 3		N° de Horas Semanales	Cuenta con verificador de cumplimiento de horas		
Profesional Propuesta Técnica			Aviso a Dirección Regional		
Prof. Actual			Autorizado por Dirección Regional		
Observaciones					
Cargo 4		N° de Horas Semanales	Cuenta con verificador de cumplimiento de horas		
Profesional Propuesta Técnica			Aviso a Dirección Regional		
Prof. Actual			Autorizado por Dirección Regional		
Observaciones					

Cargo 5		N° de Horas Semanales	Cuenta con verificador de cumplimiento de horas		
Profesional Propuesta Técnica			Aviso a Dirección Regional		
Profesional Actual			Autorizado por Dirección Regional		
Observaciones					
Cargo 6		N° de Horas Semanales	Cuenta con verificador de cumplimiento de horas		
Profesional, Propuesta Técnica			Aviso a Dirección Regional		
Profesional Actual			Autorizado por Dirección Regional		
Observaciones					
Cargo 7		N° de Horas Semanales	Cuenta con verificador de cumplimiento de horas		
Profesional, Propuesta Técnica			Aviso a Dirección Regional		
Profesional Actual			Autorizado por Dirección Regional		
Observaciones					
Cargo 8		N° de Horas Semanales	Cuenta con verificador de cumplimiento de horas		
Profesional, Propuesta Técnica			Aviso a Dirección Regional		
Profesional Actual			Autorizado por Dirección Regional		
Observaciones					

Cargo 9		N° de Horas Semanales	Cuenta con verificador de cumplimiento de horas		
Profesional, Propuesta Técnica			Aviso a Dirección Regional		
Profesional Actual			Autorizado por Dirección Regional		
Observaciones					
Cargo 10		N° de Horas Semanales	Cuenta con verificador de cumplimiento de horas		
Profesional, Propuesta Técnica			Aviso a Dirección Regional		
Profesional Actual			Autorizado por Dirección Regional		
Observaciones					
Cargo 11		N° de Horas Semanales	Cuenta con verificador de cumplimiento de horas		
Profesional, Propuesta Técnica			Aviso a Dirección Regional		
Profesional Actual			Autorizado por Dirección Regional		
Observaciones					
Cargo 12		N° de Horas Semanales	Cuenta con verificador de cumplimiento de horas		
Profesional, Propuesta Técnica			Aviso a Dirección Regional		
Profesional Actual			Autorizado por Dirección Regional		
Observaciones					

MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS	**SI**	**NO**
Para los centros residenciales, ¿están presentes los servicios de un manipulador de alimentos?		

A. OTRAS OBSERVACIONES RECURSOS HUMANOS

III) INFRAESTRUCTURA

B. Información de Propuesta Técnica (si corresponde)	Presencia	Uso Exclusivo		Cantidad	Cumple	
	Si	Si	No		Si	No
Sala/s de atención individual						
Sala/s de atención grupal						
Sala/s de atención familiar						
Sala de espera						
Sala para el equipo						
Espacios habilitados para talleres y actividades deportivas						
Espacios de descanso						
Cocina y comedor separados de los espacios comunes						
Baños diferenciados para personas usuarias y equipo						
Baños diferenciados para personas usuarias hombres y mujeres						
Dormitorios con espacio y número de camas acorde al número de planes al que postula, separados para hombres y mujeres, si corresponde,						
Otros (Especificar)						

C. Condiciones de infraestructura	SI	NO	OBSERVACIONES
Instalaciones sanitarias en buen estado de conservación y de operación			
¿Los servicios higiénicos cumplen con condiciones higiénicas y sanitarias?			
Lugar seguro para el almacenamiento de medicamentos, material clínico y de primeros auxilios			

Existe calefacción/ventilación segura para usuarios y personal			
El manejo de la basura cumple con condiciones higiénicas y sanitarias			
Contenedor con tapa para el almacenamiento transitorio de basura			
Lugar destinado a guardar los útiles de aseo en condiciones de limpieza.			
Dormitorios con un máximo de cuatro camas con iluminación y ventilación natural			
Dormitorios con equipamiento con condiciones adecuadas para la estadía de los usuarios.(guardarropía, clóset y veladores)			
¿Dormitorios se encuentran aseados y ordenados?			
¿Existe sector de cocina para preparar alimentos?			
Sector de cocina con equipamiento adecuado al número de raciones a preparar (vajilla, estantería, mesones y lavaplatos)			
Sector de cocina tiene piso y paredes lavables y bien ventiladas			
¿Sector de cocina cumple con las condiciones higiénicas y sanitarias?			
¿Existen elementos de recreación para los usuarios (música, televisor, revistas y juegos)?			
Muros, pisos y cielos en buen estado de conservación y mantención			
Superficies limpias, libres de humedad y/o filtraciones			
Existe iluminación natural y artificial			
Se evidencian deficiencias en la infraestructura que representen posibles riesgos para usuarios y/o profesionales.			
¿Existe un almacenamiento de las fichas clínicas que asegure un acceso oportuno, su conservación y confidencialidad?			
¿Existe extintor con su mantenimiento y carga al día?			
¿Existen vías de evacuación debidamente señalizadas?			
D. OTRAS OBSERVACIONES DE INFRAESTRUCTURA			

	IV) REGISTRO SISTRAT					
					SI	**NO**
	¿Se encuentran actualizadas las claves de acceso al sistema SISTRAT?					
	A. PRESTACIONES MÉDICAS					
	CÓDIGO USUARIO		PERIODO REGISTRO	TOTAL PRESTACIONES SISTRAT	TOTAL PRESTACIONES FICHA USUARIA	OBSERVACIONES
	1					
	2					
	3					
	4					
	5					
	6					
	7					
	8					
	9					
	10					

B. **TOTAL DE PRESTACIONES REGISTRADAS PARA LA MUESTRA DURANTE EL PERIODO**

(Realizar cotejo del total de prestaciones registradas en SISTRAT para una muestra aleatoria de usuarios por plan, del último mes cerrado, contra lo anotado en las fichas clínicas de los mismos usuarios considerados en la muestra. Esta revisión debe realizarse en forma conjunta con el Director/Encargado Técnico del centro, y resguardando la privacidad de la información de los usuarios.)

CODIGO USUARIO		**PERIODO REGISTRO**	**PRESTACIÓN**	**TOTAL PRESTACIONES SISTRAT**	**TOTAL PRESTACIONES FICHA USUARIA**	**OBSERVACIONES**
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

	C. **OBSERVACIONES: REGISTRO SISTRAT**

IV) ACUERDOS Y CONCLUSIONES DE LA SUPERVISION

Nombre y Firma Encargado

Supervisión del Convenio

Nombre y Firma Encargado

Del Centro

V) ENTREVISTAS A USUARIOS		
USUARIO 1	**SI**	**NO**
Me han informado que esta entrevista es anónima y que la información entregada por mi puede ser utilizada por SENDA para los fines de supervisión del programa de tratamiento y rehabilitación del cual soy usuario. Por tanto, expreso mi decisión de participar en esta entrevista: (Si usuario no desea participar, el supervisor debe tarjar los espacios destinados a la entrevista)		
El usuario ha sufrido algún cobro		
He sido informado de mis derechos y deberes que tengo como usuario		
Está conforme con la atención recibida por parte del equipo del Centro o Programa		
Fecha de la última atención médica		
Observaciones		
USUARIO 2	**SI**	**NO**
Me han informado que esta entrevista es anónima y que la información entregada por mi puede ser utilizada por SENDA para los fines de supervisión del programa de tratamiento y rehabilitación del cual soy usuario. Por tanto, expreso mi decisión de participar en esta entrevista: (Si usuario no desea participar, el supervisor debe tarjar los espacios destinados a la entrevista)		
El usuario ha sufrido algún cobro		
He sido informado de mis derechos y deberes que tengo como usuario		
Está conforme con la atención recibida por parte del equipo del Centro o Programa		
Fecha de la última atención médica		
Observaciones		

USUARIO 3	**SI**	**NO**
Me han informado que esta entrevista es anónima y que la información entregada por mi puede ser utilizada por SENDA para los fines de supervisión del programa de tratamiento y rehabilitación del cual soy usuario. Por tanto, expreso mi decisión de participar en esta entrevista: (Si usuario no desea participar, el supervisor debe tarjar los espacios destinados a la entrevista)		
El usuario ha sufrido algún cobro		
He sido informado de mis derechos y deberes que tengo como usuario		
Está conforme con la atención recibida por parte del equipo del Centro o Programa		
Fecha de la última atención médica		
Observaciones		

USUARIO 4	**SI**	**NO**
Me han informado que esta entrevista es anónima y que la información entregada por mi puede ser utilizada por SENDA para los fines de supervisión del programa de tratamiento y rehabilitación del cual soy usuario. Por tanto, expreso mi decisión de participar en esta entrevista: (Si usuario no desea participar, el supervisor debe tarjar los espacios destinados a la entrevista)		
El usuario ha sufrido algún cobro		
He sido informado de mis derechos y deberes que tengo como usuario		
Está conforme con la atención recibida por parte del equipo del Centro o Programa		
Fecha de la última atención médica		
Observaciones		

Análisis: Este instrumento se refiere fundamentalmente a la colaboración técnica SENDA – MINSAL, en el marco de apoyar al Programa de Salud Mental del Ministerio de Salud, que se lleva a cabo como parte del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría a través de los Servicios de Salud y los centros de atención públicos y privados regulados por dicha cartera de Estado. El desarrollo de la colaboración en el proceso de la supervisión de los centros de tratamiento no está detallado mayormente, salvo las breves menciones citadas. No se establece la periodicidad ni alcance de estas, lo que si ocurre al definir con precisión los diversos informes que debe remitir SENDA al MINSAL y las condiciones en que se harán los traspasos financieros y las rendiciones.

Respecto al instrumento *"Pauta de Supervisión de los Centros de Tratamiento y Rehabilitación*", este permite levantar adecuadamente información respecto a aspectos de infraestructura, cumplimiento administrativo y cumplimiento de recurso humano disponible en el centro, pero la sección IV Registro SISTRAT, que se refiere a verificación del total de prestaciones registradas en el SISTRAT versus las contenidas en la ficha clínica del paciente, no es posible completarla de forma veraz sin el acceso a la Ficha Clínica, documentos al que como ya se ha señalado, no tiene acceso el supervisor.

IX. MARCO CONCEPTUAL

A continuación, se desarrollan los principales conceptos que facilitan la comprensión del presente estudio:

a. *Consumo problemático de alcohol y/o drogas:* Se entiende por consumo problemático de alcohol y/o drogas, al consumo perjudicial, según el Sistema de Clasificación Internacional de Enfermedades CIE 10 y al consumo por abuso de sustancias según el Manual Estadístico de Trastornos y Enfermedades Mentales DSM IV, y a la dependencia, incorporada en ambas clasificaciones.

   De acuerdo a estos instrumentos, este consumo problemático se caracteriza por un patrón desadaptativo de consumo de sustancias con consecuencias adversas en la esfera educacional, laboral, física y social, con adicción fisiológica, pérdida de control sobre el comportamiento.

   Estos trastornos se presentan con una gran variedad de síntomas somáticos, psicológicos y psiquiátricos, incluyendo los relacionados con los efectos farmacológicos directos de las sustancias, complicaciones médicas del consumo, conflictos familiares y psicosociales, por lo que el tratamiento de este trastorno implica un equipo multidisciplinario.

b. *Mes de Plan de tratamiento:* Un mes de tratamiento corresponde a un mes en que una persona con problemas de consumo de sustancias ilícitas participa de un Plan de Tratamiento y Rehabilitación que contempla un conjunto de intervenciones y prestaciones indicadas asociadas al cumplimiento de los objetivos terapéuticos del mismo, de acuerdo con el proceso terapéutico en que se encuentra.

   El tipo de intervenciones y su frecuencia incluidas en un mes de tratamiento, que se desarrollan de manera progresiva en la medida que se avanza en el proceso de tratamiento y rehabilitación, con el propósito de lograr los objetivos terapéuticos, de acuerdo a las características y necesidades de las personas usuarias, las prestaciones son las siguientes:

   - consulta médica
   - consulta psiquiátrica

- consulta de salud mental (individual y familiar)
- intervención psicosocial de grupo
- consulta psicológica
- psicoterapia individual
- psicoterapia de grupo
- psicodiagnóstico (incluye aplicación de test psicológicos si corresponde),
- visita domiciliaria
- consultorías de salud mental
- exámenes de laboratorio que se requieran
- medicamentos si corresponde

c. *Tratamiento:* Según el Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Farmacodependencia, el término se aplica al *"proceso que comienza cuando los usuarios de sustancias psicoactivas entran en contacto con un proveedor de servicios de salud o de otro servicio comunitario y puede continuar a través de una sucesión de intervenciones concretas hasta que se alcanza el nivel de salud y bienestar más alto posible."*[4]

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

   Dichas prestaciones son otorgadas bajo modalidad de ambulatoria o de estadia permanente en el centro tratante. El tiempo estimado para lograr los objetivos del proceso de tratamiento corresponde a la necesidad de cada persona. Un panel de expertos sugiere una duración aproximada de 12 meses (estimado), con permanencia de 7 días, con una jornada

[4] WHO Expert Committee on Drug Dependence (1998). Thirtieth Report. Geneva: World Health Organization

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).

Centro de Tratamiento y Rehabilitación: de acuerdo al Artículo 1º.- del Decreto 4, que establece los requisitos para autorizar la instalación y funcionamiento de un centro de tratamiento en Chile, se entenderá por Centro de Tratamiento y Rehabilitación para Personas con Consumo Perjudicial o Dependencia a Alcohol y/o Drogas, a un establecimiento público o privado especializado, que brinda atención ambulatoria o residencial, a personas que presentan consumo perjudicial o dependencia al alcohol o a substancias psicoactivas, tales como estupefacientes o psicotrópicos, asociado o no con alcohol.

De esta forma, se está progresando hacia la definición de determinados estándares que permitan, no sólo orientar las actuaciones y programas, sino también facilitar el desarrollo de recursos y procesos de acreditación, de manera que las intervenciones sean más efectivas y eficientes.

e. *CIE*: es uno de los sistemas de clasificación diagnóstica internacional vigentes en el mundo. Sus siglas corresponden a Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y otros Problemas de Salud y provee los códigos para clasificar las enfermedades y una amplia variedad de signos, síntomas, hallazgos anormales, denuncias, circunstancias sociales y causas externas de daños o enfermedad[5]. Es publicada por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

f. *Consentimiento informado:* consiste en un proceso de entrega de información por parte del profesional tratante a la persona usuaria para que ésta pueda tomar una decisión responsable respecto a ingresar o no a tratamiento (diagnóstico, tratamiento, pronóstico, posibles complicaciones y riesgos)[6].

g. *DSM*: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la American Psychiatric Association (APA). Se trata de una clasificación de los trastornos mentales con el propósito

[5] Manual del estándar general de acreditación para centros que otorgan tratamiento y rehabilitación de personas con consumo perjudicial o dependencia a alcohol y/o drogas", de la superintendencia de Salud Pública.

[6] Manual del estándar general de acreditación para centros que otorgan tratamiento y rehabilitación de personas con consumo perjudicial o dependencia a alcohol y/o drogas", de la superintendencia de Salud Pública.

de proporcionar descripciones claras de las categorías diagnósticas, con el fin que los clínicos y los investigadores puedan diagnosticar, estudiar e intercambiar información y tratar los distintos trastornos mentales.

h. *Evaluación Inicial*: corresponde a la primera evaluación del usuario realizada por un miembro del equipo terapéutico, tiene por objetivo realizar evaluación y confirmación diagnóstica respecto al trastorno por uso de sustancias, así como evaluar otras dimensiones que tienen relevancia clínica inicial (salud física y mental, ambiente de recuperación, disposición al cambio), y determinar el nivel de cuidados que requiere el usuario. Dependiendo del resultado de la evaluación inicial a la persona se le podrá ofrecer, en el caso que lo requiera, ingresar a tratamiento o bien, ser derivado asistidamente.

i. *Evaluación integral*: se refiere al proceso coordinado y comprehensivo de evaluación clínica que realiza un equipo terapéutico multidisciplinario una vez que la persona usuaria ingresa a tratamiento. Esta evaluación tiene por finalidad la identificación tanto de las necesidades de salud y sociales relacionadas con el uso de sustancias, así como de los recursos personales y sociales; necesarios para la elaboración del plan de tratamiento individualizado, el que considerará las acciones e intervenciones a seguir para un proceso de intervención integral.

j. *Evaluación periódica*: resultado de la aplicación de los criterios de evaluación con una periodicidad determinada (mensual, trimestral, semestral o anual).

k. *Evaluación final*: resultado del proceso terapéutico del paciente al momento de producirse el egreso del centro de tratamiento, y que debe dar cuenta del nivel de logro obtenido.

l. *Ficha Clínica única*: instrumento en que se registra la historia médica de una persona y que podrá configurarse de manera electrónica, en papel o en cualquier otro soporte, siempre que asegure la conservación y adecuada confidencialidad de la información en ella contenida.

m. *Logro terapéutico*: corresponde a la apreciación clínica que hace el equipo o profesional tratante a la persona en tratamiento y su familia, del nivel de cumplimiento alcanzado respecto de los objetivos terapéuticos planteados al inicio del proceso y descritos en el plan de tratamiento individualizado (PTI).

n. *Plan de tratamiento Individualizado (PTI)*: corresponde al diseño estratégico individualizado de la intervención para cada persona en tratamiento, se elabora con la información recogida

en la evaluación integral, y se debe construir en conjunto entre el equipo terapéutico y el consultante, de acuerdo a sus necesidades y recursos.

La estructura general del PTI debe contener objetivos terapéuticos, estrategias de intervención y actividades a realizar, asignación de responsabilidades, plazos estimados y monitoreo.

La evaluación de la ejecución del plan debe ser periódica, de acuerdo a los plazos establecidos, que considere resultados a corto, mediano y largo plazo, con posibilidad de modificarse. En dicho proceso evaluativo participa el equipo terapéutico, la persona usuaria y su familia y/o red de apoyo (cuando corresponda).

o. *Profesionales de la salud habilitados*: aquellos que ejercen sus profesiones de conformidad con las normas previstas en el Libro Quinto del Código Sanitario, esto es, que cuentan con el título profesional respectivo, otorgado por una institución de educación superior reconocida por el Estado, y a los que no les afecta ninguna prohibición para el ejercicio de su profesión.

p. *Profesional tratante*: profesional de referencia del usuario, encargado de vincular y coordinar segmentos de un sistema de provisión de servicios para garantizar el programa más integral para satisfacer las necesidades de atención de una persona.

q. *Supervisado*[7]: corresponde al programa o centro de tratamiento ejecutor público o privado que es objeto de la supervisión ordinaria o extraordinaria por parte de SENDA.

r. *Supervisor interno*[8]: corresponde al funcionario o asesor de SENDA que realiza la visita de supervisión y aplica el instrumento de supervisión denominado Pauta de supervisión, este supervisor interno es responsable del fiel registro de los antecedentes en la Pauta de supervisión como también del correcto desarrollo de la visita de supervisión ordinaria o extraordinaria.

s. *Pauta de supervisión*[9]: corresponde al instrumento aprobado por SENDA e incorporado como anexo en el convenio de colaboración técnica y financiera sobre programas de tratamiento y rehabilitación de personas con problemas derivados del consumo de drogas y alcohol. Este instrumento es un documento formal que tiene por finalidad servir de acopio

[7] Resolución exenta N° 687, de 29 de junio de 2016, de SENDA.
[8] Resolución exenta N° 687, de 29 de junio de 2016, de SENDA.
[9] Resolución exenta N° 687, de 29 de junio de 2016, de SENDA.

de la información levantada en cada visita de supervisión ordinaria o extraordinaria y que da cuenta de los elementos capitales de funcionamiento de cada programa o centro de tratamiento ejecutor.

t. *Informe de supervisión*[10]: corresponde al instrumento en el cual se consigna la síntesis de los resultados de la supervisión, los aspectos que pudieran ser conducentes a alguna sanción y las medidas eventuales que se adoptarán en la dirección Regional de SENDA respecto de aquellos programas o centros de tratamiento ejecutores que presentan en alguna deficiencia en su funcionamiento. Este informe será suscrito por el jefe Regional de Senda y remitido al nivel central para su tramitación pertinente.

u. *Informe intermedio*[11]: corresponde al documento tipo que emite la Unidad de Cumplimiento de Contratos en el que se consigna un examen sucinto de los elementos jurídicos más relevantes que se hayan observado en las pautas de supervisión e informe de supervisión enviados por las direcciones regionales de SENDA. Este informe intermedio junto con lo anterior contiene propuestas de medidas jurídicas susceptibles de ser aplicadas al centro o programa ejecutor las que deben comunicarse a las estructuras administrativas de SENDA interesadas.

v. *Hallazgo*[12]: corresponde a los hechos reñidos con la fiel ejecución de los servicios que se observen mediante supervisiones ordinarias o extraordinarias y que pudieran representar alguna conducta de infracción contractual o que puedan entregar mérito para un proceso de seguimiento sin perjuicio de la adopción de otras medidas administrativas y técnicas que pueden ser admisibles.

w. *Seguimiento*[13]*:* corresponde al trabajo de supervigilancia técnica y administrativa realizada por una dirección Regional de SENDA respecto de un centro o programa ejecutor que presenta deficiencias en su funcionamiento o, que no presentando deficiencias de funcionamiento, fuere preciso indagar o evaluar en algún punto específico o focalizado de la prestación de sus servicios.

X. MARCO METODOLÓGICO

[10] Resolución exenta N° 687, de 29 de junio de 2016, de SENDA.
[11] Resolución exenta N° 687, de 29 de junio de 2016, de SENDA.
[12] Resolución exenta N° 687, de 29 de junio de 2016, de SENDA.
[13] Resolución exenta N° 687, de 29 de junio de 2016, de SENDA.

Concluido el establecimiento de la pregunta, los objetivos de la investigación y el marco teórico, ello permite introducirse directamente hacia el área metodológica del presente proyecto, y considerando un proceso de análisis de información teórica y técnica, se puede advertir que, referido a la temática del problema planteado, es necesario establecer las principales técnicas o instrumentos de recogida de información que se utilizará para desarrollar la presente investigación.

A. Tipo de Investigación.

Esta será de tipo exploratoria, con la finalidad de lograr un primer acercamiento científico al problema, que en este caso corresponde a conocer cómo es el sistema de supervisión de contratos y convenios mediante el cual el SENDA implementa su política de tratamiento para personas con consumo problemático de drogas o alcohol y cuáles son los mecanismos que entraban dicha gestión en el período 2018 - 2019

B. Método de Investigación.

Esta será cualitativa, de tipo exploratoria. En el método de investigación se utilizará la deductiva, que parte de lo general para realizar deducciones específicas.

C. Técnicas e instrumentos utilizados en la recolección de la información.

- Entrevistas y encuestas.
- Esquemas, Diagramas, Informes, Reglamentos, Dictámenes, Normativas y Leyes.

D. Unidades de Análisis.

Aquí se encuentra el universo y población que corresponden a los objetos o sujetos de estudio, los que señalan la realidad sobre la cual se valida o no la presente investigación.

Se encuentran: Encargados Regionales de Tratamiento, Jefes de Administración y Finanzas Regionales, jefatura de la Unidad de Cumplimiento de Contratos, de la División Jurídica, Gestores de Tratamiento, Encargados de Departamento de Salud Mental, de los Servicios de Salud.

E. Método para el desarrollo del estudio.

El procedimiento y fases serán las siguientes:

Fase 1. Planteamiento del problema. Esta etapa consistirá en indicar el planteamiento en la formulación del problema y el análisis de causas y análisis de efectos.

Fase 2: Se efectuará una búsqueda bibliográfica, normativa y de contenido de todos los antecedentes que den cuenta del problema a estudiar, con el fin de contar con la mayor cantidad de información para su análisis.

Fase 3: Se llevará a cabo la identificación de aquellos aspectos y antecedentes relevantes que se observen, directamente, vinculados con la identificación del problema.

Fase 4. En esta misma línea, se procederá a decidir aquellas posibles variables que podrían dar cuenta de la identificación del problema y dar paso a la pregunta de investigación.

Fase 5. Definir las variables dependientes e independientes, que ayudarán a determinar la pregunta de investigación como aquellas externas para su posterior desarrollo.

Fase 6. Desarrollo del marco teórico, en el cual se mostrarán los avances científicos, tecnológicos y normativos que han desarrollado otros investigadores y/o el mismo autor respecto del tema en particular.

Fase 7. Se hará referencia a las principales técnicas de recogida de información, considerando el enfoque cualitativo a nivel exploratorio; encuestas, técnicas de conversación y técnicas de entrevistas.

F. Aplicación de instrumento Encuesta y Entrevista.

Para el desarrollo de la encuesta se utilizó la escala de Likert, la que nos permite medir actitudes y conocer el grado de conformidad del encuestado con cualquier afirmación que le propongamos.

La escala de valoración fue la siguiente:

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo

La aplicación se hizo a través de un formulario de la plataforma Google, cuyo enlace fue enviado a los equipos regionales de las siguientes áreas: Encargado de Administración y Finanzas, Encargado de Tratamiento, Gestor de Calidad y Supervisores regionales.

La encuesta se presentó en tres formatos de pregunta: preguntas 1 y 2, formato de opción múltiple; preguntas 3 y 4 con cuadrícula de opción múltiple y preguntas 5 y 6, con formato de desarrollo. Todos los campos debían ser llenados de forma obligatoria para enviar la encuesta.

De esta forma, la encuesta utilizada fue la siguiente:

Encuesta sobre supervisión a centros de tratamiento en convenio con SENDA

Esta encuesta es sobre el proceso de supervisión a centros de tratamiento privados que ejecutan meses de planes de tratamiento para personas con consumo problemático de drogas y alcohol del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol.

El resultado me permitirá recolectar información para mi tesis de la carrera de administración pública, en la universidad Academia de Humanismo Cristiano.

La información recogida a través de este instrumento será utilizada bajo estrictos marcos de confidencialidad y privacidad. Desde ya agradezco su participación.

La encuesta tiene varios ítems, los que son obligatorios y claves en la recogida de la información. Les pido, al término de la encuesta, apretar el botón finalizar, para que se guarden sus respuestas. ¡Muchas Gracias!

1. Vínculo con los centros de Tratamiento:

 Asesoría técnica

 Supervisión técnica

 Supervisión técnico-financiera

 Otra: _____

2. Durante el periodo 2018 – 2019, ¿Con qué cantidad de centros de tratamiento tuvo contacto?

 1 a 5

 6 a 10

 11 a 20

 Mas de 21

3. A continuación, se le solicita indicar su grado de conformidad con los supuestos propuestos sobre los instrumentos de supervisión utilizados por SENDA

- Los instrumentos de supervisión utilizados permiten verificar el cumplimiento de las condiciones de infraestructura de los centros de tratamiento (buen estado de conservación, instalaciones sanitarias adecuadas, iluminación, calefacción, ventilación, salas de atención y grupal suficientes)
- Los instrumentos de supervisión utilizados permiten verificar el cumplimiento de las condiciones técnicas de recurso humano (que estos cuenten con un director técnico, profesionales idóneos, con experiencia y conocimientos, en relación técnico-profesional adecuada)
- Los instrumentos de supervisión utilizados permiten verificar el cumplimiento formal de las condiciones técnico-administrativas (que el centro cuente con programa de tratamiento, plan individual de tratamiento, ficha clínica, informe de evaluación final, registro estadístico)
- Los instrumentos de supervisión utilizados permiten verificar el cumplimiento efectivo del programa de tratamiento (que el plan individual de tratamiento se cumpla, que la ficha clínica registre el proceso terapéutico, que el informe de evaluación final contenga el proceso terapéutico)
- El sistema de registro informático SISTRAT permite verificar el cumplimiento efectivo del programa de tratamiento (que el plan individual de tratamiento se cumpla, que la ficha

clínica registre el proceso terapéutico, que el informe de evaluación final contenga el proceso terapéutico)

- Los instrumentos de supervisión utilizados permiten verificar el cumplimiento de los derechos y deberes del paciente dentro del centro de tratamiento (que se pacte un PIT, no se someta a los usuarios a restricciones físicas, continuación de tratamientos médicos, información al paciente y sus familiares sobre la naturaleza y contenido del programa de tratamiento, actividades laborales voluntarias, recreación, renunciar al programa terapéutico, disponibilidad de libro de reclamo y sugerencias).

4. A continuación, se le solicita indicar su grado de conformidad con los supuestos propuestos sobre el cumplimiento de los centros de tratamiento (CT) a los siguientes aspectos :

- Los CT cumplen adecuadamente con condiciones de infraestructura (buen estado de conservación, instalaciones sanitarias adecuadas, iluminación, calefacción, ventilación, salas de atención y grupal suficientes)
- Los CT cumplen adecuadamente las condiciones técnicas de recurso humano (cuentan con un director técnico, profesionales idóneos, con experiencia y conocimientos, en relación técnico-profesional adecuada)
- Los CT cumplen adecuadamente las condiciones técnico-administrativas (cuentan con programa de tratamiento, plan individual de tratamiento, ficha clínica, informe de evaluación final, registro estadístico)
- Los CT cumplen efectivamente su programa de tratamiento (el plan individual de tratamiento se cumple, la ficha clínica registra el proceso terapéutico, el informe de evaluación final contiene el proceso terapéutico)
- Los CT cumplen adecuadamente los derechos y deberes del paciente (se pacta un PIT, no se someta a los usuarios a restricciones físicas, existe continuidad de tratamientos médicos, se otorga información al paciente y sus familiares sobre la naturaleza y contenido del programa de tratamiento, las actividades laborales son voluntarias, cuentan con recreación, tienen la posibilidad de renunciar al programa terapéutico, existe disponibilidad de libro de reclamo y sugerencias)

5. Mencione las principales fortalezas del sistema de supervisión implementado por SENDA.
6. Mencione las principales debilidades del sistema de supervisión implementado por SENDA.

G. Análisis de los resultados de la Encuesta.

La encuesta fue respondida por 14 funcionarios, lo que corresponde a un número adecuado del universo de estudio.

Respecto a la caracterización de quienes respondieron, la primera pregunta muestra que un 42,9% fueron del área de Supervisión técnico-financiera; un 28.6 % del área de Asesoría técnica; un 21.4% del área de Supervisión técnica y un 7.1% de otra área. Esto indica que mayoritariamente fue respondida por funcionarios del área técnica, es decir, por Encargados de Tratamiento Regional o por Gestores de Calidad.

En cuanto a la cantidad de centros con que tuvieron contacto en el período consultado, un 57,1% señala que tuvo contacto con más de 21 centros de tratamiento; un 21,4% señala que tuvo contacto con 6 a 10 centros; un 14,3% indica que tuvo contacto con entre 11 a 20 centros y un 7,1 % señala que tuvo contacto con entre 1 a 5 centros. Esto muestra que más de un 70% de quienes respondieron tuvieron contacto con más de 11 centros, lo que evidencia un nivel de conocimiento adecuado de la realidad consultada.

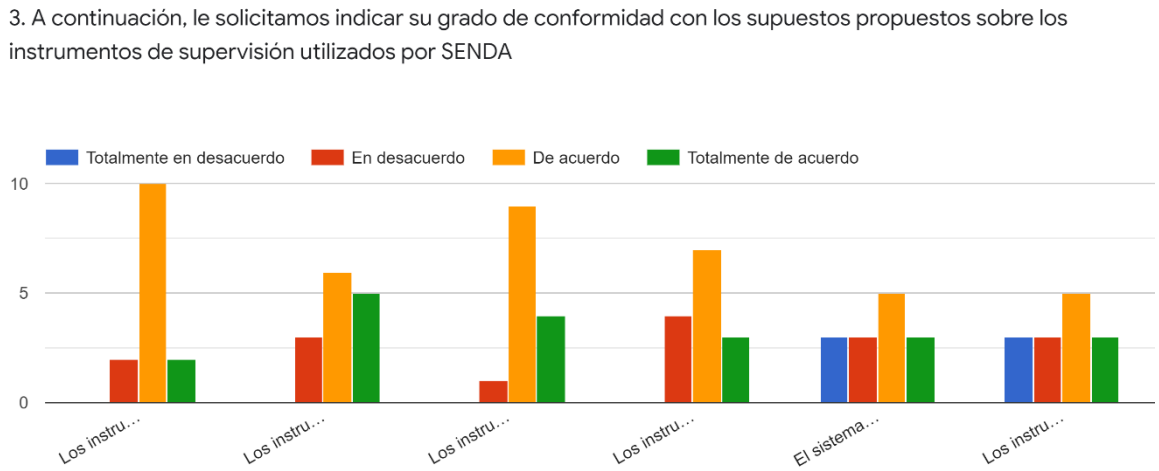
Respecto a la consulta sobre su grado de conformidad con los supuestos propuestos sobre los instrumentos de supervisión utilizados por SENDA, en todos los Ítems la respuesta mayoritaria fue “de acuerdo”. Tal como muestra la tabla 1, los supuestos que mostraron mayor nivel de conformidad fueron los siguientes:

- Los instrumentos de supervisión utilizados permiten verificar el cumplimiento de las condiciones de infraestructura de los centros de tratamiento (buen estado de conservación, instalaciones sanitarias adecuadas, iluminación, calefacción, ventilación, salas de atención y grupal suficientes), que logró 12 opiniones “de acuerdo” o “muy de acuerdo”.
- Los instrumentos de supervisión utilizados permiten verificar el cumplimiento formal de las condiciones técnico-administrativas (que el centro cuente con programa de tratamiento, plan individual de tratamiento, ficha clínica, informe de evaluación final, registro estadístico), que logró 13 opiniones “de acuerdo” o “muy de acuerdo”.

Por el contrario, los supuestos que mostraron un nivel más bajo de respuesta en este ítem, con menciones a “totalmente en desacuerdo” o “en desacuerdo”, fueron los siguientes:

- El sistema de registro informático SISTRAT permite verificar el cumplimiento efectivo del programa de tratamiento (que el plan individual de tratamiento se cumpla, que la ficha clínica registre el proceso terapéutico, que el informe de evaluación final contenga el proceso terapéutico), que recibió 6 menciones “totalmente en desacuerdo” o “en desacuerdo”.
- Los instrumentos de supervisión utilizados permiten verificar el cumplimiento de los derechos y deberes del paciente dentro del centro de tratamiento (que se pacte un PIT, no se someta a los usuarios a restricciones físicas, continuación de tratamientos médicos, información al paciente y sus familiares sobre la naturaleza y contenido del programa de tratamiento, actividades laborales voluntarias, recreación, renunciar al programa terapéutico, disponibilidad de libro de reclamo y sugerencias) que recibió 6 menciones “totalmente en desacuerdo” o “en desacuerdo”.

Cabe mencionar que solo en estos supuestos aparece la respuesta “totalmente en desacuerdo”.



(Tabla 1)

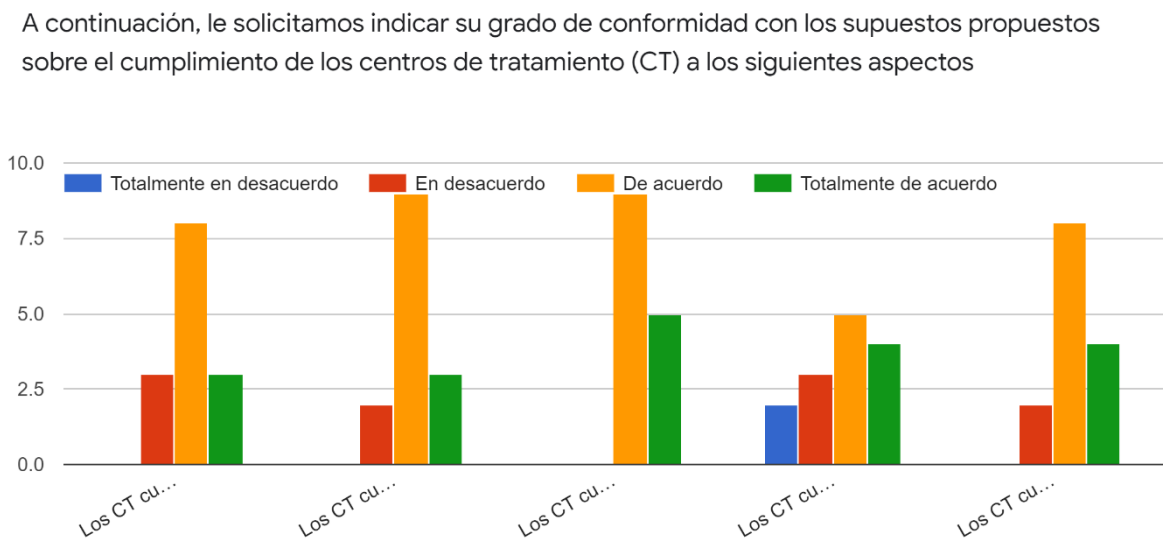
Respecto a la consulta sobre su grado de conformidad con los supuestos propuestos, sobre el cumplimiento de los centros de tratamiento (CT) a los aspectos consultados, en todos los Ítems la respuesta mayoritaria fue “de acuerdo”. Tal como muestra la tabla 2, el supuesto que mostró mayor nivel de conformidad fue el siguiente:

- Los CT cumplen adecuadamente las condiciones técnico-administrativas (cuentan con programa de tratamiento, plan individual de tratamiento, ficha clínica, informe de

evaluación final, registro estadístico), el que logró 14 opiniones “de acuerdo” o “muy de acuerdo”, es decir, la totalidad de la muestra.

Por el contrario, el supuesto que mostró un nivel más bajo de respuesta en este item fue el siguiente:

- Los CT cumplen efectivamente su programa de tratamiento (el plan individual de tratamiento se cumple, la ficha clínica registra el proceso terapéutico, el informe de evaluación final contiene el proceso terapéutico), que recibió 5 menciones “totalmente en desacuerdo” o “en desacuerdo”, siendo la única mención donde aparece la respuesta “totalmente en desacuerdo”.



(Tabla 2)

En cuanto a los ítems de respuesta libre o de desarrollo, se logró un amplio espacio de opiniones. A continuación, se mencionan los principales comentarios recogidos.

Respecto a las principales fortalezas del sistema de supervisión implementado por SENDA, estas serían las siguientes:

• Existe una supervisión permanente, implica aspectos técnicos y administrativos.

• Existe adecuada coordinación con la dupla que evalúa (Senda - Seremi de Salud)

• El procedimiento es sistemático, lleva varios años, permite tener una línea base técnica y la realización de un plan de mejora para el año siguiente.

• Permite evaluar en un período breve de tiempo el nivel de desarrollo de cada uno de los centros.

• Proceso claro, centrada en la calidad.

• El sistema contempla un vínculo de apoyo y asesoría entre SENDA y los Centros de Tratamiento, por lo que existe un acompañamiento permanente a los programas.

• La incorporación del Servicio de Salud y otras redes en el proceso de supervisión y asesoría.

• Contar con profesionales exclusivos para cumplir con esta labor. Recurso humano capacitado para realizar estos procesos.

• Contar con asesores externos que fortalecen el trabajo de los Gestores de Calidad.

• Evalúa lo mínimo con lo que un centro de tratamiento debe contar.

• Permite hacer visitas en terreno manteniendo un contacto directo con los profesionales.

• Se pueden realizar sin previo aviso, lo que permite ver el real cumplimiento de los diferentes procesos de supervisión.

• La pauta de supervisión permite verificar el número de prestaciones en las fichas Clínicas con respecto al SISTRAT, y también permite verificar el cumplimiento del equipo ofertado.

En cuanto a las principales debilidades del sistema de supervisión implementado por SENDA, lo indicado por los encuestados fue lo siguiente:

• No considera evaluaciones más cualitativas y no tiene impacto en la continuidad del convenio.

• No mide entrevista directa con usuarios.

• La pauta solicita datos de forma cerrada, no permite evaluar otras cosas.

• Se debiera incluir en una futura pauta, libro de asistencia de los funcionarios del centro o registro de marcaje.

• Incluir en la pauta de CT, condiciones mínimas para la atención de usuarios, ya que, al ser centros públicos, muchas veces carecen de espacios para la atención de usuarios. si bien en la pauta se señala, se sugieren algunos cambios, pero al pasar del tiempo, los centros siguen en las mismas condiciones.

• La supervisión administrativa aborda temas que son más bien técnicos.

• El recurso humano es insuficiente para realizar todas las tareas que demanda una supervisión.

• Existen algunas diferencias en áreas RRHH e infraestructura al comparar los centros privados con los públicos, estos últimos son más precarios en estos aspectos porque en el convenio no se les exige lo mismo que a los privados en la licitación.

• Las herramientas con que cuenta el proceso de supervisión, para el control de los incumplimientos, son insuficientes.

• Al proceso de supervisión le falta trabajar más en equipo.

• No verificar el tipo de intervención realizado por equipo.

• No existe una supervisión ordinaria de parte de la Unidad de Administración y Finanzas.

• Se requiere hacer supervisiones conjuntas entre la Tratamiento y Administración Y finanzas.

• Se necesita actualizar instrumentos de supervisión.

• Se requiere aumentar las exigencias de infraestructura y funcionamiento para los Centros de Tratamientos, tanto públicos como privados.

• Se deben cambiar las condiciones de contratación de los Planes y luego exigir cuestiones estructurales y de funcionamiento de los CT.

• El Formato de Supervisión es muy general.

• Falta de asesoría financiera desde el área nacional.

• El supervisor es la DAF, que ya posee otras tareas importantes a cumplir.

• Dispersión Geográfica de los centros de tratamiento.

• Presupuesto escaso para financiar las supervisiones.

Conclusiones del instrumento encuesta:

- El procedimiento de supervisión y el instrumento "Pauta de supervisión", permiten evidenciar aspectos formales del cumplimiento de los meses de planes de tratamiento, pero muestran debilidad al evidenciar aspectos de fondo, como el efectivo otorgamiento del procedimiento terapéutico.
- El procedimiento de supervisión muestra como principal fortaleza el que es un procedimiento estructurado con instrumentos claros para su ejecución.
- También se destaca que existen funcionarios idóneos para ejercer la labor de supervisión, que esta permite el contacto en terreno con los centros de tratamiento y permite evaluar los aspectos mínimos de funcionamiento de los recintos.

- Las principales debilidades están dadas por que no alcanza la profundidad necesaria para determinar la efectividad de las intervenciones terapéuticas, limita el acceso a los usuarios de los centros de tratamiento y no es un procedimiento ejecutado en conjunto entre el área técnica y la administrativa.
- Junto a ello, existirían problemas de cobertura, la dispersión geográfica de los centros, sumado a la escases de recursos económicos institucionales, limitan el acceso a los centros.
- Si bien los funcionarios a cargo del proceso son idóneos, estarían en un número insuficiente para la tarea, y para algunos de ellos este procedimiento implica una sobrecarga a sus funciones.

Concluida la etapa de encuesta y revisados sus principales resultados, se da continuidad a la etapa de análisis y se procede a la aplicación de Entrevistas a una muestra a conveniencia de funcionarios implicados en el procedimiento de supervisión**.**

G. Aplicación de entrevistas

La entrevista fue aplicada a tres funcionarios del servicio, dos de ellos ejercen funciones de supervisión directa en una zona compuesta por tres regiones, la tercera entrevista fue la jefa de la unidad del Área de Control de Supervisión y Cumplimiento de Contratos.

Para el desarrollo de las entrevistas se le presentaron al entrevistado tres preguntas abiertas, las que permitieron conocer aspectos relevantes para responder la Pregunta de Investigación:

1. ¿Usted considera que el procedimiento y los instrumentos de supervisión/acompañamiento técnico de que dispone permiten recabar una completa información del adecuado otorgamiento del mes de plan de tratamiento otorgado por centro de tratamiento? ¿Considera que el procedimiento de supervisión es pertinente a la necesidad de verificar el adecuado otorgamiento del mes de plan de tratamiento otorgado por centro de tratamiento?
2. ¿Qué aspectos considera mejor logrados por los centros de tratamiento? ¿Qué aspectos considera menos logrados por los centros de tratamiento?
3. ¿Cuáles son los incumplimientos más graves que se han detectado? ¿Cómo se ha llegado a conocer estas situaciones?

Primera entrevista. Dentro de nuestras pautas de investigación, con fecha 02 de noviembre de 2020, siendo las 18:30 horas, en reunión virtual vía Meet con Nelson Vergara, supervisor de centros de tratamiento, regiones de O'Higgins, Maule, Ñuble y Bio Bio, quien se encuentra físicamente en la ciudad de Rancagua, concede una entrevista que duró aproximadamente 01:15 horas respecto de determinadas preguntas abiertas en el marco de la presente investigación de Tesis.

1. ¿Usted considera que el procedimiento y los instrumentos de supervisión/acompañamiento técnico de que dispone permiten recabar una completa información del adecuado otorgamiento del mes de plan de tratamiento otorgado por centro de tratamiento? ¿Considera que el procedimiento de supervisión es pertinente a la necesidad de verificar el adecuado otorgamiento del mes de plan de tratamiento otorgado por centro de tratamiento?

RE: *No, porque estamos limitados a la información que tienen los centros de tratamiento. Para poder revisar fichas clínicas de los usuarios debemos supervisar acompañados de un funcionario de la SEREMI de Salud, esto limita el trabajo. Al revisar los documentos, por ejemplo, la ficha clínica, al no poder revisarla nosotros, debemos solo mirarla de reojo… en el registro de una prestación podemos ver 3 o 4 letras escritas, pero no las podemos leer, lo que como funcionario me genera dudas respecto a la calidad y cantidad de las prestaciones, pues no podemos revisar el proceso de tratamiento del usuario, en este sentido, el instrumento, derechamente no sirve. Sirve solo para verificar la cantidad de prestaciones para el pago de la factura*.

2. ¿Qué aspectos considera mejor logrados por los centros de tratamiento? ¿Qué aspectos considera menos logrados por los centros de tratamiento?

RE: *Lo mejor logrado es que existe una política de tratamiento con etapas, logros, un proceso. Los profesionales están enfocados en el trabajo con los usuarios, en su gran mayoría son profesionales comprometidos con los usuarios, están pendientes de ellos. Cuando realizan visitas domiciliarias, entrevistan a familiares y vecinos para indagar sobre el usuario. La mayoría son profesionales motivados. Lo menos logrado es la infraestructura de los centros, no todos tienen buena infraestructura, sobre todo los centros residenciales, y nunca se ha multado por eso. A los centros de tratamiento les falta mucho mejorar en ese aspecto. Falta mejorar la capacitación a los usuarios cuando terminan su tratamiento, que exista integración social en lo laboral y académico*.

3. ¿Cuáles son los incumplimientos más graves que se han detectado? ¿Cómo se ha llegado a conocer estas situaciones?

RE: *Los incumplimientos más graves han sido en infraestructura, cuando superviso un centro residencia acostumbro a acostarme en las camas para ver la calidad del colchón, y muchas veces me toca la espalda con la cama. También es común que incumplan los plazos en los cambios de profesionales, se demoran mucho en llenar una vacante y eso provoca falta de atención profesional y recarga para los profesionales que quedan en el centro. La falta de médicos, pues las atenciones son según necesidad. Diferencias entre las prestaciones efectivas y las registradas en el SISTRAT. Hay casos en que es evidente que los profesionales o no trabajan en el centro o cumplen menos horas, pues figuran prestando 40 horas a dos centros de tratamiento distintos. Estos incumplimientos de contrato se han detectado en supervisiones*.

¿Hay algo más que quiera señalar?

RE*: El proceso de supervisión es exiguo, debieran supervisar los centros de tratamiento por lo menos 2 o veces en el año, sobre todo a los centros privados. Por ejemplo, si uno supervisa un centro en abril, ellos saben que uno no volverá durante el resto del año, entonces se relajan, por ello las supervisiones debieran ser más constantes. Solo volvemos a visitar un centro por segunda vez en el año si existe un reclamo o denuncia*.

¿Por qué no van más veces en el año?

RE: P*orque el plan de supervisión contempla una visita anual, existen restricciones de presupuesto para viáticos. Me gustaría que la pauta de supervisión fuera mas fuerte, que les diera mas miedo a los centros*.

Segunda entrevista. Dentro de nuestras pautas de investigación, con fecha 02 de noviembre de 2020, siendo las 19:30 horas, en reunión virtual vía Meet con Leonardo Vallejos, supervisor de centros de tratamiento, regiones de La Araucanía, Los Ríos y Los Lagos, quien se encuentra físicamente en la ciudad de Temuco, quien nos concede una entrevista que duró aproximadamente 01:05 horas respecto de determinadas preguntas abiertas en el marco de la presente investigación de Tesis.

1. ¿Usted considera que el procedimiento y los instrumentos de supervisión/acompañamiento técnico de que dispone permiten recabar una completa información del adecuado otorgamiento del mes de plan de tratamiento otorgado por centro de tratamiento?

RE: *Si, pero son insuficientes, no con todos los elementos necesarios para recabar la información; son rígidos, no permiten recabar información diferenciada por programa y población, edad, eso genera distintos factores que se debieran evaluar. Si bien hay instrumentos que diferencian entre programas público y privado, no hay instrumentos distintos que diferencien entre programas de población adulta, joven, infractora, mujeres, etc.*

¿Considera que el procedimiento de supervisión es pertinente a la necesidad de verificar el adecuado otorgamiento del mes de plan de tratamiento otorgado por centro de tratamiento?

RE: Sí*, es adecuado, veo más falencias en el instrumento que en el procedimiento. Lo positivo del procedimiento es el poder aplicar la pauta sin previo aviso, eso es un factor importante a diferencia del instrumento técnico, que se aplica de manera avisada a los centros de tratamiento. Muchas de las situaciones se detectan en la supervisión sorpresa, eso permite que luego el área técnica pueda alertarse y solucionar las falencias. Cuesta mucho supervisar los centros públicos, la capacidad de controlar es mínima, pues deben adecuarse a agendas de los centros, a los procedimientos*.

2. ¿Qué aspectos considera mejor logrados por los centros de tratamiento?

RE: *Que exista proceso individual, donde interactúan diversos profesionales, multidisciplinario, diferenciado para cada usuario, en relación con la red pública donde eso no ocurre, eso es valorado y cumplido en general por los centros de tratamiento. También, la calidad de los registros en la Ficha Clínica se cuida más en los privados que en los públicos, a nivel de verificador. Esa misma tendencia se da en cuanto a cumplimiento del proceso terapéutico*.

¿Qué aspectos considera menos logrados por los centros de tratamiento?

RE: A pesar de que s*e ha ido trabajando, la periodicidad de las atenciones profesionales a los usuarios es baja. Hay una recomendación técnica de frecuencia de atención a la que la mayoría de los centros no llega, el contacto es menor que lo que técnicamente recomienda el convenio*.

3. ¿Cuáles son los incumplimientos más graves que se han detectado?

RE: *Detectar usuarios que nunca fueron atendidos y sí fueron registrados en el SISTRAT. Otros casos graves son roces y altercados con usuarios, los que se conocen por reclamos que llegan a SENDA.*

¿Cómo se ha llegado a conocer estas situaciones?

RE: A*l revisar los registros en las supervisiones, en auditoría de fichas, que se hacen de sorpresa. Aquí existe una diferencia en el proceso de supervisión técnico, pues ellos les envían la pauta de supervisión a los centros de tratamiento una semana antes de la visita, también les envían la nómina de registros que van a revisar, entonces los centros tienen una semana para regularizar los registros de ficha clínica y cuando se hace la visita está todo en orden.*

¿En todas las supervisiones que efectúa tiene la oportunidad de revisar las fichas clínicas para poder verificar que correspondan con el registro SISTRAT?

Si hago la supervisión sin un funcionario de la SEREMI de Salud, solo veo que los registros de la Ficha Clínica en la forma estén correctos, que tengan firma, fecha, pero no leo el contenido. Cuando la supervisión es con un funcionario de la SEREMI de Salud, puedo, además de la forma de los registros, ver el contenido y calidad del proceso, ahí me puedo hacer una visión completa.

¿Qué porcentaje de las supervisiones las efectúa solo y cuantas acompañado por un funcionario de la SEREMI de Salud?

RE: La mayoría de las veces asisto a supervisar acompañado por el Encargado de Tratamiento de SENDA, el que tampoco puede ver la Ficha Clínica, pero me ayuda a evaluar documentos técnicos, como, por ejemplo, la evaluación de ingreso, PTI. En segundo lugar, con el referente del Servicio de Salud, quien, sí puede mirar las fichas clínicas, pero esto sucede solo en casos complejos o por supervisiones a partir de una denuncia.

En la supervisión anual del área técnica, el encargado de tratamiento debe ir sí o sí con el encargado/a regional de salud mental de la SEREMI de Salud, pero esta supervisión es avisada con una semana de anticipación y a los centros se les envía la muestra de las fichas clínicas a revisar con anticipación.

¿Hay algo más que quiera señalar?

Por último, quisiera mencionar que en las regiones donde hay un encargado exclusivo a este proceso el procedimiento funciona mejor, a diferencia de la zona norte, espero que se destine un funcionario supervisor en las zonas que no lo tienen.

Tercera entrevista. Dentro de nuestras pautas de investigación, con fecha 03 de noviembre de 2020, siendo las 09:30 horas, en reunión virtual vía con doña Deborah Rodríguez, jefa de la

Unidad de Supervisión y Cumplimiento de Contratos, quien se encuentra físicamente en la ciudad de Santiago, concede una entrevista que duró aproximadamente 01:20 horas respecto de determinadas preguntas abiertas en el marco de la presente investigación de Tesis.

1. ¿Usted considera que el procedimiento y los instrumentos de supervisión/acompañamiento técnico de que dispone permiten recabar una completa información del adecuado otorgamiento del mes de plan de tratamiento otorgado por centro de tratamiento?

RE: *Primero quiero señalar que nuestra área ve el cumplimento de los contratos entre los privados y público, velamos porque se cumpla lo contratado entre SENDA y el prestador. En el caso de los centros de tratamiento, el instrumento con que cuenta el área es la "Pauta de aplicación de supervisiones" y ese instrumento es suficiente para detectar el cumplimiento o no del contrato celebrado, siempre que se realice junto a la aplicación del instrumento, la auditoría de fichas, ya que es de vital importancia poder contrastar la información de la ficha clínica con lo señalado por los prestadores en el sistema SISTRAT.*

¿Considera que el procedimiento de supervisión es pertinente a la necesidad de verificar el adecuado otorgamiento del mes de plan de tratamiento otorgado por centro de tratamiento?

RE: *Este procedimiento tiene por objeto detectar si se cumple o no con el contrato en forma general, ahora bien, este instrumento no tiene por objeto mirar en específico el tratamiento por usuario. Y en mi opinión faltan herramientas y responsables que analicen específicamente el otorgamiento de meses de planes de tratamiento a cada usuario en particular. Ocurre que se multa por incumplimientos formales, ejemplo, por infraestructura, pero no podemos ver el tratamiento de cada usuario, si es adecuado a su patología*.

2. ¿Qué aspectos considera mejor logrados por los centros de tratamiento?

RE: *Han tenido mejoras en cuanto al mejor registro de las prestaciones otorgadas en el SISTRAT, ha habido menos multas por este ítem.*

¿Qué aspectos considera menos logrados por los centros de tratamiento?

RE: *La ausencia de profesionales o el cumplimiento de horas de los mismos, o no están todas las profesiones ofrecidos o están la cantidad, pero no cumplen todas las horas contratadas, cuesta*

detectar las horas cumplidas, pues los centros tampoco cumplen con tener un medio de verificación de las horas. En particular hay dificultades con horas médicas de psiquiatra.

3. ¿Cuáles son los incumplimientos más graves que se han detectado?

RE: *Tiene que ver con ausencia de equipo profesional, por ejemplo, hay 2 personas en el equipo profesional, o no otorgamiento de las prestaciones a los usuarios por gran ausentismo del equipo. Otros incumplimientos graves detectado han sido el no respeto a los derechos de los usuarios, por ejemplo, un centro ocupaba a los usuarios para trabajos que no tenían que ver con proceso terapéutico, tales como aseo de autos de los profesionales, haciendo catering para eventos, pintando y reparando el centro de tratamiento. Eso pasa a llevar los derechos del paciente, eso no significa que no puedan hacer actividades, pero estas siempre deben ser con un objetivo terapéutico, como parte de su tratamiento*.

¿Cómo se ha llegado a conocer estas situaciones?

RE: *En general las detectan las direcciones regionales, quienes comunican que hay irregularidades y se gestiona una supervisión extraordinaria. Las situaciones más complejas las conocemos por denuncias que hacen ex usuarios, ex profesionales de los centros o usuarios o profesionales de los centros de tratamiento, esas son las fuente más relevante para detectar los casos más complejos.*

¿Como se desarrollan estas supervisiones extraordinarias?

RE: *A ellas va el encargado de Tratamiento de la dirección regional y el encargado de Administración y Finanzas, y se coordina con la Seremi de Salud para poder ver las Fichas Clínicas. En este procedimiento no es obligación aplicar la pauta, pues el objetivo es detectar situaciones específicas en determinados temas*.

H. Conclusiones del instrumento entrevista:

- El instrumento de supervisión es insuficiente para recabar una completa información del adecuado otorgamiento del mes de plan de tratamiento otorgado por los centros de tratamiento: no recoge las diferencias entre los distintos programas, no permite revisar las Fichas Clínicas de los usuarios y ver el proceso terapéutico individual de cada usuario.

- El procedimiento es exiguo, solo contempla una supervisión técnica y una administrativa al año, esto obedecería a limitaciones presupuestarias. En la supervisión técnica, al ser avisada previamente, no se logra evidenciar el cumplimiento de las prestaciones en el periodo normal del año.

- Existen dificultades para supervisar a los centros de tratamiento público, pues se debe agendar la visita con ellos previamente y adecuarse a las fechas que ellos indican.
-
- Los hallazgos importantes de incumplimientos solo se evidencian al efectuar la supervisión acompañados, ya sea por el encargado/a regional de salud mental de la SEREMI de Salud o por el encargado/a de salud mental del Servicio de Salud respectivo, lo que no otorga autonomía a los funcionarios del servicio para una superficie completa.

De acuerdo con los antecedentes recabados en el presente capítulo, corresponde finalizar este acápite para continuar con el análisis y exposición de resultados y las conclusiones.

XI. CONCLUSIONES

A partir de un extenso proceso de investigación y elaboración del presente estudio, en el cual se abordaron diversos aspectos del proceso de supervisión a centros de tratamiento, se ha planteado, finalmente, el proceder al cierre de la presente investigación.

Es importante recordar que la presente investigación surge a partir de una propuesta basada en diagnosticar el proceso de supervisión a los contratos de prestación de meses de planes de tratamiento para personas con consumo problemático de drogas o alcohol mediante los cuales el SENDA implementa su política de tratamiento en el periodo 2018 – 2019.

Los antecedentes recogidos en la revisión del capítulo del Marco teórico permiten extraer valiosas conclusiones que sirvan de sustento a una posterior propuesta de mejoras.

El Análisis de la normativa que rige los centros de tratamiento y rehabilitación, Decreto N° 4, de 2009, del Ministerio de Salud, del documento "Calidad y evidencia en reducción de la demanda de drogas", permitió evidenciar que SENDA cuenta con instrumentos técnicos de referencia para establecer las condiciones con que debe contar un centro de rehabilitación y tratamiento para su funcionamiento. En este sentido, se observa que los criterios estructurales y funcionales o de proceso se encuentran contenidos en la normativa del Decreto 4, que reglamenta su funcionamiento. Comparando la reglamentación nacional con el marco de referencia internacional, los centros de tratamiento nacionales cumplirían con las condiciones indispensables para apertura y funcionamiento de Centros de tratamiento, pero no alcanzarían el estándar necesario para su acreditación a nivel internacional.

El documento "Manual del estándar general de acreditación para centros que otorgan tratamiento y rehabilitación de personas con consumo perjudicial o dependencia a alcohol y/o drogas", de la superintendencia de Salud Pública, viene a complementar el sustento técnico con un

elemento practico, la “Pauta de cotejo del manual del estándar general de acreditación para centros que otorgan tratamiento y rehabilitación de personas con consumo perjudicial o dependencia a alcohol y/o drogas”, el cual permite verificar los componentes de los programas si es aplicada.

La revisión de la estructura orgánica administrativa del SENDA permite concluir que si bien SENDA tenía una unidad destinada a coordinar y apoyar la realización de las supervisiones administrativa financiera a los centros de tratamiento en convenio, la Unidad de Gestión de Planes de Tratamiento, dependiente de la División de Administración y Finanzas, la que en coordinación con los jefes regionales de administración y finanzas, sistematizaba y consolidaba la información referida a dicha supervisiones, esta unidad desaparece en la nueva estructura, quedando radicada la función en la Unidad de Cumplimientos de Contratos. Este cambio no aparece como favorable a la gestión del proceso de supervisión, pues esta unidad tiene un caracter eminentemente jurídico, y al depender de una división distinta, no tiene potestad sobre los jefes de administración y finanzas regionales.

En cuanto a las funciones del área de Tratamiento, si bien aparecen dos funciones directamente vinculadas a la supervisión de los centros de tratamiento, la de supervisar y controlar el funcionamiento y la calidad de atención brindados por los centros de tratamiento vinculados con SENDA en virtud de convenios o contratos suscritos por este Servicio y la entidad respectiva y la de analizar permanentemente la información y reporte de los centros de tratamiento a través del SISTRAT, en la práctica esta se desarrolla a través de la asesoría técnica anual, proceso avisado y coordinado previamente con los centros de tratamiento y de la cual no se derivan consecuencias mayores para los centros, pues si se detecta un centro de tratamiento con funcionamiento deficiente, este queda bajo la calidad de “en acompañamiento técnico”, a la espera que mejore sus deficiencias, pero no recibe ninguna sanción contractual a parir de ello.

Desde el punto de vista de normar el procedimiento de supervisión, SENDA cuenta con un Manual de Supervisión de contratos para la prestación de meses de planes de tratamiento, pero que surge a partir no de la necesidad de establecer un procedimiento de supervisión único, coordinado y conocido por todo el Servicio, sino más bien obedece al cumplimiento de una meta de Convenio de Desarrollo Colectivo.

La situación de la imposibilidad de revisar las fichas clínicas, en el proceso de Supervisión Ordinario, por parte de funcionarios de SENDA, aparece como el principal obstáculo y debilidad de proceso de supervisión. Tal como ya se señaló, esta imposibilidad dificulta el que la Supervisión Ordinaria cumpla adecuadamente con el principio de ser "integral", pues, al no acceder a la Ficha clínica, no le es posible, al funcionario que efectúa la supervisión, poder contrastar el registro del SISTRAT con las prestaciones registradas en la Ficha Clínica, tampoco puede evaluar si se cumple el Plan de Tratamiento del usuario, es decir, si las intervenciones otorgadas tienen coherencia con el proceso terapéutico en particular. La revisión de estos aspectos es medular en un proceso de supervisión a centros de tratamiento, pues lo que SENDA contrata son Meses de Planes de Tratamiento, es decir, proceso terapéutico para un usuario especifico, y, actualmente, SENDA se encuentra imposibilitado de verificar si esto ocurre.

Esta situación es compleja, pues la base sobre la que se estructura el modelo de esta política pública es la externalización del servicio a un prestador privado, bajo el supuesto que el Servicio será capaz de garantizar la correcta prestación del servicio bajo un procedimiento de supervisión definido, lo cual se evidencia desde el punto de vista formal, pero que no alcanza a examinar el desarrollo del proceso terapéutico en los usuarios, pues, al no acceder a la ficha clínica durante el proceso de supervisión, no es posible verificar si las prestaciones convenidas se están otorgando adecuadamente, en cantidad, calidad y coherencia con el plan de Tratamiento Individual diseñado para el usuario es especifico. Para poder acceder a esta información, SENDA depende de otras instituciones, como el Servicio de Salud o la Secretaria Ministerial de Salud, lo que le resta autonomía a su propio proceso de supervisión, pues queda sujeto a los tiempo y disponibilidad de otras instituciones.

Si bien, estas instituciones están vinculadas a SENDA por medio de un convenio de colaboración técnico financiero, este apoyo se reduce a una supervisión técnica conjunta anual, en un periodo conocido por los centros de tratamiento, y que se gesta a partir de una visita anunciada a los centros de tratamiento, lo que les permite a estos preparar la visita de supervisión. Esta supervisión técnica es distinta a la supervisión ordinaria, la cual es intempestiva, pero llevada a cabo por funcionarios que no acceden a la ficha clínica. Además, esta supervisión técnica no es vinculante en cuanto a que partir de ella se formule un procedimiento administrativo de sanción o multa, pues tiene como objetivo mejorar la calidad de los centros de tratamiento, generar lazos de confianza, y los informes

que emanan de estas supervisiones técnicas no son remitidas a la Unidad de Cumplimiento de Contrato.

El instrumento *"Pauta de Supervisión de los Centros de Tratamiento y Rehabilitación*", permite levantar adecuadamente información respecto a aspectos de infraestructura, cumplimiento administrativo y cumplimiento de recurso humano disponible en el centro, pero la verificación del total de prestaciones registradas en el SISTRAT versus las contenidas en la ficha clínica del paciente, no es posible completarla de forma veraz sin el acceso a la ficha clínica, documento al que, como ya se ha señalado, no tiene acceso el supervisor. Este instrumento cumpliría adecuadamente su función si el supervisor tuviera efectivo acceso a la ficha clínica, de otra forma es ineficaz.

Las direcciones regionales cuentan con un equipo multiprofesional integrado por un encargado de tratamiento y su equipo, los gestores de calidad, quienes son los encargados de mantener un vínculo de asesoría técnica con los centros de tratamiento. También cuentan con un área de administración y finanzas, encargada de aplicar la pauta de supervisión ordinaria, rol de supervisión propiamente tal. Desde el punto de vista de las competencias, el perfil de estos funcionarios es administrativo financiero, por lo que conocer de aspectos terapéuticos no es su rol principal dentro de la institución.

Por su parte, la Unidad de Cumplimiento de Contrato llega a la zaga a este proceso, y su función principal es sancionar incumplimientos al contrato que se refieren a aspectos formales, tales como, falta de profesionales, diferencias en el registro SISTRAT, deficiencias de infraestructura, etc. No conociendo oportunamente si el centro de tratamiento esta otorgando el proceso terapéutico convenido. Esta unidad se encuentra emplazada en la División jurídica, cuya misión es brindar asesoría jurídica y de fiscalía, no teniendo competencias en el área de la salud mental terapéutica, por lo que su principal rol es sancionador.

En síntesis, existe una adecuada fundamentación técnica y de marco de referencia para el establecimiento del contenido de los programas terapéuticos y de las condiciones en que deben establecerse los centros de tratamiento. Sin embargo, existe una disociación entre la supervisión técnica y la supervisión ordinaria de los centros de tratamiento.

La supervisión técnica aparece como una figura de "asesoría técnica" más que de supervisión propiamente tal, dada las características de ser acordada previamente la visita de supervisión y de

no establecerse, a partir de esa visita, ninguna situación de sanción para el centro de tratamiento. Por otra parte está la supervisión ordinaria, que sí tiene un objetivo de supervisión, pero que se ve limitada por dos aspectos fundamentales: primero, que los funcionarios encargados de realizarla no tienen un perfil ni competencias desde el área de la salud mental o terapéutica y, por otra, el que carecen de facultades para acceder a la ficha clínica de los usuarios, lo que no permite evidenciar si se está desarrollando el proceso terapéutico de forma adecuada, lo cual debiera ser el principal objetivo de la supervisión.

El escenario descrito, las conclusiones obtenidas y el desarrollo de esta investigación, permiten proponer los siguientes aportes, acciones y mejoras a seguir:

Propuesta principal: que SENDA inicie un estudio sobre factibilidad tecnicay económica de Internalización de los programas de tratamiento a personas con consumo problemático de drogas o alcohol.

Esto quiere decir que SENDA estudie la factibilidad de asumir directamente el otorgamiento del proceso terapéutico de los usuarios, con profesionales que formen parte del equipo clínico tratante. La principal ventaja es que SENDA podría garantizar la "Gestión de calidad" de estos espacios, y podría vigilar el adecuado proceso terapéutico de los usuarios. Otra ventaja es que podría mejorar la cobertura, pues hoy los centros de tratamiento tienen una capacidad de cupos limitados de meses de planes de tratamiento que pueden otorgar, limitados por el presupuesto existente. En la oferta existente no existen planes residenciales en prestadores públicos.

Tabla costos de los meses de planes de tratamiento:

Convenio	Plan	Precio 2020
Población General	Plan Ambulatorio Básico Población General	$ 101.125
	Plan Ambulatorio Intensivo Población General	$ 292.623
	Plan Residencial para Población General	$ 566.169
	Plan Ambulatorio Intensivo Población Mujeres	$ 395.719
	Plan Residencial para Población Mujeres	$ 677.509

(Fuente: SENDA)

Un mes de plan de tratamiento incorpora tres prestaciones básicas: una atención medica psiquiátrica, una atención psicológica y una atención de la dupla psico-social. Esto no significa que estén garantizadas esas tres intervenciones, pues en la practica el mes de plan de tratamiento se le

paga al prestador otorgando una de esas atenciones, cualquiera de ellas. Ejemplo de situaciones que ocurren:

- El usuario de un plan residencial está en etapa diagnostica, ingresa al centro el día 28 de un mes y ese día es atendido por el asistente social del centro, quien deja registrado el ingreso ese día en el SISTRAT. La próxima atención es el día 1 del mes siguiente. Esa atención del día 28 le garantiza al centro de tratamiento el pago completo del mes de tratamiento de ese usuario.
- Usuario de centro residencial abandona el centro el día 3 de un mes, siendo atendido solo por un psicólogo en dicho periodo, el mes de plan de tratamiento se paga de forma íntegra al centro.
- Usuario de un plan ambulatorio intensivo asiste a sesión diagnostica y luego no asiste a sus otras citas durante ese mes, esa atención le garantiza al centro de tratamiento el pago completo del mes de tratamiento de ese usuario.

El modelo de pago genera un incentivo perverso para los centros de tratamiento. El objetivo de esto es garantizar que el centro de tratamiento cuente con un equipo profesional completo disponible, pero no optimiza adecuadamente los limitados recursos existentes, pues al mantener ingresado a ese usuario utilizando un cupo de mes de tratamiento, se le priva a otros usuario de acceder a tratamiento.

¿Es posible el retorno al estado?

A partir del surgimiento de las denominadas “Farmacias populares” en algunos municipios del país, han aparecido opiniones divididas, unas a favor y otras en contra. Los argumentos en contra son principalmente que corresponden a una política pública populistas y que resultan costosas para los municipios que las implementan. A favor, que abren un mercado concentrado donde el 90% del mercado se divide en tres grandes cadenas de farmacias.

Las farmacias populares son un ejemplo de recuperación del poder del estado y de que es posible la apertura del mercado a actores públicos, lo que en este caso particular ha permitido recuperar, aun limitadamente, la perdida social que produce el acceso a la salud regida por las leyes del libre mercado imperante.

Independiente de las aristas especificas de la instalación de las farmacias populares, esta trae la pregunta de si es factible el retorno del estado a brindar los servicios y productos que han sido externalizados, y que hoy están en el mercado o entregada su ejecución a privados.

Alternativas de retorno al estado:

- Proveyendo bienes concretos
- Proveyendo bienes universales

Los partidarios del actual modelo económico e institucional plantean que el estado debe proveer bienes universales cuando no hay mercado perfecto, es decir, que el estado debe subsanar las fallas del mercado. ¿Puede compararse el estado y el mercado en términos de mercado eficiente? ¿es el estado más eficiente que el mercado? ¿En qué áreas es posible retornar al estado?

Las respuestas a estas preguntan pueden llevar a elaborar un nuevo trabajo de investigación, por esa razón debemos hacernos preguntas útiles, ¿por qué, de donde retornar al estado?

Relación entre lo público y lo estatal

Antiguamente, funcionario público era sinónimo de funcionario estatal, empresa pública era sinónimo de empresa del estado. Hoy no es así, no hay conexión directa entre lo público y lo estatal. Hoy no podemos asumir *per se* que lo estatal es público, porque lo estatal se ha privatizado. Ejemplo de ello es la situación de Televisión Nacional (TVN), que es un canal público, pero no estatal, pues funcional con lógicas de mercado privado, tal como funcionan los otros canales que si lo son. Esta situación ha generado tensión al momento de hacer una evaluación económica de los resultados anuales, si las pérdidas económicas son cuantiosas surgen las críticas a los contenidos, pues al parecer contenidos de calidad no son sinónimos de alta audiencia y, por ende, rentabilidad. Resurge el cuestionamiento y debate respecto al rol que un canal de televisión público debe cumplir. Similar caso ocurre con Banco Estado, banco que opera con las mismas lógicas de los bancos privados, y en muchos casos en condiciones menos favorables para sus clientes.

Hoy, ¿Qué es lo público?

Tal como ya se señaló, desde la entrada en vigor de la constitución de 1980, existe consenso, entre los diversos actores públicos, sobre la necesidad de que el estado cumpla un rol

eminentemente subsidiario, limitando su actuación solo a aquellas actividades de relevancia social que los privados no puedan desarrollar, como la seguridad nacional, o no quieran desarrollar.

Lo público viene a compensar las deficiencias de lo privado, de lo que los privado no puede dar o hacer. Si lo vemos de esta forma entonces se sigue que el funcionamiento del estado debe ser interfiriendo lo menos posible. Desde este punto de vista todo es concesionable, el estado es un agente más del mercado.

Otra visión de lo público es que es "lo que no está al servicio de ningún interés particular", lo público es lo que está sujeto a un régimen que hace más probable que las decisiones que se toman se hagan bajo condiciones ordenadas al interés general, al bien común. Pero ¿qué condiciones son esas? Si observamos la responsabilidad estatal como concepto metodológico del estado social, y lo observamos desde la menor a la mayor intensidad de sus acciones, podemos ver que su acción se puede desarrollar de la siguiente forma:

a. Responsabilidad estatal de regulación del marco normativo → El estado solo dicta normas regulando determinadas actividades.

b. Responsabilidad estatal de simple participación en ámbitos desarrollados por las fuerzas sociales como tarea propia → Donde el estado regula y participa, el estado participa en actividades culturales, deportivas, voluntariado, (museos, estadios).

c. Responsabilidad estatal de garantía de prestaciones → Ya sea las prestaciones las cumple un privado o el estado. Serían los "servicios de interés general", se dividen en:

- Servicios sociales de carácter económico (Gas, transporte, electricidad) aquí se aplican reglas económicas de la libre competencia.
- Servicios sociales, educacionales: aquí no se aplican reglas económicas de la libre competencia.

d. Responsabilidad estatal de pleno o completo cumplimiento → El estado regula y ejecuta las actividades, ejemplo: pensiones, seguros de desempleo, etc.

Tal como se mencionó previamnete, las consideraciones económicas fueron las grandes responsables del ímpetu privatizador en los '80, influyo la hegemonía ideológica económica y el afán

de cierto sector, de apropiarse de los bienes públicos. Los principales argumentos del ímpetu privatizador fueron los siguientes:

- El control público es ineficientes v/s el control privado es eficiente.
- Mejora a la "calidad de las instituciones", composición de un orden institucional ineficiente.
- Argumento ideológico "no me gusta el estado", prefiero el "emprendimiento privado".

Estos argumentos no encuentran sustento histórico, pues tal como señala el informe presentado a la comisión especial investigadora de la anterior administración, de la Corporación de Fomento de la Producción (CORFO), a las privatizaciones de sus empresas filiales, y que fue presentado a Jorge Molina, Honorable Diputado y presidente de la Cámara de Diputados, en Valparaíso el 20 de octubre de 1993[14], "*el proceso de privatización que se llevó a cabo en Chile entre 1985 y 1987 significó la venta de 32 empresas pertenecientes a la CORFO, provocándole una pérdida patrimonial y que ha sido calculada en la suma de US 2.209, en cifra actualizadas a diciembre de 1989. Junto a ello la CORFO asumió las deudas contraídas por las empresas privatizadas, situación que produjo un fuerte aumento de sus pasivos exigibles, lo que se tradujo en pagos comprometidos por US 1732 para los próximos 14 años, cifra que representa un aumento de un 131% en relación con los pasivos que tenía en 1984*".

El informe continua señalando que "*De la misma forma, el análisis de los principales antecedentes económicos y financieros de la Compañía de Acero del Pacifico (CAP), permitieron señalar que esa era una empresa rentable y de gran potencialidad al momento de materializarse su privatización. Debido a los resultados obtenidos, a su mayor liquidez, disponibilidad de capital de trabajo, su menor endeudamiento y la reducción progresiva de sus gastos financieros, unidos a su mayor eficiencia derivada del mayor aprovechamiento de sus recursos propios, lo que permitía predecir un constante incremento de los índices de rentabilidad de su capital*".

Este informe desvirtua la premisa que el control público es ineficientes, o que el privado mejora la "calidad de las instituciones". De la misma forma, esta situación se aprecia a diario en el modo que se presentan otros servicios externalizados, y que no han experimentado por ello una

[14] Consultado el 14 de noviembre en el enlace: https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=recursoslegales/10221.3/23292/5/Trabajo%20efectuado%20por%20la%20CEI%20Corfo.pdf

mejora en el otorgamiento de esos bienes y servicios: alimentación otorgada por la JUNJI, residencias de menores sujetos a medidas de protección social, etc.

Principios para el retorno

Destacados economistas, que incluso han sido galardonados con el Premio Nobel en Economía, han desarrollado importantes trabajos sobre la "teoría de contratos"[15] la que busca responder la siguiente pregunta ¿Cómo construir un contrato que evite grandes problemas en el futuro y cómo explicar la lógica de los contratos que se observan en la práctica?

La principal característica de los contratos es que estos se ejecutan a futuro y a lo largo del tiempo. Durante su vigencia pueden ocurrir muchas cosas, algunas predecibles y otras no, como que se produzca un estallido social o se desate una pandemia. Para estas situaciones la práctica ha llevado a introducir cláusulas en los contratos que permiten resolver el inconveniente sobre bases acordadas previamente. A pesar de ello hay cosas que, por no ser predecibles, ningún contrato puede contemplar.

Por lo tanto, está en la naturaleza de los contratos el hecho de que sean "incompletos" en el sentido que los contratos generalmente no pueden prever todos los eventos futuros que pueden llegar a afectar el cumplimiento de este, aunque ambas partes actúen de buena fe. Tampoco se pueden hacer cargo de todos los comportamientos de los contratantes a lo largo del tiempo y de las vicisitudes que los puedan afectar.

Otro aspecto de los contratos es que muchas veces involucran a "principales" que le encargan una tarea a algún "agente" al que le pagan por cumplir con las condiciones pactadas. La preocupación del principal es lograr, mediante un contrato, que el agente actúe de acuerdo con los

[15] Hart, O., A. Shleifer y R. Vishny (1997). "The Proper Scope of Government: Theory and an Application to Prisons", Quarterly Journal of Economics, No. 112, págs. 1127-1161.

intereses del contratante. Uno de esos tipos de contrato es el contrato de concesión de obra pública y la externalización de servicios que usamos en Chile.

Es decir, el Estado, el principal, delega bajo ciertas condiciones una función pública para que la realice un agente privado, en este caso un concesionario. Las concesiones más usuales en nuestro país son las autopistas, los puertos públicos y los aeropuertos.

Si bien la licitación del servicio de otorgamiento de meses de planes de tratamiento no es una concesión propiamente tal, mantiene una estrecha relación con este modelo por cuanto entrega a un privado la ejecución de un servicio básico de carácter público, como es un tratamiento de salud.

En 1996 debutó en Chile la Ley de Concesiones de Obras[16], marco normativo que, junto a su respectivo Reglamento, amparó una nueva forma de relación contractual con el sector privado, construida sobre la base de una asociación público-privada de largo plazo que transfiere al sector privado la inversión, construcción y explotación de servicios públicos, según las condiciones legales y contractuales previamente establecidas. Bajo esa nueva sociedad público – privada se implementó en Chile el "Primer Programa de Concesiones Penitenciarias", caracterizado por la recepción del modelo francés de privatización mixta, el cual, tal como concluye el trabajo de Isabel Arriagada Gajewski[17], *"dio lugar a sobrecostos imprevistos, inadecuados mecanismos de resolución de conflictos, deficiencias en las labores de fiscalización, exorbitantes costos diarios por preso y sobrepoblación en cárceles concesionadas, entre otras falencias".*

En torno a la conveniencia o no de concesionar determinadas actividades, tales como cárceles y hospitales, la teoría de contratos también ha avanzado. En particular, Hart ha desarrollado criterios que permiten dilucidar cuando conviene concesionar la construcción y operación de la

[16] Decreto Supremo MOP Nº 900, del 31 de octubre de 1996, que fijó el Texto Refundido, Coordinado y Sistematizado del Decreto con Fuerza de Ley MOP Nº 164 de 1991 y modificada el año 2010 por la Ley Nº 20.410 del 20 de enero de 2010. Reglamento Nº 164 de 1991 modificado por las Leyes Nº 19.252 de 1993 y Nº 19.460 de 1996; DS MOP Nº 956 de 2007 y DS MOP Nº 215 de 2010. Cabe señalar la existencia de distintos instrumentos complementarios al contrato de concesión contemplados en la Ley y el Reglamento de Concesiones: Las pautas mínimas de diseño y construcción, las Bases de licitación; la Oferta, el Decreto de Adjudicación y el Reglamento de Servicio de Obra.

[17] PRIVATIZACIÓN CARCELARIA: EL CASO CHILENO, Isabel Arriagada Gajewski, REJ – Revista de Estudios de la Justicia – Nº 17 – Año 2012, ISSN 0718-0853. Consultado el día 7 de noviembre en el enlace: http://web.derecho.uchile.cl/cej/docs_2/bo/ARRIAGADA%20_10_.pdf

infraestructura relacionada con servicios públicos como educación (escuelas), salud (hospitales) y el sistema correccional (prisiones).

De acuerdo con Hart y sus colaboradores, la decisión dependerá de la naturaleza del contrato y, en particular, sobre las inversiones "no-contractuales". Supongamos que un agente que opera una instalación de servicio público tiene la alternativa de hacer una de dos inversiones que no están contempladas en el contrato:

- una que aumenta el bienestar de quienes usan sus servicios, y
- otra que reduce sus costos de operación pero disminuye la calidad del servicio prestado.

Según Hart, si el estado es propietario de la instalación y ha contratado un "gerente" para administrarla, es probable que no se haga ninguna de las dos inversiones porque el gobierno no tendría bases para compensarlo por su mayor esfuerzo, ya que generalmente en el sector público se pagan montos fijos previamente establecidos y sobre los cuales no tiene facilidades administrativas de mover presupuestariamente.

Si el servicio se ha contratado al sector privado, en cambio, en general los incentivos para invertir en una reducción de costos serán muy fuertes y tenderán a primar por sobre la calidad de servicio. Este resultado lo obtuvieron los autores al evaluar el funcionamiento de las cárceles privadas en los Estados Unidos. Estudios posteriores del Ministerio de Justicia de los EE.UU han llevado a la decisión de poner término a las cárceles concesionadas, en parte porque las condiciones de los reos son peores que en las cárceles públicas, lo que coincide con el estudio recién citado.

De acuerdo con esta teoría se debieran considerar los siguientes elementos:

1. Contratos incompletos, bienes y servicios complejos
2. Externalidad con impacto amplio
3. Fallas de coordinación
4. Reducción de la concentración de mercado y/o poder
5. Naturaleza público – privada del controlador

¿Cuál es el contexto actual?

- Fracaso del mercado, crisis financiera económica

- Descontento con la gestión privada – sobre costes

- Apertura de ventana de oportunidad para rescatar los servicios, por ejemplo en España han expirado las concesiones otorgadas décadas atrás[18].

La internalización de servicios es un problema solo de formas de gestión, no afecta a los derechos de acceso al servicio por los ciudadanos, ni a la titularidad pública del servicio. Los problemas están en la capacidad de gestión y sobre este punto no se debe caer en el error de medir la gestión pública con indicadores privados.

Estos elementos de análisis, si bien incompletos, pues el objetivo de esta investigación no es otorgar una respuesta acabada a esta propuesta, sí pretenden servir de base a un análisis y discusión institucional de este Servicio.

Propuesta en subsidio: rediseño institucional del proceso de supervisión a los centros de tratamiento en convenio.

Esta propuesta resulta estratégica para que SENDA pueda cumplir efectivamente su misión de ejecutar políticas en materia de tratamiento, rehabilitación e integración social de las personas afectadas por consumo problemático de estupefacientes y sustancias psicotrópicas.

El gasto destinado a la implementación de esta politica pública representa un alto porcentaje del presupuesto total de SENDA para cada periodo. La siguiente tabla muestra el presupuesto institucional de SENDA para los años 2018 y 2019 y la relación del porcentaje de gasto que SENDA dispone para los programas de tratamiento en relación al total de los programas que implementa:

AÑO	PRESUPUESTO SENDA (En miles)	PRESUPUESTO PROGRAMAS DE TRATAMIENTO (En miles)	% de presupuesto destinado a Programas de Tratamiento, del total institucional	% de presupuesto del total institucional destinado a Programas de Tratamiento, en relación con el presupuesto destinado a otros programas
2018	65.992.862	43.776.177	66,33	81,64
2019	69.605.742	44.160.317	63,44	81,54

(Fuente: Ley de presupuesto año 2018 y 2019)

[18] https://www.economiadigital.es/directivos-y-empresas/recortes-en-abertis-el-fin-de-las-concesiones-alarma-a-la-plantilla_625553_102.html

Como evidencia la tabla, SENDA destina sobre un 80% de su presupuesto a la implementación de los programas de tratamiento, por este motivo, resulta crítico el adecuado uso de estos recursos. Esta es razón fundamental para destinar mayores esfuerzos a fortalecer institucionalmente el procedimiento de supervisión de los centros de tratamiento.

Analizada la estructura orgánica de SENDA, se propone la creación de un área de Supervisión de Centros de Tratamiento, destinada en exclusividad a esta tarea, y no como está dispuesto actualmente, donde la Unidad de Cumplimientos de Contratos, con dependencia en la Divisón Jurídica, esta encargada de esta función, dentro de su función principal de velar por la supervisión general de los contratos de SENDA.

Se propone que el área de Supervisión de Centros de Tratamiento tenga dependencia de la División de Administración y Finanzas, considerando que la función principal que le corresponde es contribuir y propiciar el uso eficiente de los recursos públicos, y que de esta División tienen dependencia los Jefes de Administración y Finanzas Regionales, quienes actualmente son los responsables de aplicar la Pauta de Supervisión en los centros de tratamiento de sus territorios.

El área de Supervisión de Centros de Tratamiento, debiera integrar las dos grandes dimensiones que tiene el proceso de supervisión:

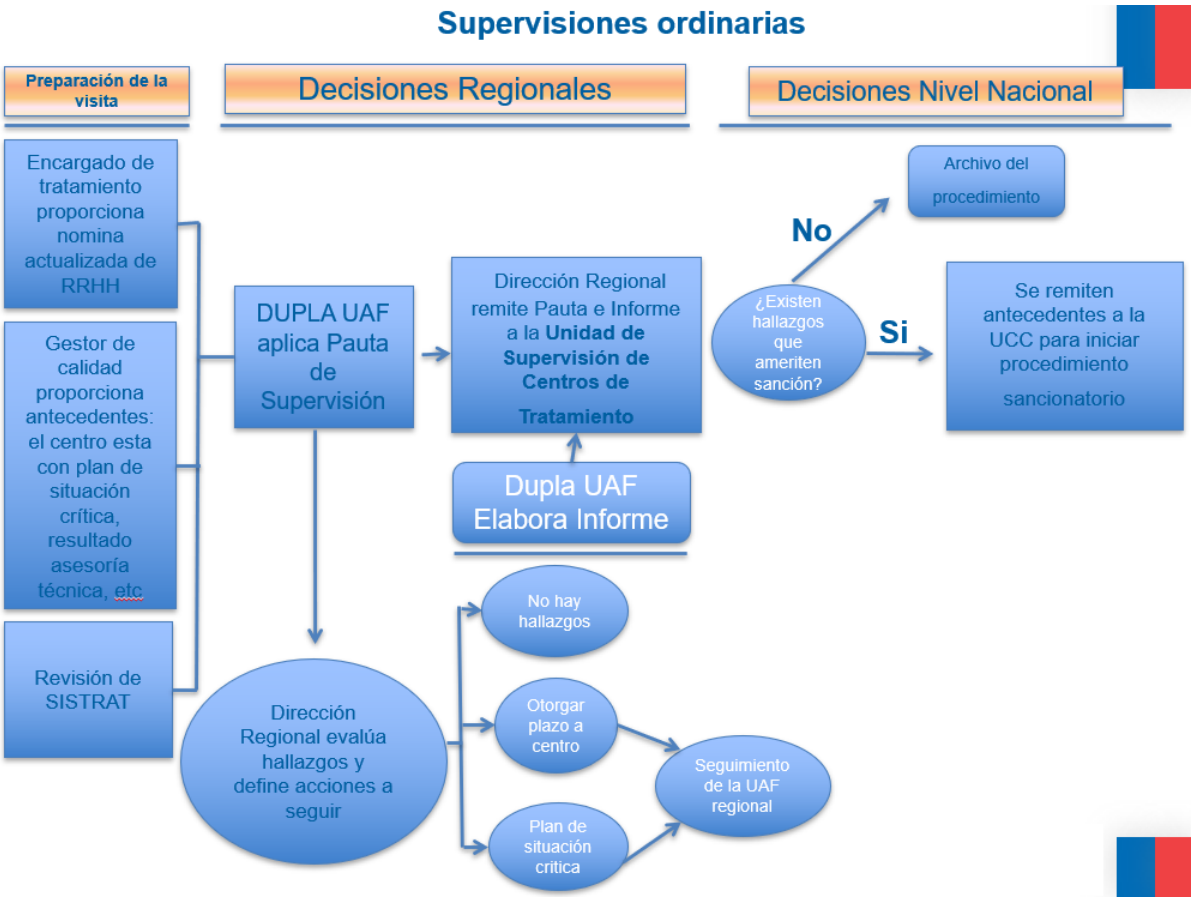
- Los aspectos administrativos y el cumplimiento formal del contrato, donde cabe la revisión de permisos de la autoridad sanitaria, contar con libro de reclamos y sugerencias, la infraestructura de los centros de tratamiento, el que cuenten con personal profesional idóneo, en cantidad suficiente, cumpliendo las horas comprometidas, etc .
- Los aspectos técnicos y terapeúticos, donde se verifique que los usuarios reciban un adecuado proceso terapeútico, que su plan de tratamiento individual sea el pertinente y que las intervenciones se desarrollen de acuerdo a él, que reciba la cantidad de intervenciones necesarias, que no exista vulneración de derechos, etc.

Se propone que el área de Supervisión de Centros de Tratamiento está integrada por una dupla profesional que sea la encargada de la supervisión. Esta dupla debe contar con al menos uno de sus integrantes como profesional del área de la Salud Mental, de manera que tenga la posibilidad de interpretar adecuadamente el contenido de la ficha clínica de los usuarios.

De esta forma, las funciones de esta área serían las siguientes:

- Supervisar técnicamente, a los centros de tratamiento, controlando el funcionamiento y la calidad de atención brindada por estos establecimientos, vinculados con SENDA en virtud de Convenios o Contratos suscritos por este Servicio y la entidad respectiva. Analizar permanentemente la información y reportes de los centros de tratamiento, a través del SISTRAT.
- Coordinar y apoyar la realización de la supervisión administrativa a los centros de tratamiento en convenio, en coordinación con los jefes regionales de Administración y Finanzas, sistematizando y consolidando la información referida a dicha supervisiones.
- Velar porque la planificación de las supervisiones a los centros de tratamiento se ejecute adecuadamente.
- Emitir informes periódicos del desarrollo del proceso de supervisión, informando oportunamente a la unidad de Cumplimiento de Contrato de eventuales incumplimientos a los contratos, por parte de los centros de tratamiento.
- Mantener las cuentas de acceso al SISTRAT, tanto para los usuarios de entidades en convenio como a usuarios internos SENDA.
- Asesorar, cuando corresponda, a los centros de tratamiento en convenio respecto del registro de usuarios al SISTRAT.

Se propone el siguiente procedimiento de supervisión ordinaria:



Atendido que un nueva área y un nuevo proceso de supervión no soluciona la principal debilidad del sistema actual, se hace una segunda propuesta complementaria a esta, que viene a resolver la imposibilidad de acceder a la ficha clínica, por parte de los supervisores de SENDA.

Propuesta complementaria: incorporación de un modelo de consentimiento informado que permita a los funcionarios de SENDA acceder a la ficha clínica.

Tal como se ha evidenciado, el principal obstáculo para un adecuado proceso de supervición a los centros de tratamiento, es la imposibilidad de acceder a la ficha clínica de los usuarios. Este escollo se subsanaría si los usuarios de los centros de tratamiento otorgaran un consentimiento formal a SENDA para acceder a su ficha clínica, resguardando sus derechos como paciente y su derecho a la privacidad de su información clínica. El documento *ad hoc* es el denominado "consentimiento informado".

El Consentimiento Informado, en el ámbito de la acción sanitaria, "*consiste en un proceso gradual, en el centro de la relación terapeuta-usuario/a, en virtud del cual el sujeto (capaz) recibe*

del sanitario la información suficiente y comprensible que le permita participar voluntaria y activamente, junto con el profesional implicado, en la toma de decisiones respecto del diagnóstico y tratamiento de la posible enfermedad" (Simón y Barrio, en Bioética Clínica, 2014).

Consentimiento Informado, es entonces un proceso de encuentro y diálogo entre el equipo médico y la persona usuaria, desde que se ven por primera vez hasta que se da el alta definitiva, en una construcción cotidiana y permanente del proceso terapéutico.

En este sentido, es deber del estado garantizar un proceso terapéutico ético, en plena garantía de los derechos y deberes del paciente, pero que de la misma forma garantice el uso eficiente de los limitados recursos públicos que se disponen para abordar la problemática de la salud mental.

El contar con este instrumento, firmado por cada usuario que ingresa a un proceso terapéutico de SENDA, permitirá acceder a la información completa del servicio de tratamiento que se le está brindando.

Se propone el siguiente modelo de Consentimiento Informado, el que debería ser suscrito por cada usuario que acceda a un centro de tratamiento en convenio con SENDA, no siendo una barrera de acceso a este proceso terapeutivo:

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE USUARIOS DE CENTROS DE TRATAMIENTO EN EL MARCO DE LAS SUPERVISIONES A LOS CONTRATOS PARA LA PRESTACIÓN DE MESES DE PLANES DE TRATAMIENTO

Centro:	
Programa:	
Dependencia (Público/Privado)	
Servicio de Salud:	

Yo……..……..,
cédula de identidad N°……., con fecha……., declaro que:

Se me ha informado y he comprendido que, dada mi situación de salud, existe la necesidad de participar en un tratamiento especializado por consumo de drogas.

Se me ha informado y he comprendido las consecuencias, beneficios y riesgos para mi salud que tiene mi decisión de acceder o negar mi ingreso a tratamiento.

Se me ha informado que existen alternativas disponibles de tratamiento, se me explicó en qué consisten y he comprendido esta información.

Se me ha informado que en caso de necesitar mayor información respecto del tratamiento puedo consultar a _____. También la forma y el lugar y horarios disponibles para contactarlo/a.
(Nombre y cargo de la persona)

Se me ha informado y he comprendido qué mi consentimiento es revocable, es decir, puedo cambiar de opinión. Si esto sucede, se me ha informado y comprendo las implicancias de mi decisión.

He sido informado/a sobre las actividades generales del programa, el objetivo que tienen y el sentido de mi participación en las mismas.

Se me han informado y he comprendido las normas del programa y también he recibido información clara acerca de mis derechos y deberes.

Se me ha informado que por la necesidad de continuidad de cuidados o de derivación (o derivación asistida) a otro dispositivo de salud, se podrá entregar información estrictamente necesaria, pertinente y suficiente respecto a mi tratamiento y condición de salud. Se me ha explicado que esta información será tratada como "dato sensible". Por lo tanto, la entrega de información se realizará siempre por conductos formales, cautelando que su forma de entrega permita mantener su reserva. Junto con esto, se me ha informado que quien recibe la información, se deberá comprometer a resguardar la confidencialidad de la misma y no ser usada para fines distintos de los que fue solicitada.

Se me han informado y he comprendido los motivos en que el equipo terapéutico podría entregar información estrictamente necesaria, pertinente y suficiente respecto a mi tratamiento y condición de salud a otras instituciones, entre ellas al Servicio Nacional para la Prevención Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol. Se me ha explicado que esta información será tratada como "dato sensible". Por lo tanto, la entrega de información se realizará siempre por conductos formales, cautelando que su forma de entrega permita mantener su reserva. Junto con esto, se me ha informado que quien recibe la información, se deberá comprometer a resguardar la confidencialidad de la misma y no ser usada para fines distintos de los que fue solicitada. Asimismo, he sido informado que, al momento de realizar esta entrega, se me comunicará sobre su contenido y motivos.

Se me ha informado que el tratamiento a empezar no tiene costos económicos para mí y o mi familia y que es financiado por el Estado.

Declaro que he comprendido la información recibida hasta ahora y que he quedado satisfecho con la misma.

Finalmente, declaro que He decidido ingresar a este tratamiento por consumo de drogas de manera libre y voluntaria.

Acuerdos particulares y Observaciones:

Para el caso de usuarios menores de 18 años de edad, el profesional responsable del proceso de firma de CI, deberá desplegar todas las acciones posibles y necesarias para comprometer la participación de familiar, tutor o adulto responsable. En el caso de no lograrse lo anterior, se deberá dejar registro escrito en la ficha clínica de la persona usuaria, de todas las acciones realizadas con este fin. No se condicionará el ingreso del /la adolescente a tratamiento, independientemente de las acciones futuras que el programa realice para vincular a la familia, tutor o adulto responsable al proceso de tratamiento.

Nombre, Firma y RUT	Nombre, Firma y RUT
Usuario/a	Representante Centro/Programa de Tratamiento

Nombre, Firma, RUT
Representante Legal/ Apoderado / Acompañante/ Familiar

Con esta propuesta final se da por concluido el presente trabajo de investigación.

XII. BIBLIOGRAFIA

1. Ley N° 20.502, que crea el Ministerio del Interior y Seguridad Pública y el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, y modifica diversos cuerpos legales.
2. Informe de Auditoría Interna I01-2016, del 26 de mayo de 2016, del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol.
3. Ley N°19.628, sobre protección de la vida privada.
4. Ley N°20.584, 24 de abril de 2012, la cual regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud.
5. Decreto N° 4, de 2009, del Ministerio de Salud.
6. Documento “Calidad y evidencia en reducción de la demanda de drogas”, marco de referencia para la acreditación de programas del Programa de Cooperación entre América Latina y la Unión Europea en Políticas sobre Drogas (COPOLAD),

7. Documento “Manual del estándar general de acreditación para centros que otorgan tratamiento y rehabilitación de personas con consumo perjudicial o dependencia a alcohol y/o drogas”, de la superintendencia de Salud Pública.
8. Resolución Exenta N° 12, de 5 de enero de 2018, del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol
9. Resolución Exenta N°511, del 21 de noviembre de 2018, del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol.
10. Resolución exenta N° 687, de 29 de junio de 2016, del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol.
11. Manual del estándar general de acreditación para centros que otorgan tratamiento y rehabilitación de personas con consumo perjudicial o dependencia a alcohol y/o drogas”, de la superintendencia de Salud Pública.
12. Hart, O., A. Shleifer y R. Vishny (1997). “The Proper Scope of Government: Theory and an Application to Prisons”, Quarterly Journal of Economics, No. 112, págs. 1127-1161.
13. Privatización carcelaria: el caso chileno, Isabel Arriagada Gajewski, REJ – Revista de Estudios de la Justicia – Nº 17 – Año 2012, ISSN 0718-0853. Consultado el día 7 de noviembre en el enlace: http://web.derecho.uchile.cl/cej/docs_2/bo/ARRIAGADA%20_10_.pdf
14. Decreto Supremo MOP Nº 900, del 31 de octubre de 1996, que fijó el Texto Refundido, Coordinado y Sistematizado del Decreto con Fuerza de Ley MOP Nº 164 de Concesiones públicas.