

FORMULARIO 2021 DE PRESENTACIÓN DE PROGRAMAS SOCIALES NUEVOS PARA EVALUACIÓN EX-ANTE

ANTECEDENTES			
Antecedentes ¹			
Nombre del Programa		Programa de Recuperación Basado en Pares	
Ministerio responsable		Ministerio del Interior y Seguridad Pública	
Servicio o Institución Pública responsable		Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol	
Unidad responsable		Área de Integración Social y Oportunidades	
Encargado del programa	Nombre	Por definir SENDA	
	Cargo		
	Teléfono(s)		
	E – mail		
Año de inicio		2023	
Año de término		Permanente ☒	
Si el programa no cuenta con una fecha de término específica, indicar las razones por las que se considera un programa permanente. (máx. 2.000 caracteres)			
Desde 2009 la Organización Mundial de la Salud y Naciones Unidas definen el trastorno de abuso de sustancias como una enfermedad crónica tratable, por lo que el proceso de recuperación se caracteriza por ciclos de recuperación, recaída, y múltiples tratamientos (WHO & UNODC, 2020). Además, estos organismos recomiendan que luego de un tratamiento residencial y/o un tratamiento intensivo ambulatorio los pacientes sean transferidos a una red de cuidado a largo plazo (indefinido), de menor intensidad. De esta manera, se asume el concepto de cuidado continuo como un componente esencial del proceso de recuperación para las personas con trastornos asociados al consumo de sustancias (WHO & UNODC, 2020). La cronicidad de esta condición de salud da razones para que un programa de post tratamiento deba ser permanente, ya que se debe apuntar a mantener un monitoreo constante entre quienes han egresado de tratamiento a través de diversos servicios que permitan una inclusión social satisfactoria. Asimismo, se deben generar estrategias para prevenir reingresos a			

¹ Los cuadros en este formato corresponden a sub-pestañas del formulario web.

tratamiento, mediante el sostenimiento de los logros terapéuticos, así como derivaciones activas ante recaídas, para reducir el daño biopsicosocial generado por el consumo.

Además, el consumo de alcohol y otras drogas constituye uno de los principales problemas de salud pública del mundo (Van Geest et al., 2017). En efecto, según el último Informe Mundial sobre las Drogas (UNODC, 2021), se estima que 36,3 millones de usuarios de drogas presentan un consumo perjudicial, por lo que padecen trastornos provocados por su uso, son proclives a desarrollar dependencia y luego requerirán un tratamiento para recuperarse. Añadido a esto, el consumo de sustancias es un fenómeno arraigado en nuestro país, de una magnitud considerable y que ha ido en aumento en los últimos años en Chile (Valenzuela et al., 2020). Según datos del año 2018, alrededor de 650.000 personas en el país presentan consumo problemático de alcohol y/o drogas (SENDA, 2021). Esto exige una respuesta permanente por parte del Estado de Chile, quien, en efecto, ha asumido y deberá seguir asumiendo el rol de protección del ejercicio del derecho a la salud que tienen sus ciudadanos y ciudadanas.

Señale dentro de qué Política Ministerial se encuentra el programa descrito, y si este corresponde a algún compromiso contenido en el "Programa de Gobierno 2018-2022". (máx. 2.000 caracteres)

No aplica. No hay política ni decreto que determine el área de integración social.

¿El Programa descrito se vincula con un subsistema o conjunto articulado de programas de una determinada política pública? (Lista de selección única)		Subsistema Seguridades y Oportunidades (SSS)
		Subsistema Chile Crece Contigo (CHCC)
		Subsistema Nacional de Apoyos y Cuidados (SNAC)
		Elige Vivir Sano (EVS)
		Otro, ¿Cuál?
	X	Ninguno

Señale la Misión del Servicio o Institución Pública responsable del programa (acorde al Formulario A-1 Dirección de Presupuestos). (máx. 2.000 caracteres)

Contribuir a la disminución del consumo de alcohol y otras drogas y sus consecuencias sociales y sanitarias en niños, niñas, adolescentes y adultos, a través del diseño, implementación, articulación y coordinación de acciones efectivas, pertinentes, integrales y de calidad, que respondan a las necesidades de las personas y comunidades, considerando las particularidades del territorio, para mejorar el bienestar y la calidad de vida de la población (DIPRES, 2019).

Señale el/los objetivo/s estratégico/s de la institución responsable a los que se vincula el programa (acorde al Formulario A-1 Dirección de Presupuestos). (máx. 2.000 caracteres)

El programa contribuye al objetivo N°1: Desarrollar, impulsar y ejecutar un modelo integral de prevención e intervención basado en evidencia (Sistema SENDA) el que consta de cuatro pilares; el primero orientado a la detección temprana y focalización de posibles beneficiarios de la acción del Servicio (SENDA INICIA); el segundo compuesto por programas de la oferta preventiva (PLAN NACIONAL ELIGE VIVIR SIN DROGAS); el tercero promover un sistema integral de acceso a tratamiento rehabilitación e integración social con pertinencia territorial y cultural, entregando los apoyos necesarios en las diferentes etapas del proceso (SENDA TRATAMIENTO); y el cuarto (SENDA OPORTUNIDADES), proceso con el cual el modelo de intervención de la institución busca asegurar la sostenibilidad en el largo plazo de los resultados positivos que se logran con la intervención

programática, por medio de la articulación de los apoyos intersectoriales requeridos (educación, empleo, seguridad, cultura, deporte, entre otros).

Señale los productos estratégicos la institución responsable a los que se vincula el programa (acorde al Formulario A-1 Dirección de Presupuestos). (máx. 2.000 caracteres)

Producto estratégico 1: Implementación de acciones y programas de prevención integral del consumo de alcohol y otras drogas, con coordinación intersectorial y contextualizadas, dirigidas a personas (niños, niñas, jóvenes y adultos), familias y colectivos (comunidades laborales, educativas y barriales).

Producto estratégico 3: Implementación de estrategias que favorezcan los procesos de recuperación de las personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas, a través de intervenciones amplias que incidan de manera simultánea y complementaria en las personas, actorías sociales y comunidad, facilitando así su inclusión social.

Identifique el marco normativo que regula al Programa, especificando Leyes, Decretos, Resoluciones, Bases, Convenios, detallando que contiene cada uno, su año de promulgación y cuáles son los aspectos regulados. (máx. 3.000 caracteres)

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; Ley N° 20.000, que sustituye la ley N° 19.366, que sanciona el tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias sicotrópicas, en especial sus artículos 40, 46 y 50; Decreto N° 1378, de 2006, que aprueba reglamento de la ley N° 20.084 que establece un sistema de responsabilidad de los adolescentes por infracciones a la ley penal, en especial su Título II, y demás normas reglamentarias que ejecutan los referidos cuerpos normativos (DIPRES, 2019); Orientaciones Técnicas del actual Área de Integración Social (SENDA, 2019), que guían los principios de articulación entre áreas de Tratamiento e Integración Social; Resolución Exenta 705, artículo 45° donde se describen los objetivos y funciones de Integración Social de la institución; Ley N°18.216, que establece penas que indica como sustitutivas a las penas privativas o restrictivas de libertad.

Diagnóstico

Mencione brevemente el problema o necesidad principal que afecta a la población y que el programa busca resolver. (máx. 300 caracteres).

Las personas adultas con consumo problemático de alcohol y/o drogas que egresan de programas de tratamiento no cuentan con redes de apoyo y contención para navegar el proceso de recuperación, lo cual obstaculiza una recuperación sostenible en el tiempo.

Presente datos cuantitativos que permitan dimensionar el problema señalado anteriormente, caracterizando a la población afectada por el problema (población potencial), señalando datos relevantes, utilizando la fuente de información más actualizada e indicando si afecta de manera particular a algún grupo específico de la población (mujeres, pueblos indígenas, entre otros). Señale la fecha y fuente de información utilizada (Ej: CENSO, CASEN 2017, Registro Social de Hogares, etc.). (máx. 5.000 caracteres)

En primer lugar, la recuperación de abuso de sustancias se va a comprender siguiendo la definición de Best y Laudet, quienes establecen que la recuperación es “la experiencia vivida de un aumento de calidad de vida y sentimiento de empoderamiento sostenido en el tiempo”. Además, la recuperación se debe entender como un proceso activo de integración social comunitario, que depende del capital de recuperación de la comunidad que recibe a las personas en recuperación. Este concepto se refiere a “la amplitud y profundidad de los recursos internos y externos que pueden ser utilizados para iniciar y sostener la recuperación de problemas de consumo de alcohol y otras drogas” (Granfield y Cloud, 1999. P. 32). El capital de recuperación se puede clasificar en tres principales categorías: capital personal, capital social y capital comunitario (White and Cloud, 2008; Collison and Best, 2019). De esta manera, la inclusión social depende del desarrollo de los distintos tipos de capital de recuperación que permiten navegar y afrontar el proceso de recuperación de consumo problemático.

Durante el 2020, 7.278 personas adultas egresaron de los programas de tratamiento y rehabilitación para población general, personas en situación de calle y Población Consumidora de Drogas y Alcohol en Libertad Vigilada, de acuerdo a las bases de datos del Sistema de Información y Gestión de Tratamiento (SISTRAT) de SENDA. Resulta importante describir brevemente a la población potencial. Entre las personas que egresaron por alta terapéutica de los programas de tratamiento, alrededor de uno de cada tres es mujer (29,5%). En cuanto a la edad, casi seis de cada diez personas egresadas tienen entre 30 y 49 años (57,1%), mientras que sólo un 7,5% tiene 60 o más años. Por otro lado, sólo un 8% se auto identificó con alguna etnia en su mayor parte proveniente de la etnia mapuche, y un 40% se atendían en centros de la Región Metropolitana. Además, las personas declararon estar solteras (52,6%), seguido por aquellos que están casados o conviven (33,5%). Al revisar la presencia de hijos(as) se observa que un 74,5% declaró tener hijos (SISTRAT, 2020).

En tercer lugar, se puede caracterizar a la población en tratamiento en términos de inclusión social. Así, a continuación, se presenta un breve análisis que toma en consideración las variables relativas a su inclusión social. Se observa que el acceso a educación universitaria es bajo, ya que solo el 4,3% terminó este nivel educacional y, en la misma línea, un importante porcentaje no terminó sus estudios escolares (41,2%). Esto implica acceso a trabajos poco calificados, y menos oportunidades de ascender socialmente. Al comparar los niveles educacionales en población general se obtiene una sobrerrepresentación de los(as) usuarios(as)

de tratamiento en los niveles de básica completa, media incompleta y media completa en comparación a la población general mayor de 18 años de acuerdo a los datos de la encuesta CASEN del 2020. En cuanto al trabajo, destaca que la mitad están cesantes o sin actividad (47,8%). Además, mientras que un 16,9% de las mujeres se dedica a quehaceres del hogar solo un 0,2% de los hombres declaró esta condición de actividad.

Cabe destacar que SENDA realiza un diagnóstico de necesidades de integración social para quienes egresan de tratamiento. Al momento del egreso un 24,2% presenta necesidades de integración social altas, un 43,2% medias, un 23,5% bajas, y un 9,1% no presenta información. Además, las mujeres y los más jóvenes presentan una mayor proporción de necesidades altas de integración social, al igual que quienes recibieron el alta administrativa o fueron derivados.

Asimismo, SENDA pesquisa una serie de variables relativas a la evaluación de logro que el equipo tratante considera que el o la usuario(a) tuvo durante el tratamiento como un todo y en subdimensiones que apuntan al concepto de recuperación. En general, uno de cada tres presenta logros mínimos en relación a su proceso terapéutico (31,8%), patrón de consumo de alcohol y/o drogas (30,6%), situación familiar (33,2%), relaciones interpersonales (33,7%), situación ocupacional (33,1%), salud mental (32,3%), salud física (29,1%) y transgresión a la norma social (28,9%). Por otra parte, uno de cada tres presenta logros intermedios en relación a su proceso terapéutico (34,4%), patrón de consumo de alcohol y/o drogas (30,5%), situación familiar (33,8%), relaciones interpersonales (33%), situación ocupacional (29,4%), salud mental (34,7%), salud física (31,6%) y transgresión a la norma social (24,8%). Con todo, se observa que alrededor de dos de cada tres personas siguen necesitando apoyo tras egresar de tratamiento.

En la misma línea, las personas que egresan de tratamientos residenciales, así como el específico en mujeres ambulatorio intensivo, presentan mejores logros en el proceso terapéutico como un todo, en patrón de consumo, salud mental y salud física. Por otro lado, los tratamientos ambulatorios intensivos presentan peores logros en relaciones familiares y en relaciones interpersonales. Asimismo, el tratamiento ambulatorio intensivo específico para mujeres presenta los peores logros en términos ocupacionales, corroborando la idea de que un porcentaje importante de beneficiarias se dedica a labores domésticas, no estando integradas al mercado laboral. Además, se observan diferencias sistemáticas en el logro según tramo etario. En concreto, las personas más jóvenes presentan un menor porcentaje de logro alto en el proceso terapéutico como un todo, patrón de consumo, salud mental y transgresión a la norma. Debe advertirse que 20,6% estuvo 3 meses o menos de tratamiento por lo que, de acuerdo con la literatura, no cumplirían el tratamiento considerado como mínimo (WHO & UNODC, 2020). Finalmente, la mitad ha estado previamente en tratamientos (56,7%), evidenciando la necesidad de un sistema de cuidado continuo para evitar reingresos al sistema de tratamiento formal.

A partir del problema o necesidad identificado, detalle la/s causa/s que generan dicha situación negativa, considerando aquellas causas que se relacionan al ámbito de acción de la institución responsable del programa y de la/s que el programa se hará cargo de resolver a través de los componentes de su estrategia de intervención. Señale la fecha y fuente de información utilizada (máx. 5.000 caracteres)

Las personas con consumo problemático de alcohol y/o drogas egresadas de programas de tratamiento enfrentan múltiples dificultades para lograr un proceso exitoso de recuperación a

largo plazo. Si bien normalmente se entienden los procesos de recuperación como trayectorias individuales, la literatura ha evidenciado que en realidad este es un fenómeno social que tiene como base factores estructurales y ha identificado que este proceso depende del capital de recuperación de las comunidades que reciben a las personas en recuperación (Best y Laudet, 2010; Collinson y Best, 2019). En efecto, Best y Colman (2018) describen la recuperación como un proceso social de integración comunitaria.

El capital de recuperación se refiere a los recursos internos y externos que pueden ser usados para iniciar y sostener la recuperación de problemas de consumo de alcohol y otras drogas (Granfield y Cloud, 1999). Este puede ser desglosado en tres tipos de capital: capital personal (cualidades y fortalezas internas necesarias para el proceso de recuperación); capital social (las redes prosociales a las cuales un individuo puede recurrir para generar un sentimiento de compromiso y pertenencia); y capital comunitario (acceso a los recursos comunitarios de recuperación, como vivienda, oportunidades laborales, participación ciudadana, etc.) (Best, et al. 2021).

El Programa de Recuperación Basado en Pares busca apoyar y acompañar a las personas en su proceso de recuperación a través del capital de recuperación de las personas para promover un proceso de recuperación a largo plazo. En concreto, este nuevo programa fomenta directamente el capital personal de las personas usuarias, ya que el proceso de acompañamiento se enfoca en gran medida en la identificación y desarrollo de herramientas y estrategias a nivel personal para enfrentar la recuperación a largo plazo. También, tiene un efecto directo por sobre el capital social, articular comunidades de recuperación y redes de apoyo social orientadas a este proceso mediante sus tres componentes. Por otro lado, el trabajo de acompañamiento del Par Especialista en Recuperación, también aporta indirectamente al capital comunitario, al facilitar la vinculación y acceso a servicios y activos comunitarios. En resumen, el programa busca facilitar la recuperación a largo plazo al fomentar el capital de recuperación de las personas a través del acompañamiento práctico y emocional, realizado por un par quien articula la vinculación a redes y servicios orientadas a la recuperación.

La literatura sugiere que existe una importante relación entre la falta de redes sociales orientadas a la recuperación y el propio proceso de recuperación de consumo de alcohol y/drogas (Pettersen, et al. 2019; Dingle, 2015). Las personas en proceso de recuperación, particularmente aquellas pertenecientes a grupos vulnerados, cuentan con menores redes de apoyo que la población general (Dingle, 2015). La exclusión y el aislamiento social dificultan el proceso de reintegración, siendo un factor determinante en la recaída durante la recuperación

post-tratamiento. En este sentido, es muy importante contar con redes de apoyo, y personas que puedan otorgar apoyo emocional y práctico para navegar por este proceso.

¿Por qué un enfoque basado en pares para otorgar este apoyo? Este tiene beneficios a largo plazo para el proceso de recuperación. Los pares tienen la habilidad de trabajar con pacientes afuera de los confines de contextos terapéuticos tradicionales, pudiendo entregar un acompañamiento de cuidado continuo, sin las limitaciones que esto implica. Además, el acompañamiento se base en la experiencia compartida de la recuperación, lo que permite generar vínculos basados en la confianza y en la empatía y posicionar la recuperación como algo asequible y cercano (Eddie, et al. 2019).

Ahora bien, no sólo resulta fundamental que los pares contribuyan en vincular a la persona a grupos sociales, sino que es importante que estos grupos promuevan espacios y vínculos saludables, que permitan cementar el paso a una recuperación a largo plazo (Neale, et al. 2018). Si bien no es de sorprender, cabe destacar que el involucramiento con pares y círculos que promueven o normalizan el consumo obstaculiza el proceso de reintegración post-tratamiento, facilitando la recaída en comportamientos de consumo. Así, un factor clave para sostener un proceso de recuperación a largo plazo tiene relación con la transición de una red social que promueve el consumo problemático a una red que promueva la recuperación, forjando de esta manera comunidades de recuperación. Tomando esto en cuenta, el programa busca promover la vinculación con redes y grupos de ayuda mutua orientados a la recuperación entre personas que estén compartiendo la experiencia de recuperación. De esta manera, se fortalece por un lado capital social, pero también el capital personal, al promover la autoeficacia y autoestima.

Para garantizar una recuperación a largo plazo, es fundamental que el apoyo e involucramiento social se extienda en el tiempo y no se limite a los primeros meses de recuperación. El contacto sostenido con una red social orientada a la recuperación es muy importante para llevar a cabo un proceso de recuperación debido a que permite a las personas estar expuestas a los distintos valores y procesos que conlleva la recuperación, estableciendo esta misma como una posibilidad asequible (Moos, 2007).

Según el problema o necesidad identificada, señale los efectos y/o consecuencias negativas que se espera evitar producto de la implementación del programa, tanto en el corto como en el largo plazo. Justifique su respuesta usando datos y evidencia empírica nacional o internacional. (máx. 3.000 caracteres)

La dificultad de reintegración post-tratamiento y la recaída en comportamientos de consumo problemático tienen importantes consecuencias negativas, que se podrían evitar en caso de implementar un programa de acompañamiento basado en pares.

En primer lugar, la falta de redes de apoyo pro-sociales, la aislación social, y el abuso continuo de drogas conduce al desarrollo de comorbilidades de salud física y mental. Además de las barreras de acceso antes mencionadas, esto genera una mayor demanda por atención médica, representando un peso para el sistema de salud. Por otra parte, la falta de pertenencia a redes o grupos orientados a la recuperación puede reproducir una auto concepción identitaria de fracaso (“spoilt identity”), que limita el proceso de recuperación (McIntosh & McKeganey, 2002), que se asocia a importantes riesgos de salud mental. En esta línea, la no-recuperación de las personas post-tratamiento implica que estas mismas personas van a recurrir nuevamente a tratamiento, generando un fenómeno de puerta giratoria que también puede resultar en costos para el sistema de salud.

En esta línea, dentro de las nuevas iniciativas para el período 2019-2025 se encuentra la “Prevención del consumo de alcohol y otras drogas” (Ministerio de Salud, 2021), dado el aumento en las prevalencias en población general y escolar en varias sustancias durante la última década, así como la importante carga que supone para el sistema de salud los problemas derivados del consumo de sustancias. Respecto a este último punto, y a modo de ejemplo, el Estudio de Enfermedad y Carga Atribuible realizado por el Ministerio de Salud en 2008 dio cuenta de que el consumo de alcohol es el factor de riesgo que causa más muerte o discapacidad en Chile, relacionándose con el 12,4% de los años de vida saludables (AVISA) perdidos por muerte o discapacidad (Ministerio de Salud, 2008).

Por último, el abuso continuo de sustancias ilícitas así como mantener contacto con círculos que normalizan el consumo se relaciona con involucramiento delictual, contacto con el sistema de justicia e involucramiento riñas y/u otras situaciones violentas. Esto también supone una carga al sistema de justicia y un riesgo para los vecinos y vecinos que viven en barrios de alto consumo.

De acuerdo con los efectos y/o consecuencias identificadas en la pregunta anterior, señale cuál es el costo fiscal que éstas generan, tanto en el corto como en el largo plazo. En caso de no contar con la valorización del costo fiscal, a modo de aproximación, especifique el detalle de los gastos asociados. (máx. 2.000 caracteres)

El consumo problemático de alcohol y otras sustancias desencadena una serie de consecuencias negativas en la sociedad, las cuales se traducen en altos costos para los Estados. Un estudio realizado por la Pontificia Universidad Católica en conjunto con SENDA el año 2018, donde se estimó que el consumo de alcohol en el país le cuesta a Chile 1,5 billones de pesos (entre los que

consideran costos en salud, crimen y violencia), es decir, alrededor del 0,72% del PIB de ese año. Otras cifras más antiguas estimadas en el estudio “El costo socioeconómico del consumo de drogas ilícitas en Chile” (Fernández, 2012), muestran que la carga económica que las drogas ilícitas representaban para el país eran de al menos 266.744 millones de pesos corrientes de dicho año, representando el 0,45% del pib del país.

Proporcione evidencia de experiencias nacionales o internacionales (intervenciones nacionales y/o internacionales, estudios, etc. y sus resultados) que permitan justificar el diseño de este nuevo programa y avalar la pertinencia de este tipo de intervención en la solución del problema identificado. Mencione las fuentes de información y fecha de los datos entregados. (máx. 5.000 caracteres)

El tratamiento a los trastornos por uso de sustancias fue hasta la década de los 80-90 abordado desde un modelo de cuidados intensivos, con intervenciones breves y agudas que buscaban eliminar los síntomas (Baird, 2016). No obstante, muchos/as de los/as usuarios/as que padecen este trastorno pasan por varios tratamientos antes de lograr una recuperación más estable, lo que resulta en consecuencias adversas prolongadas asociadas al consumo (Hser & Anglin, 2010). Por ello, en los años 90, se comenzó a utilizar el concepto de recuperación para referirse a un proceso personal de cambio, el cual permite vivir satisfactoriamente pese a las limitaciones ocasionadas por la enfermedad (Anthony, 1993). Ante esto, se instaló la necesidad de que estos/as usuarios/as contaran con una “atención coordinada continua” (*continuing coordinated care o continuing care*). Ésta implica un nivel más bajo de intervención, como atención ambulatoria y un entorno de vida sobrio, y se brinda en una variedad de formatos y modalidades, que incluyen, entre otras, asesoramiento grupal e individual, asesoramiento telefónico, o grupos de autoayuda (Lash et al., 2011; MacLean et al., 2021; McKay, 2009). Según White (2016) alguna de las características que presentan los enfoques asertivos de atención continua son las siguientes:

- Abarcan a todos los pacientes y sus familias, no solo a aquellos que se finalizaron con éxito.
- Enfocan la responsabilidad principal del contacto posterior en la institución, no en el paciente.
- Integran contactos programados y no programados.
- Focalizan los esfuerzos las ventanas temporales de vulnerabilidad (por ejemplo, los primeros 90 días posteriores al tratamiento).
- Individualizan la duración y la intensidad del apoyo en función de la gravedad del problema de cada persona.
- Incorporan múltiples medios para el apoyo de la recuperación sostenida.
- Identifican y construyen una red de apoyo de los pacientes en sus entornos naturales.
- El servicio puede ser brindado por consejeros, entrenadores en recuperación o especialistas voluntarios capacitados en apoyar la recuperación.
- Enfatizan la construcción y mantenimiento de vínculos para lograr la continuidad del contacto y el servicio a lo largo del tiempo.

La literatura hace hincapié en que la recuperación se logra y sostiene con redes de apoyo, fundamentalmente a la hora de prevenir una recaída. Para esto, es especialmente importante la vinculación con la comunidad mediante la participación en organizaciones de ayuda mutua y otro tipo de actividades que promuevan la recuperación (McKay, 2021; SAMHSA, 2012; White, 2008). La referencia a este tipo de dispositivos debe ser activa, lo que implica que los pacientes reciban una orientación exhaustiva para acceder (Humphreys & Lembke, 2014).

En este marco, se describe a partir de las entrevistas a personas expertas en la temática, la importancia de generar mecanismos asertivos para conectar a personas que egresan de tratamiento con la comunidad y los servicios de recuperación y cuidado disponibles. Entre ellos, se identifica como figura primordial a los/as **“Pares Especialistas en Recuperación”** (*recovery coaches*). Estas personas son las encargadas de ayudar y acompañar a las personas en proceso de transición para que se integren en distintos aspectos de la comunidad y accedan a los distintos servicios y dispositivos de cuidado posteriores al tratamiento. Esto se sustenta en la literatura, donde la recuperación se ha definido como un proceso de “contagio social” (Moos, 2007), que se transmite a través de procesos de control y aprendizaje social. En este marco, la recuperación es un proceso que se puede “contagiar” a través de relaciones interpersonales en un tejido comunitario (White 2010, en Best y Colman, 2018). Así, resulta fundamental **identificar actores que cumplan el rol de “portadores de recuperación”**, esparciendo la posibilidad de recuperación entre quienes más lo necesitan, planteando la recuperación como una posibilidad accesible y atractiva (Best y Colman, 2018). En esta línea, la naturaleza social del proceso de recuperación también se refleja en el principio del ayudante (*the helper principle*) (Reisman, 1965 en Best y Colman 2018), que postula que el acto de ayudar es igual de beneficiosa para la persona que recibe la ayuda como para quien la entrega. Por lo tanto, este componente del programa de recuperación basado en pares es importante tanto para quienes son guiados/as por un par experto/a, como también, para quienes se certifican y convierten en ellos/as.

En esta misma línea, en el caso de los **grupos de apoyo mutuo**, diversos estudios experimentales han determinado que aquellos pacientes que son referidos activamente tienen mejores resultados en términos de asistencia a programas y abstinencia (Kaskutas, 2009; Kelly et al., 2009; Project MATCH Research, 1997, 1998). Por ejemplo, los resultados del Proyecto MATCH (1997) fueron favorables a la terapia de 12-pasos (un modelo de grupos de pares), sugiriendo que los pacientes con dependencia al alcohol tienen mejores resultados después del tratamiento con este método en relación a la terapia cognitiva conductual o las entrevistas motivacionales.

Incorporar fuentes de información o bibliografía utilizada para el apartado de diagnóstico, según regla APA. (máx. 3.000 caracteres)

- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23. <https://doi.org/10.1037/h0095655>
- Baird, C. (2016). Recovery Management and Recovery-Oriented Systems of Care. *Journal of Addictions Nursing*, 27(2), 151-153. <https://doi.org/10.1097/JAN.0000000000000127>
- Baldwin, M. L., Marcus, S. C., & De Simone, J. (2010). Job loss discrimination and former substance use disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 110(1-2), 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2010.01.018>
- Boardman, J. D., Finch, B. K., Ellison, C. G., Williams, D. R., & Jackson, J. S. (2001). Neighborhood Disadvantage, Stress, and Drug Use among Adults. *Journal of Health and Social Behavior*, 42(2), 151. <https://doi.org/10.2307/3090175>
- Bradizza, C. M., & Stasiewicz, P. R. (2003). Qualitative analysis of high-risk drug and alcohol use situations among severely mentally ill substance abusers. *Addictive Behaviors*, 28(1), 157-169. [https://doi.org/10.1016/S0306-4603\(01\)00272-6](https://doi.org/10.1016/S0306-4603(01)00272-6)

- DIPRES. (2019). FICHA DE DEFINICIONES ESTRATÉGICAS AÑO 2019-2022: SERVICIO NACIONAL PARA PREVENCIÓN Y REHABILITACIÓN CONSUMO DE DROGAS Y ALCOHOL. Ministerio de Hacienda.
- Drake, R. E., Wallach, M. A., & McGovern, M. P. (2005). Special Section on Relapse Prevention: Future Directions in Preventing Relapse to Substance Abuse Among Clients With Severe Mental Illnesses. *Psychiatric Services*, 56(10), 1297-1302. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.56.10.1297>
- Fernandez, M. (2012). El costo socioeconómico del consumo de drogas ilícitas en Chile. *Revista CEPAL*, 93.
- Han, L., & Jia, C. X. (2022). Treatments, Perceived Stigma, and Employment Outcomes among Substance Abusers in China. *Healthcare*, 10(1), 130. <https://doi.org/10.3390/healthcare10010130>
- Henkel, D. (2011). Unemployment and Substance Use: A Review of the Literature (1990-2010). *Current Drug Abuse Reviewse*, 4(1), 4-27. <https://doi.org/10.2174/1874473711104010004>
- Hser, Y.-I., & Anglin, M. D. (2010). Addiction Treatment and Recovery Careers. En J. F. Kelly & W. L. White (Eds.), *Addiction Recovery Management* (pp. 9-29). Humana Press. https://doi.org/10.1007/978-1-60327-960-4_2
- Humphreys, K., & Lembke, A. (2014). Recovery-oriented policy and care systems in the UK and USA: Recovery policy in the USA and UK. *Drug and Alcohol Review*, 33(1), 13-18. <https://doi.org/10.1111/dar.12092>
- Johnson, G., & Chamberlain, C. (2008). Homelessness and Substance Abuse: Which Comes First? *Australian Social Work*, 61(4), 342-356. <https://doi.org/10.1080/03124070802428191>
- Kaskutas, L. A. (2009). Alcoholics Anonymous Effectiveness: Faith Meets Science. *Journal of Addictive Diseases*, 28(2), 145-157. <https://doi.org/10.1080/10550880902772464>
- Kelly, J. F., Magill, M., & Stout, R. L. (2009). How do people recover from alcohol dependence? A systematic review of the research on mechanisms of behavior change in Alcoholics Anonymous. *Addiction Research & Theory*, 17(3), 236-259. <https://doi.org/10.1080/16066350902770458>
- Keyes, K. M., Hatzenbuehler, M. L., McLaughlin, K. A., Link, B., Olfson, M., Grant, B. F., & Hasin, D. (2010). Stigma and Treatment for Alcohol Disorders in the United States. *American Journal of Epidemiology*, 172(12), 1364-1372. <https://doi.org/10.1093/aje/kwq304>
- Lash, S. J., Timko, C., Curran, G. M., McKay, J. R., & Burden, J. L. (2011). Implementation of evidence-based substance use disorder continuing care interventions. *Psychology of Addictive Behaviors*, 25(2), 238-251. <https://doi.org/10.1037/a0022608>
- Livingston, J. D., Milne, T., Fang, M. L., & Amari, E. (2012). The effectiveness of interventions for reducing stigma related to substance use disorders: A systematic review: Reducing substance use-related stigma. *Addiction*, 107(1), 39-50. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03601.x>
- MacLean, S. J., Caluzzi, G., Ferry, M., Bruun, A., Skattebol, J., Neale, J., & Bryant, J. (2021). Why we stopped using the term 'aftercare'. *Drug and Alcohol Review*, dar.13332. <https://doi.org/10.1111/dar.13332>
- McKay, J. R. (2009). Continuing care research: What we have learned and where we are going. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 36(2), 131-145. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2008.10.004>

- McKay, J. R. (2021). Impact of Continuing Care on Recovery From Substance Use Disorder. *Alcohol Research: Current Reviews*, 41(1), 01. <https://doi.org/10.35946/arcr.v41.1.01>
- Mericle, A. A., Mahoney, E., Korcha, R., Delucchi, K., & Polcin, D. L. (2019). Sober living house characteristics: A multilevel analyses of factors associated with improved outcomes. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 98, 28-38. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2018.12.004>
- Ministerio de Desarrollo Social y Familia. (2021). Informe de Detalle de Programas Sociales: Integración Social Chile Integra.
- Ministerio de Salud. (2021). Plan de Acción de Salud Mental 2019-2025. Subsecretaría de Salud Pública.
- Nordfjærn, T. (2011). Relapse patterns among patients with substance use disorders. *Journal of Substance Use*, 16(4), 313-329. <https://doi.org/10.3109/14659890903580482>
- Polcin, D. L. (2009). Communal-Living Settings for Adults Recovering from Substance Abuse. *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, 4(1-2), 7-22. <https://doi.org/10.1080/15560350802712355>
- Polcin, D. L., & Henderson, D. M. (2008). A Clean and Sober Place to Live: Philosophy, Structure, and Purported Therapeutic Factors in Sober Living Houses. *Journal of Psychoactive Drugs*, 40(2), 153-159. <https://doi.org/10.1080/02791072.2008.10400625>
- Polcin, D. L., Korcha, R., Bond, J., & Galloway, G. (2010). What Did We Learn from Our Study on Sober Living Houses and Where Do We Go from Here? *Journal of psychoactive drugs*, 42(4), 425-433.
- Project MATCH Research. (1997). Project MATCH secondary a priori hypotheses. *Addiction*, 92(12), 1671-1698.
- Project MATCH Research. (1998). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH three-year drinking outcomes. *Alcoholism: clinical and experimental research*, 22(6), 1300-1311.
- Radcliffe, P., & Stevens, A. (2008). Are drug treatment services only for 'thieving junkie scumbags'? Drug users and the management of stigmatised identities. *Social Science & Medicine*, 67(7), 1065-1073. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.06.004>
- Room, R. (2005). Stigma, social inequality and alcohol and drug use. *Drug and Alcohol Review*, 24(2), 143-155. <https://doi.org/10.1080/09595230500102434>
- Schomerus, G., Lucht, M., Holzinger, A., Matschinger, H., Carta, M. G., & Angermeyer, M. C. (2011). The Stigma of Alcohol Dependence Compared with Other Mental Disorders: A Review of Population Studies. *Alcohol and Alcoholism*, 46(2), 105-112. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agq089>
- SENDA (2016). Orientaciones Técnicas Área Integración Social.
- SENDA & Pontificia Universidad Católica de Chile (2018). Estudio del costo económico y social del consumo de alcohol en Chile. *Departamento de Salud Pública. Licitación ID 662237-9-LP17. Recuperado en https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2019/03/COSTO-ALCOHOL_Actualizacio%CC%81n-2018_Informe.pdf*
- SENDA (2020). Resolución Exenta 705. Recuperado en https://intranet.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2020/01/RE_705_20.pdf
- SENDA (2021). Estrategia Nacional de Drogas 2021-2030. Ministerio del Interior y Seguridad Pública.
- SENDA, & Ministerio de Salud. (2020). ORIENTACIONES TÉCNICAS PROGRAMA DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN PARA PERSONAS ADULTAS CON

PROBLEMAS DERIVADOS DEL CONSUMO DE DROGAS Y ALCOHOL EN CONVENIO SENDA – MINSAL.

- Stuart Henderson, Clare L. Stacey, & Daniel Dohan. (2008). Social Stigma and the Dilemmas of Providing Care to Substance Users in a Safety-Net Emergency Department. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 19(4), 1336-1349.
<https://doi.org/10.1353/hpu.0.0088>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2012). SAMHSA's Working Definition of Recovery. 8.
- Sun, A.-P. (2007). Relapse among Substance-Abusing Women: Components and Processes. *Substance Use & Misuse*, 42(1), 1-21. <https://doi.org/10.1080/10826080601094082>
- Tourangeau, R., Rips, L. J., & Rasinski, K. A. (2000). *The psychology of survey response*. Cambridge University Press.
- UNODC. (2021). *World Drug Report*. United Nations Office on Drugs and Crime.
- Valenzuela, E., Bórquez, I., Dupré, S., López, A., Maldonado, L., Fernández, G., Mateo, M., Cooper, R., Díaz, R., & Chamorro, C. (2020). Informe Final: Evaluación de resultados de los programas de tratamiento y rehabilitación del Servicio nacional para la prevención y rehabilitación del consumo de drogas y alcohol, SENDA (p. 459). Centro de Estudios Justicia y Sociedad y Dirección de Presupuestos.
- VanGeest, J., Johnson, T., & Alemagno, S. (Eds.). (2017). *Research Methods in the Study of Substance Abuse*. Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-55980-3>
- Wahler, E. A. (2015). Social Disadvantage and Economic Hardship as Predictors of Follow-Up Addiction Severity after Substance Abuse Treatment: Does Referral to Treatment by the Criminal Justice System Matter? *Alcoholism Treatment Quarterly*, 33(1), 6-27.
<https://doi.org/10.1080/07347324.2015.982463>
- Weiss, M. G., Ramakrishna, J., & Somma, D. (2006). Health-related stigma: Rethinking concepts and interventions 1. *Psychology, Health & Medicine*, 11(3), 277-287.
<https://doi.org/10.1080/13548500600595053>
- WHO & UNODC. (2020). *International standards for the treatment of drug use disorders: Revised edition incorporating results of field-testing*. World Health Organization.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331635>
- Wittman, F., Polcin, D., & Sheridan, D. (2017). The architecture of recovery: Two kinds of housing assistance for chronic homeless persons with substance use disorders. *Drugs and Alcohol Today*, 17(3), 157-167. <https://doi.org/10.1108/DAT-12-2016-0032>

Objetivos y Focalización

Objetivos

Indique el Fin del programa, entendido como el objetivo de política pública al que contribuye el programa. Esta definición debe mantener consistencia con la misión y los objetivos estratégicos de la institución señalados en la sección de antecedentes.
 (máx. 300 caracteres)

Contribuir a la recuperación de las personas con consumo problemático de alcohol y/o otras drogas

Indique el Propósito del programa, entendido como el objetivo específico, resultado directo o cambio que el programa espera obtener en la población beneficiaria. Un programa debe tener un único propósito medible y debe mencionar claramente cuál es la población que presenta el problema (población potencial). (máx. 300 caracteres)	Las personas adultas con consumo problemático de alcohol y/o drogas egresadas de un tratamiento mejoran su capital de recuperación a través del apoyo y guía entre pares, la generación de comunidades de recuperación y la vinculación socio comunitaria.
--	--

Población Potencial

Describa la población potencial del programa (aquella que presenta una necesidad o problema público, identificado y definido por una política diseñada para abordarlo). (máx. 2.000 caracteres)	Personas mayores de 18 años con consumo problemático de alcohol y/o drogas egresados de programas de tratamiento para población adulta general (n=5.519), personas en situación de calle (n=114) o en libertad vigilada (n=129), por motivos de alta terapéutica o administrativa, y abandono.
---	--

Unidad de medida de la población potencial (Lista desplegable)	Personas / Hogares y/o Familias / Conjuntos Habitacionales / Barrios / Localidades / Comunas / Organizaciones / Aulas / Establecimiento Educativos / Centros de Salud / Ecosistemas / Bosques Nativos / Bienes Culturales
--	--

Cuantifique la población potencial para el año 2022, en base a la unidad de medida señalada anteriormente (campo numérico)	5.762
Fuente de información utilizada para cuantificar la población dada (máx. 1.000 caracteres)	Se calcula la cifra en base al tratamiento más reciente de todas las personas egresadas de programas de tratamiento, por motivos de alta terapéutica o administrativa y abandono. Se omiten quienes egresaron por derivación, ya que no necesariamente egresaron. Fuente: Sistema de Información y Gestión de Tratamiento (SISTRAT), base Programa de Tratamiento y Rehabilitación para Población Adulta, 2020.

Población Objetivo

¿Es la población objetivo igual a la población potencial?	Sí / No (lista desplegable)
---	------------------------------------

Caracterice la población objetivo (aquella que se ve afectada por el problema y que el programa espera atender durante toda su ejecución). (máximo 3.000 caracteres)	La población objetivo son todas aquellas personas adultas egresadas de programas de tratamiento, por motivos de alta terapéutica o administrativa y abandono, que cumplan con dos criterios de focalización: (1) voluntariedad y (2) necesidades.
--	---

	Respecto de la voluntariedad, dado que a quienes egresan de tratamiento se les ofrecerá de manera voluntaria su participación en este programa, la tasa de aceptación dependerá de la razón de egreso y por lo tanto, la población objetivo. En concreto, se estima que, entre quienes abandonaron el tratamiento, solamente un 20% aceptará participar del programa. Esto, ya que como la literatura ha mostrado extensamente, la motivación durante un proceso de recuperación es un elemento clave para la permanencia en este (ver por ejemplo Hachtel, Vogel & Huber (2019)). Luego, a partir de los resultados de las entrevistas que se realizaron a personas usuarias tanto en el proceso de diseño como de validación del programa, se estima que un 80% de quienes egresan por alta terapéutica participarán. Finalmente, y en base a las entrevistas realizadas, entre quienes egresan por alta administrativa se estima que la mitad tendrá voluntad de participar del programa. En segundo lugar, se aplicó un criterio de necesidades de integración de acuerdo al instrumento “Descripción de Necesidades de Integración Social” del diagnóstico realizado en tratamiento al egresar del programa. De acuerdo con sus categorías de resultado, y para focalizar el programa entre quienes tienen mayores necesidades de integración social, se incluirán solamente aquellas personas que obtengan puntaje medio y alto. En base a los datos de SISTRAT 2020, se estima que un 70% de la población obtiene este resultado. En base a estos dos criterios, la población objetivo del programa es de 1.891 personas (436 que egresaron por abandono, 1.254 por alta terapéutica y 201 por alta administrativa). Fuente: Sistema de Información y Gestión de Tratamiento (SISTRAT), base Programa de Tratamiento y Rehabilitación para Población Adulta, 2020.
--	--

Población Beneficiaria

Cuantifique la población beneficiaria para el año 2022, en base a lo descrito anteriormente (campo numérico)	1.128
Fuente de información utilizada para cuantificar la población (máx. 1.000 caracteres)	Finalmente, la población beneficiaria del programa cumple con los mismos criterios de inclusión que la población objetivo, sin embargo, además, incorpora un criterio de territorialidad. De esta forma, serán beneficiarios/as solamente personas que habiten comunas donde actualmente se implementan las acciones de inclusión social y oportunidades de SENDA, a saber, Tarapacá (3,02% de la población potencial), Valparaíso (7,79% de la población potencial), RM (41,44% de la población potencial), Biobío y Los Ríos (2,20% de la población potencial). La distribución no dista significativamente en la población objetivo. Fuente: Sistema de Información y Gestión de Tratamiento (SISTRAT), base Programa de Tratamiento y Rehabilitación para Población Adulta, 2020.

Describa los criterios utilizados para priorizar o identificar a los beneficiarios a atender durante un año por el programa. Además, señale si corresponde, el mecanismo utilizado para ordenarlos, por ejemplo: - Orden de postulación hasta llenar cupos y/o hasta agotar presupuesto disponible. - Puntaje de evaluación en base a pauta aplicada (fondos concursables). - Puntaje de instrumento de selección que ordene a la población. (máximo 3.000 caracteres)	Los criterios de identificación para formar parte de la población potencial son la edad y el egreso de programas de tratamiento: personas mayores de 18 años con consumo problemático de alcohol y/o drogas egresados de programas de tratamiento para población adulta general, personas en situación de calle o en libertad vigilada, por motivos de alta terapéutica o administrativa, y abandono. Adicionalmente, para estimar a la población objetivo, se aplican dos criterios adicionales de focalización: uno basado en la voluntariedad, y el segundo, en las necesidades de integración social. En relación con el primero, como la participación de estos programas es voluntaria, se estimó un porcentaje de personas que desean participar según cada tipo de egreso considerado, a saber: 1. Alta terapéutica: 80% de ingreso 2. Abandono: 20% de ingreso 3. Alta administrativa: 50% de ingreso Estos porcentajes fueron calculados en base a las entrevistas a usuarias/os realizadas en la fase cualitativa de este estudio. En relación con el criterio de necesidad, este corresponde a un criterio de focalización en base al diagnóstico de
--	---

	necesidades de integración social al egresar de tratamiento. La población beneficiaria serán aquellas que obtengan una clasificación “Alta” y “Media” al egresar. Según estimaciones a partir de la base de datos de SISTRAT del año 2020, un 70% de las personas obtendrá esa evaluación (87% de quienes abandona, 88% de quienes tienen alta administrativa y 56% de quienes obtienen alta terapéutica). El último criterio de focalización, a partir del cual se estima la población beneficiaria, es el territorial. Para ello, se debe pertenecer a las cinco regiones donde actualmente se implementan las acciones de inclusión social y oportunidades: Tarapacá, Valparaíso, RM, Biobío y Los Ríos.

¿Se utiliza el Registro Social de Hogares (RSH) para seleccionar a los beneficiarios?	Sí / No (Lista desplegable)
---	------------------------------------

(Si responde que Sí, se despliega el siguiente cuadro)		Criterio Específico
Sí /No (Lista desplegable)	Pertenencia al Registro Social de Hogares (RSH)	
Sí /No (Lista desplegable)	Pertenecer a uno de los tramos de la Calificación Socioeconómica (CSE)	
Sí /No (Lista desplegable)	Uso de información del Registro Social de Hogares (RSH), que no sea la Calificación Socioeconómica (CSE)	

Cuantifique la meta de población objetivo que se espera alcanzar en los siguientes años	2022	2023	2024	2025
	1.128	1.128	1.128	1.128

¿Cuántos componentes tiene el programa? (los componentes corresponden a los bienes y/o servicios que produce o entrega el programa para cumplir su propósito) (Mínimo=1 / Máximo =20) (Lista desplegable de 1 a 20)

COMPONENTE 1	Nombre del componente (200 caracteres)	Formación y Certificación de Pares Especialistas en Recuperación (PER)
	Tipo de beneficio (lista desplegable)	Apoyo Psicosocial
	Beneficio específico (lista desplegable)	Apoyo Psicosocial
	Describa brevemente el componente, identificando lo siguiente: 1) objetivo; 2) bien o servicio provisto; 3) población a la que se entrega el bien o servicio provisto; 4) modalidad de producción o forma en que se produce y entrega el bien o servicio, y; 5) tiempo o duración de la ejecución del componente. El componente debe estar asociado a una causa. (máx. 3.000 caracteres)	El primer componente tiene como objetivo formar y certificar Pares Especialistas en Recuperación con el fin de incorporar esta figura en el organigrama de SENDA y otorgarle las facultades para trabajar con usuarios y usuarias en recuperación. En los contextos de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias, un par especialista de recuperación es una persona en recuperación que utiliza su experiencia vivida para apoyar a otros en su propio proceso. La experiencia con consumo y recuperación genera las condiciones para la construcción de vínculo simétrico, basado en la empatía y la confianza. Así, los pares tienen la habilidad para involucrarse de una forma distinta a profesionales de los centros de tratamiento (White, 2009). Los PER otorgan apoyo emocional y práctico y ayudan a los individuos a navegar sistemas para construir capital de recuperación, como participar en grupos de ocio, conseguir empleo, y asistir a grupos de apoyo mutuo (Eddie et al. 2019). Así, facilitan la recuperación a largo plazo de las personas en proceso de recuperación. En este sentido, el servicio que otorga el componente es un curso de formación y un proceso de certificación de Pares Especialistas en Recuperación, con el fin de incorporar esta figura al organigrama de SENDA² y posibilitar un proceso de acompañamiento de cuidado continuo con usuarios y usuarias. El servicio que

² Ver Anexo I para más información sobre perfil de cargo de PER.

		provee el componente genera un nuevo actor en el organigrama SENDA. El curso se enfoca en formar mentores que puede servir como catalizadores para la recuperación que sirvan para motivar y empoderar a los individuos, guiando su proceso de recuperación y apoyando los objetivos y decisiones de los individuos. En este sentido, el curso se va a enfocar en desarrollar competencia para que los PER puedan otorgar apoyo emocional, motivacional, informacional, instrumental, y afiliaciones a las personas usuarias. La población beneficiaria del servicio provisto por este componente son aquellas personas quienes hayan egresado de un programa de tratamiento para personas adultas por alta administrativa o alta terapéutica y/o personas con trayectoria de recuperación exitosa de al menos dos años auto-reportada. De esta manera, los requisitos para acceder al componente son haber egresado de un programa de tratamiento para personas adultos por las dos vías antes mencionada y/o contar con una trayectoria de recuperación exitosa de al menos de años auto-reportada. Además de cumplir con estos dos requisitos, las personas deben incluir en su postulación una carta de recomendación de un familiar y de un profesional o técnico de tratamiento, o eventualmente, un par de recuperación. Por último, para participar del curso y la eventual certificación, la persona debe aceptar de forma voluntaria participar de un proceso de seguimiento y monitoreo de la oficina Regional de SENDA que tiene como fin evaluar el estado de salud mental y el proceso de abstinencia de las personas una vez que son certificados como PER³. Por último, para poder certificarse, los postulantes tendrán que firmar un código de ética.⁴
--	--	--

³ Ver **Anexo III** para más información sobre el proceso y requisitos de postulación recomendados.

⁴ Ver **Anexo VI** para revisar el código de ética.

		Por otro lado, existe un proceso de convalidación para personas con cargos similares, basado en un análisis comparativo de su formación con la nueva formación propuesta, que permite que las personas pasen directamente al proceso de certificación. Como fue mencionado, el servicio que otorga el componente es un curso de formación y un proceso de certificación de Pares Especialistas en Recuperación⁵. Este servicio es provisto por el Área de Integración Social de SENDA, que está a cargo gestionar un proceso de licitación para la implementación del curso cada 3 años. Además, el área está a cargo de promover y difundir la oferta del curso. La institución que se adjudique la licitación está a cargo de administrar el proceso de postulación y selección de los participantes, además de implementar el curso, y derivar a los participantes al proceso de certificación. La selección de participantes sigue estrictamente los criterios establecidos por SENDA. El contenido del curso (ver propuesta en Anexo IV) debe ser discutido y aprobado por una mesa de personas expertas, que incluya a diversos actores, incluyendo aquellos del mundo público, privado y de la academia. Además, se deben incluir a personas en recuperación. Los contenidos del curso deben ser revisados cada 3 años por una mesa de personas expertas organizado por el Área de Chile Integra, para incluir nuevos contenidos pertinentes al proceso de recuperación. Esta debe fiscalizar todos los cursos de formación PER, velando por su adherencia a los contenidos discutidos y aprobados por la mesa de personas expertas y por SENDA. Además, para postular a la licitación, será que tengan experiencia trabajando directamente con personas con trastorno de consumo problemático.
--	--	--

⁵ Ver **Anexo IV** para más información y recomendaciones sobre el curso de formación de PER.

		El equipo administrativo del programa debe estar a cargo del proceso de certificación con el fin de estandarizar el conocimiento y las competencias con las que tiene que contar un PER para poder trabajar con personas con trastorno de consumo problemático. Eventualmente, desde el Área de Integración Social, se debe liderar un proceso para acreditar a otras instituciones para implementar cursos de formación de PER, sin embargo, el proceso de certificación se centraliza en SENDA. El ente a cargo del proceso de certificación debe ir actualizando el examen en la medida que se integren nuevos contenidos al curso de certificación. El proceso de certificación es virtual, abierto durante todo el año. El curso de formación se imparte de forma trimestral. Es decir, las personas que cumplen con los requisitos antes mencionados y desean participar en el programa, tienen cuatro oportunidades al año para postular. El proceso de postulación está abierto por un mes, a lo que le sigue un proceso de selección de tres semanas. Después de anunciar los y las seleccionadas, estos tendrán una semana matricularse (sin costo) al curso de formación PER, que tendrá una duración de un mes. El curso se va a realizar tanto en horario diurno como horario vespertino, y que va a existir la opción de realizar el componente teórico del curso de manera virtual, para garantizar que algunas personas usuarias puedan participar sin dejar de lado responsabilidades laborales y/o familiares. Los y las usuarias egresan del servicio que ofrece el componente una vez aprobado el proceso de certificación (examen virtual). La licencia de PER deberá ser actualizada cada dos años. En este sentido, es fundamental que exista un esfuerzo continuo de difusión de la oferta del curso por parte del Área de Integración Social de SENDA.
	Unidad de producción	Personas
	Meta de producción año 2022	113 PER con capacidad de acompañamiento de 10 personas en recuperación.

	Gasto por componente 2022	\$225.000 por participante + \$20.000.000 de inversión inicial por el diseño de manuales / M\$45.425 por total programa en un primer ciclo (Ver Anexo VII)
--	---------------------------	---

COMPONENTE 2	Nombre del componente (200 caracteres)	Plan de Acompañamiento Basado en Pares
	Tipo de beneficio (lista desplegable)	Apoyo Psicosocial
	Beneficio específico (lista desplegable) ⁶	Apoyo Psicosocial
	Describa brevemente el componente, identificando lo siguiente: 1) objetivo; 2) bien o servicio provisto; 3) población a la que se entrega el bien o servicio provisto; 4) modalidad de producción o forma en que se produce y entrega el bien o servicio, y; 5) tiempo o duración de la ejecución del componente. El componente debe estar asociado a una causa. (máx. 3.000 caracteres)	El segundo componente tiene como objetivo desarrollar e implementar un proceso de acompañamiento práctico y emocional para personas en recuperación liderado por un Par Especialista en Recuperación (PER). La población beneficiaria de este componente es la población objetivo del programa, es decir, personas mayores de 18 años con consumo problemático de alcohol y/o drogas que abandonan o bien egresan por alta terapéutica o por alta administrativa de programas de tratamiento de población adulta. Además, se aplican los mismos criterios de identificación y focalización mencionados anteriormente. Como fue mencionado anteriormente, los PER ayudan a los individuos a navegar sistemas que posibiliten la construcción de capital de recuperación. El trabajo de los PER consiste en promover capital personal, entregando apoyo a partir de su propia experiencia de recuperación, derribando mitos respecto al trastorno de abuso de sustancias y a los problemas de salud mental concurrentes, proveyendo educación sobre autoayuda y promoviendo la autoestima y la autoeficacia de las personas. Al mismo tiempo, el proceso de acompañamiento liderado por PER busca fomentar el capital social de las personas, funcionando como una red de apoyo, y

⁶ Ver Anexo II

		promoviendo el vínculo con familiares, amigos, y también otros activos comunitarios que pueden contribuir al proceso de recuperación, como grupos de autoayuda o actividades significativas de índole recreativa. En este sentido, también se potencia el desarrollo de capital comunitario. En concreto, por tanto, el servicio que brinda el componente consiste en el desarrollo e implementación de un plan de acompañamiento con una duración anual, denominado Plan Individual de Cuidado Continuo (PICC). El PICC consiste en un proceso de acompañamiento anual, donde los PER deben reunirse de forma periódica con los usuarios y usuarias para hacer seguimiento del proceso de recuperación. La frecuencia de estas reuniones serán de una a dos veces por semana durante los primeros tres meses de egreso, una vez cada dos semanas hasta los seis meses de egreso, y una vez al mes hasta que finalice el año de intervención. Las sesiones del plan de acompañamiento podrán ser realizados de manera virtual, con el apoyo y facilitación del PER a cargo, particularmente en el caso que las personas no tengan acceso o manejo de plataformas digitales. Para esto, el proceso de acompañamiento comienza con una entrevista de diagnóstico⁷, que tiene como objetivo conocerse, establecer metas y objetivos, definir formas de trabajo. Además, el PER cuenta con la Evaluación de Necesidades realizada en el Centro de Tratamiento, y por lo tanto, puede complementar el acompañamiento con
--	--	---

⁷ El equipo asesor recomienda utilizar la entrevista “American Society of Addiction Medicine (ASAM) Recovery Support Services (RSS) Questionnaire” propuesta en el Manual para Pares de Recuperación de la Fundación McShin (Payne y Shinholtz, n.d). Para más información, ver pg. 167.

		ello. Por un lado, el PICC busca promover la construcción de capital de recuperación a través de la vinculación a activos comunitarios siguiendo la metodología ABCE desarrollada por Collman y Best (2018)⁸. Además, el servicio incluye otorgar apoyo práctico y emocional, incluyendo: • Proveer apoyo emocional para el proceso de recuperación compartiendo su experiencia y estrategias de enfrentamiento. • Ayuda a los/as usuarios/as a identificar barreras o riesgos que pueden perjudicar su proceso de recuperación. • Ayudar a los/as usuarios/as a identificar recursos personales, sociales y comunitarios que contribuyan positivamente a su proceso de recuperación. • Ayudar a los/as usuarios/as a involucrarse de forma asertiva en actividades significativas de índole recreativa/participativa, con apoyo de • A través de la derivación a SENDA Previene. • Derivar a los usuarios/as a grupos de ayuda mutua y/o facilitar y promover la germinación de estas agrupaciones, ayudando en la coordinación y ejecución inicial. • Derivar a servicios complementarios en caso de presentarse una necesidad particular (ej. servicios de salud mental) y a otros servicios que sean parte de la oferta programática del Área de Integración Social (dispositivos VAIS; OSL).
--	--	---

⁸ Ver anexo 5 para más información sobre el desarrollo e implementación de la metodología ABCE (Collman y Best, 2018).

		• Guiar a los/as usuarios/as en la postulación a beneficios y/o bonos estatales • Proveer a los usuarios y usuarias con educación continua respecto salud y bienestar, poniendo énfasis en consumo problemático de sustancias, salud mental, infecciones de transmisión sexual, nutrición, y deporte. Los PER deben hacer un reporte trimestral del progreso de los y las usuarias, que luego debe ser computada en una base de datos administrada por la Dirección Regional. Este servicio lo entrega un PER certificado por SENDA, quien trabaja bajo el alero de la Dirección Regional de SENDA. Las personas beneficiarias pueden acceder a este servicio a través de los centros de tratamiento. La Dirección Regional administra un equipo de PER, y se coordina con los centros de tratamiento, para que estos vinculen un PER con los usuarios y usuarias que solicitan el servicio. El punto óptimo de derivación es cuando un usuario está por egresar de un programa. En este caso, los centros de tratamiento deben otorgar información respecto al programa pares especialistas en recuperación el comienzo del tratamiento. Así, los usuarios/as en tratamiento pueden solicitar acceder al servicio de acompañamiento PER para guiar el proceso de recuperación y reintegración post-tratamiento.⁹ Luego de finalizar el año, los y las usuarias realizan una evaluación cuantitativa y cualitativa del proceso de
--	--	--

⁹ Cabe mencionar que quienes egresan por alta terapéutica pueden postular al servicio otorgado en el primer componente, el proceso de formación y certificación para convertirse en pares especialistas en recuperación.

		acompañamiento, que también es sistematizada en una BBDD administrada por la Dirección Regional. Los PER podrán trabajar jornada completa acompañando a personas egresadas, con un máximo de 10 personas por cada uno/a, o bien, jornadas de menor duración. Será su elección a cuántas personas acompañar (con un mínimo de una persona para ejercer el cargo), y esto quedará establecido vía contrato. Por último, los PER formaran parte de un proceso de monitoreo y evaluación basado en auto-reportes sobre posibles recaídas, y también deberán tener acceso a servicios de autocuidado, sesiones de cuidado de equipo y salud mental. Estos servicios estarán disponibles en los mismos centros de tratamiento a los cuales están asociados los PER. El proceso de seguimiento será realizado por la Dirección Regional, y registrado en una BBDD. Por contrato, los PER pueden ser desvinculados en caso de no reportar conductas de riesgo o al transgredir una cláusula del código de ética.
	Unidad de producción	Personas acompañadas
	Meta de producción año 2022	1.128 personas (población beneficiaria)
	Gasto por componente 2022	\$800.000 mensuales por cada PER contratado con 10 personas en acompañamiento (\$300.000 base de sueldo + \$50.000 por persona acompañada) / M \$1.084.800 anuales (Ver Anexo VII)

COMPONENTE 3	Nombre del componente (200 caracteres)	Formación y gestión de Grupos de Apoyo Mutuo
	Tipo de beneficio (lista desplegable)	Apoyo Psicosocial
	Beneficio específico (lista desplegable)	Apoyo Psicosocial

	Describa brevemente el componente, identificando lo siguiente: 1) objetivo; 2) bien o servicio provisto; 3) población a la que se entrega el bien o servicio provisto; 4) modalidad de producción o forma en que se produce y entrega el bien o servicio, y; 5) tiempo o duración de la ejecución del componente. El componente debe estar asociado a una causa. (máx. 3.000 caracteres)	Este componente tiene como objetivo fomentar el capital de recuperación de los usuarios a través de la vinculación con comunidades terapéuticas que puedan brindar apoyo para sostener una recuperación a largo plazo. La población beneficiaria de este componente es la población objetivo del programa, es decir, personas mayores de 18 años con consumo problemático de alcohol y/o drogas que abandonan o bien egresan por alta terapéutica o por alta administrativa de programas de tratamiento de población adulta. Además, se aplican los mismos criterios de identificación y focalización mencionados anteriormente. En concreto el servicio que ofrece el tercer componente es la identificación, vinculación y gestión de grupos de ayuda mutua, con el fin de promover espacios seguros de apoyo y contención entre pares. Este servicio está a cargo del equipo administrativo del Programa, que tiene como tarea realizar un catastro de los grupos de apoyo mutuo en el territorio (inicialmente, a nivel territorial, coordinado con la Dirección Regional y también en triangulación con el nivel comunal a través de la persona coordinadora comunal de SENDA Previene y los Pares Especialistas en Recuperación (PER) que trabajan en el territorio). Por otro lado, los PER están encargados del proceso de vinculación asertiva de los usuarios y usuarias a grupos de apoyo mutuo, teniendo como tarea derivarlos a grupos de apoyo mutuo en su territorio. En caso de que no existan grupos disponibles en el territorio, deberán gestionar la creación de uno si es que hay personas interesadas en asistir. Para ello deberán coordinarse con otros PER y los centros de tratamiento para buscar usuarios/as que deseen participar, junto con las tareas que se mencionan a continuación. Además, también asumen la tarea de apoyar con la gestión de estos grupos, o bien asumir un rol de facilitador en caso de ser solicitado. En este sentido, las responsabilidades incluyen: • Coordinar con Equipo Administrativo del Programa la
--	---	--

		habilitación de espacio para las reuniones; • Coordinar la logística interna de los grupos, teniendo como base un presupuesto operacional limitado. • Trabajar con los usuarios/as competencias de auto-eficacia para promover la auto-gestión del grupo en caso de ser necesario y/o solicitado. En este sentido, usuarios/as acceden a los grupos de apoyo mutuo en su territorio a través de los Pares Especialistas en Recuperación. Los y las usuarias pueden asistir a estos grupos con la frecuencia que estimen conveniente. En caso de que la participación en grupos de apoyo mutuo sea parte de su PICC, la frecuencia de asistencia está determinada por mutuo acuerdo con el PER, y será monitoreada por este mismo. Los usuarios y usuarias pueden participar de los grupos por el tiempo que estimen conveniente. Los grupos de apoyo mutuo podrán ser realizados de manera virtual, con el apoyo y facilitación del PER a cargo, particularmente en el caso que las personas no tengan acceso o manejo de plataformas digitales. Por otro lado, Los PER tendrán la responsabilidad de identificar y facilitar (tanto si hay como si no hay disponibles) el acceso a grupos de apoyo mutuo de mujeres, en caso de ser solicitado por una usuaria. Por último, los usuarios y usuarias podrán evaluar la efectividad del servicio de forma a través de una encuesta de satisfacción otorgada por el PER facilitador.
	Unidad de producción	Número de grupos disponibles
	Meta de producción año 2022	75 grupos de ayuda disponibles entre las cinco regiones operativas con distribución territorial proporcional (considerando 15 personas de la población beneficiaria por grupo)
	Gasto por componente 2022	\$50.000 mensual de presupuesto operativo para cada Grupo de Ayuda Mutua. / M \$45.000 anuales (Ver Anexo VII)

ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

Explique brevemente en qué consiste la estrategia de intervención del programa para concretar la entrega de los bienes y/o servicios declarados como componentes. Se debe precisar el flujo de la intervención, es decir, señalar de principio a fin las acciones que realiza el programa para entregar los bienes y/o servicios provistos a la población objetivo, detallando los pasos más relevantes del proceso, así como los actores con quienes se relaciona para ejecutar estas acciones. Además, debe especificar de qué manera se combinan los componentes para alcanzar el propósito del programa, detallando si los componentes se entregan de manera secuencial o de forma paralela. (máx. 7.000 caracteres)

El Programa de Recuperación Basada en Pares asume el objetivo del componente de Vinculación con Redes de Apoyo del Programa Chile Integra. En particular, se mantiene el objetivo de generar un sistema de vinculación comunitaria *“que se construye permanentemente a través de un intercambio dinámico entre sus integrantes y con integrantes de otros grupos sociales, y posibilite la potenciación de los recursos que posee y la creación de alternativas innovadoras para la resolución de problemas o dificultades y/o la satisfacción de necesidades de las personas”* (SENDA, 2016. p. 28). A partir de este objetivo original, se presenta el siguiente objetivo general como marco de los tres componentes del programa: *Desarrollar un proceso de acompañamiento basado en la experiencia compartida de la recuperación para acoger a las personas en proceso de recuperación, generando comunidades de recuperación entre pares.*

Este nuevo programa se basa en el modelo de servicios de pares para el apoyo en recuperación (*Peer recovery support services* o PRSS por sus siglas en inglés) (Eddie, et al. 2019), cuyo modelo tiene como sustento la experiencia compartida de la recuperación. Así, posiciona a las personas en recuperación como agentes de cambio que pueden apoyar a otros pasando por una experiencia similar. La experiencia vivida de consumo y recuperación otorga una cualificación experiencial para acompañar y apoyar a otros pares. Además, este dispositivo promueve espacios sobrios, que fomenten la socialización y vinculación de las personas en recuperación, desarrollando capital de recuperación, y promoviendo nuevas oportunidades identitarias distintas a la experiencia de consumo.

Flujo de Intervención

El flujo de actividades comienza con el ingreso de una persona a un Centro de Tratamiento. Ahí inicia el proceso de “Diagnóstico y Descripción de Necesidades de Integración Social” (SENDA, 2016), donde se genera una evaluación a partir del instrumento “Descripción de Necesidades de Integración Social”. Este es un instrumento no estandarizado y cualitativo que permite a los equipos en los Centros describir la situación de cada persona sobre la base de los capitales con que cuentan para su recuperación (antes descritos en la Sección 1.1). Con ello estiman las necesidades que tienen de integración social para apoyar su proceso de recuperación, y se estratifican en niveles (alto, medio y bajo). Esta evaluación se traduce en dos diagnósticos, a saber, el Diagnóstico Global de Necesidades de IS, y el Diagnóstico por cada Capital de Recuperación (ambos con tres niveles de necesidad, alto, medio y bajo). Ambos diagnósticos, que se realizan en el ingreso, egreso y actualizan cada tres meses, quedan sistematizados en la Ficha de Descripción de Necesidades del SISTRAT. Cabe mencionar que este componente tiene como criterio de inclusión atender a personas con nivel alto y medio de necesidades de integración social habiendo egresado de tratamiento.

Originalmente, según las OOT (2016), esta información debía ser revisada periódicamente por el/la “Encargada de Integración Social” y los equipos técnicos para gestionar las redes y activar las oportunidades de integración social para la persona. Desde los Centros de Tratamiento se ofrece a las

personas incorporarse en el Programa, y ser acompañadas por un PER. En caso de aceptar, esta información también es recibida por el/la Par Especialista en Recuperación (PER), quien articula en conjunto con la persona un Plan Individual de Cuidado Continuo (PICC) posteriores al tratamiento (el detalle de estas funciones quedará descrito en el perfil de cargo del PER que se encuentra en el **Anexo I**). Estos planes se conforman de acuerdo a las necesidades e intereses de los y las usuarias, y pueden integrar de manera paralela y/o consecutiva componentes de todos los programas de la oferta de Integración Social SENDA.

El Programa de Recuperación Basado en Pares tiene tres componentes principales: (1) la formación y certificación de pares especialistas en recuperación, (2) el plan de acompañamiento basado en pares y (3) la formación y gestión de grupos de apoyo mutuo (GAM). Cada uno de estos componentes se detallan a cabalidad en la sección anterior.

En primer lugar, debe haber un equipo administrativo que sea parte del Área de Integración Social que este cargo del Programa de Recuperación Basado en Pares. Este equipo debe estar compuesto por mínimo tres integrantes, incluyendo un jefe o jefa de programa, un cuentista social y un administrador/a público. El equipo a cargo del programa tendrá como responsabilidad: 1) administrar el proceso de licitación, y el curso de formación y la certificación del programa (incluyendo el diseño del examen de certificación, 2) el desarrollo y diseño del manual del curso de formación, 3) fiscalización de contenidos del curso, 4) gestión y administración de banco de Pares Especialistas en Recuperación y contacto con los centros de tratamiento, 5) facilitación de recursos para grupos de apoyo mutuo. **En el Anexo IX se presenta un Plan de Implementación donde se detalla la propuesta para que SENDA lleve a cabo estos procesos.**

El primer componente contempla un proceso de licitación donde se adjudica la formación a instituciones con experiencia en la materia por un período de tres años liderado. Además, contempla el diseño de un curso a partir de una mesa de personas expertas, y un proceso de certificación. Por otro lado, el Plan de Acompañamiento consiste en la realización de un Plan Individual de Cuidado Continuo (PICC) con una duración anual basado en la metodología Assertive Linkage o ABCE desarrollada por la Universidad de Sheffield (2012) (**Ver Anexo V**). Por último, el componente de gestión de grupos de apoyo mutuo contempla la coordinación entre el PER, como eje articulador, el/la Encargada de Inclusión Social y la presencia regional de SENDA para catastrar los distintos grupos existentes a nivel territorial, otorgar apoyo logístico, y velar por la vinculación asertiva de los y las usuarias. Adicionalmente, implica que el equipo administrativo del Área de Integración Social a cargo de la coordinación del programa realice la asignación de monitores en los grupos y provea de los presupuestos logísticos para colaciones y otros gastos, así como la reserva de espacios comunales para poder usar de sede.

Mapa de actorías (ver Anexo VIII)

Los PER emergen como figura central en la estructura orgánica de este programa. Ellos están encargados de realizar un acompañamiento personalizado a los usuarios/as en recuperación, compartiendo su experiencia y herramientas prácticas y emocionales para apoyar el proceso de recuperación de consumo problemático de alcohol y/u otras drogas. Es importante mencionar que esta figura es quien guiará a la persona usuaria hacia los distintos tipos de servicios ofrecidos tanto en este programa, como en el resto de programas del Área. Esto responde a la necesidad de generar planes de recuperación individuales,

donde los distintos componentes se puedan desarrollar de manera paralela y no necesariamente secuencial, de acuerdo con las necesidades de cada persona.

Los PER están a cargo del equipo administrativo del Programa de Recuperación Basada en Pares, el cual es coordinado desde una subdivisión de cuidado continuo del Área de Integración Social de SENDA, sin embargo son coordinados desde las Direcciones Regionales de las cinco regiones donde se implementa el programa. Esta subdivisión estará conformada por un equipo de tres personas, quienes se encarguen de la licitación del programa de formación, aspectos administrativos del programa y sistematización de los datos recopilados a nivel territorial desde los PER en bases de datos. El equipo a cargo del programa es también responsable de coordinar, a través de sus Direcciones Regionales, con los centros de tratamiento para derivar a los PER a personas usuarias. Los PER trabajan directamente con las personas usuarias, y en colaboración con SENDA Previene con el objetivo de identificar activos comunitarios para el plan de acompañamiento. Los PER deben reportar de forma periódica a través de reportes trimestrales al equipo administrativo a cargo del programa.

Cabe mencionar que en el flujo de intervención, la base iterativa implica que debe existir un proceso periódico de actualización de este diagnóstico, en donde se vayan generando adaptaciones de las necesidades y del plan individual de intervención de acuerdo a ello. También implica que, como fue mencionado en la sección de actorías relevantes, en este proceso iterativo y coordinado existe espacio para que las personas vuelvan a Tratamiento en caso de ser necesario y se haga un seguimiento de ello, especialmente liderado por el PER.

Además, el equipo administrativo del programa debe estar en coordinación con SENDA Regional y SENDA Previene para identificar espacios territoriales que puedan facilitar el trabajo de los PER.

Tiempo de duración del ciclo de intervención del programa: Indique en cuántos meses/años promedio egresarán los beneficiarios del programa (<i>Lista desplegable</i>)	1 mes / 2 meses / 3 meses / 4 meses / 5 meses / 6 meses / 7 meses / 8 meses / 9 meses / 10 meses / 11 meses / 12 meses / 1 año / 1 año y 3 meses (aprox.) / 1 año y 6 meses (aprox.) / 1 año y 9 meses (aprox.) / 2 años / 2 años y 3 meses (aprox.) / 2 años y 6 meses (aprox.) / 2 años y 9 meses (aprox.) / 3 años
--	---

Explique los criterios de egreso de la totalidad del programa (sin individualizar por componente). Mencione si estos criterios están establecidos por algún reglamento o normativa. (máx. 1.000 caracteres).

No existen criterios de egreso del programa generales para los tres componentes, sin embargo, se puede identificar el término del acompañamiento por parte del PER como un egreso, a pesar de que las personas puedan seguir en caso de querer, participando de los grupos de ayuda mutua. Se establece como período de acompañamiento del PER un año, el cual inicia con el diseño de un PICC, y se sostiene con apoyo continuo y periódico (según acuerdo entre ambas partes) hasta el término un año luego de haber ingresado. Adicionalmente, el primer componente de formación y certificación de pares especialistas en recuperación, tiene como criterio de egreso el término del curso de formación y consecuente certificación para poder ejercer en el cargo. Considerando que la participación en este programa es voluntaria, las personas pueden dar término de manera anticipada al programa o a algunos de sus componentes.

¿Pueden los beneficiarios acceder más de una vez al programa? (<i>lista desplegable</i>)	Sí /No (<i>lista desplegable</i>)
--	--

En caso de respuesta afirmativa, explique las razones por las cuales pueden hacerlo. (máx. 1.000 caracteres)

Como ha sido mencionado, el proceso de recuperación de personas con consumo problemático de sustancias es de largo a plazo, incluso es llamado “crónico”. Por ello, es posible que vuelvan a consumir y pasar por Tratamiento en varias ocasiones, y es importante que tengan la posibilidad de volver a acceder al Programa de Recuperación Basada en Pares cuantas veces sea necesario en la medida que su Diagnóstico y voluntad así lo requieran. Cabe destacar que la Certificación de Pares Especialistas en Recuperación debe realizarse una vez, por lo que es el único componente al que las personas no volverían a acceder. Sin embargo, deben renovar su certificación cada dos años, ya que pueden existir modificaciones en el contenido de acuerdo a cambios en el paradigma de recuperación.

Identifique si el programa atiende un riesgo potencial y por lo tanto es de carácter “preventivo”, (como por ejemplo, programas que previenen la deserción escolar, o que proporcionan seguros ante distintos eventos) o bien, atiende o da solución a un problema ya existente (como por ejemplo programas que atienden a escolares que ya han desertado del sistema escolar). (máx. 3.000 caracteres)

Este programa busca atender y dar solución a un problema ya existente: personas con problemas de consumo de alcohol y drogas que terminan Tratamiento y luego no cuentan un capital de recuperación suficientemente integral y contundente como para mantener procesos de recuperación exitosos a largo plazo. Por lo tanto, su objetivo más bien busca dar solución a un problema que existe y también, busca prevenir las recaídas de personas ya tratadas.

Identifique si el programa incorpora en su intervención, al hogar/familia/cuidadores del beneficiario, (por ejemplo, la intervención a un niño o niña que incorpore a sus padres, sus hermanos, sus cuidadores, o a su familia). Describa el modo y las instancias en las que se incorpora este enfoque en la estrategia del programa. (máx. 3.000 caracteres)

No directamente.

EJECUCIÓN POR TERCEROS

¿El programa será ejecutado por instituciones distintas a la responsable (que solicita el presupuesto) del programa?	<i>Sí/No</i> (Lista desplegable)
--	----------------------------------

¿Cuántos tipos de instituciones ejecutarán el programa? (máximo 10) 1 – 10	(Lista desplegable de 1 a 10)
--	-------------------------------

(Se abrirán tantas columnas, como cantidad de instituciones declaradas en la pregunta anterior)

	X
Nombre de la institución	
Tipo de institución (Lista desplegable)	Subsecretaría, Servicio o Institución Pública del Nivel Central Subsecretaría, Servicio o Institución Pública del Nivel Regional Gobierno regional Gobierno provincial Municipio o Corporación Municipal Universidad o Centro de Formación público Universidad o Centro de Formación privado Organismo privado con fines de lucro Organismo privado sin fines de lucro Otro
(Si la respuesta es Otro, se abre la siguiente tabla)	
Especifique el tipo de institución	
Señale a qué nivel corresponde la ejecución por terceros (lista desplegable)	Componente Programa
Describa el rol de la institución durante la ejecución del programa (Máx. caracteres=1.000)	
Describa los mecanismos para seleccionarla (concurso, licitación, etc.). (Máx. caracteres=1.000)	

¿El programa se articulará con otras instituciones públicas o privadas para implementar su estrategia de intervención? Se debe considerar que las articulaciones corresponden a las relaciones que deben o deberían establecerse entre el programa y otras instituciones para apoyar la gestión del programa.	<i>Sí/No</i> (lista desplegable)
---	----------------------------------

¿Con cuántas se articulará? (máximo 5)	1 a 5 (lista desplegable)
--	---------------------------

(Se abrirá una columna adicional por cada tipo de articulación declarada)

	X
Nombre de institución	Centros de Tratamiento
Tipo de Institución (Lista desplegable)	Subsecretaría, Servicio o Institución Pública del Nivel Central Subsecretaría, Servicio o Institución Pública del Nivel Regional Gobierno regional Gobierno provincial Municipio o Corporación Municipal

	<i>Universidad o Centro de Formación público</i> <i>Universidad o Centro de Formación privado</i> <i>Organismo privado con fines de lucro</i> <i>Organismo privado sin fines de lucro</i> <i>Otro</i>
<i>(Si la respuesta es Otro, se abre la siguiente tabla)</i> Especifique el tipo de institución	
Descripción de la articulación (detallar cómo se realiza la relación con la institución mencionada para la ejecución de la intervención) (Máx. caracteres=1.000)	Este programa se articula con los Centros de Tratamiento, quienes hacen la vinculación entre quienes están egresando por alta terapéutica, administrativa o abandono con los PER. Adicionalmente, estos proveen a los PER de los diagnósticos de necesidades que se realizaron durante tratamiento.

COMPLEMENTARIEDADES INTERNAS

¿El programa se complementará con otros programas o intervenciones de la misma institución o servicio público para implementar su estrategia de intervención (complementariedad a nivel interno)? Las complementariedades corresponden a las relaciones que se establecen entre programas que apuntan a un mismo fin, lo que implica una coordinación programática.	Sí/No <i>(Lista desplegable)</i>
---	---

¿Con cuántos? (Máximo 10) <i>(Lista desplegable de 1 a 10)</i>	4
--	----------

(Se abrirá una columna adicional por cada tipo de complementariedad interna declarada)

Nombre del programa o intervención con que se complementa <i>(Lista desplegable)</i>	SENDA Central
Nivel de la complementariedad <i>(Lista desplegable)</i>	<i>A nivel de política pública</i> <i>A nivel de gestión</i> A nivel de política pública y gestión
Explique en qué consiste o consistirá la complementariedad identificada (detallar qué y cómo se realizarán las complementariedades con el programa mencionado para la ejecución de la intervención) (Máx. caracteres=1.000)	SENDA Central debe velar por la coordinación institucional del programa, desde una subdivisión de cuidado continuo del Área de Integración Social. Además, es de su responsabilidad la ejecución de las licitaciones para las formaciones de PER, junto con la certificación de ese proceso.

Nombre del programa o intervención con que se complementa <i>(Lista desplegable)</i>	SENDA Dirección Regional
Nivel de la complementariedad <i>(Lista desplegable)</i>	<i>A nivel de política pública</i> <i>A nivel de gestión</i> <i>A nivel de política pública y gestión</i>
Explique en qué consiste o consistirá la complementariedad identificada (detallar qué y cómo se realizarán las complementariedades con el programa mencionado para la ejecución de la intervención) (Máx. caracteres=1.000)	SENDA Central debe velar por la coordinación institucional macro del programa, además de conformar en el futuro el Área de Cuidado y Atención Continua. Además, es de su

	responsabilidad la ejecución de las capacitaciones y formaciones de PER, junto con la certificación de ese proceso.
--	---

Nombre del programa o intervención con que se complementa (Lista desplegable)	<i>SENDA Previene</i>
Nivel de la complementariedad (Lista desplegable)	A nivel de política pública A nivel de gestión A nivel de política pública y gestión
Explique en qué consiste o consistirá la complementariedad identificada (detallar qué y cómo se realizarán las complementariedades con el programa mencionado para la ejecución de la intervención) (Máx. caracteres=1.000)	Es importante que SENDA Previene trabaje en coordinación con la Dirección Regional para gestionar espacios municipales a través de sus convenios, y colaborar con la generación de catastros locales de grupos de ayuda mutua, y otros grupos comunitarios con quienes puedan ser vinculados.

Nombre del programa o intervención con que se complementa (Lista desplegable)	<i>SENDA Tratamiento</i>
Nivel de la complementariedad (Lista desplegable)	A nivel de política pública A nivel de gestión A nivel de política pública y gestión
Explique en qué consiste o consistirá la complementariedad identificada (detallar qué y cómo se realizarán las complementariedades con el programa mencionado para la ejecución de la intervención) (Máx. caracteres=1.000)	El área de Tratamiento de SENDA debe trabajar en articulación con el área de Integración Social para que la estrategia de intervención antes propuesta funcione de manera fluida, y las personas que trabajen en Tratamiento se coordinen con quienes despliegan el área de Integración Social.

COMPLEMENTARIEDADES EXTERNAS

¿El programa se complementará con programas o intervenciones de otras instituciones o servicios públicos dentro del mismo Ministerio, o de otros Ministerios para implementar su estrategia de intervención (complementariedad a nivel externo)? Las complementariedades corresponden a las relaciones que se establecen entre programas que apuntan a un mismo fin, lo que implica una coordinación programática.	<i>Si/No</i> (Lista desplegable)
--	----------------------------------

¿Con cuántos? (Máximo 10) (Lista desplegable de 1 a 10)	1 a 10
---	--------

(Se abrirá una columna adicional por cada tipo de complementariedad externa declarada)

Nombre del Ministerio, u otro organismo del cual depende el programa o intervención complementaria (Lista desplegable)	
Servicio (Lista desplegable)	
Nivel de la complementariedad (Lista desplegable)	A nivel de política pública A nivel de gestión

	<i>A nivel de política pública y gestión</i>
Nombre del programa con que se complementa (<i>Lista desplegable</i>)	
Explique en qué consiste o consistirá la complementariedad identificada (detallar qué y cómo se realizarán las complementariedades con el programa mencionado para la ejecución de la intervención) (Máx. caracteres=1.000)	

BORRADOR

Enfoque de Derechos Humanos

De acuerdo a lo planteado en el diagnóstico y estrategia de intervención, especificar si el programa identifica o no alguna de las siguientes condiciones, señalando de qué manera se abordan.

1 El programa, ¿considera o aborda la condición de género?

Sí /No (Lista desplegable)

(Si responde Sí, se despliega el siguiente cuadro)

¿En qué etapa(s) del programa se incorpora la condición de género (diseño, ejecución, fiscalización y/o evaluación) y cómo se aborda? (Máx. caracteres=1.000)	Dado que SENDA considera una perspectiva de género para sus programas de Inclusión Social, este también se construirá a partir de esa perspectiva desde el momento en que se realiza el Diagnóstico de Necesidades. En ellas, es necesario tomar en cuenta las desigualdades estructurales que enfrenta la persona para su proceso de recuperación y entre ellas, el género es un componente central a tener en cuenta. Es de especial interés el generar por ejemplo, GAM con perspectiva de género y que el decálogo de principios lo considere. Por otra parte, es tomar esta perspectiva cuando se asignen PER a personas usuarias, y saber si por ejemplo, es necesario que mujeres guíen a mujeres, o qué ocurre con la discriminación contra diversidades sexo-genéricas.
---	--

(Si responde No, se despliega el siguiente cuadro)

Si no se considera, justifique las razones.	
---	--

2. El programa, ¿considera o aborda la ascendencia o pertenencia a pueblos indígenas?

Sí /No (Lista desplegable)

(Si responde Sí, se despliega el siguiente cuadro)

¿En qué etapa(s) del programa se incorpora la ascendencia pertenencia a pueblos indígenas (diseño, ejecución, fiscalización y/o evaluación) y cómo se aborda? (Máx. caracteres=1.000)	
---	--

(Si responde No, se despliega el siguiente cuadro)

Si no se considera, justifique las razones.	
---	--

3. El programa, ¿considera o aborda la pertinencia territorial?

Sí /No (Lista desplegable)

(Si responde Sí, se despliega el siguiente cuadro)

¿En qué etapa(s) del programa se incorpora la pertinencia territorial (diseño, ejecución, fiscalización y/o evaluación) y cómo se aborda? (Máx. caracteres=1.000)	Se aborda la pertinencia territorial en todos los componentes, ya que los catastros y mapeos de grupos, organizaciones e instituciones se hace de manera local. Esta coordinación si bien se vuelve más relevante, por ejemplo, en OSL por la
---	---

	pertinencia territorial de los trabajos, también es relevante cuando consideramos GAM, para que todas las personas en proceso de recuperación puedan acceder a ellas en sus territorios.
--	--

(Si responde No, se despliega el siguiente cuadro)

Si no se considera, justifique las razones.	
---	--

4. El programa, ¿considera o aborda específicamente a los niños, niñas y adolescentes?	Sí /No (Lista desplegable)
--	----------------------------

(Si responde Sí, se despliega el siguiente cuadro)

¿En qué etapa(s) del programa se incorporan a los niños, niñas y adolescentes (diseño, ejecución, fiscalización y/o evaluación) y cómo se aborda? (Máx. caracteres=1.000)	
---	--

(Si responde No, se despliega el siguiente cuadro)

Si no se considera, justifique las razones.	
---	--

5. El programa, ¿considera o aborda la situación de discapacidad?	Sí /No (Lista desplegable)
---	----------------------------

(Si responde Sí, se despliega el siguiente cuadro)

¿En qué etapa(s) del programa se incorpora la situación de discapacidad (diseño, ejecución, fiscalización y/o evaluación) y cómo se aborda? (Máx. caracteres=1.000)	
---	--

(Si responde No, se despliega el siguiente cuadro)

Si no se considera, justifique las razones.	
---	--

6. El programa, ¿considera o aborda la condición migratoria?	Sí /No (Lista desplegable)
--	----------------------------

(Si responde Sí, se despliega el siguiente cuadro)

¿En qué etapa(s) del programa se aborda la condición migratoria (diseño, ejecución, fiscalización y/o evaluación) y cómo se incorpora? (Máx. caracteres=1.000)	
--	--

(Si responde No, se despliega el siguiente cuadro)

Si no se considera, justifique las razones.	
---	--

7. El programa, ¿considera o aborda alguna otra condición?	Sí /No (Lista desplegable)
--	----------------------------

(Si responde Sí, se despliega el siguiente cuadro)

¿En qué etapa(s) se incorpora (diseño, ejecución, fiscalización y/o evaluación) y cómo se aborda? (Máx. caracteres=1.000)	
---	--

BORRADOR

Participación Ciudadana y Transparencia Pública

2.1 El programa, ¿incorpora mecanismos de participación ciudadana?	Sí /No (Lista desplegable)
--	-----------------------------------

(Si responde Sí, se despliegan 2 cuadros)

Identifique del siguiente listado, el o los mecanismo/s de participación ciudadana (Check list)	Entrevistas a beneficiarios, Encuestas de satisfacción, Focus group Diagnósticos participativos Presupuestos participativos Otros
---	--

Especifique cómo operan y en qué etapa(s) (diseño, ejecución, fiscalización y/o evaluación). (Máx. caracteres=1.000)	Para generar este diseño programático se entrevistaron usuarios/as, los cuales participarán nuevamente de su evaluación cuando estén zanjados sus componentes para hacer las ediciones correspondientes. Además, se sugiere que en el tiempo, se siga haciendo una evaluación de satisfacción por parte de SENDA de la experiencia de usuarios y usuarias de los tres componentes del programa para conseguir retroalimentación que permita ajustar el diseño a las necesidades.
--	--

(Si responde No, se despliega el siguiente cuadro)

Justifique las razones de la no incorporación de mecanismos de participación ciudadana. (Máx. caracteres=1.000)	
---	--

2.2 El programa, ¿incorpora mecanismos de transparencia pública?	Sí /No (Lista desplegable)
--	-----------------------------------

(Si responde Sí, se despliegan 2 cuadros)

Identifique del siguiente listado, el o los mecanismo/s de transparencia pública para la rendición de cuentas (Check list)	Cuenta pública Rendición de gastos ejecutados, o de la implementación mensual/trimestral/ semestral o anual del programa Documentos y Publicaciones Otros
--	--

Especifique que aspectos del programa son parte de los mecanismos de transparencia utilizados (Máx. caracteres=1.000)	
---	--

(Si responde No, se despliega el siguiente cuadro)

Justifique las razones de la no incorporación de mecanismos de transparencia pública. (Máx. caracteres=1.000)	
---	--

Indicadores¹⁰

Indicadores de Propósito

Señale 2 indicadores a través de los cuales se medirá el logro del Propósito (considerando al menos un indicador de resultado del programa, sin considerar los de cobertura). Estos indicadores deben ser una razón entre dos variables, incorporando tanto numerador como denominador una temporalidad, así como también la expresión debe tener una unidad de medida, identificar la dimensión de la medición, señalar el tipo de lectura y metas razonables y coherentes con la fórmula de cálculo.

El indicador de cobertura "(población objetivo/ población potencial) *100", será calculado automáticamente en base a la información ingresada en el apartado de Focalización, para luego ser incorporado en el informe de recomendación del programa.

No se deben considerar indicadores de planificación, ni de satisfacción usuaria.

Nombre del indicador	Fórmula de cálculo	Datos de cálculo 2020 (Sin programa o situación actual)	Datos de cálculo 2022 (estimado)	Unidad de medida (Lista desplegable)	Periodicidad (Lista desplegable)	Dimensión (Lista desplegable)	Lectura (Lista desplegable)	Metodología y definiciones conceptuales incorporadas en las fórmulas de cálculo del indicador o de los indicadores, indicado fuente de información. (Máx. caracteres=2.000)
% de personas usuarias que recaen en comportamientos de consumo durante el primer año en el Plan Individual de Cuidado	(Número de personas usuarias del programa en año t que recaen en consumo / Número total de personas usuarias del programa PER en año t) x 100	598	395	Porcentual	Anual	Eficacia	Descendente	Cálculo porcentual de personas que alcanzan el efecto deseado del programa. El valor del nominador en el cálculo de la situación actual se calcula en base a la cifra de que un 53% de quienes egresan de tratamiento por alta terapéutica han estado en tratamiento antes (SISTRAT,
		1.128	1.128					

¹⁰ Estos indicadores, tanto a nivel de programa como de componentes, son complementados con la Matriz de Marco Lógico enviada, donde se profundiza en el tipo de indicadores y resultados que se pueden monitorear de este programa.

								2020). El nominador del cálculo estimado con programa se obtiene a partir de la evidencia de Proctor & Herschman (2014) que plantea que una atención pronlogada de 12 meses es requisito para alcanzar tasas de abstinencia sobre 65%. La mejoría alcanzada por este programa se calcula conservadoramente, ya que se estima en base a quienes tienen alta terapéutica (quienes menos probabilidad de recaída debiesen tener, y el mínimo de abstinencia que se alcanza con acompañamiento o sobre 12 meses.
Porcentaje de personas que evalúan positivamente la calidad del programa	(Número de personas usuarias que califican con nota 6 y 7 los componentes proveídos por el programa / Número total de personas ingresadas al programa en el semestre t) x 100	N/A	454	Porcentual	Semestral	Calidad	Ascendente	Este cálculo se realiza a partir de una encuesta de satisfacción a usuarios/as de manera semestral, y se calcula el indicador en base al total que contesta la encuesta. Se calcula sobre la base de quienes egresan del programa (688). El porcentaje de
		N/A	688					

								satisfacción (66%) se estimó en base a la Encuesta aplicada a usuari@s por DIPRES-CJS, donde se estima que ese porcentaje estuvo muy satisfecho o satisfecho con la dotación de personal o programa de tratamiento de drogas en los centros públicos.
--	--	--	--	--	--	--	--	--

Resultados para los Indicadores de Propósito (Autocompletada)

	2021 (Sin Programa)	2022 (Con Programa)	2023 (Con Programa)
Indicador 1: % de personas usuarias que recaen en comportamientos de consumo durante el primer año en el Plan Individual de Cuidado	53%	35%	35%
Indicador 2: Indicador de satisfacción con la calidad del PICC	N/A	66%	66%

Mencione para cuáles de los indicadores se encuentra centralizada la información y describa los instrumentos utilizados para su recolección y cuantificación. Para aquellos indicadores que no cuenten con información centralizada, defina las acciones planificadas o en ejecución, que se llevarán a cabo para contar con dicha información. (máx. 2.000 caracteres)

Para el Indicador 1 se utilizará el sistema de información ya existente SISTRAT, de modo de hacer uso de las capacidades ya instaladas en la organización. Se debe habilitar un espacio para incorporar las actualizaciones que se realicen de los resultados de los PICC, medidos en estos dos indicadores.

El Indicador 3 requiere de generar un instrumento de evaluación de la totalidad del programa. Los resultados debiesen quedar sistematizados en una plataforma a cargo de subdivisión de cuidado continuo del Área de Integración Social de SENDA, quienes deben hacer seguimiento de ellos para evaluar y reformular aquellas secciones del programa que no cumplan con los estándares esperados

Señale la evidencia que le permitió definir la situación actual y proyectada de los indicadores, detallando la forma en que se determinaron los valores entregados (información histórica o de programas existentes, metas institucionales, etc.). (máx. 2.000 caracteres)

Los supuestos se señalan en cada uno de los indicadores. Las fuentes primarias para su cálculo fueron las bases de datos de SISTRAT 2020; análisis del Informe Semestral 2020 (SENDA/MINSAL, 2020); evidencia internacional con el artículo “The Continuing Care Model of Substance Use Treatment: What Works, and When Is “Enough,” de los autores Proctor y Herschman (2014); y el estudio realizado por el Centro de Estudios Justicia y Sociedad y la DIPRES, “Evaluación de resultados de los programas de tratamiento y rehabilitación del Servicio nacional para la prevención y rehabilitación del consumo de drogas y alcohol, SENDA”.

Indicadores Complementarios

Identifique 1 indicador complementario por cada uno de sus componentes, que permitan medir el cumplimiento de los productos provistos por el programa, o bien, algún aspecto relevante de la gestión del programa asociado a los componentes. Estos indicadores deben ser una razón entre dos variables, incorporando tanto numerador como denominador una temporalidad, así como también la expresión debe tener una unidad de medida, identificar la dimensión de la medición, señalar el tipo de lectura y metas razonables y coherentes con la fórmula de cálculo.

No se deben considerar indicadores de planificación, ni de cobertura.

Componente 1: Formación y certificación de PER

Nombre del indicador	Fórmula de cálculo	Datos de cálculo 2020 (sin programa)	Datos de cálculo 2022 (estimado)	Unidad de medida (Lista desplegable)	Periodicidad (Lista desplegable)	Dimensión (Lista desplegable)	Lectura (Lista desplegable)	Metodología y definiciones conceptuales incorporadas en las fórmulas de cálculo del indicador o de los indicadores, indicado fuente de información. (Máx. caracteres=2.000)
% de personas que ingresan al proceso de certificación	(Número de personas que ingresan al proceso / Número total de personas que forman parte del programa) x 100	NA	451	Porcentual	Annual	Eficiencia	Ascendente	El nominador se calcula en base a que el 40% de quienes ingresan al programa necesitan empleo, por lo que se estima que al menos estas personas querrán formarse como PER para acceder a uno (SISTRAT). El denominador es la población beneficiaria, a sabiendas de que puede ajustarse de acuerdo a los demás criterios establecidos en el componente.
		NA	1.128					
% de terminan el curso de certificación	(Número de personas que aprueban el examen de	N/A	275	Porcentual	Annual	Eficiencia	Ascendente	Cálculo porcentual de personas que terminan el

	certificación del curso PER / Número total de personas que ingresan al curso PER) x 100	N/A	451					componente de formación. El denominador se calcula en base a que el 40% de quienes ingresan al programa necesitan empleo, por lo que se estima que al menos estas personas querrán formarse como PER para acceder a uno (SISTRAT). Luego, el nominador, es decir, quienes permanecen, se calcula en base al porcentaje que abandona tratamiento como un proxy de abandono de un programa de formación (39% según SISTRAT, 2020),
Porcentaje de personas que evalúan positivamente la calidad del componente	(Número de personas usuarias que califican con nota 6 y 7 los contenidos del curso / Número total de personas ingresadas en una generación x) x 100	N/A	182	Porcentual	Trimestral	Calidad	Ascendente	El porcentaje de satisfacción (66%) se estimó en base a la Encuesta aplicada a usuari@s por DIPRES-CJS, donde se estima que ese porcentaje estuvo muy satisfecho o satisfecho con la dotación de personal o programa de tratamiento de drogas en los centros públicos, sobre el total de personas que completa el programa.
		N/A	275					

Resultados para los Indicadores Complementarios (Autocompleta)

	2021 (Sin Programa)	2022 (Con Programa)	2023 (Con Programa)
Indicador 1: % de empiezan el curso de certificación		40%	40%
Indicador 2: % de terminan el curso de certificación		61%	61%
Indicador 3: Indicador de satisfacción con la calidad del curso de capacitación PER		66%	66%

Mencione para cuáles de los indicadores se encuentra centralizada la información y describa los instrumentos utilizados para su recolección y cuantificación. Para aquellos indicadores que no cuenten con información centralizada, defina las acciones planificadas o en ejecución, que se llevarán a cabo para contar con dicha información. (máx. 2.000 caracteres)

Actualmente no se cuenta con un sistema centralizado de información para este proceso de certificación, sin embargo, se propone que esta se sistematice en SENDA nacional, a nivel central, de modo de avanzar en la rigurosidad de estas capacitaciones a nivel nacional. Se sugiere que la sistematización pase a ser responsabilidad de la subdivisión de cuidado continuo del Área de Integración Social encargada de liderar y coordinar este programa.

Señale la evidencia que le permitió definir la situación actual y proyectada de los indicadores, detallando la forma en que se determinaron los valores entregados (información histórica o de programas existentes, metas institucionales, etc.). (máx. 2.000 caracteres)

Los supuestos se señalan en cada uno de los indicadores. Las fuentes primarias para su cálculo fueron las bases de datos de SISTRAT 2020; análisis del Informe Semestral 2020 (SENDA/MINSAL, 2020); evidencia internacional con el artículo “The Continuing Care Model of Substance Use Treatment: What Works, and When Is “Enough,” de los autores Proctor y Herschman (2014); y el estudio realizado por el Centro de Estudios Justicia y Sociedad y la DIPRES, “Evaluación de resultados de los programas de tratamiento y rehabilitación del Servicio nacional para la prevención y rehabilitación del consumo de drogas y alcohol, SENDA”.

Componente 2: Plan Individual de Cuidado Continuo

Nombre del indicador	Fórmula de cálculo	Datos de cálculo o 2020 (Sin programa o situación actual)	Datos de cálculo 2022 (estimado)	Unidad de medida (Lista desplegable)	Periodicidad (Lista desplegable)	Dimensión (Lista desplegable)	Lectura (Lista desplegable)	Metodología y definiciones conceptuales incorporadas en las fórmulas de cálculo del indicador o de los indicadores, indicado fuente de información. (Máx. caracteres=2.000)
----------------------	--------------------	---	----------------------------------	--------------------------------------	----------------------------------	-------------------------------	-----------------------------	---

% de personas que terminan el Plan Individual de Cuidado Continuo con el PER anualmente	(Número de personas usuarias que terminan el PICC en el año t / Número total de personas ingresadas al programa en el año t) x 100	N/A	688	Porcentual	Anual	Eficiencia	Ascendente	Cálculo porcentual de personas que participan del programa. La base es la población beneficiaria. Luego, el nominador, es decir, quienes permanecen, se calcula en base al porcentaje que abandona tratamiento como un proxy de abandono de un programa de formación (39% según SISTRAT, 2020),
		N/A	1.128					

Resultados para los Indicadores Complementarios (Autocompleta)

	2021 (Sin Programa)	2022 (Con Programa)	2023 (Con Programa)
Indicador 1: % de personas que terminan el Plan Individual de Cuidado Continuo con el PER	N/A	61%	61%

Mencione para cuáles de los indicadores se encuentra centralizada la información y describa los instrumentos utilizados para su recolección y cuantificación. Para aquellos indicadores que no cuenten con información centralizada, defina las acciones planificadas o en ejecución, que se llevarán a cabo para contar con dicha información. (máx. 2.000 caracteres)

Para el indicador se utilizará el sistema de información ya existente SISTRAT, de modo de hacer uso de las capacidades ya instaladas en la organización. Se debe habilitar un espacio para incorporar las actualizaciones que se realicen de los resultados de los PICC, medidos en estos dos indicadores.

Señale la evidencia que le permitió definir la situación actual y proyectada de los indicadores, detallando la forma en que se determinaron los valores entregados (información histórica o de programas existentes, metas institucionales, etc.). (máx. 2.000 caracteres)

Los supuestos se señalan en cada uno de los indicadores. Las fuentes primarias para su cálculo fueron las bases de datos de SISTRAT 2020.

Componente 3: Gestión de Grupos de Ayuda Mutua

Nombre del indicador	Fórmula de cálculo	Datos de cálculo 2020 (sin programa)	Datos de cálculo 2022 (estimado)	Unidad de medida (Lista desplegable)	Periodicidad (Lista desplegable)	Dimensión (Lista desplegable)	Lectura (Lista desplegable)	Metodología y definiciones conceptuales incorporadas en las fórmulas de cálculo del indicador o de los indicadores, indicado fuente de información. (Máx. caracteres=2.000)
% de vinculación a un GAM	(Número de personas que se incorporan al GAM como parte de su PICC/ Población beneficiaria) x 100	NA	790	Porcentual	Anual	Eficiencia	Ascendente	Se analiza la vinculación de personas en los GAM. Se estima en base a las entrevistas a usuari@s que un 70% se vinculará con grupos de apoyo mutuo.
		NA	1.128					
Porcentaje de personas que evalúan positivamente la calidad del componente	(Número de personas usuarias que califican con nota 6 y 7 los componentes proveídos por el programa / Número total de personas ingresadas en el semestre t) x 100	NA	521	Porcentual	Semestral	Calidad	Ascendente	Este cálculo se realiza a partir de una encuesta opcional de satisfacción a usuarios/as de manera semestral, y se calcula el indicador en base al total se vincula en los GAM. El nominador se calcula en base al supuesto de satisfacción utilizado en el programa general (El porcentaje de satisfacción (66%) se estimó en base a la Encuesta aplicada a usuari@s por DIPRES-CJS, donde se estima que ese porcentaje estuvo muy satisfecho o satisfecho con la dotación de personal o programa de tratamiento de
		NA	790					

								drogas en los centros públicos.)
--	--	--	--	--	--	--	--	----------------------------------

Resultados para los Indicadores Complementarios (Autocompleta)

	2021 (Sin Programa)	2022 (Con Programa)	2023 (Con Programa)
Indicador 1: % de vinculación a un GAM		70%	70%
Indicador 2: Indicador de satisfacción con la calidad del GAM		66%	66%

Mencione para cuáles de los indicadores se encuentra centralizada la información y describa los instrumentos utilizados para su recolección y cuantificación. Para aquellos indicadores que no cuenten con información centralizada, defina las acciones planificadas o en ejecución, que se llevarán a cabo para contar con dicha información. (máx. 2.000 caracteres)

Actualmente no se cuenta con un sistema centralizado de información de los GAM, sin embargo, se propone que esta se sistematice a partir del catastro a nivel comunal que realice la Dirección Regional en conjunto con los PER y los SENDA Previene. En este mismo catastro, se debiese generar un nuevo sistema de información donde ir registrando la información necesaria para calcular estos indicadores a partir de los PICA y los PER.

Señale la evidencia que le permitió definir la situación actual y proyectada de los indicadores, detallando la forma en que se determinaron los valores entregados (información histórica o de programas existentes, metas institucionales, etc.). (máx. 2.000 caracteres)

Los supuestos se detallan en cada indicador. Las fuentes utilizadas para ellos son las entrevistas a personas usuarias realizada en el marco de esta asesoría, además del estudio realizado por el Centro de Estudios Justicia y Sociedad y la DIPRES, "Evaluación de resultados de los programas de tratamiento y rehabilitación del Servicio nacional para la prevención y rehabilitación del consumo de drogas y alcohol, SENDA".

Sistemas de Información del Programa

¿El servicio cuenta con sistemas de información que permitan identificar beneficiarios (RUT, RBD, datos de contacto, ubicación geográfica, etc.)? Si su respuesta es afirmativa, descríbalos. De lo contrario, indique de qué manera se almacenará la información de los beneficiarios.

Indique además, si esta información se encuentra digitalizada y centralizada en una base de datos. (máx. 2.000 caracteres)

No

¿El programa reporta información al Registro de Información Social (RIS) del Ministerio de Desarrollo Social y Familia?

Sí / **No** (Lista desplegable)

Si su respuesta es afirmativa, debe ingresar el código de identificación del programa en el RIS. (máx. 200 caracteres)

--

BORRADOR

Gastos

Ley de Presupuestos

En base a la Ley de Presupuestos, identifique la cantidad de programas presupuestarios correspondientes al gasto del programa (min=1 /máx.=17)

Número de Partida Presupuestaria

Reporta
SENDA

Número de Capítulo

Reporta
SENDA

Número de Programa

Reporta
SENDA

Gastos por Componente y Gasto Administrativo

Ítem	Gasto (M\$)	Detalle lo que incluye el gasto para cada uno de los ítems, indicando si son gastos existentes en la institución, o bien, si son gastos adicionales a los actuales. (2.000 caracteres)
Gasto Componente 1	<i>Autocompletar con información del apartado de componentes</i>	Este gasto contempla el diseño, difusión e implementación del programa de formación y certificación. De acuerdo a lo conversado con SENDA, se estima un costo por usuario en base a el Presupuesto destinada a Capacitaciones de la Unidad de Desarrollo de Personas SENDA (2020). Son gastos adicionales. (Ver Anexo VII)
Gasto Componente 2	<i>Autocompletar con información del apartado de componentes</i>	Este gasto contempla la remuneración de cada PER bajo el supuesto de que acompañan a 10 personas en recuperación. Se compone de un sueldo base de \$300.000 más \$50.000 por usuario/a. Son gastos adicionales. (Ver Anexo VII)

Gasto Componente 3	Autocompletar con información del apartado de componentes	Este gasto contempla un presupuesto operacional para la gestión de los GAM. Esto incluye costos de transporte, colación, uso de espacios y otros materiales. Se calcula en base a la organización de un GAM con sus sesiones al mes. Son gastos adicionales. (Ver Anexo VII)
Gastos Administrativos	Campo abierto (numérico)	Este gasto se compone del sueldo de tres profesionales que crean la subdivisión de cuidado continuo del Área de Integración Social. Es un gasto adicional.
Total Gastos (sumatoria)	<i>M \$1.255.625</i>	De acuerdo a lo conversado con SENDA se tiene un calculo según cada componente los cuales se miden en períodos distintos, por lo que no son necesariamente aditivos. Sin embargo, si consideramos anualmente el plan de acompañamiento y la gestión de grupos de apoyo mutuos, más un ciclo de formación dada la necesidad limitada de PER, y le agregamos un año de sueldos de la nueva subdivisión propuesta, nos entrega esa cifra.

Gastos de Inversión

¿El programa requiere iniciativas de inversión para su implementación? **Sí / No** (Lista desplegable)

(Si responde Sí, se despliega el siguiente cuadro)

¿Cuántas iniciativas de inversión requiere el programa? (Máximo 15) **1 – 15** (Lista desplegable de 1 a 15)

(Se desplegará un número de cuadros de acuerdo con el número de iniciativas de inversión declaradas)

Nombre Iniciativa de Inversión	Código Banco Integrado de Proyectos (BIP)	Gasto Iniciativa de Inversión (M\$)	Señale lo que incluye la iniciativa (Max. Caracteres=500)
1			
2			
Gasto Total Iniciativas de Inversión (M\$)		(suma automática)	

Gasto Total del Programa (sumatoria del gasto por componente, gasto administrativo y gasto de inversión) (M\$)	(suma automática)
--	-------------------

Gastos por Subtítulo

Detalle el Gasto Total del Programa Social (componentes, gastos administrativos e iniciativas de inversión) por subtítulo, ítem y denominación, indicando el número de asignación y valor correspondiente.

1						
Partida		Capitulo		Programa		
Subtítulo	Ítem	Denominación			Asignación	Total
21		Gastos en personal				
22		Bienes y servicios de consumo				
23		Prestaciones de seguridad social				
24	1	Transf. al sector privado (1)				
24	1	Transf. al sector privado (2)				
24	1	Transf. al sector privado (3)				
24	1	Transf. al sector privado (4)				
24	1	Transf. al sector privado (5)				
24	2	Al Gobierno Central				
24	3	Transf. a otras entidades públicas				
24	4	Transf. a emp. públicas no financieras				
24	5	Transf. a empresas públicas financieras				
24	6	Transf. a gobiernos extranjeros				
24	7	Transf. a organismos internacionales				
25		Reintegros al fisco				
26		Otros gastos corrientes				
27		Aporte fiscal libre				
28		Aporte fiscal servicio de la deuda				
29		Adq. de activos no financieros				
30		Adq. de activo financiero				
31		Iniciativas de inversión				
32		Préstamos				
33	1	Transf. al sector privado (1)				
33	1	Transf. al sector privado (2)				
33	1	Transf. al sector privado (3)				
33	1	Transf. al sector privado (4)				
33	1	Transf. al sector privado (5)				
33	3	Transf. a otras entidades públicas				
33	4	Transf. a emp. públicas no financieras				
33	5	Transf. a empresas públicas financieras				
33	6	Transf. a gobiernos extranjeros				
33	7	Transf. a organismos internacionales				

34		Servicio de la deuda		
35		Saldo final de caja		
Subtotal por Programa Presupuestario				(suma automática)

Gasto Total del Programa Social (M\$)	(suma automática)
---------------------------------------	-------------------

BORRADOR

ANEXOS

I. Perfil de Cargo de Par Especialista en Recuperación

a) Identificación del Cargo

NOMBRE DEL CARGO	Par Especialista en Recuperación
Ubicación	Unidad Regional SENDA
Jefatura Directa	Depende de Dirección Regional
Áreas(s) bajo supervisión	No
Personal a cargo	No
Maneja presupuesto	No
Remuneración aproximada	\$150.000 mensual por caso Nº máximo de casos: 10

b) Objetivo del Cargo

Acompañar a las personas en su proceso de recuperación tras egresar de un programa de tratamiento de consumo problemático de drogas y/o alcohol, otorgando apoyo para navegar sistemas para construir capital de recuperación, vincular con comunidades locales de recuperación, y abordar obstáculos que inhiben una recuperación exitosa.

c) Funciones

- Elaborar un Plan de Cuidado Continuo Individual utilizando la metodología ABCE.
- Proveer apoyo emocional para el proceso de recuperación compartiendo su experiencia y estrategias de enfrentamiento.
- Ayuda a los/as usuarios/as a identificar barreras o riesgos que pueden perjudicar su proceso de recuperación.
- Ayudar a los/as usuarios/as a identificar recursos personales, sociales y comunitarios que contribuyan positivamente a su proceso de recuperación.
- Ayudar a los/as usuarios/as a identificar intereses personales y fomentar su involucramiento a través de la derivación a SENDA Previene.
- Derivar a los usuarios/as a grupos de ayuda mutua y/o facilitar y promover la germinación de estas agrupaciones, ayudando en la coordinación y ejecución inicial.
- Derivar a servicios complementarios en caso de presentarse una necesidad particular (ej. servicios de salud mental).
- Guiar a los/as usuarios/as en la postulación a beneficios y/o bonos estatales.
- Proveer a los usuarios y usuarias con educación continua respecto salud y bienestar, poniendo énfasis en consumo problemático de sustancias, salud mental, infecciones de transmisión sexual, nutrición, y deporte.
- Registrar el avance de los/as usuarios/as con un informe trimestral y una evaluación final.

d) Modalidad de trabajo

Los pares especialistas en recuperación deben reunirse una vez a la semana de forma presencial con las personas a su cargo. Se recomienda mantener un contacto remoto durante la semana, pero poner límites claros en cuanto a la frecuencia y a los horarios de contactos. El trabajo de los pares especialistas en recuperación es remunerado, y se pagará de forma mensual por caso. De esta forma, y considerando la naturaleza del sistema de recuperación basado en pares, se otorga mayor flexibilidad para mantener otras labores profesionales.

e) Requisitos del Cargo

Estudios/formación	Nivel de formación	Título de Par Especialista en Recuperación certificado por el Área de Integración Social de SENDA.
	Estudios Académicos	No existe preferencia por área académica
	Experiencia en recuperación	Egreso por alta terapéutica de un programa de tratamiento para Población Adulta SENDA y/o dos años de experiencia comprobable en recuperación por trastorno de consumo de alcohol y drogas.
Experiencia deseable	Familiaridad con institucionalidad SENDA y trabajo con poblaciones en situación de vulnerabilidad.	
Competencias deseables	- Empatía - Comunicación interpersonal - Orientación estratégica - Capacidad para articular redes	

II. Recomendación para proceso de difusión de curso de formación “Par Especialista en Recuperación”.

El proceso de difusión de la oferta del curso de certificación para ser un par especialista en recuperación depende en gran medida de un trabajo colaborativo entre distintas entidades, incluyendo el Área de Integración Social, los centros de tratamiento, y las organizaciones pro-recuperación.

En primer lugar, el área de integración social de SENDA debe diseñar una oferta clara, atractiva y accesible, para difundir entre las personas en proceso de recuperación. La oferta debe incluir:

- 1) Descripción sobre la recuperación basada en pares y el rol que cumple el par especialista en recuperación.

- 2) Descripción de los beneficios de ser un Par Especialista en Recuperación;
- 3) Descripción del proceso de formación;
 - a. Descripción y número de sesiones/horas de la capacitación;
 - b. Descripción y número de horas de trabajo de voluntariado en contextos de recuperación.
- 4) Requisitos para postular al proceso de formación y certificación.

El área de integración social y de tratamiento deben difundir el material a los centros de tratamiento y a los SENDA Previene, y así llegar al mayor número de personas en recuperación posible. Los centros de tratamiento deben transmitir esta oferta desde el inicio del tratamiento, para fomentar la participación. Esta información se debe transmitir a través de distintos medios, incluyendo charlas informativas realizada por profesionales, charlas motivacionales realizada por **pares especialistas en recuperación certificados**, y en papel, en la forma de trípticos informativos.

Al mismo tiempo, una vez finalizado el proceso de acompañamiento del programa PER, el PER encargado/a debe abrir la posibilidad de postular al programa de certificación.

III. Proceso de postulación al curso de capacitación y certificación para ser un “par especialista en recuperación”

Las personas que desean postular al proceso de formación y certificación deben presentar una postulación formal a SENDA Previene. Para esto, se requiere la siguiente información¹¹:

- 1) Evidencia respecto a egreso de programa y/o tener dos años de abstinencia tras haber participado en un tratamiento (auto-reportada).
- 2) Carta de recomendación (profesional y/o persona cercana).
- 3) Carta de motivación.
- 4) Consentimiento de participar de forma voluntaria participar de un proceso de seguimiento y monitoreo de la oficina Regional de SENDA que tiene como fin evaluar el estado de salud mental y el proceso de abstinencia de las personas una vez que son certificados como PER

El proceso **no cuenta con tarifas de envío** de la postulación.

IV. Recomendaciones para el curso de formación y certificación

Los pares especialistas en recuperación deben pasar por un proceso de formación y certificación para obtener una licencia para practicar. Como fue mencionado anteriormente, el **servicio que otorga el componente es un curso de formación y un proceso de certificación de Pares Especialistas en Recuperación**. Este servicio es provisto por el Área de Integración Social de SENDA, que está a cargo gestionar un proceso de licitación para la

¹¹ Algunos otros requerimientos de procesos de certificación internacional incluyen: educación secundaria, dos años de experiencia en recuperación (auto-reportada), 200 horas de trabajo directo en un contexto de recuperación de pares (supervisado), y mostrar evidencia de 60 horas en formación y educación orientada a la recuperación en base a pares.

implementación del curso cada 3 años. Ahora bien, el Área de Integración Social es quien está a cargo de **promover y difundir** la oferta del curso (anexo II).

La institución que se adjudique la licitación está a cargo de administrar el proceso de postulación y selección de los participantes, además de implementar el curso, y derivar a los participantes al proceso de certificación. La selección de participantes debe seguir estrictamente los criterios establecidos por SENDA (anexo III). Para poder postular a la licitación, las instituciones que postulen deben tener experiencia trabajando de forma directa con personas con trastorno de consumo de alcohol y/u otras drogas.

Si bien la institución que se adjudique la licitación estará a cargo de la implementación del curso, el curso debe seguir claramente la modalidad, los lineamientos y los contenidos autorizados por el Área de Integración Social. Para garantizar esto, las versiones del curso serán fiscalizadas por el Área de Integración Social.

A continuación, se presenta el diseño del curso de formación recomendado, realizado a partir de una extensa revisión de cursos de Pares Especialistas en Recuperación implementados en otros países¹². Esta propuesta debe ser revisada y aprobada por una mesa de personas expertas, que incluya actores del mundo privado, público y de la academia, además de personas en recuperación. Una vez aprobado el diseño del curso, se debe contratar a un equipo especialista que incluya a un trabajador/a social, pedagogo/a, y un psicólogo/a, para el desarrollo de un manual de capacitación. Este manual debe ser utilizado por la institución que se adjudique la licitación del curso para la implementación de este mismo.

El programa tendrá una duración total de 86 horas, 46 horas dedicadas a un componente teórico, y 40 horas dedicada a un componente práctico.

Componente teórico: El curso de formación debe tener una serie de módulos teóricos obligatorios para instruir a los postulantes a PER en las competencias, habilidades y responsabilidades de un PER. Los contenidos del curso deben abordar las bases teóricas de la recuperación, el perfil y trabajo de un PER, competencias específicas al rol de un PER, y

¹² Para esto se revisaron los siguientes programas de capacitación para Pares Especialistas en Recuperación:

- OnTrackNY Program, Center for Practice Innovations, New York Psychiatric Institute.
- Recovery Coach Manual, McShin Foundation.
- The Certified Vermont Recovery Coach Academy Curriculum, The Vermont Association for Mental Health and Addiction Recovery.

competencias específicas para poder desarrollar el plan de acompañamiento de una persona usuaria.

El rol de un PER se puede calificar en cuatro categorías (Kibble, 2021)¹³:

- Rol emocional: consiste el desarrollo de una relación basada en la confianza y la empatía con los usuarios, donde se asume un rol de mentor, y se inspira positividad y la esperanza.
- Rol informativo: consiste en compartir experiencia personal, y promover el desarrollo de competencias y habilidades para la vida diaria, como la comunicación o las habilidades vocacionales.
- Rol instrumental: consiste en otorgar apoyo práctico, como acceso a beneficios estatales que pueden favorecer el proceso de recuperación.
- Rol de vinculación: consiste en promover la vinculación a activos comunitarios que pueden favorecer el proceso de recuperación, como a clubes deportivos o juntas de vecino.

El curso de formación del PER debe abordar los siguientes contenidos:

Dimensión	Contenidos
Teoría de la recuperación	○ Modelo del paradigma de recuperación; (1 hr) ○ Modelo de capital de recuperación; (1 hr) ○ Introducción al consumo problemático desde una perspectiva biológica y farmacológica; (1 hr)
Perfil y trabajo de un PER	○ Definición un Par Especialista en Recuperación: ¿Qué es y qué <i>no es</i> un Par Especialista en Recuperación?; (1 hr) ○ Clarificación de rol y manejo de límites profesionales; (3 hr) ○ Consideraciones y lineamientos éticos para el trabajo de los PER; (4 hr) ○ Métodos y estrategias de autocuidado para PER. (4 hr)
Rol emocional	○ Técnicas de escucha activa; (1 hr) ○ Métodos y estrategias para apoyar a personas en recuperación experimentando problemas de salud mental; (2 hrs) ○ Técnica de entrevista motivacional adaptada para uso no-clínico en contextos de recuperación de pares para facilitar y apoyar cambios en el comportamiento. (2 hrs) ○ Formas de reacción y respuesta ante recaída. (2 hrs)
Rol Informativo	○ Mecanismos de afrontamiento frente situaciones de riesgo; (1 hr) ○ Desarrollo de habilidades interpersonales y comunicativas en los usuarios; (1 hr)

¹³ Kibble, C. Customizing Recovery Coaching Training.

	○ Educación respecto salud y bienestar, poniendo énfasis en consumo problemático de sustancias, salud mental e infecciones de transmisión sexual. (2 hrs.)
Rol Instrumental	○ Conocimiento sobre el funcionamiento de Inter sector. (4 hrs)
Rol de vinculación	○ Metodología ABCE de vinculación comunitaria asertiva; (3 hrs) ○ Involucramiento de la familia y/o terceros significativos en el proceso de recuperación. (3 hrs)
Otras competencias prácticas	○ Aproximación al desarrollo de un plan de cuidado continuo; (4 hrs) ○ Formas de medir progreso y técnicas de recolección de datos: (2 hrs) ○ Trabajo con minorías y poblaciones vulnerables (jóvenes, personas privadas de libertad, etc.) (4 hrs)

Componente práctico: El curso también debe incorporar un componente práctico, con el fin de desarrollar las habilidades prácticas de los PER y poner en práctico el conocimiento adquirido en la primera parte del curso. El componente práctico será realizado en convenio con instituciones públicas y privadas que trabajen con personas con trastorno de consumo problemático, incluyendo servicios de cuidado primario, hospitales, y centros de tratamiento. El Área de Integración Social estará a cargo de gestionar el convenio con instituciones para que los participantes puedan llevar a cabo el requisito práctico del curso de formación. Ahora bien, la institución que imparte el curso debe facilitar el acceso de los participantes a la práctica.

Proceso de certificación

SENDA debe ofrecer **proceso de certificación** para así establecer mínimos de calidad y monitorear las habilidades de quienes trabajan en este sector. Una vez completado el curso, se puede optar por el proceso de certificación, que consiste en una prueba estandarizada que evalúa los conocimientos adquiridos en el curso de formación de PER. Al aprobar la prueba, los/as usuarios/as se certifican como PER. La licencia de PER se deberá renovar a cada dos años. Esta renovación no tiene costos asociados.

V. Metodología “Asset Based Community Engagement” (ABCE)

El trabajo de los PER consiste un proceso de acompañamiento práctico y emocional a la persona en recuperación. Además de cumplir con la función del acompañamiento, la tarea central de los PER es elaborar en conjunto con las personas en recuperación un Plan de Cuidado Continuo Individualizado. Para esto, se propone seguir la metodología del Compromiso comunitario basado en Activos o bien “Asset Based Community Engagement” (ABCE, de ahora en adelante) desarrollada por Collman y Best (2018). Como lo indica su nombre, esta metodología busca identificar los activos de una comunidad a través de un proceso de mapeo, y vincular a las personas en proceso de recuperación de forma efectiva con estos recursos para apoyar su proceso de recuperación. El involucramiento comunitario

(“community engagement”) se debe entender como el involucramiento en interacciones interpersonales fuera del hogar, incluyendo interacciones sociales, ocio, actividades comunitarias y trabajo. Además, esta aproximación se enfoca en entregar apoyo individualizada a aquellos individuos que no tienen acceso a apoyos sociales y activos comunitarios, promoviendo la inclusión de grupos marginalizados.

En primer lugar, antes de profundizar en esta aproximación metodológica resulta importante definir claramente lo que se entiende por “activos comunitarios”. Para esto, Collman y Best (2018) toman la definición de Kretzmann, conceptualizando los activos como “un ítem de valor; una cualidad, condición o entidad que se constituye como una ventaja, recurso, apoyo o fuente de fortaleza” (p.3). Por otro lado, el proceso de identificación de activos comunitarios - denominado “asset mapping” - consiste en mapear aquellos elementos de valor en la comunidad, entendiendo la comunidad como “la riqueza presente en las personas, las cosas, los servicios y los recursos que existen [dentro de esta misma]” (p.3).

En este sentido, esta aproximación se basa en la construcción comunitaria, y pone hincapié en que las comunidades no deberían ser construidas en base a sus insuficiencias, si no que en base a las capacidades y los activos de las personas y el lugar mismo de la comunidad.

El ámbito de intervención cuenta con 5 etapas basadas en el modelo ABCE de Collman y Best (2018), que fue modificado considerando la realidad del país ¹⁴:

Fase 1. Identificación de niveles de compromiso e involucramiento comunitario a través del mapeo de activos.

En primer lugar, esta etapa contempla un **proceso de acompañamiento individualizado llevado a cabo por el par especialista en recuperación**, donde, con la ayuda de este, el/la usuario/a debe mapear los activos comunitarios con los que se relaciona e involucra en el momento. Esto puede ser una junta de vecinos, un club de manualidades, etc. De esta manera, el par especialista en recuperación puede determinar los niveles actuales de involucramiento comunitario e identificar los intereses del usuario/a en recuperación. En concreto, se debe lograr identificar el nivel de involucramiento en cuatro dominios particulares: Grupos de apoyo/pares; Ocio, deporte y otras actividades creativas; Servicios profesionales y educativos; Empleo y capacitación. Para esto último, se debe recurrir al dispositivo de Chile Integra, OSL. El proceso de mapeo consiste en una instancia de conversación entre la persona en recuperación y el par especialista en recuperación, que debe ser iniciada por este último. Esta metodología se caracteriza por poner a la persona en el centro, y se enfoca en las necesidades e intereses de los individuos. En este sentido, el par especialista en recuperación debe indagar y considera la historia y realidad de cada individuo, y tomar en cuenta cómo está puede afectar su nivel de involucramiento comunitario.

Por otro lado, es fundamental establecer que este proceso de mapeo sigue la metodología del **Social Identity Mapping (SIM)**, un instrumento validado diseñado para dar cuenta de la

¹⁴ El modelo original fue adaptado tomando en consideración la realidad chilena. Originalmente, el modelo contemplaba una etapa de formación de pares especialistas en recuperación en el paradigma de la vinculación asertiva, sin embargo, esto fue desarrollado como un componente aparte.

concepción social de mundo de los/as usuarios. Esta herramienta permite determinar niveles de capital social y así, también identificar a aquellos/as usuarios/as que requieren de mayor apoyo. Además, el proceso de mapeo también permite identificar el nivel de capital comunitario de los usuarios, asumiendo que, a mayor número de activos comunitarios identificados, existe una mayor conexión y/o apego con la comunidad.

Por otro lado, esta etapa contempla **un proceso de mapeo de los activos comunitarios locales liderado por la Dirección Regional de SENDA**. Es importante considerar que muchas personas tienen un conocimiento limitado de recursos comunitarios. De esta manera, los/as usuarias también podrán recurrir a un mapeo territorial de recursos y activos comunitarios, y así ampliar su rango de posibilidad. Para el desarrollo de este mapeo, los encargados de inclusión social deben realizar un trabajo colaborativo del Inter sector, incluyendo SENDA, el Ministerio de Desarrollo Social y la Familia, el Ministerio de Salud y las Municipalidades. Este trabajo colaborativo permitirá generar un catastro de recursos y activos comprensivo que se puede ajustar a los intereses de los usuarios.

Fase 2. Exploración de los activos comunitarios (asequibilidad, accesibilidad, nivel de conexión y redes sociales)

Una vez que la primera fase sea finalizada, y continuando el proceso de acompañamiento individualizado, **el par especialista en recuperación** junto a la persona en recuperación debe explorar las fortalezas y las limitaciones de los activos comunitarios mapeados. Para esto, se debe evaluar según cuatro categorías: Asequibilidad; Accesibilidad (ubicación y conexión con transporte); Nivel de conexión; Tipo de red.

Para evaluar los activos, el manual de ABCE recomienda seguir la metodología del semáforo. A modo de ejemplo, se presenta un ejemplo inspirado en el manual:

Organización	Accesibilidad	Asequibilidad	Nivel de conexión	Tipo de red
	Rutas de transporte, distancia caminando, etc.	Nivel de costo y posibles costos y externalidades	Nivel de conocimiento y familiaridad con el grupo	No-consumidores; Consumidores sociales; consumidores activos; consumidores en recuperación
Club de Bingo La Florida				Usuarios en recuperación

Fuente: Elaboración propia a partir de metodología propuesta en el Manual ABCE (Universidad de Sheffield, 2018)

Las distintas categorías se evalúan según un ranking de color: rojo (inaccesible, inasequible, bajo nivel de conexión), amarillo (medianamente accesible, asequible y nivel medio de conexión) y verde (muy accesible, muy asequible, nivel alto de conexión). A través de este proceso, la persona en recuperación podrá realizar una reflexión respecto a su nivel de conexión e interés con determinados recursos comunitarios, identificando las fortalezas y los beneficios de cada recurso.

Fase 3. Identificación de los intereses personales de los individuos

Tras identificar el nivel de involucramiento comunitario de la persona, esta etapa tiene como objetivo que las personas se involucren efectivamente en actividades significativas de acuerdo con los intereses de cada individuo. Para esto, es importante establecer un vínculo positivo entre el par especialista en recuperación y el/la usuario/a, para así representar una fuente de

motivación y apoyo para la vinculación efectiva con actividades comunitarias. Las personas pueden haber dejado de lado o perdido intereses durante el período de consumo problemático, por lo que es importante que los pares especialistas en recuperación guíen a las personas en este proceso de reconocimiento, partiendo de la base que todas las personas tienen pasiones, talentos, y habilidades.

Fase 4. Identificación de barreras para el involucramiento comunitario

En la siguiente etapa, los pares especialistas en recuperación deberán continuar con el proceso de acompañamiento individualizado y lograr identificar las barreras para el involucramiento comunitario en las actividades significativas de interés para los/as usuarios/as. Las barreras pueden presentarse a nivel micro, meso o macro, y las más comunes incluyen: salud y/o situación de discapacidad, la pérdida de contacto con conexiones sociales, la ausencia de una comunidad de apoyo, falta de acceso a transporte, ausencia de oportunidades, adversidad económica, ausencia de confianza/auto-estima. Además, resulta importante notar que las poblaciones en situación de marginalización muchas veces enfrentan una multitud de estigmas que acentúan estas barreras.

Para explorar las barreras a la vinculación comunitaria se propone que el par especialista en recuperación realice el siguiente ejercicio en el manual ABCE:

¿Cuáles son las barreras que te impiden asistir a la actividad _____? Marca con un x todos los círculos correspondientes	
☐ No conozco lo suficiente respecto a la actividad/grupo ☐ Es muy costoso ☐ Puedo ser juzgado por asistir ☐ Responsabilidades familiares ☐ Responsabilidades labores	☐ No quiero ir por mi cuenta ☐ Tengo problemas para llegar ☐ No tengo suficiente tiempo ☐ Mi religión no me lo permite ☐ No tengo la confianza ☐ No es apropiada para mi edad
☐ Otra razón. ¿Cuál? _____	
Fuente: Elaboración propia a partir de metodología propuesta en el Manual ABCE (Universidad de Sheffield, 2018)	

Una vez que las barreras son identificadas, los **pares especialistas en recuperación** deben guiar a los/as usuarios/as para ayudarlos a superar estas barreras y motivar su participación comunitaria. Ahora bien, y como se esboza en la siguiente fase, no es la tarea del par especialista en recuperación realizar la vinculación efectiva con los activos comunitarios, para esto, se debe recurrir a los encargados de inclusión social de SENDA previene. El rol de los pares especialistas en recuperación se limitará a apoyar y motivar a las personas en recuperación a involucrarse en actividades significativas.

Fase 5. Vinculación asertiva e involucramiento comunitario

La última etapa consiste en el proceso de vinculación asertiva del beneficiario con los recursos y activos comunitarios seleccionados por las personas en recuperación. El proceso de vinculación asertiva implica un trabajo activo de vinculación con recursos comunitarios y seguimiento para garantizar y fomentar el compromiso e involucramiento de las personas a largo plazo. Para esto, es necesario que cumplir con las siguientes tareas:

1. Mantener contacto y construir vínculos con los distintos recursos y activos, para facilitar el proceso de vinculación.
2. Generar un proceso de vinculación asertiva entre las personas en recuperación y los recursos de su interés.
3. Realizar seguimiento mensual al proceso de involucramiento de las personas en recuperación con los recursos comunitarios.
4. Verificar y garantizar que los activos comunitarios que promueve el organismo sean espacios seguros que posibiliten un buen proceso de recuperación.

VI. Código de Ética para Pares Especialistas en Recuperación

El Código de Ética para Pares Especialistas en Recuperación delimita los valores y principios del trabajo de recuperación basado en pares. El código sirve como una guía para enfatizar las responsabilidades y estándares éticos del Área de Integración Social de SENDA.

Los PER tienen la responsabilidad de apoyar y guiar a las personas en su proceso de recuperación, al promover la auto-determinación y la auto-eficacia. Para esto, los PER deberán seguir todos los estándares de conducta y comportarse de una manera que contribuya positivamente en propio proceso de recuperación. Los PER deben abogar por las personas a quienes acompañan, y velar por sus intereses y bienestar integral. LOS PER no van a ejercer servicios que se escapen de los límites del perfil profesional ¹⁵establecido por el Área de Integración Social de SENDA. Deben estar conscientes de los límites de su formación y recurrir y colaborar con otros profesionales para garantizar el bienestar de las personas a su cargo. En este sentido, los PER siempre conservaran un relación objetiva y ética con las personas usuarias, reconociendo el carácter asimétrico de la relación. Los PER no podrán trabajar fuera de la dependencia de SENDA.

A. Consentimiento a proceso de seguimiento y autoevaluación

Como PER, yo declaro:

- Estar de acuerdo con someterme a una sesión de supervisión documentada dos veces al mes, al ser citado por una persona acreditada para la supervisión de PER por la Dirección Regional de SENDA. Comprendo que una transgresión a lo estipulado en el código de ética puede resultar en una suspensión efectiva de forma inmediata.
- Estar de acuerdo con realizar un auto-reporte semanal para evaluar estado de salud mental.
- Comprender que la supervisión de los PER es realizada por una persona acreditada por la Dirección Regional de SENDA.

¹⁵ El presente código se basa en el [Código de Ética para PER establecido por La Asociación para el Comportamiento de Profesionales de la Salud del Estado de Indiana, Estados Unidos.](#)

B. Conducta Profesional del PER

Como PER, me comprometo a:

- Modelar mi conducta al Código de Ética de PER del Área de Integración Social de SENDA.
- Garantizar que el consumo de sustancias y/o compartimientos de riesgo no afecten o limiten mi habilidad para ejercer mi rol de mentor y modelo a seguir. En caso de que mis acciones y/o decisiones no reflejen los principios de bienestar y estilo de vida saludable de un PER, voy a reportar dicha situación a mi supervisor.
- Reconocer asuntos, condiciones y patrones de comportamientos personales que pueden afectar mi labor como PER y auto reportar cualquier comportamiento poco ético a mi supervisor.
- Reconocer los límites de la labor del PER y colaborar activa y respetuosamente con profesionales que pueden apoyar a las personas usuarias frente a situaciones que se escapan del *expertise* de los PER.
- Garantizar la privacidad y confidencialidad de las personas usuarias, conforme a la Ley de Protección de Datos Personales de Chile (Ley N° 19.628).
- Declarar cualquier infracción a la ley. Comprendo que cualquier acusación de ofensa criminal es un motivo de desvinculación inmediata.

C. Relación Persona usuaria/PER

Como PER, me comprometo a:

- Explicar de forma clara mi rol y mis responsabilidades a las personas en recuperación a quienes acompaño. Establecer claramente los límites de la relación personal.
- Respetar si una persona usuaria decide abandonar el programa luego de seguir el procedimiento de deserción.
- No participar de actividades sexuales o relaciones personales con las personas usuarias que acompaño, o con integrantes de la familia nuclear de la persona.

Si en cualquier momento no me siento capacitado o no puedo cumplir con estos requisitos, inmediatamente voy a dejar de ejercer como PER y recurrir a asistencia profesional.

Declaro haber leído y comprendido los estándares del Código de Ética para Pares Especialistas de Recuperación del Área de Chile Integra de SENDA. Es mi responsabilidad como PER estar al tanto de modificaciones a este documento.

Nombre: _____

Firma: _____ Fecha: _____

VII. Planilla de gasto estimado por componente

Gasto anual "Programa de Recuperación Basado en Pares"

Población beneficiaria total: 1.128 personas

Formación y certificación

Criterio: Cálculo para certificar a 113 PER (número necesario para acompañar a población beneficiaria 10 por PER). Además, considera el costo del manual de formación en base a la compilación de los resultados de las mesas de personas expetas.

Gasto por participante	\$225.000 trimestral
Inversión inicial diseño de manual	M \$20.000
Gasto programa	M \$25.425 por ciclo de formación
Primer gasto total	M \$45.425 por ciclo de formación

Plan de acompañamiento basado en pares

Criterio: Cálculo para contratar a 113 PER. Se calcula considerando que cada PER acompaña a 10 personas y se dedica jornada completa. El sueldo se compone de \$300.000 de base + \$50.000 por persona acompañada.

Gasto por PER	\$800.000 mensuales
Gasto programa	M \$1.084.800 anuales

Gestión de Grupos de Apoyo Mutuo

Criterio: Cálculo para financiar el apoyo operativo de 75 grupos de ayuda disponibles entre las cinco regiones operativas con distribución territorial proporcional (considerando 15 personas de la población beneficiaria por grupo)

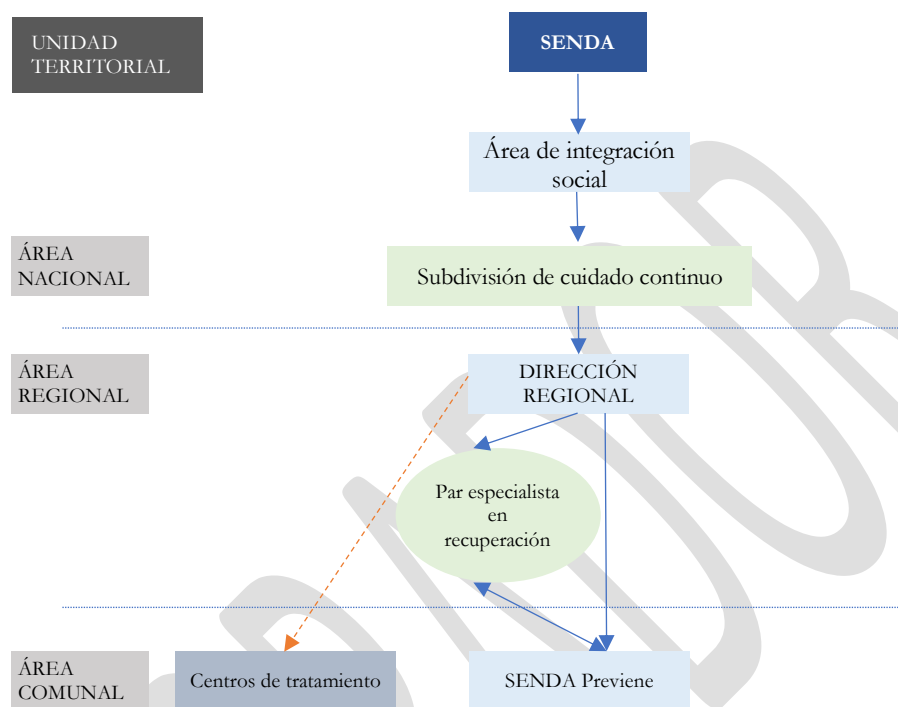
Gasto por Grupo de Ayuda Mutua	\$50.000 mensual
Gasto programa	M \$45.000 anuales

Administración del área coordinadora del programa

Criterio: Cálculo considerando un equipo de tres personas que conformen una subdivisión de cuidado continuo a cargo del Área de Integración Social para coordinar el programa.

Jefatura	\$3.000.000 mensuales
Profesional de apoyo 1	\$2.200.000 mensuales
Profesional de apoyo 2	\$1.500.000 mensuales
Gasto administrativo total anual	M \$80.400
Gasto total del programa en un año de ejecución	M \$1.255.625

VIII. Mapa de actorías



IX. Propuesta de implementación

1. El primer paso para implementar el Programa de Recuperación Basado en Pares radica en la creación de una Subdivisión de Cuidado Continuo del actual Área de Integración Social. Como es detallado a lo largo de esta propuesta, esa área debe contemplar la contratación de tres personas: una jefatura y dos profesionales de apoyo, quienes estarán a cargo de la coordinación de los distintos componentes con las diversas actorías involucradas y trámites administrativos del programa.
2. Un segundo paso relevante a nivel organizacional, es que existan reuniones intersectoriales de la nueva división con las demás actorías que estarán involucradas en los distintos niveles de unidad territorial, es decir, Direcciones Regionales, Centros de Tratamientos, SENDA Previene a nivel de comunas. Estas reuniones deben tener como objetivo la transversalización de la perspectiva de recuperación y del sentido de este nuevo programa como base de los servicios de post tratamiento.
3. Para comenzar desarrollando los componentes, el primer objetivo de la Subdivisión de Cuidado Continuo debe ser la planificación del Componente de Formación y Certificación de Pares Especialistas en Recuperación (PER), para poder certificar a una primera generación de PER de modo de comenzar la implementación del componente relacionado con el Plan de Acompañamiento. Para esto, es fundamental:
 - a. La organización de mesas de personas expertas donde definir los contenidos del curso de formación en profundidad, además de sistematizar en base a ellas los manuales de formación y gestionar su producción.
 - b. Gestionar administrativamente los preparativos para realizar una primera licitación para que instituciones de formación se adjudiquen el proceso de formación por los primeros años de implementación y llevarla a cabo.
 - c. Generar un plan de difusión y campaña comunicacional, tanto a nivel interno dentro de quienes trabajan actualmente en SENDA e instituciones relacionadas, como a nivel externo para personas que han tenido consumo problemático de sustancias y ya se encuentran en proceso de recuperación (que cumplan con los distintos criterios establecidos en las secciones específicas de este componente).
4. Paralelamente, es importante que quienes trabajan en esta subdivisión comiencen el catastro de grupos de ayuda mutua ya existente en los territorios donde trabajan (cinco regiones donde se encuentran trabajando actualmente). Esta información debería sistematizarse y ser construida en coordinación con SENDA Previene y los Centros de Tratamiento que pueden tener conocimiento más actualizado de la existencia de estos grupos.
5. En línea con lo anterior, es importante que se genere material explicativo del programa y fundamentos de su existencia, además de material específico sobre cada uno de sus componentes (protocolos de derivación desde Centros de Tratamiento, orgánica del programa en relación con la orgánica preexistente, etc.). Asimismo, es necesario coordinar un trabajo intersectorial para generar Orientaciones Técnicas de este y sus dispositivos, para que puedan ser entregadas a las distintas actorías involucradas y generar sesiones de capacitación acerca de los diversos protocolos que se requieren para su aplicación.

6. Es fundamental estructurar jornadas de capacitación para las diversas actorías que estarán involucradas en la orgánica del programa y sus componentes en base al material anterior, estableciendo planes de monitoreo y contingencia frente a su funcionamiento.
7. Una vez que egrese la primera generación de PER, es crucial que se generen jornadas de trabajo intersectoriales locales y a nivel regional, para generar mecanismos y protocolos de coordinación y comunicación expeditos entre las distintas actorías involucradas y sistemas de monitoreo y retroalimentación del trabajo que se hace.

BORRADOR