

Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil “PASMI” Paradigmas y Desafíos

**Tesis realizada por los autores para optar al grado de
Máster en Gobierno y Gestión Pública.**

Autores:

Consuelo Isabel Alejandra Soto Sánchez

Natalia Alejandra Pino Villablanca

José Adán Sebastián Pino Villablanca

Víctor Enrique Maldonado Cárdenas

**Abril, 2024
Madrid, España**

DEDICATORIA

Queremos como grupo ante todo expresar nuestro agradecimiento profundo a Dios, por habernos entregado la fuerza, la sabiduría, la paciencia necesaria para llevar a cabo este proyecto. Su guía y presencia constante han sido pilares fundamentales en nuestro camino.

Queremos agradecer a nuestras familias, pilar fundamental en nuestras vidas, su apoyo constante y aliento en cada paso que hemos dado, nos sirvió para finalizar el presente trabajo. Esta tesis es un reflejo de su esfuerzo y dedicación, y la dedico a ustedes con todo mi corazón.

Queremos dedicar nuestro trabajo a nosotros mismos, que pudimos sortear dificultades que a lo largo de este trabajo de investigación, de reflexión y de enseñanza, se nos presentó.

Juntos enfrentamos los desafíos, celebramos los logros y nos brindamos aliento en los momentos difíciles. Su paciencia, experiencia y conocimientos fueron el motor que impulsó a dar lo mejor de sí en cada etapa de este proyecto

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos al Centro Estratégicos y de Negocios por habernos proporcionado oportunidad de realizar nuestra tesis y por proporcionarnos los recursos y herramientas necesarias para llevar a cabo nuestra investigación.

Agradecemos a nuestros profesores por sus enseñanzas y por habernos transmitido su pasión por el Servicio Público y la Administración Pública. Sus clases fueron siempre fuentes de inspiración, debate y motivación como grupo de trabajo.

Agradezco de forma especial y profundamente su invaluable guía, paciencia y apoyo constante durante el desarrollo de esta tesis, al Director del Centro de Estudios Estratégicos y de Negocios don Héctor Almonacid Carrasco. Sus comentarios y sugerencias fueron fundamentales para mejorar la calidad de nuestro trabajo.

Tabla de contenido

DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTOS.....	iii
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO 1. ANTECEDENTES PRELIMINARES DEL PROGRAMA.....	2
Resumen Ejecutivo	2
Presentación del tema	3
Justificación de la importancia del tema.....	4
Política Nacional de Salud Mental para la Niñez y Adolescencia.....	6
Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil (PASMI).....	8
Objetivos de la Tesis	10
Objetivos Generales	10
Objetivos Específicos	10
Preguntas de Investigación	10
Hipótesis del trabajo propuesto.....	11
Hipótesis	11
Apreciaciones Preliminares	11
CAPÍTULO 2. INSTITUCIÓN GUBERNAMENTAL ESTABLECIDA.....	15
El PASMI, es un programa innovador, como política pública.	15
Política de gobierno en salud mental de infancia.	17
Composición y conformación del programa.....	18
Organización Programa a Nivel Institución en Chile	18
Perfil intersectorial.....	18
Ejecución y cartera de prestaciones	19
Organización de las derivaciones e interacción con otros programas	23
Conformación legal en la jurisprudencia chilena.	24
Nuevas Iniciativas Periodo 2019-2025	25
CAPÍTULO 3, FINANCIAMIENTO Y PRESUPUESTO DE LA POLÍTICA PASMI	28
CAPÍTULO 4: LA POLÍTICA PÚBLICA CHILENA DE LA SALUD MENTAL EN NIÑOS; EVALUACIÓN.....	35

CAPÍTULO 5: COMUNICACIÓN PÚBLICA Y GESTIÓN DE CRISIS.....	42
Antecedentes Generales	42
Subsistema Chile Crece Contigo	42
Presupuesto	45
Salud Mental en la Niñez.....	46
Identificación y justificación del problema	58
CAPÍTULO 6: EVALUACIÓN DEL PROGRAMA PASMI	78
Evaluación Financiera.....	79
Evaluación de Cobertura.....	80
Evaluación de Procedimiento	80
CONCLUSIONES.....	93
BIBLIOGRAFÍA.....	95

Índice de Tablas

1. Cartera de prestaciones asociadas al PASMI.	20
2. Resumen total de prestaciones PASMI	22
3. Total de prestaciones PASMI más Programa de Salud Mental y Acomp.	23
4. Evolución presupuestaria del programa, por año	30

Índice de Imágenes

1. Ejes acuerdo nacional por la infancia	27
2. Ciclo de Evaluación del Programa PASMI	79

INTRODUCCIÓN.

Este proyecto surge ante el conocimiento entre organizaciones civiles y de personas naturales de la falta de apoyo Estatal hacia la población infantil que vive con problemas y trastornos mentales en el país, de los cuales sus familiares no tienen los medios para acceder de manera temprana a una detección, diagnóstico, tratamiento y/o terapias frente a las psicopatologías que los aquejan. Este documento comprende siete secciones, siendo la primera, aquella que introduce los antecedentes más relevantes para comprender el trabajo realizado, entre ellos se encuentran una caracterización general de las actividades y programas que ejecuta el Subsistema Chile Crece Contigo y cómo estas se acoplan en el Sistema de Protección Social del país. También, se introduce en qué consiste la salud mental y, cómo está se puede evidenciar en la población infantil desde temprana edad, cual es la situación del país, y el espacio que ocupa en la población la discapacidad mental. Finalmente, se introduce una condición que pueden perdurar durante toda la vida de las personas como es el caso de los Trastornos del Espectro Autista. Luego de introducir los antecedentes, se continúa con la descripción del proyecto, identificando el problema que se busca abordar, la justificación que este tiene y la descripción del trabajo que se llevará a cabo junto con sus objetivos y alcances. Las secciones que le siguen son la Metodología utilizada para desarrollar el trabajo y el Marco Conceptual en el que se basa, dónde se abordan dos conceptos, Rediseño de procesos y la Gestión de la Salud Pública. Tras la descripción del marco conceptual, se prosigue con los resultados del trabajo que incluye el diagnóstico de la protección brindada en salud mental a la población infantil, el levantamiento de información, el análisis de la información levantada, el rediseño de procesos en el componente de salud del Subsistema Chile Crece Contigo para la atención de condiciones de salud mental en la población infantil y la estimación de recursos para la incorporación de la propuesta de rediseño de procesos en el Subsistema Chile Crece Contigo. El trabajo finaliza con las conclusiones y recomendaciones a partir de la propuesta generada en este proyecto

CAPÍTULO 1. ANTECEDENTES PRELIMINARES DEL PROGRAMA

Resumen Ejecutivo

En el presente trabajo descriptivo se analizará cómo se ha implementado el Programa PASMI (Programa de Acompañamiento y Acceso Efectivo a las Prestaciones Médicas Integrales) que pertenece a la política pública de desarrollo social estatal, llamada “Chile Crece Contigo”.

Debemos enmarcar los conceptos para entender la presente investigación, uno de los más relevantes, es la definición de la “salud mental, que se puede definir como; “un estado de bienestar en el que un individuo se da cuenta de sus propias capacidades y puede hacer frente a las tensiones normales de la vida, trabajar productivamente y hacer una contribución a su comunidad¹” (WHO, 2004, p. 11). Para comprender cómo debería funcionar la promoción de la salud mental, es importante tener en cuenta el modelo socio ecológico de Bronfenbrenner (1979), que postula que la salud mental y el bienestar psicosocial de un niño, niña, dependen de una serie de factores anidados dentro de su entorno social más amplio.

En el último tiempo, y a pesar de que se ha reconocido la relevancia de salud mental, se ha evidenciado una escasez de estudios de la salud mental de niños, niñas y adolescentes. Además de no saber quiénes están en mayor riesgo y qué funciona para fomentar la salud mental en todos los contextos y culturas (Idele et al., 2022).

Con respecto a nuestra propuesta, es evidenciar cómo se ha implementado a lo largo del país, desde el enfoque de participación ciudadana, creación de la institucionalidad, inversión estatal en salud mental reflejado en presupuesto de la nación y el análisis del impacto en la ciudadanía de dicha política.

Presentación del tema

Como profesionales de diversas áreas de la administración pública, nos interesa describir y entregar a la luz pública la implementación de este programa de Chile Crece contigo. Es relevante dejar en manifiesto la real importancia que tiene el Estado en la prevención de enfermedades mentales en nuestros niños, niñas y adolescentes. Daremos a conocer como este programa de salud mental ha impactado en la ciudadanía. Enfocaremos nuestra investigación en los siguientes factores como: participación ciudadana, presupuesto asignado, entre otros.

Haremos una descripción de cómo el Estado de Chile, ha implementado, trabajado y respetado los derechos de los niños, niñas y adolescentes. De acuerdo y precisando el artículo número doce de la Convención sobre los Derechos del Niño reconoce que los menores de 18 años “son individuos con derecho en pleno desarrollo físico, mental y social, y con derecho a expresar libremente sus opiniones”. Estableciendo, además, que los Estados firmantes, les garantizarán el derecho de expresar su opinión libremente y que los tendrán en cuenta en todos los asuntos que los afectan.

El mandato, firmado y ratificado por Chile en 1990, obliga al Estado y a sus ciudadanos a que actuemos como país poniendo como centro fundamental a los niños, niñas y adolescentes como sujetos de derechos. Lo anterior, especialmente al considerar distintas situaciones de invisibilización infanto juvenil, tanto en los diagnósticos como en las propuestas de solución que se dan a las problemáticas que enfrentan: los más pobres entre los pobres (CASEN 2017), baja participación electoral (SERVEL 2017), víctimas de violencia (Subprevdel, 2017), crisis del SENAME (2006 a la fecha).

En octubre de 2006, el Gobierno de Chile anunció la creación del subsistema Chile Crece Contigo (ChCC), el cual inició su implementación en el año 2007. Es parte del Sistema Intersectorial de Protección Social, y posee un carácter universal, con enfoque de derechos.

Chile Crece Contigo es el Sistema de Protección Integral a la Infancia, es un programa gubernamental, en el cual, los niños y niñas quedan integrados al sistema, cuando sus madres realizan el primer control de embarazo en el sistema público de salud. Ahí se inicia

acompañamiento personalizado a la trayectoria de desarrollo, que llega hasta su ingreso al sistema escolar.

Este programa y con la intención del grupo de trabajo, será analizado desde la perspectiva de: participación ciudadana, colaboración, rendimiento de cuentas y/o rendición de fondos públicos e impacto en las distintas políticas públicas y los datos documentados respecto a estas materias.

Justificación de la importancia del tema.

Los pilares del Gobierno Abierto son la transparencia, la participación, la colaboración, y la rendición de cuentas, en este contexto hemos decidido analizar un programa de salud nacional transversal, y desglosarlo desde la participación. colaboración, transparencia y análisis de cumplimiento desde las distintas rendiciones de cuentas públicas. Solo en términos referenciales, en la actualidad los programas sociales que administra y ejecuta el ministerio de desarrollo social y familia son los siguientes:

- Niñez | 0 a 18 años
- Vida Sana y Obesidad
- Control de Salud de Niño y Niña Sano en Establecimientos Educativos
- Servicios Médicos
- Programa de Salud Bucal
- Escuelas Saludables para el Aprendizaje
- Habilidades para la Vida
- Aulas de Bienestar
- Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil
- Educación Financiera para Niños y Niñas
- Oficina Local de la Niñez (OLN)
- Censo de niños, niñas y adolescentes en situación de calle 2018
- Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial - PADBP (Programa EJE o puerta de entrada al Subsistema)
- Programa de Apoyo al Recién Nacido (Ajuar)
- Programa Educativo

- Fono Infancia
- Fondo de Intervenciones de Apoyo al Desarrollo Infantil
- Programa de Fortalecimiento Municipal
- Fondo Concursable de Iniciativas para la Infancia
- Programa de Apoyo al Aprendizaje Integral
- Centro para Hijos/as de Cuidadores Principales Temporeras

Más específicamente, existen distintos tipos de trastornos psicológicos o psiquiátricos que pueden presentar niños y niñas durante su infancia o adolescencia, alguno de ellos, se introducen a continuación (Centro de Atención Especializado al niño y adolescente, 2018).

- A. Trastornos de conducta
- B. Trastornos de Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDAH)
- C. Trastornos Generalizados del Desarrollo y/o Trastornos del Espectro Autista
- D. Trastornos del Habla y/o Lenguaje E. Trastornos de Ansiedad
- F. Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT)
- G. Trastornos Afectivos y/o del estado de ánimo
- H. Trastornos Reactivos de la Vinculación
- I. Trastornos de Aprendizaje
- J. Trastornos del sueño

Según distintos estudios, dados los distintos trastornos que puede poseer la población infantil, las intervenciones que se les brinden durante su desarrollo son relevantes y justificadas gracias al efecto positivo tener para su desarrollo integral. En el caso de las intervenciones para prevenir los problemas de salud mental, estas están dirigidas tanto a contrarrestar los factores de riesgo como en reforzar los factores protectores a lo largo de la vida de los niños, y potencialmente, modificar los procesos que contribuyen a una condición mental.

A raíz de los trastornos descritos anteriormente, se hace imprescindible manifestar que la salud mental en niños, niñas y adolescentes, es un tema de suma importancia en la actualidad debido a su impacto significativo en el bienestar a largo plazo de los individuos y en la sociedad en su conjunto. Los niños, niñas, y adolescentes son especialmente vulnerables a

problemas de salud mental, ya que están en una etapa crucial de desarrollo físico, emocional y social.

Ignorar o subestimar la salud mental en esta población puede tener consecuencias graves, como el deterioro de la calidad de vida, el bajo rendimiento académico, la adicción a sustancias, la delincuencia juvenil y el aumento de las tasas de suicidio en la adolescencia.

A raíz de lo anterior, se han transformado en fenómenos sociales y problemáticas de salud constante en nuestro país que ha experimentado en los últimos años. Por ejemplo, de acuerdo al análisis, que consultó a “personas jóvenes que no estudian y no están ocupadas” (de entre 15 y 24 años) a septiembre de 2021 representan el 13,7% de la población en ese tramo de edad.

De 2,65 millones de personas en el rango etario mencionado, “363 mil personas pertenecen a esta categoría”, detalló el INE. Como forma de contraste, el INE revisó los datos de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica (CASEN) 2020, donde se evidenció que existe consistencia entre estos datos con dicha fuente de información. Por lo tanto, es relevante, visualizar la problemática de la salud mental, para tomar medidas estatales en pos de prevenir las enfermedades mentales y observar, describir y documentar el impacto esperado en la comunidad.

Política Nacional de Salud Mental para la Niñez y Adolescencia

Este programa fue redactado el año 2023, en el marco División Prevención y Control de Enfermedades División de Políticas Públicas Saludables y Promoción Subsecretaría de Salud Pública. que fundamenta en sus páginas.

Todos los niños, niñas y adolescentes, que habitan en el territorio nacional deben poder ejercer plenamente sus derechos humanos fundamentales, plasmados en la Convención de los Derechos del Niño y en la Ley 21.430 sobre Garantías y Protección Integral de los Derechos de la Niñez y Adolescencia, siendo uno de los principales, alcanzar un alto nivel de bienestar y desarrollo de sus habilidades y potencialidades.

Esta Ley mandata el desafío de dar una respuesta integrada entre las políticas, instituciones y normas destinadas a respetar, promover y proteger el desarrollo físico, mental, espiritual, moral, cultural y social de los niños, niñas y adolescentes, hasta el máximo de los recursos

de los que pueda disponer el Estado. Esta responsabilidad se debe ejercer mancomunadamente entre el Estado y sus instituciones, la sociedad civil y garantes claves en la vida de niños, niñas y adolescentes, como lo son sus familias, establecimientos educacionales y comunidades.

En este marco la Política Nacional de Salud Mental para la Niñez y Adolescencia, busca marcar la ruta a seguir para respetar, promover, proteger y garantizar especialmente el derecho a la salud mental de la población infantil y adolescente que nace o crece en Chile, de manera sinérgica y complementaria con la Política Nacional de Niñez y Adolescencia y su Plan de Acción incluyendo de manera prioritaria el desarrollo de acciones de promoción del bienestar, de prevención de factores de riesgo y fomento de factores protectores para la salud mental, junto con el desarrollo de intervenciones tempranas y eficaces para abordar problemas o trastornos mentales, de acuerdo con las necesidades y preferencias particulares de cada niño, niña, adolescente y su familia.

Se ha evidenciado que mientras más tempranamente se inician los problemas emocionales y de comportamiento, aumenta el riesgo de que éstos impactan desfavorablemente en el desarrollo; de la misma forma, gran parte de los problemas o trastornos mentales que sufre la población adulta tienen su inicio en la niñez, generando a lo largo de la vida afectaciones al desarrollo emocional, intelectual y social, junto con incidir en la dinámica familiar.

De esta manera, un abordaje temprano, anticipatorio y protector de la salud mental trae consigo beneficios para el desarrollo del niño, niña, adolescente y su familia, tanto a corto como a mediano y largo plazo. Adicionalmente, las intervenciones tempranas de eficacia demostrada reducen los costos para los sistemas de salud y las comunidades.

De acuerdo con un estudio realizado en Chile sobre prevalencia de trastornos mentales en la niñez y adolescencia realizado el año 2012, entre los 4 y 18 años la prevalencia general es de 22,5%, siendo mayor en mujeres (25,8%) que en hombres (19,3%). Luego, específicamente, entre los 4 a 11 años se observó una prevalencia de 27,8% y de 16,5% en el grupo etario de 12 a 18 años.

De acuerdo con el estudio "Cuidemos a nuestros niños", que buscaba conocer el efecto de la Pandemia y las Medidas de Confinamiento sobre la Salud Mental en Población Infantil de Chile, realizado en niños, niñas y adolescentes de 0 a 11 años.

Se obtuvo que un 20,4% de los participantes en este grupo etario reportaron síntomas físicos, 22,8%, síntomas relacionados con el estado del ánimo, 49,8%, conductas disruptivas, 39,2%, sintomatología ansiosa, 38%, síntomas asociados a la baja tolerancia a la frustración, 52,5%, problemas de sueño y 70,8%, síntomas asociados a dificultades atencionales e hiperactividad. La niñez y adolescencia son etapas claves del desarrollo, por lo cual es relevante fomentar, su potencial a lo largo de toda su trayectoria de vida, orientando planes, programas y estrategias hacia el fortalecimiento de las habilidades psicosociales individuales y colectivas.

En este marco, la presente Política busca generar las condiciones político-institucionales, socio sanitarias, culturales, de contextos de vida y relaciones vinculares significativas, entre otras, que resultan necesarias para que los niños, niñas y adolescentes puedan alcanzar y mantener un óptimo desarrollo socioemocional y bienestar, de acuerdo con los marcos regulatorios vigentes, a nivel nacional e internacional, que definen las prioridades para la población infantil y adolescente en materia de salud integral y bienestar.

Finalmente, con el objetivo de que la población infantil y adolescente acceda oportunamente a servicios en salud mental de calidad, cercanos a su territorio, se establece el componente “Respuesta de la red pública de salud”, basada en el “Modelo de Atención Integral de Salud Familiar Comunitaria” y el “Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental”.

Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil (PASMI)

PASMI opera actualmente en 90 comunas del país y tiene por objeto brindar diagnóstico y tratamiento a familias, cuyas niñas y niños tengan entre 5 y 9 años, y que presenten problemas o trastornos en materia de salud mental, tales como trastornos de ansiedad, ánimo, comportamiento; entre otros.

En la cuenta pública 2022, el actual presidente de la república se comprometió a avanzar en equidad territorial de acceso al programa y en intervención precoz durante la primera infancia. ampliar cobertura a niños de 3 y 4 años, lo cual aún no se ha implementado.

La Subsecretaria (s) de la Niñez por su parte, fue enfática en mencionar que “los índices actuales en salud mental infantil de nuestro país requieren criterio de urgencia, en cuanto a recuperación de atenciones y de gestión intersectorial del programa. Es una prioridad del Gobierno y política de Estado. Y como lo señala la Ley Integral de Garantías, el Estado debe proveer de manera progresiva la oferta necesaria para el real ejercicio de derechos de salud mental en niñas, niños y adolescentes”.

Pueden acceder a este programa los niños y niñas entre 5 y 9 años beneficiarios FONASA, inscritos en el centro de salud y que pertenecen a las 82 comunas seleccionadas por el programa.

Los ciudadanos en la actualidad para acceder al programa, tienen a su disposición tienen dos vías de ingreso que son las siguientes:

A través de las acciones de detección y derivación que se realizan en escuelas mediante estos programas:

- Programa Habilidades para la vida (HPV).
- Programa Control de salud Infantil en Establecimiento Educacional.

Ante la sospecha de problemas o trastornos de salud mental de parte de:

- Profesionales de la red de salud pública.
- Establecimientos educacionales sin tamizaje de HPV o Salud escolar (la derivación se realizará a través de la familia adjuntando los antecedentes relevantes para su evaluación).
- Familia del niño o niña: En este caso la familia debe acercarse a su centro de salud y solicitar un control de salud para que le deriven a PASMI.

En estas instancias, en revisiones bibliográficas, a decir verdad, es que hay escasa información respecto al tema en un marco general, la que se incrementa de forma más evidentemente al buscar registros de manera comunal, a través de esto, se ha detectado falencias en este ámbito en términos de la actualidad y se manifiesta como desafío, para los próximos años, lo cual se pudiera enfocar como mejoras para tiempos venideros.

Objetivos de la Tesis

Objetivos Generales

- Presentar un análisis cualitativo descriptivo sobre la efectividad del programa de salud mental PASMI en Chile.
- Analizar Cobertura y Participación ciudadana del programa PASMI, actualidad, desafíos y plan de mejora.

Objetivos Específicos

- Conocer la red de atención primaria de salud, donde funciona PASMI.
- Cuantificar el número de beneficiarios que integran el programa, por comunas.
- Implementación de estrategias de comunicación para acceso al PASMI
- Reconocer organizaciones y grupos comunitarios que participan en la implementación de esta política.
- Identificar limitaciones de la implementación del programa.
- Identificar los posibles desafíos del programa.
- Proponer y recomendar acciones para su mejora en su implementación.

Preguntas de Investigación

A lo largo del presente trabajo, consideramos establecer ciertas preguntas que, a través del análisis propuesto, intentaremos responder, y que son las siguientes:

- ¿Se está invirtiendo de “buena forma” en el programa PASMI?
- Los sistemas de control de gestión son suficientes para evaluar su efectividad en la ciudad desde el enfoque de los recursos económicos per cápita
- La implementación del programa, ¿Están los recursos humanos, profesionales especializados para ejecutar la implementación?
- ¿Existen políticas de transparencia, en participación en el programa PASMI?
- ¿Qué instancias públicas, existen para verificar la participación de ciudadanos en este programa?
- ¿La difusión de este programa es de conocimiento masivo y de fácil acceso comunitario?

- ¿Principales desafíos detectados, durante el análisis de implementación y ejecución del programa?
- ¿Existen desafíos detectados en la participación ciudadana y en la transparencia?
- ¿Es posible implementar acciones de mejoras que contribuyan a robustecer el programa?

Hipótesis del trabajo propuesto

Niveles de participación ciudadana en el programa, muestra una tendencia a que no es requerido o no es utilizado por las personas en la actualidad, por lo tanto, desde la promoción, difusión y participación ciudadana, por lo tanto, se sugiere que se deberían crear nuevos mecanismos para la ciudadanía participe del programa.

Hipótesis

En la última década, el Estado ha hecho distintos esfuerzos por avanzar en la materia, como la conformación en 2006 del Consejo Asesor para las Políticas de Infancia, que dio paso a la creación de Chile Crece Contigo, y, en 2014, la instauración del Consejo Nacional de la Infancia, organismo asesor de la Presidenta de la República, operativo hasta hoy.

Sin embargo, se trata todavía de una institucionalidad que no logra articularse en forma adecuada; **carece de una mirada integral de los niños y sus familias como sujetos de derecho**; no ha sido efectiva en la tarea de prevención de las vulneraciones, lo que podría ser crucial para reducir la cantidad de niños institucionalizados

Apreciaciones Preliminares

El ámbito en el cual se enmarca este trabajo, más específicamente en la atención de la salud mental infantil en el Sistema de Salud Público del país. El problema que se identifica es que niñas y niños con condiciones de salud mental en este sistema, se encuentran vulnerables y desprotegidos al no existir acceso universal a detecciones tempranas, diagnósticos, tratamientos y terapias, dadas las distintas psicopatologías que puede poseer.

Dicho problema se puede justificar por distintas aristas, por una parte, se ha demostrado que aquellos niños y niñas que poseen trastornos mentales, y no reciben el apoyo necesario de manera precoz luego, en el futuro tienen menos probabilidades de integrarse efectivamente a la sociedad.

El Subsistema Chile Crece Contigo, en adelante ChCC, está enfocado en brindar atenciones integrales a la población infantil para que, sin importar su situación socioeconómica, logren desarrollar todas sus capacidades. ChCC cuenta con programas que pertenecen a las áreas social, educación y de salud, los cuales son gestionados por el Ministerio de Desarrollo Social, pero son ejecutados por distintas instituciones a nivel nacional. Este es el caso del Ministerio de Salud, quién se encarga de ejecutar tres programas de ChCC, el Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial (PADBP), el Programa de Apoyo al Recién Nacido (PARN) y el Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil (PASMI).

Siendo este apoyo, una detección, diagnóstico y plan de intervención, ya sean por medio de un tratamiento o terapias, según las características que tenga el niño o niña. Asimismo, existe un constante miedo, angustia e impotencia entre las familias que no poseen los medios para acceder a la ayuda que requieren sus hijos e hijas como, por ejemplo, controles médicos, atenciones con especialistas, terapias y tratamientos o medicamentos.

Luego, las familias al percatarse que no podrán acceder a la ayuda que requieren en el sistema público de salud, en el caso de poseer recursos, el sistema privado terminará siendo su única opción para acudir y recibir el acompañamiento que requieren sus hijos o hijas, sin embargo, en el caso de no poseer recursos, las familias no tendrán posibilidad para ayudar a sus seres queridos.

Sin embargo, hay varias restricciones en este programa, en primer lugar, está destinado a solo niños y niñas entre 5 y 9 años, en segundo lugar, cubre solo estos tres tipos de trastornos, siendo que hay otros como el TEA que se pueden detectar desde temprana edad en los niños y, en tercer lugar, el programa actualmente solo se encuentra en 90 de las 346 comunas de país.

Por último, otra arista que justifica el problema identificado es la cobertura que tiene el Programa de Salud Mental Integral (PASMI) de la atención primaria, el cual fue diseñado para cubrir solo el 17% de la población entre 5 a 9 años que demanda por tratamientos y/o terapias dadas sus psicopatologías, lo que por supuesto, no da abasto debido al incremento en los últimos años de las condiciones de salud mental en la población en general. No obstante, se identifica un gran potencial en el Subsistema Chile Crece Contigo para que este pueda incluir un nuevo enfoque entre sus prestaciones, un enfoque destinado a apoyar niños

y niñas con condiciones de salud mental, sin importar cuales estas sean, y dónde se vea beneficiada toda población infantil entre 0 y 9 años que asiste al Sistema Público de Salud.

En consecuencia, así como se espera que el programa se extienda a más comunas, este podría expandirse a más condiciones de salud mental con el fin de brindar la atención que verdaderamente requiere la población infantil con condiciones de salud mental.

Para concluir esta primera etapa del análisis hemos podido dilucidar que en primera instancia, en octubre de 2006, el Gobierno de Chile anunció la creación del subsistema Chile Crece Contigo (ChCC), el cual inició su implementación en el año 2007, el cual presenta numerosas acciones desde el primer control prenatal a la infancia, posteriormente se fomenta PASMI, el cual solo da cobertura a un grupo etario y no hay evidencia publicada acerca del impacto del programa, ni datos por regiones o comunales de su implementación, participantes y gastos.

Durante el año 2007 se implementó el Sistema de Protección Integral a la Infancia, denominado Chile Crece Contigo, en la búsqueda, por parte del Estado de cumplir con los compromisos suscritos el año 1990 en la Convención de los Derechos del Niño, siendo este Sistema el encargado de acompañar, proteger y apoyar integralmente a la población infantil y sus familias a través de acciones y servicios de carácter universal, así como apoyos focalizados especiales a aquellos que presentan en mayores vulnerabilidades (Chile Crece Contigo, 2018). El Subsistema Chile Crece Contigo se institucionalizó en el año 2009, a partir de la Ley 20.379, dónde a su vez se creó el Sistema Intersectorial de 3 Protección Social (Ley N° 20379, 2009).

En término económicos-presupuestarios, durante el año 2019 a través de ley de presupuesto de la nación, el Estado invirtió M\$2.119.544, lo que permitió la incorporación de 16 comunas nuevas, implementando en los 29 Servicios de Salud del País y en un total de 40 comunas. Según los datos del Departamento de Estadísticas de Información en Salud (DEIS), durante agosto de 2019 en las comunas con PASMI, la población bajo control de salud mental fue de 21.372 niños y niñas de 5 a 9 años con trastorno de salud mental.

En el año 2020 el presupuesto del programa fue de M\$3.262.198, lo que permitió incorporar 38 comunas nuevas, implementando en un total de 78 comunas a nivel país. Según registros

del DEIS, a diciembre de 2020, la población bajo control de salud mental fue de 26.032 niños y niñas con trastorno de salud mental. Datos que demuestran el impacto de la pandemia en las atenciones presenciales del sector salud que no estaban directamente asociadas con Covid-19. Actualmente sabemos que está activo en 90 comunas, pero, aunque fue anunciado el año 2022, aún no da cobertura a niños entre 3 y 4 años de edad.

Las variables antes descritas, nos reafirma la importancia, necesidad y/o obligación del Estado de llevar por comunas acerca de la ejecución, participación, presupuesto etc., acerca del programa y exista evidencia del impacto en la realización de las acciones terapéuticas de las mismas.

De igual modo, se coincide que la falta de información específica respecto a la materia, permite desarrollar planes de mejora y sugerencias, que factibiliza el acceso y relevancia que tiene este programa en torno a la salud mental infantil y a futuros adultos que serán fundamentales en el desarrollo de país.

CAPÍTULO 2. INSTITUCIÓN GUBERNAMENTAL ESTABLECIDA

Este programa, es ejecutado por el Ministerio de Salud (Minsal), específicamente a través de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, por lo tanto, es dependiente de las formas, y organigrama determinado por el Ministerio de Salud. Al estar inmerso, en uno de los ministerios con 100% cobertura en el país, con “*tratativas internas tensas*” en todo momento con los gremios, se transforma en un programa relevante, pero a su vez en su ejecución es lenta y burócrata, lo cual revisaremos y analizaremos a continuación.

El PASMI, es un programa innovador, como política pública.

En su esfuerzo el Estado de Chile para prevenir enfermedades mentales en nuestros niños, creó el presente programa como una forma innovadora en la función pública, por supuesto que sí, lo interesante del programa es que nunca antes en nuestro país se había tomado en consideración, la prevención de la salud mental como política pública por parte del estado chileno. Además, de poner el “foco” en la salud mental de nuestros niños, la metodología intergubernamental, establece que el ESTADO en su conjunto trabaje por un objetivo común, lo cual, lo hace más eficiente.

La humanidad genera tantas culturas como grupos sociales existen, cada uno con su propia historia, lógica y significación, convirtiendo a los seres humanos en sujetos portadores de cultura: seres que comparten universos simbólicos que son constantemente socializados a través de procesos educativos. (Tirzo & Hernández, 2010, p. 13).

Lo interesante de la definición anterior es el Rol de la política pública en una democracia, en un país, en un Estado, el componente del multiculturalismo en cada acción que ejecute los gobierno, es de turno es relevante, ya que su objetivo es buscar el bien común, sin embargo, sin el componente del multiculturalismo, difícilmente, una política pública pueda tener el impacto esperado.

No es la única definición que se puede ajustar en el caso de estudio, ya que en materias del multiculturalismo debemos recordar como definición, como expresión del pluralismo cultural, que promueve la no discriminación por razones de prácticas sociales, la celebración y reconocimiento de la diferencia cultural, así como el acceso a ella” (González-Ulloa, 2008, p. 25).

Por tanto, la visión del ser humano es de igualdad. Por lo tanto, por parte del Estado, se manifiesta en acción concreta al establecer que la política estatal de salud mental, es necesaria para lograr la igualdad de desarrollo de los ciudadanos en el país.

Sin embargo, la comunicación de una política pública siempre resulta dificultosa debido a diversos factores, geográficos, “idiosincrasia de los territorios”, diferentes idiomas que existen en el territorio nacional y el factor que dirime de una buena o mala política pública, es transformar el tecnicismo en lenguaje entendible para que los ciudadanos puedan ser parte de tal política pública. Según los expertos, “**Quien no comunica, no gobierna**”, aseguró en el comienzo de su presentación Hernando Rojas, académico de la Facultad de Periodismo y Comunicación masiva de la Universidad de Wisconsin y destacado consultor internacional.

En este recorrido, la atención en salud mental infantil ha estado presente en la Atención Primaria de Salud desde hace muchos años, sin embargo, la cobertura de tratamiento en esta área ha sido insuficiente. Por este motivo, se implementó en el año 2016 en la APS el Programa piloto de acompañamiento a niños, niñas, adolescentes y jóvenes de familias con alto riesgo psicosocial. Su principal objetivo es contribuir a elevar el nivel de salud mental de la población en el territorio nacional, asegurando su acceso, oportunidad y calidad de la atención en salud mental, a través del acompañamiento centrado en la vinculación, articulación, seguimiento y monitoreo. Lo anterior, se basa en que la función pública por parte del estado es consistente y coherente en el tiempo para dar cobertura a una problemática de la sociedad que se prolonga por varias generaciones.

La función pública del estado chileno, en el presente programa que estamos describiendo incorpora nuevas funciones en la gestión y atención de las personas con alto riesgo psicosocial en la APS, principalmente en el monitoreo intensivo, detección de casos de alto riesgo para disminuir las brechas de acceso y la prevención indicada.

Por otro lado, desde los IAAPS (Índice de Actividad de la Atención Primaria de Salud) se demuestra el interés del sector por dar respuesta a la necesidad sanitaria en este grupo, con la creación del indicador: Cobertura de Atención Integral de trastornos mentales en personas de 5 y más años.

Situándonos en las diferentes teorías administrativas y pese a que el discurso administrativo parece, para algunos, situarse ya en la ciencia, como sugiere Bunge (1986), en una racionalidad teórica, al lado de la mecánica clásica– ubicación dada en particular por los que se consideran de la corriente positivista (Schlich, 1932), entre otros, Taylor, Barnard, Simón, realmente podemos situar al discurso administrativo en una racionalidad práctica, cerca de la ingeniería social, de la ética, de la política, de la economía política, de las teorías de la acción como la de Simmel, Berger, Luckman, Mead, Weber, Parson, Habermas, Apel.

Política de gobierno en salud mental de infancia.

Al inicio del segundo gobierno del presidente Sebastián Piñera, en el año 2018, se decide diseñar un Plan de Acción para el Plan Nacional de Salud Mental, el cual incorpora las líneas propuestas en el plan 2017-2025 e integra además las líneas programáticas propuestas para el periodo de gobierno 2018-2022.

En particular, la implementación de los compromisos adoptados en el Acuerdo Nacional por la Infancia, las iniciativas para la prevención del consumo de alcohol y drogas y la puesta en marcha de los nuevos problemas de salud GES relacionados con las demencias.

A estas medidas del Plan se agregan otras, tales como la incorporación de la telemedicina en salud mental, la elaboración de un plan nacional y planes regionales de acción en materias de alcohol, tabaco y drogas, la elaboración de un programa de continuidad de cuidados y la gestión centralizada de camas psiquiátricas, la salud mental en niños, niñas y adolescentes del SENAME, entre otras iniciativas.

En resumen, el presente Plan de Acción tiene como finalidad fortalecer la implementación y gestión del Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025, así como la propuesta de gobierno 2018-2022 para salud mental, otorgando una ruta consensuada, con estrategias, acciones e indicadores definidos, que facilitan el seguimiento de las acciones en salud mental y su financiamiento. La propuesta no solo recoge los principales desafíos del sector de salud sino también incorpora un enfoque de “salud mental en todas las políticas”, considerando los profundos cambios que en los últimos años se han producido en la forma de comprender la salud mental y los diversos factores asociados al bienestar psicosocial de las personas.

Composición y conformación del programa

Organización Programa a Nivel Institución en Chile

Perfil intersectorial

El PASMI está inserto en el subsistema Chile Crece Contigo, de modo que se encuentra radicado en el Ministerio de Desarrollo Social y Familia y, por lo mismo, posee una fuerte perspectiva intersectorial. Con esto último se pretende un abordaje integral de los problemas de salud mental de niños y niñas entre 5 y 9 años, junto a sus familias, en tanto contexto más inmediato. En consecuencia, este acento intersectorial se traduce en una coordinación entre:

- Ministerio de Salud:

División de atención primaria (DIVAP)

División de prevención y control de enfermedades (DIPRECE)

División de gestión de redes asistenciales (DIGERA)

División de políticas públicas saludables (DIPOL)

Programa de Salud de la Infancia,

Departamento de Salud Mental y Unidad Chile Crece Contigo

- Servicios de Salud y red de establecimientos de atención primaria de salud.

- Ministerio de Desarrollo Social:

Chile Crece Contigo.

- Ministerio de Educación:

Unidad de Transversalidad Educativa y Subsecretaría de Educación Parvularia

Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB) en su Departamento de Salud del Estudiante Programa Habilidades para la Vida

Ejecución y cartera de prestaciones

En relación con sus directrices de ejecución, el PASMI es, principalmente, un programa de prevención, de modo que su funcionamiento se orienta hacia la detección de casos de riesgo y su intervención, buscando asimismo interrelacionar „promoción“ con „prevención“. La primera persigue “(...) promover la salud mental positiva aumentando el bienestar psicológico, la capacidad y la fortaleza emocional, creando condiciones y entornos favorables a la vida de los niños(as) y sus familias en sus territorios” mientras que, por otro lado, la prevención de trastornos mentales busca “(...) la reducción de factores de riesgo, de síntomas y en última instancia, la reducción de los trastornos mentales”

Por lo tanto, el PASMI incorpora acciones tanto promocionales como preventivas, así como de tratamiento en salud mental. Esto es bajo el supuesto de que “(...) cuando la promoción de la salud mental tiene el objeto de mejorar la salud mental positiva en la comunidad, también podrá tener el resultado secundario de disminuir la incidencia de los trastornos mentales”. Respecto de la oferta que proporciona el PASMI, esta busca situarse “(...) en todos los espacios donde el niño y la niña se desarrollan” Así, la siguiente Tabla N°1 a continuación condensa las prestaciones, clasificándolas entre aquellas focalizadas directamente en la población objetivo más directa (niños y niñas entre 5 y 9 años) y aquellas dirigidas a los entornos de esta población central para el PASMI. En las columnas de la tabla, se diferencia entre aquellas enfocadas a la promoción versus aquellas dirigidas a la prevención y tratamiento.

Cabe señalar que la siguiente tabla corresponde al total de prestaciones exclusivas del PASMI o con las que el PASMI interactúa (principalmente HpV).

Tabla N°1: Cartera de prestaciones asociadas al PASMI, según ámbito y tipo de intervención.

<i>Ámbito de intervención</i>	<i>Promoción</i>	<i>Prevención y Tratamiento</i>
Principal población objetivo (niños y niñas entre 5 y 9 años)	<p>Programa Educativo Masivo.</p> <ul style="list-style-type: none"> Al cual se puede acceder mediante www.crececontigo.cl, Facebook, Twitter y programa radial. <p>Este se compone de:</p> <ul style="list-style-type: none"> Material de contenidos específicos para niños y niñas de 5, 6, 7, 8, y 9 años. Línea descriptiva del desarrollo integral y específica del desarrollo socio emocional. Material de promoción de la salud mental y bienestar socio emocional. Material de apoyo para la sensibilización y desestigmatización de problemas de salud mental. <p>Difusión de la oferta municipal recreativa.</p> <ul style="list-style-type: none"> Las comunas tienen una oferta de programas recreativos y de apoyo a las familias, esta oferta debe ser conocida y difundida a las familias y sus niños. 	<p>APS, atención de derivaciones de control de salud, salud escolar, JUNAEB y consulta espontánea</p> <ul style="list-style-type: none"> Consultas en salud mental realizada por médico. Consultas en salud mental realizadas por psicólogo, trabajador social u otro profesional capacitado. Consultoría en salud mental infantil (psiquiatra, psicólogo, asistente social). <p>Taller preventivo HPV JUNAEB.</p> <ul style="list-style-type: none"> 10 sesiones en 2° Básico a niños(as) con perfil de riesgo psicosocial (detección a través de instrumento TOCA-RR-CL, por sus siglas en inglés, que significa: Observación docente de la adaptación a la sala de clases – Revisado-versión chilena)

Continuación Tabla N°1: Cartera de prestaciones del PASMI, según ámbito y tipo de intervención.

Nivel de intervención	Promoción	Prevención y Tratamiento
Entorno familiar (progenitores y cuidadores)	<p>Promoción de competencias parentales.</p> <ul style="list-style-type: none"> 'Nadie es perfecto': Taller grupal de 4 sesiones para padres, madres y cuidadores de niños y niñas con problemas de conducta (Intervención selectiva). Realizada por facilitador entrenado, en grupos cerrados y con metodología de educación de adultos. <p>Programa Educativo Masivo.</p> <ul style="list-style-type: none"> Al cual se puede acceder mediante www.crececontigo.cl, Facebook, Twitter y programa radial. <p>Material de contenidos específicos para padres, madres y cuidadores de niños de 5 a 9 años sobre: problemas frecuentes, (Intervención universal):</p> <ul style="list-style-type: none"> Línea descriptiva del desarrollo integral y específica del desarrollo socio emocional. Material de promoción de la salud mental y bienestar socio emocional Material de apoyo para la sensibilización y desestigmatización de problemas de salud mental. <p>Visualización de la oferta de Chile Crece Contigo</p>	<p>Intervención familiar para niños y niñas con Trastorno de salud mental.</p> <p>Visita domiciliaria en salud mental infantil.</p>
Entorno escolar (docentes, educadores, técnicos y cuidadores en escuelas y jardines)	<p>Taller de Promoción de desarrollo infantil saludable para padres y educadoras Nivel de Transición 1 y 2: HpV-JUNAEB.</p> <ul style="list-style-type: none"> Planes trienales de Promoción de la Salud: Oferta disponible en cada comuna para la práctica de actividad física y alimentación saludable, en la escuela. (depende de la comuna) <p>Autocuidado profesores y Equipos de Gestión (HpV- JUNAEB).</p> <p>Acompañamiento a profesores para el trabajo en clima de aula (HpV-JUNAEB)</p>	<p>Detección temprana de niños y niñas con riesgo psicosocial y sintomatología de salud mental.</p> <ul style="list-style-type: none"> HpV JUNAEB: TOCA RR CL (Profesores) y PSC³ CL (Padres) Control de salud escolar: PSC <p>Derivación efectiva a confirmación diagnóstica a Salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> HpV JUNAEB (Niños(as) Índices especiales críticos y casos emergentes) <p>Asesoría a profesores.</p> <ul style="list-style-type: none"> Manejo de niños y niñas con problemas de salud mental en el aula.
Entorno territorial (a nivel comunal)	<p>Oferta programática de la comuna: Servicios sociales dirigidos a las familias más vulnerables.</p> <ul style="list-style-type: none"> Oferta de uso de tiempo libre: Actividades deportivas, recreativas, culturales, artísticas, musicales, scout, entre otras. Diferente en cada comuna. Planes trienales de Promoción de la Salud: Oferta disponible en cada comuna para la práctica de actividad física y alimentación saludable, en el barrio (depende de la comuna). 	

Elaborado en base a MINSAL & ChCC (2017: 34-37).

³ Pediatric Symptom Checklist

En resumen, el PASMI en particular condensa 20 potenciales prestaciones a las que pueden acceder la población objetivo-directa y su entorno (véase Tabla N°2). Sin embargo, las prestaciones PASMI vienen a reforzar otros dos programas de salud mental de la APS, a saber: „Programa de Salud Mental Integral“ y „Programa de Acompañamiento a niños y niñas con alto riesgo psicosocial“. De esta forma, lo que se busca es reforzar:

(...) las prestaciones de los otros programas sumando sus prestaciones a la de los otros y obteniendo así una oferta de mayor calidad para niños y niñas de 5 a 9 años, dado que aumenta el número de sesiones, incluye taller grupal para adultos y se complementan con la activación de la red comunal característica del Subsistema Chile Crece Contigo.

Tabla N°2. Resumen total de prestaciones PASMI

<i>Prestación</i>	<i>Cantidad</i>	<i>Rendimiento (minutos)</i>
Evaluación diagnóstica integral del médico	1	45
Evaluación diagnóstica integral del psicólogo	1	45
Consulta salud mental realizada por médico	1	20
Consulta salud mental realizada por psicólogo	8	45
Consulta salud mental realizada por trabajador social u otro prof.	1	30
Consulta salud mental grupal (Talleres)	4	90
Visita domiciliaria integral / ámbito escolar	1	90
Consultoría en salud mental infantil	3	20

Elaborado en base a MINSAL & ChCC (2017: 37).

En la Tabla N°3, en página siguiente, se puede apreciar la totalidad de las prestaciones de programas de salud mental de la APS dirigidas a este grupo poblacional y su entorno.

Tabla N°3. Total de prestaciones PASMI más Programa de Salud Mental y Programa de Acompañamiento

<i>Programa de Salud Mental</i>	<i>Programa de Acompañamiento a niños y niñas con alto riesgo psicosocial</i>	<i>PASMI</i>
<ul style="list-style-type: none"> • 5 a 6 consultas de salud mental realizada 1 por Médico, y el resto por Psicólogo, Asistente Social. • Medicamentos. • 2 sesiones intervención grupal con padres. • Taller con profesores (Prevención) • Consultorías psiquiátricas 	<ul style="list-style-type: none"> • 4 a 5 Visitas Domiciliarias Integrales. • Seguimiento telefónico y mensajería • Evaluación integral ingreso/egreso • Reuniones de coordinación intersectorial por cada caso ingresado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Incorpora la evaluación diagnóstica integral por médico, psicólogo y/o trabajador social. • Reforzamiento con 9 consultas de salud mental adicional realizada por Psicólogo y Asistente Social. • 1 consultas de salud mental realizada por Médico, todas con énfasis en el trabajo con la familia. • 4 sesiones Taller grupal de competencias parentales para padres, madres y cuidadores de niños y niñas con problemas de conducta (Nadie es Perfecto Convivencia). • 1 Visita a establecimiento educacional.

Elaborado en base a MINSAL & ChCC (2017: 38).

Organización de las derivaciones e interacción con otros programas

Existe también un Sistema de registro derivación y monitoreo (SRDM) bien establecido cuando un usuario del PASMI accede a las prestaciones. Para ello, se requiere del llenado de una ficha clínica electrónica.

Se espera que este sistema avance hacia el registro sintético de las atenciones, de modo de hacer más eficiente las derivaciones y coordinaciones intersectoriales. Así, dentro de las variables de registro propuestas están las siguientes:

- “Niño o niña derivado desde HPV – JUNAEB con screening⁴ positivo (Índices especiales) que reciben confirmación diagnóstica.
- Niño o niña derivado desde control de salud escolar u otro que reciban evaluación diagnóstica.
- Niño o niña (y sus familias) que presenten problemas y/o trastornos mentales específicos que reciben atención en salud mental.
- Niño o niña derivado hacia especialidad de la red de salud mental en casos de comorbilidad y/o de mayor complejidad.
- Padre, madre o cuidador que asiste a taller de fomento de competencias parentales Nadie es Perfecto para niños y niñas de 5 a 9 años que presentan problemas de conducta.

· Niño o niña que recibió respuesta del intersector por alerta en vulnerabilidad social (beneficios sociales, subsidios, ayudas técnicas, etc.)” A su vez, existen 4 tipos de ingreso al PASMI, que son:

Derivación desde el Programa de Habilidades para la Vida (JUNAEB).

Derivación desde el Programa de Salud Escolar.

Derivación desde otro profesional de salud o red comunal: Por ejemplo; Programa Vida Sana, Sembrando Sonrisas, Promoción de Salud, entre otros.

Por demanda espontánea

Conformación legal en la jurisprudencia chilena.

“Ley 20379 crea el sistema intersectorial de protección social e institucionaliza el subsistema de protección integral a la infancia "Chile crece contigo"

Promulgación: 01-SEP-2009

Publicación: 12-SEP-2009

Versión: Última Versión - 15-MAR-2022

Materias: Sistema Intersectorial de Protección Social, Subsistema de Protección Integral de la Infancia, Chile Crece Contigo, Ley no. 20.379

Crea el sistema intersectorial de protección social e institucional, el subsistema de protección integral a la infancia “Chile Crece Contigo”.

Sistema Intersectorial en un modelo de gestión pública constituido por las acciones y prestaciones sociales ejecutadas y coordinadas por distintos organismos del Estado, para ayudar a la población más vulnerable del país, mientras el Subsistema “Chile Crece Contigo” acompaña el proceso de desarrollo de los niños.

El Sistema estará compuesto por distintos subsistemas y el Ministerio de Planificación tendrá a su cargo la administración, coordinación, supervisión y evaluación de su implementación. Estará constituido por los siguientes subsistemas:

1.- "Chile Solidario", regulado por la ley N° 19.949.

2.-Protección Integral a la Infancia - "Chile Crece Contigo".

3.- Aquéllos que sean incorporados de conformidad con esta normativa

Cada subsistema acompaña, apoya y hace seguimiento al grupo de personas al que se dirige. Así, por ejemplo, “Chile Solidario” apunta a la trayectoria de familias y personas para superar la condición de extrema pobreza o vulnerabilidad, mientras que “Chile Crece Contigo” apunta al desarrollo de los niños, desde la gestación hasta su ingreso al sistema escolar en pre kinder.

El proyecto establece nombra cuatro instrumentos de gestión y garantiza ciertas prestaciones del programa “Chile Crece Contigo”:

- 1.-Acceso a ayudas técnicas para niños y niñas que presenten alguna discapacidad.
- 2.-Acceso gratuito a sala cuna o modalidades equivalentes.
- 3.-Acceso gratuito a jardín infantil de jornada extendida o modalidades equivalentes.
- 4.-Acceso gratuito a jardín infantil de jornada parcial o modalidades equivalentes para los niños y niñas cuyos madre, padre o guardadores no trabajan fuera del hogar.
- 5.- Acceso garantizado al “Chile Solidario” a las familias de niños y niñas en gestación que formen parte de las familias a que se refiere el artículo 1° de la ley N° 19.949.

Nuevas Iniciativas Periodo 2019-2025

La realidad epidemiológica de la salud mental en Chile plantea la necesidad de poner énfasis en la promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación, continuidad de cuidados e inclusión social de las personas que presentan enfermedades mentales, integrando enfoques transversales basados en los determinantes sociales en salud, curso de vida, equidad en salud y derechos humanos.

Estudios recientes han demostrado que la carga de enfermedad asociada a problemas de salud mental ha sido usualmente subestimada, lo que se ha traducido en una baja prioridad y asignación de recursos destinados a un problema de gran magnitud en relación con el impacto en la calidad y la expectativa de vida (Vigo et al., 2016; OPS, 2018).

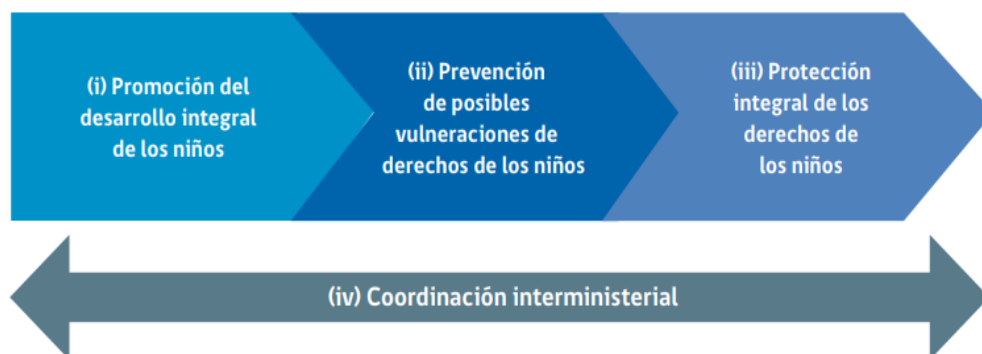
Otros estudios nacionales, muestran que la presencia de enfermedades mentales en la población genera una alta carga en la sociedad, principalmente debido a los costos asociados a la discapacidad, deterioro en las condiciones de salud de los cuidadores, muerte prematura y los costos económicos derivados de las mismas (Benavides et al., 2013; Slachevsky et al., 2013; Rossson et al., 2013; Chacón & Rojas, 2016; Hojman et al., 2017). El Plan de Acción de Salud Mental tiene como propósito operacionalizar las líneas de acción y objetivos estratégicos del Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025 y los nuevos desafíos propuestos en el presente gobierno, para dar así una respuesta integral a las necesidades de las personas y poblaciones.

A continuación, se presentan las principales iniciativas que han sido priorizadas en materias de salud mental.

Acuerdo Nacional por la Infancia Con el objetivo de promover el desarrollo integral y bienestar de todos los niños, niñas y adolescentes que habitan en nuestro país, el 30 de mayo del año 2018 se firmó el Acuerdo Nacional por la Infancia, el cual está constituido por 94 medidas, distribuidas en tres ejes de acciones principales:

1. Protección universal: Promover el desarrollo integral de todos los niños, niñas y adolescentes, potenciando sus factores protectores.
2. Protección a niños, niñas y adolescentes en riesgo de vulneración de derechos: Promover el máximo desarrollo de sus capacidades, previniendo que cualquiera de ellos se quede atrás, a través de mecanismos de alerta y acciones oportunas de reacción y mitigación que permitan actuar antes de que se produzcan vulneraciones graves.
3. Protección y restitución de derechos a niños, niñas y adolescentes que han sido vulnerados.

Ejes acuerdo nacional por la infancia



Dentro de las 94 medidas contenidas en el Acuerdo, existen diez que se relacionan directamente con el quehacer del sector salud y, por consiguiente, requieren de un activo rol del Ministerio de Salud en su cumplimiento. Estos compromisos se consideraron en el plan de acción con iniciativas, mediante estrategias de implementación progresivas y medibles, durante el presente periodo de gobierno y su continuidad.

CAPÍTULO 3, FINANCIAMIENTO Y PRESUPUESTO DE LA POLÍTICA PASMI

Debemos situarnos sobre cómo se estructura el ESTADO de Chile y su presupuesto, manifestada en su Ley de Presupuesto. Ley de Presupuestos puede ser calificada “como la norma jurídica más relevante dictada por el Congreso anualmente, pues es la que autoriza al Estado a percibir y gastar los recursos financieros necesarios para la ejecución de las políticas públicas y la operación normal de la administración central, regional y local del país.

Debemos entender como “presupuesto” como la expresión de un plan en números. En el ámbito de la administración del Estado, el presupuesto público consiste en una estimación de los ingresos proyectados para un año calendario y de los gastos autorizados para ejecutar esos fondos a través de proyectos sociales, programas sociales y compromisos del ESTADO adoptados con la ciudadanía para obtener el objetivo, de lograr el bien común para todos los ciudadanos.

Desde el punto de vista económico, el presupuesto constituye la materialización de la política fiscal del gobierno, y su equilibrio, superávit o déficit representa un factor relevante en el contexto macroeconómico del país, afectando directa o indirectamente las decisiones de muchos agentes del mercado. Ejemplo de ello, es la inflación, estancamiento económico que persiste ya por dos años en nuestro país, que repercute en la readecuación de programas sociales y una redistribución de los recursos económicos según la priorización que entrega el gobierno de turno a través de sus ministerios.

No debemos olvidar la perspectiva política, desde el punto de vista político, el presupuesto representa la materialización de las prioridades económicas y sociales del Estado, plasmadas en un programa de gobierno.

En este sentido, el presupuesto es un medio para conseguir finalidades, un instrumento de planificación que debe ser confeccionado coherentemente con los objetivos perseguidos, una herramienta subsidiaria de la misión y de los objetivos estratégicos trazados sectorial y nacionalmente. En definitiva, el presupuesto evidencia cuáles son los intereses y las prioridades de un Gobierno.

Con respecto al Programa PASMI, durante el año 2019 se obtuvo un presupuesto de M\$2.119.544, lo que permitió la incorporación de 16 comunas nuevas, implementándose en los 29 Servicios de Salud del País y en un total de 40 comunas. Según los datos del Departamento de Estadísticas de Información en Salud (DEIS), durante agosto de 2019 en las comunas con PASMI, la población bajo control de salud mental fue de 21.372 niños y niñas de 5 a 9 años con trastorno de salud mental.

Para el año 2020 presupuesto del programa fue de M\$3.262.198, lo que permitió incorporar 38 comunas nuevas, implementándose en un total de 78 comunas a nivel país. Según registros del DEIS, a diciembre de 2020, la población bajo control de salud mental fue de 26.032 niños y niñas con trastorno de salud mental. Datos que demuestran el impacto de la pandemia en las atenciones presenciales del sector salud que no estaban directamente asociadas con Covid-19.

Y según los últimos datos en el año 2021, el presupuesto para la Subsecretaría de Redes Asistenciales fue de M\$3.335.598 sin expansión presupuestaria, por lo que PASMI se implementó en 81 comunas, existiendo una brecha actual de 265 comunas pendientes de implementación, a pesar de la creciente demanda en diversos puntos del país. Por lo tanto, este hito tiene un 23% de cumplimiento.

Desde ese momento, los encargados nacionales del programa PASMI anunciaron actualizaciones en el servicio que se implementa desde el año 2016. PASMI opera actualmente en 90 comunas del país y tiene por objeto brindar diagnóstico y tratamiento a familias, cuyas niñas y niños tengan entre 5 y 9 años, y que presenten problemas o trastornos en materia de salud mental, tales como trastornos de ansiedad, ánimo, comportamiento; entre otros.

Esto, sumado al anuncio que entregó el Presidente Gabriel Boric en la reciente Cuenta Pública: duplicar el número de comunas beneficiarias para el año 2023 e incluir en el servicio a niñas y niños entre 3 y 4 años, actualmente excluidos de la oferta, permitiendo avanzar en equidad territorial de acceso al programa y en intervención precoz durante la primera infancia.

La Subsecretaria (s) de la Niñez por su parte, fue enfática en mencionar que “los índices actuales en salud mental infantil de nuestro país requieren criterio de urgencia, en cuanto a recuperación de atenciones y de gestión intersectorial del programa. Es una prioridad del Gobierno y política de Estado. Así, lo anunció el Presidente en la Cuenta Pública y lo señala la Ley Integral de Garantías: el Estado debe proveer de manera progresiva la oferta necesaria para el real ejercicio de derechos de salud mental en niñas, niños y adolescentes”.

A continuación, pondremos a disposición de lector un cuadro con la evolución presupuestaria del programa, por año:

Partida	Programa	Clasificación/Asignación	2020 (En \$2023)	2021(En \$2023)	2022 (En \$2023)	Proyecto 2023	Dif % 2021-2023	Dif 2020-2023 %
Desarrollo Social	Subsecretaría de la Niñez	Personal	\$ 1.388.630	\$ 1.592.119	\$ 1.746.677	\$ 1.875.137	7,4%	32%
		Bienes y servicios	\$ 1.164.261	\$ 1.107.718	\$ 728.193	\$ 776.782	6,7%	-32%
		Oficina Local de la Niñez	\$ 2.015.647	\$ 2.186.583	\$ 11.184.712	\$ -	-100%	320%
		Unidad Acompañamiento Proyecto de Ley Servicio de Protección de la Niñez	\$ 458.189	\$ 459.165	\$ -	\$ -		
		Programa de Apoyo a la Identidad de Género	\$ -	\$ -	\$ 1.006.886	\$ -	-100%	
		Niños, niñas y adolescentes en situación de calle	\$ 1.279.726	\$ 1.282.453	\$ -	\$ -		
	Programas Niñez	Oficina Local de la Niñez	\$ -	\$ -	\$ -	\$ 10.336.932		
		Unidad Acompañamiento Proyecto de Ley Servicio de Protección de la Niñez	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -		
		Programa de Apoyo a la Identidad de Género	\$ -	\$ -	\$ -	\$ 1.006.712		
	Chile Crece Contigo	Fono Infancia	\$ 222.227	\$ 222.701	\$ 223.259	\$ 223.259	0%	0%
		Programa Apoyo al Desarrollo Bio Psicosocial	\$ 22.588.644	\$ 22.636.791	\$ 22.693.445	\$ 22.693.445	0%	0%
		Programa de Apoyo al Recién Nacido	\$ 17.463.778	\$ 16.625.926	\$ 8.222.792	\$ 16.445.584	100%	45%
		Fondo de Intervenciones de Apoyo al Desarrollo Infantil	\$ 4.615.505	\$ 3.459.238	\$ 3.467.895	\$ 3.467.895	0%	-25%
		Fondo Concursable de Iniciativas para la Infancia	\$ 533.930	\$ 535.068	\$ 536.407	\$ 323.807	-40%	-39%
		Programa de Fortalecimiento Municipal	\$ 3.882.065	\$ 3.890.340	\$ 3.900.076	\$ 3.900.076	0%	0%
		Programa Diagnóstico de Vulnerabilidad en Preescolares	\$ 113.087	\$ 113.328	\$ 69.221	\$ 69.221	0%	-39%
		Programa Educativo	\$ 3.170.723	\$ 3.177.482	\$ 3.056.351	\$ 2.519.844	-18%	-21%
		Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil	\$ 3.684.658	\$ 3.864.097	\$ 3.873.768	\$ 3.873.768	0%	5%
		Programa de Apoyo al Aprendizaje Integral	\$ 3.298.149	\$ -	\$ -	\$ -		
		Ayudas Técnicas Chile Crece Contigo	\$ 521.185	\$ 522.295	\$ 523.603	\$ 523.603	0%	0%
		Programa de Apoyo a Niños(as) y Adolescentes con un Adulto Significativo Privado de Libertad (Ley N° 20.595)	\$ -	\$ -	\$ 6.440.210	\$ 6.404.992	-1%	

Lo anterior, como muestra de involución del programa, es que, desde la Subsecretaría en cuestión, preparó un informe que contiene más de 30 recomendaciones al ministerio de hacienda para poder lograr los objetivos propuestos por el programa PASMI.

Algunos puntos relevantes de informe, entregados al ministerio de hacienda para su discusión en el parlamento en el marco del despacho de la ley de presupuesto para el 2024, podemos decir lo siguiente:

- En términos de priorización, por su parte, es posible observar que, por lo menos a nivel de ítems directamente relativos a niñez y adolescencia, se ha tenido un aumento porcentual importante desde 2020, pero no necesariamente asimilable al del presupuesto general, principalmente explicado por la regresividad del gasto constatado en reportes anteriores en el presupuesto 2021 y 2022, lo cual requiere de más análisis comparativos y análisis de gastos en bienes públicos y gasto social en general con efecto en niñez y adolescencia.
- Una segunda observación de la Defensoría de la Niñez a modo de Alertar al ejecutivo y/o a la comisión de hacienda es que, las recomendaciones con respecto a la gestión y planificación del gasto a mediano plazo no presentan cumplimiento, existiendo varias interrogantes de cómo se planean implementar algunas políticas públicas relevantes derivadas de la promulgación de la Ley de Garantías. Esto es relevante, dado que -por ejemplo-el aumento de recursos para resolver la lista de espera de protección especializada a nivel ambulatorio no resolverá todos los nudos críticos al respecto, ya que en él confluyen una serie de problemas de coordinación, gestión y tecnologías utilizadas, además de los problemas de cobertura y por supuesto falta de prevención oportuna.
- Implementación a nivel nacional de la política, una voz de alerta por parte de la Defensoría es la siguiente, la implementación de las Oficinas Locales de la Niñez, cuyo presupuesto se reduce para 2023 pero que sobre todo genera varias dudas desde el punto de vista fiscal del cumplimiento del plazo legal de cinco años establecido por la ley, lo cual no asegura la implementación adecuada de las oficinas. Esto es principalmente por que el informe no alcanzó a reflejar los diferentes cambios legislativos que se sucedieron en la discusión final del proyecto en cuanto a la protección administrativa, así como tampoco contempla los requerimientos que se deriven del proceso de diseño de sus reglamentos respectivos, en particular el que regula este procedimiento y sus consecuentes implicancias organizacionales.

Nos parece como investigadores del área social, salud y de ciencias de la administración pública, debemos publicar dichas dificultades en la implementación de una política pública tan relevante.

La literatura nos acompaña, El estudio emblemático de esta generación, con el que se considera inicia formalmente el estudio de la implementación, fue el elaborado por Pressman y Wildavsky en 1973. El trabajo de estos dos autores es producto de “entrevistas con los actores pertinentes y [el] análisis de documentos de políticas públicas y otros temas relacionados durante tres años con el objetivo de determinar dónde se cometieron errores” (Parsons 2007: 484), La experiencia descrita es la de la agencia Administración del Desarrollo Económico (ADE), creada por el Congreso de los Estados Unidos a mediados de la década de los sesenta⁵, responsable de implementar un programa generador de empleo a través de la provisión de obra pública. Para experimentar la implementación se eligió la ciudad de Oakland.

La primera gran conclusión a la que se llega en el estudio en cita resume la reconstrucción que se hace, en los primeros cuatro capítulos, de la experiencia de la ADE:

“Cuanto más larga sea la cadena de causas, más numerosas serán las relaciones recíprocas que se establezcan entre los eslabones y más compleja se volverá la implementación” (Pressman y Wildavsky 1998: 56). Se presentan, además, dos términos acuñados en el campo de la implementación de la política pública: Denominamos punto de decisión a cada ocasión en que tenga que registrarse un convenio para que el programa continúe. Y le damos el nombre de certificación a cada caso en el cual se requiera que un participante exprese su consentimiento por separado.

La suma del número de certificaciones necesarias que se contienen en los puntos de decisión durante la vigencia del programa, da al lector una idea de la tarea que se emprende para lograr la implementación. (Pressman y Wildavsky 1998: 57). Por vez primera hay un reconocimiento expreso de que la mera descripción del fracaso poco provee en la solución del problema.

Habría que penetrar más profundo en las raíces del fracaso, pues “hay sorpresa y, por tanto, impulso a la búsqueda de explicación, cuando se malogra una política que desde su comienzo

gozó de consenso serio, disponibilidad de recursos, criterios legislativos precisos y compatibles y la oposición fue inexistente” (Pressman y Wildavsky, citados por Aguilar Villanueva 2000: 43).

A partir de este trabajo, la implementación deja de ser concebida como una consecuencia lógica y necesaria al diseño de la política pública: “lo que esperamos demostrar es que lo aparentemente sencillo y directo es realmente complicado y retorcido” (Pressman y Wildavsky 1998: 178); y, como problema, deja de ser considerada como la excepción, para volverse la regla: “alguien que vaya siempre en busca de circunstancias insólitas y acontecimientos dramáticos no puede apreciar lo difícil que es hacer que acontezca lo ordinario” (Pressman y Wildavsky 1998: 53).

Si bien se reconoce que “pocos programas podrían emprenderse si se tuvieran que especificar de antemano todos los participantes [...] [por lo que] [...] algo tiene que dejarse al avance de los acontecimientos” (Pressman y Wildavsky 1998: 176), se advierten ya características que provocaron una implementación deficiente.

Primero, la multiplicidad de participantes y perspectivas. Esto se debe a una de las siguientes razones: 1) la incompatibilidad directa con otros compromisos, es decir, los participantes podrían estar de acuerdo en los méritos de la política a implementar pero descubrir que es incompatible con otras metas de la organización; 2) no hay incompatibilidad directa, pero sí una preferencia por otros programas; 3) existen compromisos simultáneos con otros proyectos; 4) existe subordinación a otras entidades que no ven la urgencia de la implementación de la política pública; 5) existen diferencias de opinión sobre la jefatura y funciones propias de la organización; 6) existen diferencias legales y de procedimiento entre las agencias participantes; 7) carecer de recursos para apoyarlas o, en términos de los autores, existe acuerdo junto con la falta de poder (Pressman y Wildavsky 1998: 184-189).

Segundo, la multiplicidad de decisiones que disminuye la probabilidad de éxito de la política pública. Tercero, la existencia de más de una meta y más de un curso de decisiones. Cuarto, el surgimiento de decisiones inesperadas. Finalmente, quinto, la demora que toma la implementación del programa que los autores relacionan con los recursos a emplearse.

El texto identifica “dos remedios administrativos muy socorridos” (Pressman y Wildavsky 1998: 220) que en verdad son paliativos a los problemas de implementación: 1) salir de la burocracia y 2) la coordinación entre participantes.

Salir de la burocracia significaría: establecer una nueva organización, lo que significa contratar nueva gente, elaborar reglas nuevas y elaborar modelos de operación que se considere eliminan los problemas ya identificados. Significa, también: a) un trato diferenciado por tiempo limitado; b) gastos adicionales; c) la inexperiencia de la organización creada para afrontar el problema.

Buscar la libertad/independencia de la organización significa dos costos: a) por lo general, una estructura plural de dirección ejecutiva, lo que implica una franca invitación a que una diversidad de partes interesadas exijan tener representación; y b) se pierde el contacto con las fuerzas políticas necesarias para mantener el empuje de la organización (Pressman y Wildavsky 1998: 221-222)

CAPÍTULO 4: LA POLÍTICA PÚBLICA CHILENA DE LA SALUD MENTAL EN NIÑOS; EVALUACIÓN.

Como se ha descrito anteriormente, los ciudadanos pueden acceder a este programa de dos formas que son las siguientes:

1. A través de las acciones de detección y derivación que se realizan en escuelas mediante estos programas:

- Programa Habilidades para la vida (HPV).
- Programa Control de salud Infantil en Establecimiento Educacional.

2. Ante la sospecha de problemas o trastornos de salud mental de parte de:

- Profesionales de la red de salud pública.
- Establecimientos educacionales sin tamizaje de HPV o Salud escolar (la derivación se realizará a través de la familia adjuntando los antecedentes relevantes para su evaluación).
- Familia del niño o niña: En este caso la familia debe acercarse a su centro de salud y solicitar un control de salud para que le deriven a PASMI.

Sin embargo, en la práctica, como el programa PASMI se encuentra dentro de la política pública “chile crece contigo”, lo cual su organigrama no es claro, confuso y que sus líneas de comunicación no son del todo “conocidas” por los ciudadanos, por lo tanto, el impacto del programa no ha sido el esperado, debido a dichas deficiencias. Una muestra de lo anterior, es que el organigrama actual de la política pública Chile crece contigo es la siguiente:

Lo anterior, a juicio de los investigadores del presente trabajo, existen deficiencias en la evaluación del programa, esto, pasa, a nuestro juicio, que en la actualidad el Estado de Chile, no ha sido capaz de **fortalecer su cobertura, mejorar la articulación intersectorial, y aumentar el financiamiento del programa PASMI.**

1. Fortalecer cobertura del programa: El programa en la actualidad solo está disponible en 90 de las 346 comunas del país, lo que limita el acceso para una gran parte de la población infantil. Además de la cobertura actual, la priorización de zonas urbanas, La mayoría de las comunas con PASMI se ubican en zonas urbanas, dejando a las zonas rurales,

excluidas y/o con menos opciones de atención, lo cual, en el año 2024, es una inequidad existente, que el Estado debe mejorar a la brevedad. Por último, un aspecto que no ha mejorado durante el tiempo de ejecución del programa es la Carencia de profesionales especializados en salud mental infantil, lo cual, por supuesto, limita la capacidad del programa para atender la demanda de la ciudadanía hoy en el 2024.

2. Mejorar la Articulación Intersectorial: Este aspecto es fundamental, ya que la intervención social en el aspecto de la salud mental infantil, requiere de un sistema integrado de profesionales que realicen sus intervenciones de forma mancomunado. Pero una de las preguntas fundamentales en toda política pública. En la actualidad podemos enumerar una serie de deficiencia del programa, relacionado con la articulación intersectorial, que son los siguientes:

2.1 Dificultades en la detección y derivación: La articulación intersectorial ha tenido dificultades debido a la alta demanda: La alta demanda del programa genera largos tiempos de espera para acceder a la evaluación y tratamiento, lo que puede afectar la salud mental de los niños. Además, podemos establecer sobre los Procesos de derivación que son complejos, ya que los ingresos al programa son engorrosos y lentos, lo que desmotiva a las familias a participar del programa y buscar otras alternativas de intervención.

2.2 Dificultades en el enfoque de la intervención: Principalmente el programa en la actualidad, se centra en el déficit del niño, sin considerar el contexto familiar y social, lo cual, es un error a nuestro juicio, ya que el enfoque de las políticas públicas en salud mental debe ser integral y biopsicosocial. Además, debemos señalar que el componente de la prevención y promoción de la salud mental, no es prioridad del programa, por lo tanto, se descuida dicha parte del desarrollo integral de las personas.

2.3 Seguimiento y evaluación deficientes:

- **Falta de sistematización:** No existe un sistema adecuado para monitorear el progreso de los niños y evaluar la efectividad de las intervenciones.

Falta de datos: La escasez de datos limita la capacidad para mejorar el programa y desarrollar estrategias más efectivas.

Lo anterior, que tiene que ver con las dificultades, deficiencias y/o debilidades del programa, a nuestro juicio, al ajustar ciertas acciones en la administración pública, pueden mejorar. Pero la pregunta es; ¿Cómo se hace?, a continuación, entregamos que a nuestro juicio debería mejorar el programa PASMI.

2.1 Comités intersectoriales: Crear espacio de dialogo y coordinación entre los actores del programa PASMI. Comité, que evalúe el programa a lo largo del tiempo

2.2 Autonomía del programa: Se hace necesario por la experiencia, separar el programa de la política Chile crece contigo, y que, desde la subsecretaria de redes asistenciales del ministerio de salud, ejecute el programa.

2.3 Sistemas de información intersectoriales: plataformas informáticas que permiten compartir información y datos relevantes para el programa. En la práctica, no existe una plataforma centralizada ni uniforme, por lo tanto, la pérdida de información, es parte de los factores que inciden en el poco efecto del programa en la sociedad.

3. Aumentar el financiamiento del programa PASMI: No es casualidad, que los estudios realizados a la cobertura de la salud mental en Chile, en todos los resultados, sugieren un aumento de financiamiento en este aspecto. Sin embargo, debemos añadir un aspecto fundamental en la administración pública, que es el Control de las Finanzas, el control de las actuaciones de los funcionarios públicos y las rendiciones de cuentas, porque más que mal, la función pública la ejercen los hombres. A continuación, entregamos una serie de iniciativas que pueden fortalecer el mejoramiento del programa.

3.1 Fortalecer los mecanismos de control en las finanzas: Utilizando la tecnología existente en el año 2024, debemos fortalecer en las actuaciones de los jefes de Finanzas, administración y control, a través de controles biométricos y electrónicos, lo cual, entregue trazabilidad de los gastos y actuaciones del programa.

3.2 Mejoramiento de los reglamentos de la administración pública: Debemos actualizar el estatuto administrativo, y de por sí, las sanciones que existentes, para que los casos de corrupción de funcionarios públicos. Además, en el concepto de la administración, actualizar la forma en que se fiscaliza el Estado con las finanzas públicas, un ejemplo de ello, las creaciones de comisiones de investigación (que hoy existen) pero que, en su mecanismo y

creación, sea más rápida, eficiente y sancionante, para que la investigación del asunto público en cuestión, posea las sanciones ejemplificadoras ante algún caso de corrupción o malversación de fondos públicos.

3.3 Mejoramiento del Control social y/o Supervigilancia de la Sociedad Civil: Sería beneficioso para nuestro Estado, que el control de la sociedad civil se fortalezca ante malas actuaciones sobre la administración pública y/o por el Gobierno de turno. En la actualidad existen tipos de control, pero su debilidad sancionatoria, entrega la posibilidad de que casos de corrupción hayan crecido en los últimos años. A modo de entregar ciertas propuestas y/o mecanismos de control social, que colaboren en el mejoramiento del programa de estudio.

- **Acceso a la información pública:** En la actualidad la ley de transparencia, contribuye a conocer las actuaciones del gobierno de turno, sin embargo, en términos de control de información, todavía no existe una ley que permita a los ciudadanos, poder sancionar de forma directa a los funcionarios públicos.

- **Votaciones de censura y/o remoción de funcionarios públicos:** Los ciudadanos pueden votar a través de un tribunal social de fiscalización de Administración Pública, lo cual, pueda permitir remover a un funcionario de su cargo si se comprueba que ha incurrido en actos de corrupción.

4. Indicadores de Evaluación del programa PASMI

La creación de indicadores de cobertura, ejecución, evaluación de funcionarios públicos del programa PASMI, es una herramienta fundamental para mejorar la transparencia, la rendición de cuentas, la eficiencia y la eficacia de las políticas pública. Internamente, además permite al gobierno de turno, obtener información valiosa para la tomar mejores decisiones y orientar mejor los recursos públicos y mejorar la eficacia de las políticas.

Externamente, permite a la ciudadanía conocer el alcance real de las políticas públicas y su impacto en la población objetivo, sobre todo, cuando la ciudadanía tiene acceso a información clara y precisa sobre la cobertura de las políticas públicas, aumenta su confianza en el gobierno de turno, lo cual, en temas políticos, siempre es beneficioso.

A continuación, de forma proactiva, enunciamos algunos indicadores de gestión, que pueda permitir, el mejoramiento de todo el programa de forma intersectorial, y así, aumentar los

niveles de cobertura, participación ciudadana, de eficiencia en el gasto y otros ítems que son importantes en la administración pública.

1. Indicadores de Acceso: Los indicadores de acceso, se enfocan como el programa está “llegando” a la población, si su acceso es ordenado, metódico, expedito y/o engorroso.

- **Porcentaje de niños con problemas de salud mental que reciben atención:** Este indicador mide la proporción de niños que necesitan atención de salud mental que la están recibiendo.

- **Tiempo de espera para recibir atención:** Este indicador mide el tiempo que los niños tienen que esperar para recibir atención de salud mental después de ser identificados como beneficiarios del programa.

- **Distancia a los servicios de salud mental:** Este indicador mide la distancia que los niños tienen que recorrer para acceder a los servicios de salud mental. Cuantos kilómetros debe recorrer los usuarios para obtener acceso al programa, ya que este, en la actualidad no se encuentra en todas las comunas del país.

2. Indicadores de calidad:

Satisfacción de los usuarios con la atención recibida: Este indicador mide la satisfacción de los niños y sus familias con la atención de salud mental que han recibido.

- **Cumplimiento de las normas de calidad:** Este indicador mide el grado en que los servicios de salud mental cumplen con las normas de calidad establecidas. Protección de datos, derechos y obligaciones de los pacientes, porcentaje de reclamo y/o denuncias etc.

- **Resultados de la atención:** Este indicador mide los resultados de la atención de salud mental, como la reducción de los síntomas y la mejora del funcionamiento social. Indicador como semestre u año comparado. Que tal eficiente es el programa.

3. Indicadores de equidad:

- **Cobertura por nivel socioeconómico:** Este indicador mide la cobertura de los servicios de salud mental por nivel socioeconómico.

- **Cobertura por género:** Este indicador mide la cobertura de los servicios de salud mental por género.

- **Cobertura por zona geográfica:** Este indicador mide la cobertura de los servicios de salud mental por zona geográfica.

4. Indicadores de eficiencia:

Costo por niño atendido: Este indicador mide el costo de proporcionar atención de salud mental a un niño.

Costo-efectividad de las intervenciones: Este indicador mide la relación entre los costos y los beneficios de las intervenciones de salud mental.

5. Indicadores de impacto:

- **Disminución de la prevalencia de problemas de salud mental:** Este indicador mide la reducción de la prevalencia de problemas de salud mental en la población infantil. ¿Es importante su intervención en el desarrollo integral de los niños? ¿Qué pasaría si no fuera usuario? ¿Cuál sería su nivel cognitivo?

- **Mejora del bienestar emocional de los niños:** Este indicador mide la mejora del bienestar emocional de los niños.

- **Mejora del funcionamiento social de los niños:** Este indicador mide la mejora del funcionamiento social de los niños.

Indicadores de comunicación efectiva: Indicadores referidos a la comunicación efectiva del Estado para los ciudadanos, si el programa es realmente conocido o desconocido, desarrollado indicadores de percepción y/o de conocimiento público.

- **Claridad del mensaje:** El mensaje debe ser fácil de entender para el público objetivo.

- **Precisión del mensaje:** El mensaje debe ser factualmente preciso y estar actualizado.

- **Relevancia del mensaje:** El mensaje debe ser relevante para las necesidades e intereses del público objetivo.

- **Credibilidad del mensaje:** El mensaje debe ser creíble y confiable.

- **Atractivo del mensaje:** El mensaje debe ser atractivo e interesante para el público objetivo.

	Indicador	Descripción	Fuente de datos
Nº de indicador	Acceso al programa		
1	Porcentaje de niños con problemas de salud mental que reciben atención		
2	Tiempo de espera para recibir atención		
3	Distancia a los servicios de salud mental		
4	Calidad de la atención		
5	Satisfacción de los usuarios con la atención recibida		
6	Cumplimiento de las normas de calidad		
7	Resultados de la atención		
	Equidad en la ejecución del Programa		
1	Cobertura por nivel socioeconómico		
2	Cobertura por género		
3	Cobertura por zona geográfica		
	Eficiencia en la ejecución del Programa		
1	Costo por niño atendido		
2	Costo-efectividad de las intervenciones		
3	Evolución de la ejecución presupuestaria		
	Impacto Social del Programa		
1	Disminución de la prevalencia de problemas de salud mental		
2	Mejora del bienestar emocional de los niños		
3	Mejora del funcionamiento social de los niños		
	Comunicación efectiva del programa en la sociedad civil		
1	Claridad del mensaje hacia la ciudadanía		
2	Precisión del mensaje hacia la ciudadanía		
3	Relevancia del mensaje/ Aceptación y/o rechazo del mensaje		
4	Credibilidad del mensaje		
5	Atractivo del mensaje		
	Financieros		
1	Presupuesto total asignado a la salud mental infantil		
2	Inversión per cápita en salud mental infantil		
3	Eficiencia del gasto en salud mental infantil		
4	Existencia de un sistema de monitoreo y evaluación de la salud mental infantil		

CAPÍTULO 5: COMUNICACIÓN PÚBLICA Y GESTIÓN DE CRISIS.

Antecedentes Generales

En esta sección se busca introducir los conceptos más importantes para la comprensión del trabajo realizado, entre ellos, la caracterización del Subsistema Chile Crece Contigo, dónde se enmarca y cuáles son sus componentes. Luego, se introduce cómo es considerada la Salud Mental, haciendo referencia a la salud mental en la niñez y cómo esta se observa en el país.

Subsistema Chile Crece Contigo

En la presente subsección, se introducen las principales características del Sistema de Protección Integral a la Infancia: Chile Crece Contigo, también conocido como Subsistema Chile Crece Contigo o simplemente Chile Crece Contigo. Algunas de estas características son cómo se creó, la organización que posee, el presupuesto con el que ha contado en los últimos años y, cómo se coordina a nivel nacional.

INICIOS, ORGANIZACIÓN Y PROGRAMAS El Sistema Intersectorial de Protección Social es un modelo de gestión constituido por acciones y prestaciones sociales ejecutadas y coordinadas por distintos organismos del Estado, destinadas a la población nacional más vulnerable socioeconómicamente y que requieren de diversas acciones por parte de los organismos para acceder a mejores condiciones de vida (Ley N° 20379, 2009). En ese contexto, el Subsistema Chile Crece Contigo (ChCC) se encuentra inserto, teniendo como misión acompañar, proteger y apoyar integralmente a los niños, niñas y sus familias (Chile Crece Contigo, 2018) siendo el Ministerio de Desarrollo Social, la entidad que cumple las funciones de administrar, coordinar, supervisar y evaluar el subsistema. Durante el año 2007 se implementó el Sistema de Protección Integral a la Infancia, denominado Chile Crece Contigo, en la búsqueda, por parte del Estado de cumplir con los compromisos suscritos el año 1990 en la Convención de los Derechos del Niño, siendo este Sistema el encargado de acompañar, proteger y apoyar integralmente a la población infantil y sus familias a través de acciones y servicios de carácter universal, así como apoyos focalizados especiales a aquellos que se presentan en mayores vulnerabilidades (Chile Crece Contigo, 2018).

El objetivo de dichas acciones y servicios es igualar las oportunidades de desarrollo de los niños y niñas independientemente de su origen social, género, la conformación de su hogar u cualquier otro factor potencial de inequidad.

El Subsistema Chile Crece Contigo se institucionalizó en el año 2009, a partir de la Ley 20.379, dónde a su vez se creó el Sistema Intersectorial de Protección Social (Ley N° 20379, 2009). En ese momento este Sistema, ya contaba con distintos subsistemas, los cuales ejecutaban acciones y prestaciones sociales, coordinadas intersectorialmente por los diversos organismos del Estado. Entre las evidencias que sustentaron la implementación de ChCC y realizar una inversión para gestionar las distintas prestaciones para la población infantil, se encontraban (Ministerio de Desarrollo Social, 2015):

1. En la primera infancia se presentan grandes oportunidades de desarrollo: niños y niñas entre 0 y 8 años estructuran los cimientos de su vida e integran aprendizajes altamente significativos respecto a sí mismos, otros y el entorno. Dado esto, los estímulos de sus familias, comunidad, agentes de salud y educación, cumplen un rol fundamental en la promoción, prevención y protección de su desarrollo en esta etapa (LA REFORMA, C. C. P. P., & DE LAS POLÍTICAS, D. I., 2006)
2. La primera infancia tiene periodos críticos y ventanas de oportunidad que impactan significativamente el desarrollo posterior: durante los primeros años de vida el desarrollo cerebral tiene periodos de máxima plasticidad, lo que se traduce en que existen ventanas de oportunidad donde acciones precoces de estimulación y cuidado logran resultados efectivos en el desarrollo infantil
3. La inversión en primera infancia y la intervención temprana presenta una alta tasa de retorno y es estratégica para el desarrollo del país: desde la ciencia económica se ha documentado la relevancia que tiene la inversión en la primera infancia y de su alta tasa de rentabilidad, los estudios desarrollados establecen que el impacto de programas bien diseñados y ejecutados pueden producir mayores capacidades en las personas de generar ingresos para sus vidas y mejorar sus competencias sociales, reduciendo su incidencia de conductas de alto costo para las personas, la vida familiar y social (Carneiro, P. M., & Heckman, J. J., 2003). Lo anterior puede generar mayores capacidades futuras en los habitantes del país, lo que genera mejores condiciones de bienestar y posibilidades de

alcanzar una mejor calidad de vida en la población. En el Gráfico 1 se muestra como la tasa de retorno en la población infantil es significativamente más alta que la inversión realizada en otros momentos de la vida. Es así como uno de los pilares de ChCC es que este considera que el desarrollo infantil no solo contempla el crecimiento físico y cognitivo de las niñas y niños, sino, que entiende el desarrollo infantil desde una perspectiva multidimensional, en la cual influyen aspectos biológicos, físicos, psíquicos y sociales de los niños.

Dado lo anterior, con la implementación del ChCC en el año 2007, se inició la oferta en el sistema público de un apoyo intensivo al control, vigilancia y promoción de la salud de los niños desde su gestación hasta los 4 años de vida. Dónde, en el nivel primario de salud, se enfatizan las acciones de desarrollo integral del niño, particularmente el desarrollo psicomotor y la educación para los padres respecto a la crianza de sus hijos e hijas. Gráfico 1. Tasa de retorno de inversión en años de vida (Carneiro, P. M., & Heckman, J. J., 2003) Si bien en sus inicios ChCC acompañaba a los niños y niñas sólo desde el primer control de embarazo de la madre hasta los 4 años, desde el año 2016 se decidió extender gradualmente la cobertura de este acompañamiento, de manera tal que para el año 2018 se realizará un seguimiento a la población infantil hasta el término del primer ciclo básico, es decir, hasta los 8 y 9 años. Para llevar a cabo sus tareas, ChCC se encarga de articular iniciativas de distintos sectores, con prestaciones y programas orientados a la infancia, con el objetivo de generar una red de apoyo para los niños durante su crecimiento (Chile Crece Contigo, 2018). Así, una misma niña o un mismo niño se le entrega apoyo simultáneo en las distintas áreas que engloban su desarrollo, es decir, salud, educación, contexto familiar, contexto de su entorno, barrio y comunidad.

Por ejemplo, en el área de salud, ChCC ofrece un acompañamiento en la trayectoria del desarrollo de niños y niñas que se tratan en el Sistema Público de Salud, lo que corresponde a aproximadamente el 75% del total de niños del país y, al mismo tiempo, garantiza apoyos diferenciados a los hogares de Chile que corresponden al 60% más vulnerable en otras áreas. Actualmente, son 18 los programas que componen ChCC, los cuales presentan distintos objetivos, población a la cual están dirigidos, entre otras características.

Presupuesto

El presupuesto con el cual cuenta ChCC lo recibe desde el Ministerio de Desarrollo Social, más específicamente desde la Subsecretaría de Servicios Sociales por medio de la Ley de Presupuestos. El presupuesto de los últimos tres años, 2016, 2017 y 2018 el cual durante el año 2018 superó los \$51.000.000.000 CLP (Ministerio de Hacienda, 2018): Año Presupuesto 2016 \$45.948.526.000 2017 \$48.586.294.000 2018 \$51.369.950.000

REDES COMUNALES Debido a que ChCC se encuentra a nivel nacional, para lograr realizar un acompañamiento personalizado, el Subsistema cuenta con Redes Comunes que le permiten seguir la trayectoria de desarrollo de la población infantil. Las Redes Comunes, son instancias multisectoriales que reúnen al conjunto de servicios públicos y municipales para trabajar en línea del desarrollo de los niños y niñas. Estas redes están conformadas por distintos actores institucionales, territoriales y comunales, gracias a los cuales, es posible implementar la modalidad de acompañamiento longitudinal a la trayectoria de desarrollo infantil a nivel local.

SALUD MENTAL Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud mental, abarca una amplia gama de actividades directa o indirectamente relacionadas con el componente de bienestar mental, también incluido en la definición de salud que da la misma organización, “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. La salud mental está relacionada tanto con la promoción del bienestar, con la prevención de trastornos mentales, como con el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por dichos trastornos (World Health Organization, 2018). En los últimos años, la prevalencia de trastornos mentales ha aumentado, causando efectos considerables en la salud de las personas y causando graves consecuencias a nivel socioeconómico y en el ámbito de los Derechos Humanos alrededor del mundo (World Health Organization, 2018). Estas múltiples consecuencias se deben a que los trastornos mentales no solo representan una gran carga psicológica, social y económica para la sociedad, si no que igualmente aumentan el riesgo de enfermedades físicas en la población que posee dichas condiciones. Se estima que, a nivel mundial alrededor de 450 millones de personas padecen trastornos mentales y de conducta, además, se calcula que una de cada cuatro personas desarrolla uno o más trastornos mentales a lo largo de su vida (World Health

Organization, 2004). Existe una gran variedad de trastornos mentales, y cada uno de ellos con distintas manifestaciones, sin embargo, en general se caracterizan por una combinación de alteraciones del pensamiento, percepción, emociones, conductas y las relaciones con otros (World Health Organization, 2018). Entre las diversas condiciones de salud mental que existen se encuentran: A. Depresión B. Trastorno afectivo bipolar C. Esquizofrenia y otras psicosis D. Demencia E. Discapacidades intelectuales F. Trastornos del desarrollo Para algunos de estos trastornos, existen estrategias para prevenirlos como la depresión, sin embargo, en otros solo se dispone de tratamientos y medidas que permiten aliviar el sufrimiento que causan.

Salud Mental en la Niñez

Existen distintos tipos de trastornos psicológicos o psiquiátricos que pueden presentar niños y niñas durante su infancia o adolescencia, alguno de ellos, se introducen a continuación (Centro de Atención Especializado al niño y adolescente, 2018):

- A. Trastornos de conducta
- B. Trastornos de Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDAH)
- C. Trastornos Generalizados del Desarrollo y/o Trastornos del Espectro Autista
- D. Trastornos del Habla y/o Lenguaje
- E. Trastornos de Ansiedad
- F. Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT)
- G. Trastornos Afectivos y/o del estado de ánimo H. Trastornos Reactivos de la Vinculación
- I. Trastornos de Aprendizaje
- J. Trastornos del sueño Según distintos estudios, dados los distintos trastornos que puede poseer la población infantil, las intervenciones que se les brinden durante su desarrollo son relevantes y justificadas gracias al efecto positivo tener para su desarrollo integral.

En el caso de las intervenciones para prevenir los problemas de salud mental, estas están dirigidas tanto a contrarrestar los factores de riesgo como en reforzar los factores protectores a lo largo de la vida de los niños, y potencialmente, modificar los procesos que contribuyen a una condición mental. De esta manera, mientras más influencia tengan los factores individuales sobre el desarrollo de los trastornos mentales y la salud mental, mayor será el efecto preventivo que se pueda esperar cuando se implementen correctamente intervenciones

en la población infantil (Irarrázaval, M., Prieto, F., & Armijo, J., 2016). Por ejemplo, algunas de las intervenciones implementadas en la educación preescolar y escolar han demostrado mejorar, entre otras cosas, el rendimiento académico de los niños y sus relaciones sociales y, otras intervenciones como las que incitan la participación de padres en la educación de sus hijos han mostrado un efecto positivo en la promoción de la salud mental y, la prevención de trastornos conductuales y por uso de sustancias.

Hay diversos tipos de trastornos mentales que pueden aparecer durante la infancia y adolescencia, los cuales no presentan las mismas características de prevalencia y gravedad. Siendo la prevalencia, según la epidemiología, la proporción de individuos de una población que presenta un determinado trastorno en un momento dado (Hospital Universitario Ramón y Cajal, 2018), aquellos trastornos mentales que presentan una mayor prevalencia en la población infantil y adolescente son los Trastornos ansiosos, Trastornos por comportamientos disruptivos y Trastornos por déficit atencional (Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A., & Rohde, L. A., 2015). Por otro lado, los trastornos mentales graves son aquellos que engloban una serie de patologías que pueden aparecer en la infancia o adolescencia y que, dada su gravedad, comprometen la evolución, el aprendizaje, el desarrollo personal y la inserción social y laboral de aquellos niños o adolescentes que lo padezcan (Bardón, C., 2005).

Un trastorno mental grave contempla tres dimensiones: diagnóstico clínico, duración del trastorno (cronicidad) y el nivel de discapacidad social, familiar y laboral de la persona afectada (Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, 2010). Entre los diagnósticos de trastornos mentales que pueden suponer un nivel alto de gravedad son los siguientes: A. Autismo B. Psicosis en la primera infancia C. Esquizofrenia de inicio infantil o adolescente D. Trastornos Generalizados del Desarrollo E. Trastornos Afectivos Graves F. Trastornos Paranoides G. Trastornos de personalidad de tipo límite o antisocial

CHILE Y LA SALUD MENTAL En Chile, el II Estudio Nacional de Discapacidad aplicado durante el 2015 arrojó que, del total de personas con discapacidad, un 59% posee trastornos mentales y del comportamiento, y en la población de niños, niñas y 1 La Epidemiología es el estudio de la frecuencia, distribución y determinantes de las enfermedades y condiciones de morbilidad en las poblaciones humanas. Se utiliza la epidemiología para conocer el estado

de la salud de una población y diseñar intervenciones. 12 adolescentes, el 54,6% declaró poseer Trastornos mentales y del comportamiento, mientras que con respecto al tipo de condición de salud permanente y/o de larga duración, el 21,5% declaró poseer una Dificultad mental o intelectual (Servicio Nacional de Discapacidad, 2015).

Para los años 2012-2015, se presenta el presupuesto estatal destinado a salud mental incluyendo y excluyendo los fondos destinados al SENDA, Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (Ministerio de Salud, 2016).

Ítem presupuestario	2012	2013	2014	2015	Presupuesto Total para Salud Mental sin SENDA
	\$70.956.894.061	\$76.061.470.340	\$81.248.411.062	\$87.786.819.760	Presupuesto Total
SEDA	\$20.906.403.077	\$29.240.183.561	\$33.756.380.544	\$38.619.480.522	

Presupuesto Total para Salud mental	\$91.863.297.138	105.301.653.901	\$115.004.791.606
\$126.406.300.282	Presupuesto Total de Salud del Sistema Público	\$4.301.644.923.000	
\$4.713.209.055.000	\$5.217.428.088.000	\$6.059.568.716.000	
Presupuesto Total de Salud del Sistema Público con SENDA	\$4.322.551.326.077	\$4.742.449.238.561	\$5.251.184.468.544
\$6.098.188.196.522			

Se observa que durante el periodo 2010-2015 hubo un aumento creciente en el presupuesto total destinado para la salud del Sistema Público y en particular en el presupuesto para la salud mental en el país. Sin embargo, el porcentaje del presupuesto total de salud destinado cada año a salud mental no varió de manera considerable en ese periodo, dónde, no sobrepasó el 2,22% del año 2013. Ítem presupuestario 2010 2011 2012 2013 2014 2015 Porcentaje del Presupuesto Total de Salud del Sistema Público, destinado a Salud Mental 1,83 1,73 2,13 2,22 2,19 2,07 Porcentaje del Presupuesto Total de Salud del Sistema Público, destinado a Salud Mental sin SENDA 1,37 1,27 1,65 1,61 1,56 1,45. Porcentaje del Presupuesto Total de Salud del Sistema Público destinado a Salud Mental, Ministerio de Salud, Gobierno de Chile (Ministerio de Salud, 2016) En el año 2017 Chile gastó 7,8% del Producto Interno Bruto (PIB) en salud, mientras que en promedio los países del mundo gastaron un 9,9% de su PIB según el Banco Mundial (Instituto de Políticas Públicas en Salud - USS, 2017), ese mismo año, el porcentaje del presupuesto destinado a salud mental del presupuesto total de salud en Chile llegó al 2,4% (Ministerio de Salud, 2017).

El bajo gasto en salud mental ocasiona, entre otras cosas, que se reduzca la cobertura, que existan grandes gastos en las personas al buscar atención en el sector privado, que aumente la automedicación con psicofármacos y que exista una sobrecarga a los equipos de salud primaria y especializada (Ministerio de Salud, 2017). Recientemente, el Ministerio de Salud generó un Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría en el que se proponen objetivos estratégicos y metas a cumplir entre los años 2017 y 2025. Las siete líneas de acción que tiene propuestas este plan son Regulación y Derechos Humanos, Provisión de Servicios de Salud Mental, Financiación, Gestión de la Calidad, Sistemas de Información e Investigación, Recursos Humanos y Formación y, Participación e Intersectorialidad. Lo anterior, con el fin de mejorar la salud y calidad de vida de las personas, ante el compromiso del Estado de brindar cuidado y protección de la salud mental de la población y de la atención de las personas con enfermedades mentales y/o con discapacidades de causa mental (Ministerio de Salud, 2017).

Este plan también estipula que, para mejorar el nivel de salud mental en las personas y comunidades de Chile, se debe contar con políticas, planes y programas intersectoriales contruidos, implementados y financiados por distintos sectores del Estado, de quienes se espera que:

- A. Desarrollen acciones que promuevan una salud mental óptima, focalizadas en el fortalecimiento de condiciones individuales, familiares, sociales y ambientales que permitan el desarrollo psicológico y el bienestar
- B. Instalen estrategias preventivas y de detección temprana de factores de riesgo para desarrollar problemas y/o trastornos mentales, así como también para disminuir el impacto que ejerce la enfermedad en la persona afectada, sus familias y comunidades
- C. Generen estrategias de coordinación para dar respuesta oportuna a las necesidades de atención de salud mental de poblaciones que no tienen acceso a ella de manera habitual, como son los niños, niñas y adolescentes con vulneración de derechos, poblaciones privadas de libertas, personas en situación de abandono o calle, personas afectadas por violencia de género, entre otras

D. Desarrollen acciones tendientes a la inclusión social, reducción de discapacidad asociada en quienes presenten un trastorno mental, disminuyendo las barreras presentes en el entorno que impiden o restringen su participación plena y efectiva en la sociedad, mejorando así su calidad de vida Entre otras cosas que declara el plan, se encuentran (Ministerio de Salud, 2017):

A. La desigualdad de oportunidades afecta a la salud de niños y niñas, quienes poseen las mayores cifras de pobreza y tienen menos acceso a atención especializada

B. Un 23,2% de los años de vida perdidos por discapacidad o muerte en el país están determinados por condiciones neuropsiquiátricas, y que en niñas y niños entre 1 y 9 años este valor es de 30,3% mientras que es de un 38,3% en niños y adolescentes entre 10 y 19 años

C. Problemas en los niños y niñas de distintos aspectos del desarrollo, como dificultades en el desarrollo del lenguaje, psicomotricidad, cognición, apego, aspectos emocionales, funcionamiento interpersonal, problemas conductuales, anomalías en el electroencefalograma, de malnutrición y neurociencias, pueden estar asociados a la depresión en la madre durante la gestación y en el periodo posparto

D. El 69,1% de niños, niñas y adolescentes en protección de derechos presenta al menos un trastorno mental (45,3% riesgo de suicidio, 40% dependencia de drogas, 25,7% trastornos de conducta disocial, y 23,5% trastorno negativista desafiante)

E. Existe una escasa oferta de atención en salud mental para niños, niñas y adolescentes F. El Estado ha fallado en el principio de igualdad y no discriminación, especialmente en el resguardo de niños, niñas y adolescentes que presentan enfermedades mentales

G. No existe información diferenciada respecto al gasto en salud mental para niños, niñas y adolescentes con otros grupos de personas.

Finalmente, el Programa de Salud 2018 – 2022 del actual gobierno de Sebastián Piñera tiene distintos objetivos y medidas, entre las que se encuentran (Ministerio de Salud, 2018):

1. Reducción de listas de espera

2. Reforma a la salud primaria: consultorios y Centros de Salud Familiar (CESFAM) modernos y resolutivos

3. Reforma al modelo de atención: salud digna y oportuna
4. Modernización a la infraestructura sanitaria
5. Rebaja del precio de medicamentos: más competencia y transparencia
6. Bienestar y cultura sana En el sexto objetivo, está incluido el fortalecimiento de los tratamientos de salud mental, a través de la formación de profesionales adecuados revisando 15 los actuales protocolos de prevención y atención, cómo único enfoque en la materia.

1.2.3. DISCAPACIDAD MENTAL Para la OMS, la Discapacidad, es un término general que abarca deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones de la participación que pueden poseer las personas. Dónde las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal, las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales. Es así, que la discapacidad es definida como un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive (World Health Organization, 2018).

Más de mil millones de personas en el mundo presentan alguna forma de discapacidad y, de estos, cerca del 20% tiene considerables dificultades para desarrollar sus actividades día a día (World Health Organization, 2011). Se prevé que la discapacidad será un motivo de preocupación aún mayor en el futuro al ir su prevalencia en aumento, esto debido a que la población va envejeciendo y hay mayores riesgos de discapacidad en adultos mayores y, porque el número de enfermedades crónicas también va en aumento (World Health Organization, 2011).

La vida de las personas con discapacidad se ve afectada de diversas maneras dependiendo de su contexto y el medio que los rodea, pero normalmente son más vulnerables a padecer (World Health Organization, 2018):

A. Afecciones secundarias: condiciones que acompañan a la enfermedad primaria en las personas con discapacidad y que están relacionadas entre sí, normalmente son previsibles y evitables si se siguen las indicaciones

B. Comorbilidad: son afecciones que se agregan a la enfermedad primaria de las personas con discapacidad, pero que no tiene directa relación con su condición.

El problema con la comorbilidad es que la interacción de ambas enfermedades puede empeorar la evolución de ambas (National Institute on Drug Abuse, 2017)

C. Enfermedades relacionadas con la edad: ocurre que en ciertos grupos de personas con discapacidad su proceso de envejecimiento empieza antes de lo normal, mostrando los primeros signos de este envejecimiento entre los cuarenta y cincuenta años

D. Adopción de comportamientos nocivos para la salud: las personas con discapacidad tienden a adoptar comportamientos perjudiciales para su salud, que le conllevan a adquirir otros problemas de salud. Entre estos comportamientos nocivos se encuentran el tabaquismo, mala alimentación y falta de actividad física 16

E. Mayor frecuencia de muerte prematura: la tasa de mortalidad varía entre las personas con discapacidad según su enfermedad primaria, pero según ciertas investigaciones, personas con trastornos mentales y deficiencias intelectuales tienen una esperanza de vida menor.

Asimismo, normalmente las personas con discapacidad tienen barreras a su alrededor que les impide tener acceso a la asistencia sanitaria que requieren para tratar su condición, entre ellas se encuentran:

A. Altos costos: muchas personas con discapacidad no reciben los cuidados que necesitan debido a que la asequibilidad de los servicios de salud y de transporte es baja dado los altos costos, mayormente en los países de bajos ingresos

B. Oferta limitada de servicios: existe una falta de servicios sanitarios para las personas con discapacidad, lo que les impide acceder a las ayudas y tratamientos que requieren durante su vida

C. Obstáculos físicos: ya sea en establecimientos o en las calles, las personas con discapacidad tienen problemas de acceso, el equipo médico es inaccesible, no hay señalizaciones, las zonas de estacionamiento tienen obstáculos, entre otros problemas

D. Falta de conocimiento en el personal sanitario: con frecuencia el personal de salud que atiende a las personas con discapacidad no tiene la capacitación suficiente para cubrir sus requerimientos, asimismo, suelen ser maltratados por el personal y otras veces se les niega la posibilidad de asistencia.

Por otro lado, Discapacidad Mental, también denominada Discapacidad Cognitiva, es un desorden en el neurodesarrollo que afecta a cerca del 1% de la población mundial y tiene mayor prevalencia en la población infantil y adolescente (Mehregan, H., Najmabadi, H., & Kahrizi, K., 2016).

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition), herramienta de diagnóstico y clasificación publicada por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría, APA (American Psychiatric Association), los Trastornos Mentales se dividen en 22 categorías principales (Confederación de Adolescencia y Juventud de Iberoamérica y el Caribe, 2013). Cada una de estas 22 categorías de trastornos mentales, poseen subcategorías, que incluyen distintos diagnósticos de salud mental, y entre estos se encuentra la Discapacidad Intelectual. La Discapacidad Intelectual, anteriormente denominada por el DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition) como Retraso Mental, sigue los planteamientos definidos por la Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales AAIDD (American Association of Intellectual and Developmental Disabilities), que incluye 3 criterios básicos para el diagnóstico (Confederación de Adolescencia y Juventud de Iberoamérica y el Caribe, 2013), el primero, déficits en el funcionamiento intelectual, como rezagos en el razonamiento, solución de problemas, planificación, entre otros; el segundo, los déficits en el funcionamiento adaptativo, donde se consideran la no consecución de los estándares sociales y culturales para la independencia personal y la responsabilidad social, y el tercero, que el inicio de los déficits intelectuales y adaptativos surge durante el período de desarrollo. La Discapacidad Intelectual o Trastorno Intelectual del Desarrollo, se especifica en función de su gravedad, más específicamente en base al funcionamiento adaptativo, de allí existe la Discapacidad Intelectual de nivel leve, moderado, grave y profundo.

En Chile, gracias a la estimación de la OMS sobre la cantidad de personas en el mundo que posee discapacidad, se ha proyectado una cifra del total de habitantes que posee una o más discapacidades, llegando a aproximadamente 2,5 millones de personas (Fundación Nacional de Discapacitados, 2018). El Primer Estudio Nacional de la Discapacidad en Chile (ENDISC), fue realizado por el Servicio Nacional de Discapacidad y el Instituto de Estadísticas el año 2004, estudio arrojó que la prevalencia en personas en situación de discapacidad era en ese momento en el país de 12,9%. Es decir, que 1 de cada 8 personas presentaban esta condición, cerca de 2.000.000 de habitantes. Durante el año 2010, el Gobierno de Chile estableció las Normas sobre Igualdad de Oportunidades e Inclusión de personas con Discapacidad, el 10 de febrero de 2010 se publicó la Ley 20.422 que tiene como objetivo asegurar el derecho a igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad, con el fin de que estas puedan obtener una plena inclusión social, asegurando de tal forma que disfruten de sus derechos y eliminar cualquier forma de discriminación fundada en la discapacidad (Ley N° 20422, 2010). Según el artículo 5 de esta ley, una persona con discapacidad es aquella que teniendo una o más deficiencias físicas, mentales, sea por causa psíquica o intelectual, o sensoriales, de carácter temporal o permanente, al interactuar con diversas barreras presentes en el entorno, se ve impedida o restringida a participar plena y efectivamente en la sociedad en igualdad de condiciones con las demás.

En términos generales esta ley establece que los deberes del Estado en relación con asegurar la igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad son:

- A. Establecer medidas contra la discriminación
- B. Adoptar las medidas necesarias para asegurar a las mujeres con discapacidad y a las personas con discapacidad mental, tengan pleno goce y ejercicio de sus derechos en condiciones de igualdad con los demás
- C. Adoptar las medidas necesarias para evitar las situaciones de violencia, abuso y discriminación de que puedan ser víctimas las mujeres y niños con discapacidad y las personas con discapacidad mental

D. Promover la autonomía personal y la atención a las personas en situación de dependencia a través de prestaciones o servicios de apoyo, los que se entregarán considerando el grado de dependencia y el nivel socioeconómico del postulante

E. Proporcionar información pública, permanente y actualizada sobre las medidas, planes y programas de prevención adoptados respecto a los factores de riesgo de discapacidad F. Fomentar preferentemente la rehabilitación con base comunitaria, así como la creación de centros públicos o privados de prevención y rehabilitación integral

G. Impulsar y aplicar medidas de acción positiva para fomentar la eliminación de barreras arquitectónicas y promover la accesibilidad universal.

El Servicio Nacional de la Discapacidad, fue creado como una nueva institucionalidad pública a partir de la Ley N°20.422, el cual es funcionalmente descentralizado y desconcentrado territorialmente, que tiene como fin promover el derecho a la igualdad de oportunidades de las personas en situación de discapacidad, que estas obtengan inclusión social y puedan realizar un disfrute pleno de sus derechos.

Logra esto, a través de coordinación del accionar del Estado, en la ejecución de políticas y programas, en el marco de estrategias de desarrollo local inclusivo (Servicio Nacional de Discapacidad, 2018). El II Estudio Nacional de Discapacidad (ENDISC) del año 2015 determinó que el 16,7% de la población vive con una condición de discapacidad, es decir, cerca de 2.900.000 personas (Corporación Ciudad Accesible, 2018).

Respecto a la población infantil y adolescente, el estudio arrojó la siguiente información (Servicio Nacional de Discapacidad, 2015):

A. La prevalencia nacional en la población de niños, niñas y adolescentes (NNA) en situación de discapacidad es de un 5,8% que poseen entre 2 y 17 años

B. De los NNA en situación de discapacidad, el 62,7% corresponde a hombres y el 37,3% a mujeres

C. El 9,3% de la población de NNA en situación de discapacidad vive en zonas rurales, mientras que el 90,7% reside en zonas urbanas

D. El 54,6% declara poseer Trastornos mentales y del comportamiento

E. Con respecto al tipo de condición de salud permanente y/o de larga duración, el 21,5% declara poseer Dificultad mental o intelectual, 15,6% Mudez o dificultad del habla, 9,6% Dificultad física y el 3,6% Dificultad psiquiátrica

En definitiva, hay una importante cantidad de niños y niñas con condiciones de salud mental que requieren el apoyo del Estado, quien a partir de los distintos compromisos que ha tomado como asegurar la igualdad de oportunidades, inclusión, entre otras, debería tomar acciones directas en sus planes y en el presupuesto de salud mental, para brindarle a la población infantil las herramientas y acompañamiento que necesitan para alcanzar una buena calidad de vida.

1.3. TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA El Trastorno del Espectro Autista (TEA), es un trastorno neurobiológico del desarrollo que se manifiesta desde los primeros años de vida en las niñas y niños, y perdura durante todo su ciclo de vida (Autismo La Garriga, 2016). El Autismo fue descrito por primera vez como un síndrome específico en el año 1943 por el Doctor Leo Kranner de la Universidad John Hopkins (Psicodiagnosis, 2018), en ese entonces, el Dr. Kranner identificó a un grupo de niños que diferían cualitativamente de otras poblaciones clínicas y poseían ciertas características conductuales que los hacían similares entre sí:

A. Incapacidad para desarrollar interacciones con otras personas

B. Retraso en la adquisición del lenguaje

C. Alteraciones en la comunicación verbal y no verbal

D. Actividades de juego repetitivas y estereotipadas

E. Baja tolerancia a los cambios del entorno El Autismo se puede presentar en las personas con distintos niveles de afectación y rasgos distintivos, por lo que, esta condición no se trata de un patrón homogéneo, si no que posee diferentes manifestaciones, lo que aumenta la complejidad de su diagnóstico.

Según la DSM-5 los criterios diagnósticos del Trastorno del Espectro Autista son los siguientes: A. Déficits persistentes en la comunicación social y la interacción social a través

de múltiples contextos, manifestadas actualmente o en el pasado por medio de las siguientes características:

- a. Déficits en la reciprocidad socioemocional
- b. Déficits en las conductas de comunicación no verbal empleadas para la interacción social.
- c. Déficits en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones B. Patrones de conductas, intereses o actividades restrictivas, repetitivas, como se manifiestan en al menos dos de los siguientes, actualmente o en el pasado: a. Movimientos, usos de objetos o habla estereotipada o repetitivos b. Insistencia en mantener cosas de forma invariable, adhesión inflexible a rutinas o patrones de conductas verbales o no verbales ritualizadas c. Intereses muy restrictivos o fijos que son anormales en intensidad u objeto
- d. Hiperreactividad o hiporreactividad sensorial o intereses inusuales a aspectos sensoriales del entorno C. Síntomas presentes desde un periodo temprano del desarrollo, que pueden no manifestarse completamente hasta que la demanda social excede sus limitadas capacidades o puede ser enmascaradas por estrategias aprendidas posteriormente en la vida D. Los síntomas causan limitaciones significativas a nivel social, laboral u otras importantes áreas del funcionamiento actual
- E. Las alteraciones no se explican mejor por discapacidad intelectual (Trastorno del Desarrollo Intelectual) o retraso global del desarrollo.

La discapacidad intelectual y el trastorno del espectro autista coexisten frecuentemente, en tal caso habría que hacer un diagnóstico comórbido de trastorno del espectro autista y discapacidad intelectual, la comunicación social debería ser inferior a la esperada para el nivel de desarrollo general. Asimismo, según la DSM-5 hay tres niveles de gravedad para el TEA, en la Tabla 6 se presentan las características que poseen los niños y niñas de estos tres niveles en cuanto a su comunicación social y en sus conductas repetitivas y restrictivas (Confederación de Adolescencia y Juventud de Iberoamérica y el Caribe, 2013). Nivel de gravedad Comunicación social Conductas repetitivas y restrictivas Nivel 3: Requiere apoyo muy sustancial Graves déficits en las habilidades de comunicación social verbal y no verbal causa graves limitaciones en el funcionamiento, iniciación de las interacciones sociales muy limitadas, y mínima respuesta a las aperturas sociales de los demás. Inflexibilidad en la

conducta, extrema dificultad para cambiar, u otras conductas repetitivas/restrictivas que interfieren marcadamente el funcionamiento en todas las esferas. Gran malestar/dificultad para cambia la acción o el objetivo Nivel 2: Requiere apoyo sustancial Marcados déficits en las habilidades de comunicación social verbal y no verbal, las limitaciones sociales aparecen Inflexibilidad de la conducta, dificultades para cambiar, u otras conductas repetitivas/restrictivas que son 21 incluso en situaciones con apoyos; las iniciaciones de las situaciones sociales son muy limitadas; y tiene una respuesta a las aperturas sociales de los demás reducida o anormal. suficientemente obvias para cualquier observador e interfieren el funcionamiento en una variedad de contextos. Produce malestar o dificultad para cambiar la acción o el objetivo Nivel 1: Requiere apoyo En lugares sin apoyo, los déficits en la comunicación social causan limitaciones significativas. Dificultades para iniciar las interacciones sociales, y claros ejemplos de respuestas atípicas o no exitosas para las aperturas sociales de otros. Puede parecer tener un menor interés en las interacciones sociales Inflexibilidad en la conducta que causa interferencia significativa en el funcionamiento en uno o más contextos. Las dificultades para cambiar de conductas. Los problemas para organizar y planificar interfieren el funcionamiento independiente Tabla 6. Características en la comunicación social y en las conductas repetitivas/restrictivas según los niveles de gravedad para el TEA, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5.

Identificación y justificación del problema

El ámbito en el cual se enmarca este proyecto de trabajo es la gestión pública, más específicamente en la atención de la **salud mental infantil en el Sistema de Salud Público del país**. El problema que se identifica es que niñas y niños con condiciones de salud mental en este sistema, se encuentran vulnerables y desprotegidos al no existir acceso universal a detecciones tempranas, diagnósticos, tratamientos y terapias, dadas las distintas psicopatologías que puede poseer. Dicho problema se puede justificar por distintas aristas, por una parte, se ha demostrado que aquellos niños y niñas que poseen trastornos mentales, y no reciben el apoyo necesario de manera precoz luego, en el futuro tienen menos probabilidades de integrarse efectivamente a la sociedad. Siendo este apoyo, una detección, diagnóstico y plan de intervención, ya sean por medio de un tratamiento o terapias, según las

características que tenga el niño o niña. Asimismo, existe un constante miedo, angustia e impotencia entre las familias que no poseen los medios para acceder a la ayuda que requieren sus hijos e hijas como, por ejemplo, controles médicos, atenciones con especialistas, terapias y tratamientos o medicamentos. Luego, las familias al percatarse que no podrán acceder a la ayuda que requieren en el sistema público de salud, en el caso de poseer recursos, el sistema privado terminará siendo su única opción para acudir y recibir el acompañamiento que requieren sus hijos o hijas, sin embargo, en el caso de no poseer recursos, las familias no tendrán posibilidad para ayudar a sus seres queridos. Por otro lado, a pesar del buen trabajo que ha realizado el Subsistema Chile Crece Contigo en el acompañamiento, protección y apoyo a la población infantil desde su creación, actualmente posee sólo un programa destinado a los niños y niñas con condiciones de salud mental, el Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil (PASMI), que viene a complementar el apoyo brindado por la Atención Primaria. El PASMI brinda acceso a un diagnóstico y tratamiento a niños y niñas que poseen trastornos de comportamiento disruptivo, trastornos ansiosos o trastornos afectivos, debido a que estos poseen alta prevalencia y 25 existe la posibilidad de tratamiento ambulatorio. Sin embargo, hay varias restricciones en este programa, en primer lugar, está destinado a solo niños y niñas entre 5 y 9 años, en segundo lugar, cubre solo estos tres tipos de trastornos, siendo que hay otros como el TEA que se pueden detectar desde temprana edad en los niños y, en tercer lugar, el programa actualmente solo se encuentra en 24 de las 346 comunas de país. Por último, otra arista que justifica el problema identificado es la cobertura que tiene el Programa de Salud Mental Integral (PSMI) de la atención primaria, el cual fue diseñado para cubrir solo el 17% de la población entre 5 a 9 años que demanda por tratamientos y/o terapias dadas sus psicopatologías, lo que por supuesto, no da abasto debido al incremento en los últimos años de las condiciones de salud mental en la población en general. No obstante, se identifica un gran potencial en el Subsistema Chile Crece Contigo para que este pueda incluir un nuevo enfoque entre sus prestaciones, un enfoque destinado a apoyar niños y niñas con condiciones de salud mental, sin importar cuales estas sean, y dónde se vea beneficiada toda población infantil entre 0 y 9 años que asiste al Sistema Público de Salud. Finalmente, se estima lo anterior factible, gracias a la estructura de soporte a nivel nacional que tiene el Subsistema, así como los programas que posee, entre ellos, el Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial (PADBP) perteneciente al componente de salud que entrega, entre

otras cosas, un seguimiento integral a la población infantil durante su desarrollo y, atenciones diferenciadas a los niños y niñas que en caso de que detectarle rezagos, riesgos o retrasos en su desarrollo. El segundo programa que tiene amplio potencial es el PASMI que, como se mencionó anteriormente realiza acciones para brindarle apoyo a niños con ciertos trastornos mentales en ciertas comunas a nivel nacional. En consecuencia, así como se espera que el programa se extienda a más comunas, este podría expandirse a más condiciones de salud mental con el fin de brindar la atención que verdaderamente requiere la población infantil con condiciones de salud mental.

Considerando las cuatro aristas que justifican el problema y el potencial que tiene ChCC en su componente de salud con el PADBP y el PASMI, proponemos un rediseño al proceso a través del cual el Subsistema ChCC con sus programas del componente de salud, Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial (PADBP) y el Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil (PASMI), realiza detecciones, diagnósticos, seguimientos, tratamientos y terapias a niñas y niños con condiciones de salud mental en el rango etario que considera ChCC, es decir, a la población entre 0 y 9 años. De manera tal que, sin importar dónde se encuentre un niño o niña, su condición socioeconómica y la gravedad de su condición de salud mental, este gracias a ChCC, implementado a nivel nacional, pueda acceder a las prestaciones que requiere y a la ayuda necesaria para mejorar su pronóstico y para que tenga una mejor esperanza de calidad de vida para el futuro.

OBJETIVOS Dado lo anterior, a continuación, se identifican el objetivo general y los objetivos específicos de este proyecto de trabajo.

OBJETIVO GENERAL Proponer un rediseño al proceso a través del cual el Subsistema Chile Crece Contigo en su componente de salud detecta, diagnóstica, y realiza intervenciones tempranas y de seguimiento a niños y niñas con condiciones de salud mental o que poseen problemas o trastornos mentales, con propósito de asegurarle a esta población prestaciones que mejoren su calidad de vida y le permitan una mejor inclusión en la sociedad.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS Los objetivos específicos de este proyecto son los siguientes:

1. Identificar los apoyos que brinda actualmente el Estado a la población infantil con rezagos mentales en cuanto a detección, diagnóstico, tratamiento y terapias
2. Establecer los procesos que se deberían incorporar en el Subsistema ChCC de manera tal de integrar universalmente

detección temprana, diagnóstico y acompañamiento a niños y niñas con trastornos mentales en los programas que pertenecen al Subsistema 3. Estimar los recursos necesarios para integrar la detección, diagnóstico y acompañamiento a los niños, niñas y sus familias si es que poseen condiciones en su salud mental en todos los grupos etarios que considera ChCC, es decir, a la población infantil entre 0 y 9 años. 2.4. ALCANCES Debido a las áreas en las cuales se encuentra inserto el proyecto, son diversos los alcances que presenta esta memoria, los cuales se explican a continuación. En primer lugar, si bien el problema que aborda el trabajo de título está directamente relacionado con el área sanitaria y disciplinas en la línea de psicología, psiquiatría y pediatría, el trabajo no considera la elaboración de procedimientos o herramientas en la materia para llevar a cabo los procesos de detección, diagnóstico, tratamiento y terapias hacia los niños o niñas, dicho aspecto debería ser estudiado, evaluado y aprobado por el Subsistema junto las distintas unidades el Ministerio de Salud que se encargan de ello. En su lugar, el problema es abordado desde la perspectiva de Ingeniería Civil Industrial, considerando para ello metodologías y conceptos de dicha área, como el diseño de procesos y la gestión de recursos en el Sistema Público. En el caso de la propuesta de rediseño de procesos, esta no considera la modificación e integración de actividades en todos los programas el ChCC, sino, que está dirigida al programa que actualmente realizan actividades de acompañamiento a niños y niñas en cuanto a su salud, el Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial (PADBP) y al programa que realiza actividades para brindar atenciones a la población infantil que posee ciertos trastornos mentales, el Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil (PASMI). Asimismo, dado que la propuesta de trabajo no solo considera una propuesta de rediseño de procesos, sino que también una evaluación de los recursos que se le deberían inyectar al Subsistema para integrar la propuesta en el futuro, no se puede evadir el hecho de que la inyección de recursos está sujeta distintos aspectos. Uno de estos aspectos es que está sujeta al porcentaje del presupuesto total del país que es destinado al Ministerio de Desarrollo Social y, más específicamente a ChCC, sus componentes y programas, presupuesto que se distribuye cada a partir de la Ley de Presupuesto. Otro aspecto del cual depende la inyección de recursos es que está sujeto a la agenda política del gobierno, las problemáticas que se encuentran en debate en la agenda pública nacional y que de una forma u otra la sociedad civil le exige al gobierno que las solucione. Por otro lado, cabe destacar que el problema abordado y la

solución planteada en la propuesta, está destinada al beneficio de la población infantil con condiciones de salud mental y, a pesar de que no se desea olvidar los problemas que también le aquejan a la población de otros rangos etarios en cuanto a su salud mental, la propuesta en si no los considera. Finalmente, el último alcance que tiene este trabajo es que este se desarrolla durante el año 2018, por lo que los resultados obtenidos se encuentran en base a los programas existentes, las actividades realizadas al interior del Subsistema y la situación socioeconómica en Chile en dicho año.

METODOLOGÍA De manera tal de llevar a cabo el objetivo general y los objetivos específicos del presente proyecto, la metodología contó con cinco etapas, las cuales se explican a continuación. Etapa 1: Con el fin de realizar un diagnóstico del apoyo que brinda el Estado a la población infantil que poseen problemas o trastornos mentales, en la primera etapa se procedió a identificar y describir los distintos programas e iniciativas que prestan las instituciones públicas a la población con rezagos mentales, utilizando como instrumentos el análisis de documentos gubernamentales, el análisis de Leyes y entrevistas a actores que participan del diseño y ejecución de políticas públicas en la materia. 28 Entre las fuentes primarias de información se encuentran el análisis de documentos gubernamentales y leyes, mientras que, entre las fuentes secundarias, se encuentran las entrevistas realizadas a las familias beneficiarias de los programas del Subsistema y el Sistema Público de Salud, la información recabada en la Asociación de Padres y Amigos de los Autistas (ASPAUT) institución que propicia acciones para mejorar la calidad de vida de personas con TEA. Etapa 2: Para cumplir con el segundo objetivo específico y establecer los procesos que se deberían incorporar en el Subsistema ChCC para la atención de la población infantil con problemas en su salud mental, en esta etapa se investigó en profundidad el funcionamiento de los programas del componente de salud de ChCC, en particular del PADBP y PASMI. Se describieron, entre otras cosas, las prestaciones que ofrecen los programas, los componentes que poseen, los procesos que llevan a cabo a nivel local para entregar atenciones a la población infantil y, las interacciones que existen entre estos y otros programas del Subsistema y del Sistema Público de Salud. De esta manera, con el levantamiento de procesos, se identificaron como ChCC lleva a cabo detecciones, atenciones diagnósticas, tratamiento y/o terapias a la población infantil en su interior. Entre las fuentes primarias utilizadas para realizar levantamiento de procesos se encuentran el análisis de documentos

gubernamentales sobre los programas que son parte del Subsistema con las actividades, como de orientaciones técnicas y guías prácticas, dónde se identificaron las instituciones públicas que se ven involucradas, las interacciones y complementariedades que existen entre los distintos programas de estatales ligados a la salud mental, el personal que integra el Subsistema, entre otras informaciones. Asimismo, otras fuentes primarias que se utilizaron para realizar el levantamiento de procesos fueron entrevistas a distintos actores que se ven involucrados en los procesos de ChCC desde la generación hasta la implementación de sus programas. Entre ellos, funcionarios de los Servicios de Salud Metropolitano Norte, Metropolitano Sur Oriente y Metropolitano Central, encargados de la integración del componente de salud en los centros asistenciales y funcionarios del Ministerio de Salud, más específicamente del Departamento de Salud Mental de la División de Prevención y Control de Enfermedades (DIPRECE) y del Departamento de Modelo de Atención Primaria de Salud de la División de Atención Primaria (DIVAP), quienes también desarrollan actividades para el correcto funcionamiento de ChCC al nivel nacional. En el Ministerio de Desarrollo Social igual se entrevistó a personal de ChCC, quienes tenían entre sus actividades gestionar y coordinar las prestaciones de los programas a nivel nacional. Etapa 3: Una vez realizado el levantamiento de procesos, en la tercera etapa se efectuó un análisis de los programas, las herramientas y las prestaciones brindadas por el PADBP y el PASMI. Para esto se utilizaron herramientas similares a las de la etapa anterior, por un lado, fuentes primarias como el análisis de documentos gubernamentales del Ministerio de Salud y del Subsistema Chile Crece Contigo y, por otro lado, se realizaron nuevas entrevistas para verificar que la información levantada sea acorde lo que en realidad sucede. Etapa 4: En la cuarta etapa se procedió a realizar el rediseño del proceso de detección, diagnóstico, tratamiento y/o terapias de psicopatologías de la infancia. Identificando las actividades necesarias para garantizar que la población infantil vulnerada en cuestión reciba el acompañamiento y apoyo que requiere dadas las características de su condición. Para el desarrollo de esta etapa uno de los instrumentos que se utilizó fue la modelación a través de Business Procesos Model and Notacion (BPMN) que permite de manera gráfica modelar procesos considerando un formato de flujo de trabajo, asimismo, se utilizaron herramientas como documentos gubernamentales del área de salud como referencia, para el rediseño de los procesos que actualmente se llevan a cabo para la detección, atención diagnóstica y tratamiento de niños y niñas. Etapa 5: Una

vez realizada la propuesta de rediseño de procesos, en la etapa final se procedió a generar una evaluación cuantitativa de los recursos que se le deberían proveer a ChCC para que este pueda implementar la propuesta a lo largo de Chile en el futuro. Para esto se identificó como se realiza la distribución de fondos desde el Ministerio de Desarrollo Social al Ministerio de Salud, se cuantificaron los recursos humanos necesarios para efectuar las actividades del rediseño de procesos y las rentas que en promedio tienen en el mercado, los recursos físicos, establecimientos de salud, que se necesitarían y, además, se estimó la población infantil que potencialmente se vería beneficiada. Las herramientas que se utilizaron fueron, por un lado, el análisis de mercado para estimar los sueldos del personal sanitario consultando las rentas brutas que actualmente tienen los profesionales en el Sistema Público de Salud; análisis de leyes, como la de dotación, para saber bajo que alcances, profesionales y médicos de especialidad son contratados, análisis de documentos gubernamentales, para identificar los recursos con que cuenta la red asistencial nacional, se realizaron entrevistas a profesionales, psicólogas, terapeutas ocupacionales y fonoaudiólogas, para conocer según su área de experiencia, qué atenciones se le deberían brindar a los niños y niñas con condiciones de salud mental.

REDISEÑO DE PROCESOS Para explicar en qué consiste un Rediseño de procesos, primero se definirá qué es un proceso y en qué radica el mejoramiento de estos. Según la Real Academia Española, un proceso se define como una acción de ir hacia adelante, un transcurso de tiempo o un conjunto de fases sucesivas de un fenómeno natural o de una operación artificial (Real Academia Española, 2018). Asimismo, en una organización se puede definir que un proceso es una secuencia de acciones y actividades llevadas a cabo, preferentemente, en el mismo orden, involucrando un intercambio de información y de datos, conducidos por una persona o un grupo (HEFLO, 2017). Una organización, ya sea pública o privada, lleva a cabo una serie de procesos para cumplir con sus objetivos cada día, sin embargo, puede ocurrir que los procesos ejecutados no estén entregando los resultados esperados, y estén provocando ineficiencias en lo largo de la cadena de procesos. Luego, la mejora de procesos se define como el análisis de los procesos que actualmente se ejecutan, de manera tal de detectar las actividades que se pueden mejorar, como ineficiencias y obstáculos, con el objetivo de definir sus metas y objetivos, el flujo de trabajo, los controles y la integración con otros procesos, para que, estos cambios puedan contribuir significativamente en la

entrega de valor al cliente final (HEFLO, 2017). Existen diversas metodologías y modelos de mejoramientos de procesos que se han aplicado en el tiempo, por ejemplo, se afirma que organizaciones japonesas fueron las pioneras en aplicar mejoramiento de procesos a mediados del siglo XX (Davenport, T. H., 1993) y, que luego de esto llegaron otros movimientos, como el ciclo de mejoramiento PHVA, popularizado por Edward Deming (Singh, S. A. R. V., 1997) que consiste en ejecutar una serie de actividades como planificar, hacer, verificar y actuar sobre los procesos (ISOtools, 2017), y le siguieron otros como Michael Porter, quién creó una base conceptual para el entendimiento de la organización en términos de procesos con cadena de valor (Porter, M. E., 1985). Algunas de las metodologías de mejoramiento de procesos que existen son la Reingeniería, el Mejoramiento continuo de procesos, Seis Sigma, BPM y el Rediseño de procesos. El Rediseño de procesos, tiene la particularidad de que con estos se realizan cambios importantes en los procesos críticos de las organizaciones y, además, se diseñan nuevos procesos para soportar nuevos servicios o líneas de productos (Mayorga, S. A., 2007). Las áreas en las que se puede generar un Rediseño de procesos son las siguientes:

- Estructura: se realizan cambios en el mismo proceso, pueden cambiar las operaciones, se eliminan duplicidades, entre otros
- Responsabilidad: se modifica la asignación de responsabilidades en, por ejemplo, el personal, ante la incorporación de tecnología, al centrar o descentralizar responsabilidades, etc.

El Rediseño de procesos se aplica en un amplio rango de situaciones, por ejemplo, antes de la implementación de sistemas ERP, introducción de nuevos productos, innovación en el servicio, entre otros (Mayorga, S. A., 2007). Dado esto, de ser aplicado, puede provocar cambios profundos en la estructura organizacional de una organización, pero, realizado en pasos incrementables. Los pasos de la metodología de Rediseño de procesos son cinco (Harmon, P., 2003): A. Planear el proyecto B. Analizar los procesos C. Diseñar o rediseñar el proceso D. Desarrollar los recursos para el proceso mejorado E. Gestionar la transición hacia el nuevo proceso Entonces, con el Rediseño de procesos se logra establecer los cambios que se le deberían aplicar a una organización ante una situación inicial, y se detallan cómo los nuevos procesos se deberían ejecutar en el futuro para aplicar los cambios que la organización necesita. Una de las etapas importantes del rediseño de procesos es identificar cuál o cuáles serán las líneas de cambio en la organización, esto en base a cuál de estas líneas genere un mayor aporte al rediseño. Las líneas de acción pueden ser cuatro: 1. Innovar

(cambiar paradigmas) 2. Mejorar coordinación 3. Reestructurar (cambiar relaciones) 4. Mejorar programación y control . Dado lo anterior, la de gestión se extiende hacia el conjunto de tramites que se llevan a cabo para resolver una situación o concretar un proyecto y, asimismo, como la dirección o administración de una compañía o de un negocio (Definición de 2019). Luego, este concepto se integra en el área sanitaria pública, como un proceso dinámico, integral, sistemático y participativo bajo el liderazgo y la conducción de la autoridad sanitaria, el cual se encuentra orientado a que las políticas, los planes, programas y proyectos de salud pública se realicen de manera efectiva, coordinada y organizada en todo el Sistema de Salud Pública a nivel nacional (Ministerio de Salud y Protección Social – Republica de Colombia, 2019). Por otro lado, al interior de las organizaciones públicas, se entienden los procesos asistenciales como el conjunto de actividades de los proveedores de atención sanitaria que tienen como fin incrementar el nivel de salud y el grado de satisfacción de la población que recibe los servicios, entendidos en un amplio sentido (Junta de Andalucía, 2001). Es así como el Subsistema Chile Crece Contigo en su reglamento identifica entre otros aspectos, el modelo de gestión y administración que posee, que contempla la coordinación y complementariedad en los distintos niveles de la administración nacional, regional y comunal, a efectos de que el Subsistema se gestione como una red integrada de servicios (Diario Oficial de la República de Chile, 2018). Dado esto, para este trabajo se considera la definición de modelo de gestión en el área sanitaria como una herramienta útil que permite conducir a la gestión de calidad total y aporta las herramientas necesarias para planificar el proceso de acuerdo con el entorno y los recursos disponibles, normalizar la actuación y la transferencia de información entre todo el equipo que participa en los procesos, garantizando eficiencia, efectividad y calidad al servicio (Rojas González, A. A., 2014).

RESULTADOS En la presente sección se introducen los resultados obtenidos en el trabajo realizado, comenzando por el diagnóstico de atenciones y apoyos que entrega actualmente el Estado a los niños y niñas que poseen condiciones de salud mental, siguiendo con el levantamiento de información y el análisis de este. Luego, se presenta la propuesta de rediseño de procesos al Subsistema Chile Crece Contigo con el objeto de brindar detecciones tempranas, atenciones diagnósticas y tratamiento a niñas y niños con problemas o trastornos mentales. Para finalizar, se introduce la estimación de recursos necesarios para que la propuesta de rediseño de procesos sea implementada en ChCC en el futuro.

DIAGNÓSTICO DE LA PROTECCIÓN BRINDADA EN SALUD MENTAL A LA POBLACIÓN INFANTIL

En esta subsección de Resultados, se presentan en primer lugar los programas e iniciativas que le brinda el Estado a la población que posee condiciones de salud mental. Luego, se analizan cuáles de estos van dirigidos a la población infantil y cuáles son sus alcances, para finalizar y más específicamente, se analizan las atenciones que reciben niños y niñas con TEA en el Sistema Público de Salud.

PROGRAMAS, ATENCIONES Y APOYOS A LA POBLACIÓN GENERAL CON PROBLEMAS Y TRASTORNOS MENTALES Según Banco Integrado de Programas Sociales entre el año 2012 y el año 2022 se han desarrollado una serie de programas en el ámbito de la salud mental en el país, los cuales se presentan a continuación con los años en que se implementaron (Banco Integrado de Programas Sociales, 2018).

1. Subsidio Discapacidad Mental
2. Piloto Salud Mental
3. Programa de Apoyo a la Atención de Salud Mental
4. Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil (2016, 2017) Asimismo, hay otros programas, iniciativas o complementos que aportan a la atención de la salud mental en el país, los cuales son:
 5. Programa de Salud Mental Integral
 6. Programa Habilidades para la Vida I
 7. Programa Habilidades para la Vida II
 8. Garantías Estatales en Salud
 9. Programa de acompañamiento a niños, niñas, adolescentes y jóvenes de familias con alto riesgo psicosocialA continuación, se describen brevemente cada una de estos nueve programas o iniciativas, identificando sus principales características y como le aporta a la población infantil con condiciones de salud mental.

SUBSIDIO DISCAPACIDAD MENTAL La entrega de este beneficio está a cargo de la Subsecretaría de Previsión Social del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, el cual

consiste en un beneficio monetario que se paga mensual, hacía las personas que están a cargo de menores de 18 años que poseen discapacidad intelectual. El objetivo de este beneficio es ayudar a las familias a cubrir parte de las necesidades que poseen debido a la condición de sus hijos e hijas. En el año 2018 el Subsidio de Discapacidad Mental fue de igual a 67.347 CLP (Banco Integrado de Programas Sociales, 2018). Este subsidio está dirigido a personas menores de 18 años en situación de discapacidad que no tienen previsión y que son de escasos recursos, dónde los requisitos para acceder al subsidio son estar dentro del 20% más vulnerable de la población, según la clasificación socioeconómica del Registro Social de Hogares, tener residencia continua en el país, a lo menos, tres años inmediatamente anteriores a la fecha de presentación de la solicitud, tener una resolución aprobada por la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez (COMPIN) y que no tengan previsión social, ni tampoco que estén recibiendo algún tipo de subsidio. La cobertura del Subsidio de Discapacidad Mental se presenta en la Tabla 9, considerando la población potencial , objetivo y beneficiarios, así como la cobertura efectiva y la brecha de cobertura para los años 2016, 2017 y 2018 de la iniciativa.

	2016	2017	2018
Población potencial	22975	21388	20718
Población objetivo	22975	21388	20718
Beneficiarios	22975	21655	20718
Cobertura efectiva	100%	101,2%	100%
Brecha de cobertura	0%	0%	0%

Tabla 9. Cobertura Subsidio Discapacidad Mental años 2016 a 2018, Elaboración propia (en base a información del Banco Integrado de Programas Sociales)

PROGRAMA DE APOYO A LA SALUD MENTAL INFANTIL El Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil (PASMI) tiene como propósito aumentar la proporción de niños y niñas entre 5 y 9 años con trastornos de salud mental que acceden a un diagnóstico y tratamiento. Actualmente, a través de los Centros de Atención Primaria de Salud, se entrega un tratamiento a niños que presenten trastornos por comportamiento disruptivos, trastornos. Las fuentes de información para la población potencial, objetivo y beneficiarios son el Segundo Catastro Nacional de Calle 2018, el informe emitido por Gendarmería de Chile con potenciales beneficiarios de programa Abriendo Caminos e informes técnicos iniciales y finales del programa. 38 ansiosos y trastornos afectivos, atención de acuerdo con las orientaciones técnicas de atención integral en salud mental en Atención Primaria de Salud del Ministerio de Salud (Banco Integrado de Programas Sociales, 2018). El PASMI considera un tratamiento integral que incluye acceso a atenciones por parte de médicos, psicólogos y

asistentes sociales, así como a visitas domiciliarias y sesiones grupales para el fomento de competencias parentales (Chile Crece Contigo, 2018). Niñas y niños para acceder al PASMI, deben tener entre 5 y 9 años, ser beneficiarios de FONASA, estar inscritos a un centro de salud y deben pertenecer a las comunas seleccionadas con el programa, las cuales actualmente son 24 de las 326 comunas del país. La cobertura del PASMI, considerando la población potencial y objetivo, beneficiarios, cobertura efectiva y la brecha de cobertura para los años 2016, 2017 y 2018.

	2016	2017	2018
Población potencial	253641	253641	253641
Población objetivo	9300	18600	18600
Beneficiarios	9300	18600	18600
Cobertura efectiva	100%	100%	100%
Brecha de cobertura	96,3%	92,7%	92,7%

Tabla 11. Cobertura Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil, años 2016 a 2018, Elaboración propia (en base a información del Banco Integrado de Programas Sociales).

Las fuentes de información para la población potencial, objetivo y beneficiarios son la población inscrita validada por FONASA en Establecimientos de Atención Primaria, el estudio epidemiológico realizado el año 2012 por Vicente y De La Barra, los datos del Departamento de estadística e información en salud y los Registros Estadísticos Mensuales del (DEIS). Agrupaciones de autoayuda que se constituyen como una red de apoyo psicosocial para mujeres que viven violencia intrafamiliar c. Organizaciones comunitarias que participan en el Programa de prevención de la violencia intrafamiliar 3. Prevención y tratamiento integral de alcohol y drogas a. Personas mayores de 10 años con consumo riesgoso de alcohol y/o drogas reciben intervenciones preventivas b. Personas mayores de 10 años con consumo problema o dependiente de alcohol y/o drogas reciben intervenciones terapéuticas c. Agrupaciones de autoayuda que se constituyen como una red de apoyo psicosocial para el tratamiento y el seguimiento de las personas con consumo problema y dependencia de alcohol y/o drogas 4. Consumo perjudicial y dependencia de alcohol y drogas en población menor de 20 años (GES) a. Personas menores de 20 años acceden al Plan Ambulatorio Básico por el GES Alcohol y Drogas recibiendo tratamiento y atención de seguimiento 5. Salud Mental Infanto-Juvenil a. Niños, niñas y adolescentes son atendidos por Trastorno Hipercinético y de la Atención, por Trastornos emocionales o conductuales de la infancia y la adolescencia b. Niños y niñas son atendidos por Maltrato Infantil c. Organizaciones de padres y organizaciones comunitarias participan en programa de prevención de problemas de salud mental de niños, niñas y adolescentes d. Profesores de

establecimientos educacionales participan en programa de promoción de salud mental de niños, niñas y adolescentes 6. Aumento de la resolutiveidad de la APS en salud mental a. Considera mejorar la resolución de la Atención Primaria mediante consultorías de salud mental y del tratamiento ambulatorio, oportuno y de calidad, de personas con patologías de salud mental de moderada a alta severidad a través de un equipo comunitario de especialidad Las patologías consideradas son las siguientes: 1. Trastorno Bipolar, de moderada a alta severidad 2. Depresión, de moderada a alta severidad 3. Trastornos de Ansiedad y del Comportamiento, de moderada a alta severidad 4. Demencia y Trastornos Mentales Orgánicos 40 5. Esquizofrenia y Psicosis No Orgánica 6. Trastornos Generalizados del Desarrollo 7. Trastornos Hipercinéticos, de moderada a alta severidad 8. Trastornos del Comportamiento Emocionales de la Infancia y adolescencia, de moderada a alta severidad 9. Violencia Intrafamiliar, de moderada a alta severidad 10. Maltrato infantil, de moderada a alta severidad 11. Plan Ambulatorio Intensivo – OH y Drogas 12. Plan Ambulatorio Comunitario – OH y Drogas Más específicamente, el componente de Salud Mental Infanto-Adolescente del programa considera realizar detección precoz, prevención del daño e intervención temprana en salud mental, de acuerdo con las necesidades específicas de los niños, niñas y adolescentes, por ciclo vital, de forma cercana al domicilio del niño y su familia, que fomente y mantenga vínculo familia niño/niña, con acceso oportuno, sin exclusión, asegurando atención integral e integrada y con estándares de calidad (Ministerio de Salud, 2011). Es así, que este componente está dirigido a la promoción, prevención e intervención temprana de problemas y trastornos de salud mental de la población infantil y adolescente, tales como maltrato infantil, trastornos hipercinéticos y de la atención, emocionales y conductuales. Su estrategia es intersectorial, especialmente con el sector Educación y en sinergia con el Programa Habilidades para la Vida desarrollado por JUNAEB. Por lo tanto, sus actividades deben contemplar acciones en el ámbito comunitario, en las escuelas, los barrios, con grupos de niños, adolescentes, padres y profesores (Ministerio de Salud, 2011). Entre las actividades del programa para este componente se consideran: 1. Detección y evaluación diagnóstica 2. Consejería y educación a los padres 3. Tratamiento: intervenciones psicosociales individuales, familiares y de grupo, prescripción de fármacos 4. Visita domiciliaria integral 5. Educación de promoción y prevención de salud mental a padres y profesores 6. Capacitación del equipo de salud No obstante, el PASMI fue diseñado para

cubrir solo el 17% de la demanda por parte de la población entre 5 a 9 años con condiciones de salud mental, quienes necesitan tratamientos y/o terapias dadas sus psicopatologías.

ANÁLISIS DE PROGRAMAS DESTINADOS A LA POBLACIÓN INFANTIL CON REZAGOS MENTALES De los programas, atenciones y apoyos recién identificados y descritos, aquellos que están destinados en parte o por completo a la población infantil del país entre 0 y 9 años, que es el rango etario que considera ChCC son los siguientes: • Subsidio de discapacidad mental • Programa de Salud Mental Integral (PASMI) • Programa de apoyo a la atención de salud mental • Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil (PASMI) • Programa Habilidades para la Vida I (HpV I) • Programa de acompañamiento a niños, niñas, adolescentes y jóvenes de familias con alto riesgo psicosocial. Asimismo, de todos los programas expuestos, no todos tienen considerado entre sus componentes actividades como la detección, diagnóstico o tratamiento de condiciones de salud mental en la población infantil, ya que, son varios los que tienen puesto su foco en la prevención y promoción de la salud mental de niños y niñas. Dado lo anterior, los únicos programas que consideran la detección de condiciones de salud mental son: • Programa Habilidades para la Vida I • Programa de apoyo a la atención de salud mental • Programa de acompañamiento de niños, niñas, adolescentes y jóvenes de familias con alto riesgo psicosocial • Programa Salud Mental Integral (PSMI) Mientras que los que consideran el diagnóstico y el tratamiento de condiciones de salud mental son: • Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil (PASMI) • Programa Salud Mental Integral (PSMI) En el caso del PASMI, las condiciones de salud mental que considera en el tratamiento son: • Trastornos de comportamiento disruptivo • Trastornos ansiosos • Trastornos afectivos El PSMI, por otro lado, en su componente de Salud Mental Infanto-Juvenil, considera para tratamiento a NNA con el Trastorno Hipercinético y de la Atención y, los Trastornos emocionales o conductuales. Mientras que, en su componente de aumento de la resolutiveidad de la APS en salud mental, considera las siguientes condiciones de mayor severidad: • Trastorno Bipolar, de moderada a alta severidad • Depresión, de moderada a alta severidad • Trastornos de Ansiedad y del Comportamiento, de moderada a alta severidad • Esquizofrenia y Psicosis No Orgánica • Trastornos Generalizados del Desarrollo • Trastornos Hipercinéticos, de moderada a alta severidad • Trastornos del Comportamiento Emocionales de la Infancia y adolescencia, de moderada a alta severidad 46 Es así, que considerando que aproximadamente el 80% de la población se atiende en el

Sistema Público de Salud siendo su previsión FONASA (ver Gráfico 2), es importante evidenciar que actualmente y, ante el inminente aumento de demanda por atenciones en salud mental, la atención primaria y los programas que trabajan en el área no están preparados para brindar la atención integral que requieren los niños y niñas que dadas sus condiciones socioeconómicas, dependen directamente de las prestaciones que les pueda brindar el Estado.

Las funciones principales de esta intervención son la prevención secundaria del déficit y rezagos en el desarrollo, y la promoción del desarrollo con énfasis en el primer año de vida. Las MADI están destinadas actualmente a la población de niñas y niños con déficit en su desarrollo: 1. Niños y niñas con algún rezago en su desarrollo (categoría normal en test de desarrollo, pero con una subárea alterada) 2. Niños y niñas normales con presencia de factor de riesgo (o vulnerabilidad) psicosocial 3. Niños y niñas con desarrollo normal, sin los criterios anteriores, para la promoción del desarrollo, según disponibilidad de recursos.

PROGRAMA DE APOYO A LA SALUD MENTAL INFANTIL (PASMI) El PASMI tiene como propósito aumentar la proporción de niños y niñas entre 5 y 9 años con trastornos de salud mental que acceden a diagnóstico y tratamiento. Dado esto, atiende a la alta proporción de niños y niñas con trastornos de salud mental que no reciben atenciones diagnósticas ni se encuentran bajo control alguno, con el fin de que estos niños alcancen su máximo potencial de desarrollo biopsicosocial. Para ello a través de los Centros de Atención Primaria de Salud, se entrega un tratamiento integral a niños que presenten trastornos por comportamiento disruptivos, trastornos ansiosos y trastornos afectivos, atención de acuerdo con las orientaciones Técnicas de Atención Integral en Salud Mental en Atención Primaria de Salud del Ministerio de Salud. Niños y niñas ingresan al programa por medio 4 vías: • Derivación desde el Programa de Habilidades para la Vida (JUNAEB) • Derivación desde el Programa de Salud Escolar • Derivación desde otro profesional de salud o red comunal: Por ejemplo; Programa Vida Sana, Sembrando Sonrisas, Promoción de Salud, entre otros. • Demanda espontánea El PASMI tiene dos componentes, los cuales se introducen a continuación: 1. Promoción del Bienestar Emocional 2. Atención de Trastornos y Problemas de Salud Mental, 62 el primero componente, de Promoción del Bienestar Emocional, tiene como foco realizar actividades de índole promocional de manera tal de difundir en la población herramientas y contenidos en cuanto a los problemas de salud mental que pueden tener niños y niñas entre

5 y 9 años. El Componente Subcomponente Actividades Unidad Periodo Promoción del Bienestar Socioemocional A. Difusión de contenidos educativos sobre promoción del bienestar socioemocional en niños y niñas de 5 a 9 años.

A.1. Difusión del desarrollo normativo de niños y niñas desde los 5 hasta los 9 años APS 5 a 9 años A.2. Difusión de contenidos educativos que promueven el bienestar socioemocional y la salud mental en niños y niñas de 5 a 9 años. A.3. Difusión de contenidos educativos para la sensibilización y des estigmatización de problemas de salud mental en niños y niñas de 5 a 9 años. A.3. Difundir la oferta programática comunal de recreación y hobbies para niños y niñas de 5 a 9 años. Visión general de los subcomponentes, actividades, unidad y periodo del componente Promoción del Bienestar Socioemocional del PASMI, Ministerio de Desarrollo Social, Gobierno de Chile (Ministerio de Desarrollo Social, 2017) El segundo componente del PASMI, tiene como objetivo, por un lado, brindar a la población infantil, con condiciones de salud mental, la atención que requieren dadas sus características y, por otro lado, apoyar a los padres en sus competencias parentales, por medio de talleres y la entrega de materiales educativos durante el crecimiento de sus hijos e hijas cuando tienen entre 5 a 9 años y, brindar apoyo social a niños y niñas que poseen vulnerabilidad psicosocial. Es importante resaltar este componente, dado que es en este dónde los niños y niñas se ven beneficiados del programa, ya que, reciben la atención que necesitan a partir de una evaluación diagnóstica y se le brinda un plan de tratamiento integral personalizado.

El tiempo de intervención que considera el PASMI a niños y niñas que poseen trastornos por comportamiento disruptivos, ansiosos o trastornos afectivos es de en promedio 9 meses, con un mínimo de 6 meses en intervención y un máximo de 12 meses con eventual posibilidad de derivación. Para egresar del programa los beneficiarios deben recibir la alta clínica por parte de su médico tratante. La cantidad y la frecuencia de las sesiones depende exclusivamente de los resultados de la evaluación diagnóstica, es decir, del tipo de problema o trastorno, las características de este, los antecedentes del paciente y del plan de tratamiento con los objetivos que se acuerden con la familia y el niño o niña, entre otros factores. Se le sugiere a los equipos agendar las sesiones con una frecuencia semanal con un total de 12 sesiones como ideal, lo que implica una intervención o tratamiento de tres meses. El segundo subcomponente, denominado Fomento de competencias parentales en familias con niños y

niñas de 5 a 9 años, les brinda a las familias herramientas para potenciar sus destrezas en la educación que le brindan a sus hijos y, asimismo, le ofrece a padres y apoderados asistir a talleres para trabajar aspectos como este. Por último, el tercer subcomponente, denominado Apoyo social en casos de vulnerabilidad psicosocial, considera actividades como visitas domiciliarias integrales y visitas a los establecimientos educacionales por equipos de convivencia escolar y profesores. En la Figura 12 se presentan las actividades que se llevan a cabo gracias a este subcomponente en el PASMI. Figura 12. Acciones Subcomponente Apoyo social en casos de vulnerabilidad psicosocial del PASMI, Elaboración propia

Las distintas prestaciones con las que cuenta el PASMI se presentan en la Tabla 22, junto con cantidad de estas a las que pueden acceder los niños, niñas y sus familias al ingresar al programa y el rendimiento de estas atenciones en minutos.

Prestación	Cantidad	Rendimiento en minutos
Evaluación diagnóstica integral de Médico	1	45
Evaluación diagnóstica integral de Psicólogo(a) o Trabajador(a) Social	1	45
Consulta Salud Mental realizada por Médico	1	20
Consulta Salud Mental realizada por Psicólogo	8	45
Consulta Salud Mental realizada por trabajador social u otro profesional	1	30
Consulta Salud Mental Grupos (Taller de competencias parentales Nadie es Perfecto - Convivencia)	4	90
Visita domiciliaria integral / ámbito escolar	1	90
Consultoría en salud mental infantil	3	20

Tabla 22. Prestaciones Programa Apoyo a la Salud Mental Infantil, Ministerio de Desarrollo Social, Gobierno de Chile (Chile Crece Contigo, 2017)

En el documento de Orientaciones Técnicas del PASMI se presenta en un flujograma del ingreso al programa (ver Diagrama 1), el cual va desde que se solicita una hora para acceder a un diagnóstico, hasta que se realiza la intervención y posterior evaluación antes de la dada de alta del paciente del programa. Diagrama 1. Ingreso al PASMI, documento de Orientaciones Técnicas del programa, Ministerio de Salud, Gobierno de Chile (Chile Crece Contigo, 2017)

Se puede criticar del flujograma presentado, que este no integra separaciones entre los actores que participan del proceso y, por lo tanto, no queda claro de quién dependen las tareas que aparecen él y que son parte de las actividades de atención que ejecuta el PASMI. Asimismo, se utiliza de manera errónea las representaciones de eventos intermedios, ya que estos, no corresponden a estos tipos de eventos, porque en realidad corresponden a subprocesos o a eventos de fin al ser independientes del PASMI. No obstante, resalta del flujograma el hecho que incorpora compuertas básicas para separar la atención a la cual pueden efectivamente acceder los niños

en el PASMI según la severidad de la condición que se les haya diagnosticado, lo que permite representar claramente, qué prestaciones no puede brindar el programa. Por otra parte, en el flujograma se incluyen correctamente objetos de datos para representar los documentos e informaciones que se adjuntan entre las distintas atenciones para, por ejemplo, corroborar las derivaciones o diagnósticos realizados. Dado lo anterior, el flujograma tiene alto potencial para ser mejorado con objeto de representar las actividades que ejecuta el PASMI en el 66 subcomponente de Atención de salud mental para niños y niñas de 5 a 9 años de manera concreta para que pueda ser comprendido por cualquier persona que lo observe o estudie.

ARTICULACIONES DEL PROGRAMA Los programas que se articulan con PASMI son los siguientes: • Programa Habilidades Para la Vida I (HpV I) El programa HpV I, ejecutado por la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB), se articula con el PASMI debido a que este tiene entre sus actividades la aplicación de dos instrumentos de tamizaje de salud mental el Pediatric Symptom Checklist (PSC) y el Teacher Observation of Classroom Adaptation – Revised (TOCA-R) en el contexto escolar, que permiten observar factores de riesgo de salud mental y así realizar una detección de condiciones de salud mental en los preescolares y escolares . El HPV I se encarga de derivar a niños y niñas que presenten factores de riesgos a los centros de salud donde exista PASMI, de allí el equipo de salud del centro realiza una evaluación diagnóstica integral, genera un plan de intervención y luego se le brinda el tratamiento a los niños y niñas acorde al diagnóstico médico establecido. Es así como, la interacción principal entre el programa HpV I y PASMI, es la derivación de los niños(as) con screening positivo que requieren de una evaluación integral, confirmación diagnóstica y tratamiento. En la Figura 13 se presenta cómo el Programa HpV I se articula con el PASMI. Desde allí, el equipo del centro de salud con PASMI se encarga de realizar la evaluación diagnóstica integral y brindará el tratamiento a los niños o niñas de acuerdo con el diagnóstico médico establecido (Chile Crece Contigo, 2017). En la Figura 14, se presenta cómo el Programa de Salud Escolar se articula con el PASMI. 67 Figura 14. Articulación entre el Programa de Salud Escolar y el Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil, Elaboración Propia.

PROGRAMAS COMPLEMENTARIOS Los programas que complementan al PASMI son externos, ya que, son coordinados por instituciones o servicios distintos a ChCC, estos son

los siguientes:

- Programa de Salud Mental Integral en atención primaria de salud (PSMI)

Como se mencionó anterior, el PSMI busca reforzar las prestaciones que entrega el PSMI a niños y niñas de 5 a 9 años, dado esto se suman las prestaciones de ambos programas para otorgar una atención de mayor calidad y extensión a la población infantil (Chile Crece Contigo, 2017). Ambos programas se complementan de diversas maneras en el Sistema Público de Salud, sin embargo, algunas de las características que los diferencian son el tiempo de las sesiones, el PASMI por un lado brinda terapias de aproximadamente 30 minutos, mientras que el PSMI brinda sesiones de 45 a 60 minutos. En cuanto al periodo en el cual se realiza el tratamiento, PASMI entre este por un periodo breve de tiempo (a lo más 1 año), mientras que en el PSMI el periodo de seguimiento es más largo. Para ver otras características que los diferencian o igualan consultar Anexo 3.- Programa de acompañamiento a niños, niñas, adolescentes y jóvenes de familias con alto riesgo psicosocial

El Programa de acompañamiento ofrece una intensificación en el tratamiento en de niños y niñas con problemas o trastornos de salud mental de mayor complejidad, dicha intensificación se traduce en los servicios de acompañamiento telefónico y visitas domiciliarias (Chile Crece Contigo, 2017). Con ambos programas, se pretende dar continuidad al acompañamiento de la trayectoria de niños, niñas y sus familias, manteniendo el foco preventivo y promocional, pero brindando apoyo directo a la intervención temprana de trastornos externalizantes (Trastorno de Déficit Atencional con o sin Hiperactividad, entre otros) e internalizantes (trastornos que incorporan síntomas depresivos/ansioso que pueden favorecer el suicidio) de la infancia, entre otros. Dado que el programa de acompañamiento se focaliza en niños y niñas que tiene alto riesgo psicosocial, pueden tener problemas de adherencia a su Plan de Tratamiento Individualizado (PTI), es así como que el programa apoya en 68 el rescate de niños y niñas que, durante su tratamiento en el PASMI, tienen problemas de adherencia. En la Figura 15 se presenta el procedimiento de rescate de niños y niñas que tienen problemas de adherencia durante su intervención en el PASMI, dónde el Programa de acompañamiento participa enmendando la situación.

OTRAS INTERACCIONES DEL PROGRAMA El PASMI también interactúa con otros programas de salud mental, realizando derivaciones para el bienestar de los niños mientras ellos reciben atenciones en el programa. Por ejemplo, el programa realiza derivaciones al Programa Vida Sana Alcohol y Drogas, cuando el padre, madre o adulto significativo del

niño o niña tiene necesidades de atención de esa índole. Asimismo, el PASMI también puede derivar al PSMI cuando se sospeche de algún problema de salud mental de padre, madre y cuidador (Chile Crece Contigo, 2017). Al contrario, el PASMI también recibe derivaciones desde el Programa Vida Sana Alcohol y Drogas, cuando este último programa observe que hijos e hijas de sus pacientes bajo control, tienen necesidad de ser evaluados y tratados, y se encuentren en el rango de edad de atención del PASMI. El PASMI también se conecta con la atención del nivel secundario para la derivación de casos de complejidad grave, y/o comorbilidad. Sin embargo, el nivel secundario también podrá derivar a hijos e hijas de sus pacientes bajo control que se encuentren en este rango de edad y tengan la necesidad de ser evaluados y tratados.

CAPÍTULO 6: EVALUACIÓN DEL PROGRAMA PASMI

Al momento de crear una política pública nueva, el Estado o gobierno debe tener la capacidad política, social y económica de establecerla en la “agenda”, esta etapa es relevante ya que consiste en el primer paso en el ciclo de políticas públicas. Es precisamente en esta etapa es donde se identifica el problema a través de varios instrumentos de diagnóstico social y se comienza en la esfera pública, para ser tomado en consideración por los organismos estatales, ya sea, poder legislativo y poder ejecutivo.

En el diagnóstico a presentar, se pueden encontrar una variedad de factores que pueden influir en si un problema se coloca en la agenda pública, que incluyen:

- **La gravedad del problema:** Cuanto más grave sea un problema, más probable es que se coloque en la agenda pública.
- **La atención pública al problema:** Cuanta más atención pública reciba un problema, más probable es que se coloque en la agenda pública.
- **El apoyo de los grupos de interés:** Los grupos de interés son organizaciones o individuos que tienen un interés en un tema en particular. Si un grupo de interés poderoso apoya un problema, es más probable que se coloque en la agenda pública.

Luego del diagnóstico, de forma natural, se comienza a realizar la formulación de la política pública, el revisar los recursos financieros, humanos de infraestructura que cuenta el Estado para poder intervenir en la problemática recogida por los expertos sociales en sus respectivos diagnósticos, tal como lo muestra la siguiente imagen:



En el presente capítulo, nos centraremos que a nuestro juicio es la parte más importante del círculo de una política pública, que es la evaluación.

Debemos entender que las evaluaciones de las políticas públicas es un proceso fundamental para asegurar su eficacia, eficiencia y equidad. Permite determinar si una política está logrando sus objetivos de manera efectiva, si está utilizando los recursos de manera eficiente y si está beneficiando a todos los grupos de la sociedad de manera equitativa.

Existen tres tipos principales de evaluación de políticas públicas: financiera, de cobertura y de procedimiento. Pueden existir otras más, pero según a nuestro juicio según el programa que estamos revisando, se ajustan más a su aplicabilidad.

Evaluación Financiera

Objetivo: Medir el impacto financiero de una política pública.

Importancia: Permite determinar si una política es sostenible a largo plazo y si está utilizando los recursos de manera eficiente.

Ejemplos: Análisis de costo-beneficio, análisis de costo-efectividad, evaluación del impacto fiscal.

Evaluación de Cobertura

Objetivo: Medir el alcance de una política pública y si está llegando a los grupos objetivo.

Importancia: Permite determinar si una política es equitativa e inclusiva.

Ejemplos: Análisis de la distribución de beneficios, análisis de la participación de los grupos objetivo, evaluación de la accesibilidad.

Evaluación de Procedimiento

Objetivo: Medir la eficiencia y la eficacia de los procedimientos administrativos de una política pública.

Importancia: Permite determinar si una política es fácil de implementar y si está logrando sus objetivos de manera efectiva.

Ejemplos: Análisis de la carga administrativa, análisis de los flujos de trabajo, evaluación de la satisfacción de los usuarios.

La evaluación de las políticas públicas es un proceso continuo que debe realizarse durante todo el ciclo de vida de una política, desde su diseño hasta su implementación y evaluación final. Los resultados de la evaluación deben ser utilizados para mejorar la política y asegurar que esté logrando sus objetivos de manera efectiva, eficiente y equitativa.

En resumen, la evaluación de las políticas públicas es importante porque:

Permite determinar si una política está funcionando.

Ayuda a mejorar la política y a hacerla más efectiva.

Asegura que la política esté utilizando los recursos de manera eficiente.

Promueve la equidad y la inclusión.

Fortalece la rendición de cuentas y la transparencia

Lo anterior, a continuación, presentamos al lector, los resultados de evaluación del programa PASMI, en del año 2022, que son los más recientes, en cada entrega gráfica, entregaremos ítems de “mejora” del programa.

I. ANTECEDENTES DEL PROGRAMA

DESCRIPCIÓN

Año de inicio: 2016

Año de término: Permanente, quiere decir que el programa permanecerá hasta que la autoridad lo decida

El programa busca resolver la situación de niñas y niños entre 0 a 9 años que presentan trastornos de salud mental. Para ello, y con el objeto de que recuperen su salud mental se entrega tratamiento integral de salud mental a estos niños, junto a un acompañamiento en la parentalidad a sus madres, padres y/o cuidadores. Además, el programa realiza un control de salud mental a menores de 9 años para detectar tempranamente riesgos de trastornos en los niños y niñas. Para el año 2022 el programa focaliza en niños entre 5-9 años.

Los beneficiarios efectivos se encuentran en las regiones de: Arica y Parinacota, Tarapacá, Antofagasta, Atacama, Coquimbo, Valparaíso, Libertador General Bernardo O'Higgins, Maule, Bío-Bío, Ñuble, La Araucanía, Los Ríos, Los Lagos, Aysén del General Carlos Ibáñez del Campo, Magallanes y Antártica Chilena, Metropolitana de Santiago.

Se ejecuta por terceros.

PROPÓSITO

Niños(as) entre 0 y 9 años recuperan su salud mental.

HISTORIAL EVALUATIVO DEL PROGRAMA

Evaluaciones Ex-Ante MDSF: Si

- Año: 2022
- Calificación obtenida: Recomendado favorablemente

Evaluación Ex-Post DIPRES: **No se realizaron evaluación Ex Post**

Otras evaluaciones: **No existe un contra muestra de evaluación.**

Nota: A mediados de noviembre del 2022, se realizó la primera evaluación para el programa realizado por la UNICEF.

II. ANÁLISIS DE DESEMPEÑO DEL PROGRAMA		
DIMENSIÓN	RESULTADOS	HALLAZGOS
Focalización Cobertura	<ul style="list-style-type: none"> El programa no presenta deficiencias evidentes en los criterios de focalización implementados durante el periodo 2022. 	Sin observaciones en la dimensión.
Eficiencia ejecución presupuestaria	<ul style="list-style-type: none"> Ejecución presupuestaria inicial 2022: El programa presentó una ejecución respecto a su presupuesto inicial 2022 dentro del rango esperado (85% y el 110%). Ejecución presupuestaria final 2022: El programa presentó una ejecución respecto a su presupuesto final 2022 dentro del rango esperado (90% y el 110%). Persistencia subejecución presupuestaria: El programa no presenta problemas de persistencia de subejecución en relación a su presupuesto inicial. Gasto por beneficiario: En comparación al promedio de los dos años anteriores, el programa presenta un gasto por beneficiario 2022 dentro del rango esperado (más o menos del 20%). Gasto administrativo: No se advierten falencias metodológicas en la estimación del gasto administrativo. 	Sin observaciones en la dimensión.
Eficacia	<ul style="list-style-type: none"> Respecto al primer indicador de propósito, el indicador es pertinente, dado que permite medir el propósito del programa. Complementariamente, no se advierten deficiencias metodológicas en la formulación y/o medición del indicador. El indicador de propósito disminuyó, señalando un peor desempeño del programa respecto a la ejecución del año anterior. Respecto al segundo indicador de propósito, el indicador es pertinente, dado que permite medir el propósito del programa. Complementariamente, no se advierten deficiencias metodológicas en la formulación y/o medición del indicador. No es posible evaluar el desempeño del indicador de propósito respecto a la ejecución del año anterior, debido a que no se reportó información en el año 2022 ni el año 2021. 	<p>El programa presenta indicadores de propósito adecuados, pero señala que no dispone de información para su medición, Esto ha sido reiterativo en los últimos 3 años.</p> <p>Los indicadores complementarios 2 y 3 no cumplen en calidad ya que no indican temporalidad.</p>

III. DESEMPEÑO 2022 DEL PROGRAMA

POBLACIÓN

Población

El programa atiende niños(as) de 5 a 9 años con trastornos de salud mental, inscritos en atención primaria de salud (APS) validada por FONASA, que viven en comunas donde opera el programa. Se derivan desde controles de salud, establecimiento educacional o demanda espontánea en centro de salud. El programa evalúa la presencia de un trastorno de salud mental en el niño(a), lo que conduce a su ingreso. De lo contrario es referido a otras prestaciones según sus necesidades. El criterio diagnóstico se basa en manual CIE10 que utiliza el MINSAL. Los centros de salud donde opera el programa pertenecen a comunas que han sido priorizadas según índice de vulnerabilidad construido desde el MINSAL. El mecanismo de ingreso es por cupos, ingresan niños(as) a medida que egresan otros y dependen de la capacidad de cada establecimiento.

COBERTURA POR AÑO*

2020	2021	2022
85,5%	56,7%	63,0%

* Cobertura: (Población beneficiada del año t / población objetivo año t)*100.

PRESUPUESTO Y EJECUCIÓN

Ejecución	Presupuestaria	por	año	(M\$	2023)
Presupuesto (M\$ 2023)					
			2020	2021	2022
	Ejecución presupuestaria inicial *		100%	96%	100%
	Ejecución presupuestaria final **		100%	100%	100%
	Presupuesto Ejecutado ***		3.863.471	3.787.237	3.882.847
	Recursos extrapresupuestarios ****		N/A	N/A	N/A

* La ejecución presupuestaria inicial corresponde a (presupuesto ejecutado año t / presupuesto inicial año t)*100. El presupuesto inicial corresponde al total de gastos definidos en la Ley de Presupuestos del Sector Público, o en su defecto, es el monto asignado inicialmente por el Servicio, cuando el programa no está expresamente identificada en la Ley de Presupuestos.

** La ejecución presupuestaria final corresponde a (presupuesto ejecutado año t / presupuesto final año t)*100. El presupuesto final incorpora las reasignaciones presupuestarias realizadas al Presupuesto Ley del año.

*** El presupuesto ejecutado corresponde al Presupuesto Ley ejecutado por los Servicios, no incluyendo los recursos extra presupuestarios declarados.

**** Detalla si el programa obtuvo recursos adicionales a los entregados por la Ley de Presupuestos.

GASTO POR SUBTÍTULOS	
Subtítulo *	Total ejecutado (M\$2023)
21 (Gastos en personal)	9.079
24 (Transferencias Corrientes)	3.873.768
Gasto total ejecutado	3.882.847

* Los subtítulos identificados pueden corresponder a uno o más programas presupuestarios.

COMPONENTES									
GASTO Y PRODUCCIÓN DE COMPONENTES (M\$ 2023)									
Componentes (Unidad de producción) *	Gasto ejecutado Miles de \$(2023)			Producción (unidad)			Gasto unitario Miles de \$(2023)		
	2020	2021	2022	2020	2021	2022	2020	2021	2022
Tratamiento integral de salud mental a niños(as) (Niños(as) de 5 a 9 años con trastornos de salud mental reciben tratamiento integral de salud mental.)	3.767.580	3.707.860	3.748.147	37.484	37.699	41.863	100,5	98,4	89,5

Acompañamiento en la parentalidad a madres, padres y/o cuidadores con trastornos de salud mental (Madres, padres y/o cuidadores con trastornos de salud mental reciben acompañamiento en la parentalidad)	0	0	0	0	N/A	N/A	N/A	N/A
Control de salud mental infantil a niños(as) de 0 a 9 años (Número de niños(as) de 0 a 9 años con control de salud mental realizado a los 10 meses, 2,5 años, 5,5 años y 7,5 años de edad.)	0	0	0	0	N/A	N/A	N/A	N/A
Gasto administrativo	95.892	79.377	134.700					
Total	3.863.471	3.787.237	3.882.847					
Porcentaje gasto administrativo	2,5%	2,1%	3,5%					

* Dado que los diseños de los programas pueden variar cada año y en esta Tabla sólo se muestran los componentes vigentes en 2022, la suma total para los años 2020 y 2021 podría no cuadrar para aquellos en los que se ejecutaron componentes descontinuados.

EVOLUCIÓN GASTO POR BENEFICIARIO (M\$2023)*		
2020	2021	2022
103,1	100,5	92,8

* Gasto por Beneficiario: ((gasto componentes + gasto administrativo ejecutado año t) / número beneficiarios efectivos año t).

Uno de los principales análisis que realizamos, es el aumento del gasto administrativo, que va en aumento, pero que no es coincidente con el aumento de la cobertura del programa, por lo tanto, financieramente se produce un desequilibrio por parte del Estado en su inversión estatal, ya que la cobertura no aumenta.

Ahora, cuando se implementa una política pública nueva, en algunas ocasiones, el Estado debe invertir en nueva infraestructura, ya sea física (inmueble) o de recursos humanos, para hacer frente a esta problemática, sin embargo, el Estado Chileno, no ha tenido la capacidad de desglosar los resultados por ítem.

DESAGREGACIÓN REGIONAL DE GASTO COMPONENTES Y POBLACIÓN BENEFICIADA *		
Región	Total ejecutado (M\$ 2023)	Población beneficiada
Arica y Parinacota	133.648	1.964
Tarapacá	187.421	2.351
Antofagasta	191.609	3.210
Atacama	91.380	810
Coquimbo	307.163	3.430
Valparaíso	545.257	6.355
Libertador General Bernardo OHiggins	183.166	3.001
Maule	205.771	1.983
Biobío	265.150	2.990
Ñuble	147.485	1.466
La Araucanía	211.212	2.438
Los Ríos	115.624	1.191
Los Lagos	258.944	2.008
Aysén del General Carlos Ibáñez del Campo	28.724	187
Magallanes y Antártica Chilena	48.902	554
Metropolitana de Santiago	826.691	7.925

DESAGREGACIÓN REGIONAL DE GASTO COMPONENTES Y POBLACIÓN BENEFICIADA *		
Región	Total ejecutado (M\$ 2023)	Población beneficiada
TOTAL	3.748.147	41.863

* En esta tabla se despliegan sólo aquellas regiones para las que se ejecutaron recursos y/o tienen beneficiarios, identificados por región.

INDICADORES DE PROPÓSITO					
Indicador	Fórmula de cálculo	Efectivo 2020	Efectivo 2021	Efectivo 2022	Resultado respecto al periodo anterior
Porcentaje de niños(as) entre 5 y 9 años que egresan del programa por alta integral (año t) / tratamiento integral entre 5 y 9 años atendidos por del programa (año t) *100	(Número de niños(as) entre 5 y 9 años que egresan del programa por alta integral (año t) / Número de niños(as) entre 5 y 9 años atendidos por del programa (año t)) *100	8,0%	13,0%	11,0%	El indicador de propósito disminuyó, señalando un peor desempeño del programa respecto a la ejecución del año anterior.
Porcentaje de niños y niñas que reciben dosis suficientes de controles que permiten logro del alta integral	(Número de niños y niñas que reciben dosis suficientes de controles que permiten logro del alta integral en el año t / Número de niños(as) entre 5 y 9 años atendidos por del programa en el año t) *100	17,0%	0,0%	S/I*	No es posible evaluar el desempeño del indicador de propósito respecto a la ejecución del año anterior, debido a que no se reportó información en el año 2022 ni el año 2021.

* S/I: Valor de indicador no informado.

** N/A: No aplica reportar valor del indicador en el presente periodo.

El programa presenta indicadores de propósito adecuados, pero señala que no dispone de información para su medición, Esto ha sido reiterativo en los últimos 3 años. Para una política pública de salud, para niños, que son el futuro de nuestro País, resulta inexplicable dicha situación de poca “eficacia” en el programa.

Anteriormente, presentamos un aumento del gasto administrativo, por lo tanto, uno debería esperar cierta mejora en la eficacia del programa, pero la evidencia lo señala, que no se tiene evaluación sobre el propósito del programa, lo cual aún es más grave, ya que se opera bajo la incertidumbre de que el programa funciona para lo que fue creado.

INDICADORES COMPLEMENTARIOS						
Indicador	Fórmula de cálculo	Efectiv o 2020	Efectiv o 2021	Efectiv o 2022	Resultado respecto al año anterior	
Porcentaje de niños en tratamiento de salud mental que cumplen el 75% de las acciones de salud mental establecidas en el plan de cuidado integral personalizado	(Número de niños(as) que cumplen al menos el 75% de las acciones de salud mental establecidas en el plan de cuidado integral personalizado año t) / (Número de niños(as) atendidos por el componente 1 en el año t)*100	N/A**	0,0%	S/I*	No es posible evaluar, debido a que no se reporta información en el año 2022 ni el año 2021	
Porcentaje de niños(as) cuyas madres, padres y/o cuidadores con trastornos de salud mental con acompañamiento en la crianza asisten a 1 consulta de especialista y 3 visitas domiciliarias en el año t/ reciben acompañamiento	(Número de niños(as) cuyas madres, padres y/o cuidadores con trastornos de salud mental con acompañamiento en la crianza en el año t)*100	N/A**	N/A**	N/A**	No es posible evaluar, dado que el indicador no cumple en pertinencia y/o en calidad	
Porcentaje de niños(as) de 0 a 9 años de edad con control de salud mental infantil realizado de acuerdo norma técnica en el año t/ Número de niños(as) de 0 a 9 años bajo control de salud infantil en el año t)*100	(Número de niños(as) de 0 a 9 años de edad con control de salud mental infantil realizado de acuerdo norma técnica en el año t/ Número de niños(as) de 0 a 9 años bajo control de salud infantil en el año t)*100	N/A**	N/A**	N/A**	No es posible evaluar, dado que el indicador no cumple en pertinencia y/o en calidad	

* S/I: Valor de indicador no informado.

** N/A: No aplica reportar valor del indicador en el presente periodo.

IV. OTROS ATRIBUTOS DEL PROGRAMA
CONTRIBUCIÓN A LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE (ODS)
3. Salud y bienestar: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades
El programa no presenta potencial de contribución a la pobreza multidimensional.

POBREZA POR INGRESOS
El programa no presenta potencial de contribución a la pobreza por ingresos.
ENFOQUE DE GÉNERO
El programa declara incorporar enfoque de género en su implementación:
<ul style="list-style-type: none"> • Cuenta con la información de sus beneficiarios según sexo registral. • Tipo de medidas que incorporaron: Afirmativas. • Ámbito de acción en que fueron incorporadas: implementación de acciones en la estrategia de intervención,
COMPLEMENTARIEDADES *
El programa declara complementarse los siguientes programas:
<ul style="list-style-type: none"> • Habilidades para la Vida

* Las complementariedades corresponden a la relación entre programas que apuntan al mismo fin superior de política pública y/o que consideran aspectos comunes en su gestión, ya sea dentro de la misma institución o con otro Servicio Público.

V. CONTINGENCIA SANITARIA

Fondo de Emergencia Transitorio (FET): El programa no ejecutó recursos provenientes del Fondo de Emergencia Transitorio y/o Fondos especiales del Tesoro Público (Fondo para Pymes e innovación).

El programa declara haber experimentado modificaciones y/o reprogramaciones en su implementación a partir de la crisis sanitaria por el COVID 19.

Descripción de los cambios en la estrategia de intervención producto del contexto sanitario: El contexto de emergencia sanitaria por COVID19 y las medidas derivadas de éste, continuaron afectando las prestaciones de Atención Primaria de Salud, dadas la reconversión de funcionarios y box de atención a otras actividades relacionadas con la pandemia. Por otro lado, durante 2022 se reabrieron presencialmente las escuelas y se retomaron las derivaciones de niños(as) a PASMI desde el programa Habilidades para la Vida, implicando una mayor demanda por ingresos, horas y espacios físicos para la atención. Ambos elementos han impactado en un menor cumplimiento de los estándares e indicadores de tratamiento integral de salud mental a niños/as según las definiciones y tiempos establecidos en la orientación técnica del programa (especialmente en frecuencia y cantidad de sesiones).

A nivel de estrategia, el programa retomó de manera priorizada las actividades presenciales (2021 se realizó atención online y en menor medida presencial) y se realizaron gestiones para promover que los funcionarios pudiesen retomar sus actividades regulares en salud mental y tuvieran acceso a los espacios físicos idóneos para ello (box de atención). Los resultados de dichas gestiones fueron mejorando en la medida en que fueron disminuyendo las restricciones sanitarias y carga de labores asociadas a la pandemia desde el MINISAL; existiendo sin embargo algunos territorios con mayor lentitud en ello.

VI. RECOMENDACIONES

Eficacia:

El programa debe corregir el no reportar de forma sostenida los indicadores. Se desconoce si el diseño de la intervención es pertinente a los requerimientos de la población atendida, ya que solo el 11% de los niños(as) atendidos en el 2023 egresaron con alta integral en el año, pero no se sabe si recibieron las dosis suficiente de atención, la adherencia al programa de los niños(as), como tampoco se informa el porcentaje de niños con controles de salud al día de acuerdo a la norma técnica, oportunidad donde se detecta los niños con trastornos de salud mental.

RIS:

Se requiere actualizar la información de los beneficiarios efectivos del programa en el Registro de Información Social (RIS) para el año 2022, de manera que sea coherente con la información reportada en el Banco Integrado de Programas Sociales y No sociales (BIPS) correspondiente al proceso de monitoreo del mismo año.

VII. OBSERVACIONES DE LA INSTITUCIÓN

Población:

El Registro Estadístico Mensual (REM) del DEIS (Minsal) permite recopilar información básica y genérica de corte transversal que debe ser entregada por cada establecimiento de salud en Chile. Esta plataforma no es unificada por lo que no permite identificar los usuarios egresados que ingresaron el año anterior o en curso. Por esta razón no es posible indicar data desagregada de dichos egresos para el año 2022. En razón de la actualización del diseño del programa aprobado con recomendación favorable en proceso ex ante 2022, desde 2023 se cambia la fuente de información de este indicador desde REM al Sistema de Registro, Derivación y Monitoreo de Chile Crece Contigo, la cual es reunificada y permitirá contar con esta data desagregada en adelante.

Indicadores:

Indicador n°2 de propósito y n°1 de componente no son posibles de calcular dado que la fuente de información asociada a la fórmula de cálculo (REM), no permite distinguir cuántas sesiones recibió cada niño(a) sino sólo un promedio comunal de las sesiones recibidas. Para el año 2023 se reformula la fuente de información, asociándola al "Sistema de registro, derivación y monitoreo" de Chile Crece Contigo, el cual realiza ingreso de información reunificada por lo cual permitirá reportar el indicador. Asimismo, indicadores 2 y 3 de componente no recibieron financiamiento en ley de presupuestos 2022, por lo cual no se pudieron implementar.

Estrategia:

En evaluación ex ante 2019 se recomendó favorablemente la implementación de 3 componentes para el programa. Sin embargo, en los años sucesivos sólo se obtuvo financiamiento para el primer componente de Tratamiento de salud mental a niños y niñas de 5 a 9 años. Por lo tanto, no fue factible implementar los otros componentes. Similar situación ocurrirá en el proceso de monitoreo de ejecución 2024, ya que el programa fue reformulado nuevamente el año 2022, recibiendo recomendación favorable para la ejecución del rediseño durante 2023, pero no se recibió el incremento presupuestario requerido para dicha implementación.

CONCLUSIONES.

La salud mental infantil es un tema de vital importancia que requiere una mayor atención por parte del Estado y la sociedad en su conjunto. Es necesario que el actual programa PASMI tenga

una reevaluación en su implementación, es cierto, hemos evidenciado avances en:

Estamos consciente de las dificultades que el programa PASMI ha enfrentado durante los años de implementación, tales como:

Cobertura aún limitada del programa PASMI.

Necesidad de aumentar la inversión en salud mental infantil.

Escasez de recursos humanos especializados.

Falta de acceso a tratamiento oportuno en algunas zonas del país.

Sin embargo, a través de una mirada positiva, debemos decir, que el Estado ha realizado mejoras sustanciales tales como:

Que la Implementación del Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil (PASMI) ya tiene una cobertura en 90 comunas del país y en todas las regiones de Chile

La capacitación de profesionales se ha intensificado en los últimos años, con la apertura de nuevas carreras ligadas a la salud mental y la capacidad Estatal, de subvencionar estudios para la especialización de profesionales en el área de salud mental.

Los desafíos que el Programa PASMI, son evidentes que podríamos enumerar de la siguiente forma:

1. Aumento de cobertura del programa y que tenga relación con el aumento de la inversión, ya tenemos evidencia, que en los últimos años se realizado más gastos administrativos que aumento de cobertura.

2. Mejoras sustanciales en los controles de gestión del Programa. Es inexplicable que siendo en el 2024, con la tecnología disponible, no se proceda implementar un sistema informático, que permita analizar la implementación del programa y realizar mejoras en este.
3. Que la inversión estatal venga de la mano de una reformulación del programa, se tiene evidencia, que la población tiene vago conocimiento del programa, por lo tanto los porcentajes de cobertura no han subido y por ende, se debe reevaluar el programa en toda su dimensión.

BIBLIOGRAFÍA.

- 1.- REDISEÑO DE PROCESOS AL SUBSISTEMA CHILE CRECE CONTIGO PARA LA ATENCIÓN DE NIÑAS Y NIÑOS CON CONDICIONES DE SALUD MENTAL
MEMORIA PARA OPTAR AL TÍTULO DE INGENIERA CIVIL INDUSTRIAL, MARÍA FRANCISCA ASENJO ROGEL, UNIVERSIDAD DE CHILE AÑO 2019.
- 2.- PROTOCOLO PARA EL ACCESO DESDE EDUCACIÓN AL PROGRAMA DE APOYO A LA SALUD MENTAL INFANTIL (PASMI) DE CHILE CRECE CONTIGO 2023.
- 3.- EVALUACIÓN EX ANTE - PROCESO FORMULACIÓN PRESUPUESTARIA 2023
NOMBRE DEL PROGRAMA: PROGRAMA DE APOYO A LA SALUD MENTAL INFANTIL – CHCC, PROGRAMA REFORMULADO - VERSIÓN: 5 SUBSECRETARÍA DE LA NIÑEZ MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL Y FAMILIA.
- 4.- POLÍTICA NACIONAL DE SALUD MENTAL PARA LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA, DIVISIÓN PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES, DIVISIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS SALUDABLES Y PROMOCIÓN, SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA, 2023.
- 5.- PROGRAMA DE APOYO A LA SALUD MENTAL INFANTIL DE NIÑOS Y NIÑAS DE 5 A 9 AÑOS, ORIENTACIÓN TÉCNICA, GESTIÓN INTERSECTORIAL Y PRESTACIONES, 2017.
- 6.- INFORME ANUAL 2022, DERECHOS HUMANOS DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES EN CHILE, DEFENSORÍA DE LA NIÑEZ.
- 7.- IMPLEMENTACIÓN DE PROGRAMAS DE SALUD MENTAL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD: EXPERIENCIA DE CHILE EN INFANCIA Y ADOLESCENCIA, NOVIEMBRE 2015.
- 8.- POLÍTICA DE SALUD MENTAL PARA MENORES DE EDAD EN CHILE, CON FOCO EN EL ‘PROGRAMA DE SALUD MENTAL INFANTIL’ Y ‘PROGRAMA HABILIDADES PARA LA VIDA’, FUENTE BCN.
- 9.- LEY 21430 “SOBRE GARANTÍAS Y PROTECCIÓN INTEGRAL DE LOS DERECHOS DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA”.
- 10.- LEY DE TRIBUNALES DE FAMILIA.
- 11.- LEY DE MENORES.
- 12.- CONVENCION DE LOS DERECHOS DEL NIÑO.