unicef
para cada infancia

Informe final

Evaluación de la implementación y coordinación intersectorial del Programa de apoyo a la salud mental infantil de niños y niñas (PASMI)

Consultoría desarrollada por Estudios y Consultorías FOCUS a solicitud de UNICEF

Diciembre 2023

Focus.

Evaluación realizada entre
abril - diciembre de 2023

Equipo independiente de evaluación

Estudios y Consultorías Focus Ltda.
Krecho Homan S.
Joaquín Subercaseaux G.
Joaquín Grez M.
Begoña Veloso E.

Contraparte Técnica

UNICEF
Chile Crece Contigo, Subsecretaria de la Niñez, Ministerio de Desarrollo Social y Familia
Chile Crece Contigo, Subsecretaria de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud
Departamento de Salud Mental, Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud

Agradecimiento a

Programa de Habilidades para la Vida, Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB), Ministerio de Educación

Nota de la edición: La información contenida en este informe, presentada por Estudios y Consultorías Focus Ltda. a lo largo de este estudio, es responsabilidad exclusiva de la consultora y no refleja necesariamente la posición oficial de UNICEF.

Índice

Resumen ejecutivo 5

1. Presentación 14

2. Contexto y objeto de la evaluación 15

2.1. Antecedentes de contexto 15
- Contexto normativo internacional: Convención sobre los Derechos del Niño 15
- Contexto normativo nacional: aportes a la de política social del Chile Crece Contigo y su extensión 15
- Otros elementos de contexto: impacto en la política pública y otras consideraciones 17
- Sobre la necesidad de una evaluación del Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil (PASMI) 17

2.2. Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil (PASMI) 18
- Relevancia del programa 18
- Aspectos técnicos 18
- Titulares y garantes de derecho en el marco de la implementación del programa 20
- Características del trabajo intersectorial PASMI 20
- Modelo ecológico en PASMI 24
- Costos, indicadores y resultados del programa 25
- Vinculación de PASMI con los objetivos de desarrollo sostenible (ODS) 27

3. Propósito, objetivos y alcance de la evaluación 28

3.1. Propósito 28

3.2. Objetivo general de la evaluación 28

3.3. Objetivos específicos 28

3.4. Alcances de la evaluación 29

4. Diseño y metodología de la evaluación 30

4.1. Criterios y preguntas de evaluación 30

4.2. Técnicas y consideraciones éticas para el levantamiento de información 31
- Técnicas para el levantamiento de información 31
- Consideraciones éticas para el levantamiento de información 34

4.3. Muestra estudio de casos 36

4.4. Plan de análisis 38
- Matriz para el levantamiento de información, para la evaluación de la intensidad intersectorial y Marco de evaluación 38
- Matriz de dimensiones y subdimensiones 38
- Fases Plan de análisis 41

4.5. Limitaciones de la evaluación 43

5. Principales hallazgos 45

5.1. Pertinencia 45

5.2. Coherencia 48

5.3. Eficacia 56

5.4. Sostenibilidad **57**
5.5. Principios transversales: Derechos humanos y género **60**
6. Conclusiones en base al marco de evaluación ***62***
7. Lecciones aprendidas ***69***
8. Recomendaciones ***71***
9. Referencias ***76***
Anexos ***79***
Anexo 1. Matriz de evaluación **80**
Anexo 2. Experiencias internacionales seleccionadas **86**
Future in Mind (Inglaterra) 86
Child and Adolescent Mental Health Policy (Sudáfrica) 89
The National Action Plan For The Health of Children and Young People 2020-2030 (Australia) 91
Anexo 3. Instrumentos levantamiento de información (Estudio de casos) **100**
Anexo 4. Evaluación de la coordinación intersectorial por caso **115**
Caso N° 1: Municipalidad de Alto Hospicio 116
Caso N° 2: Municipalidad de Quillota 119
Caso N° 3: Municipalidad de Colina 122
Caso N° 4: Municipalidad de Macul 125
Caso N° 5: Municipalidad de San Bernardo 128
Caso N°6: Municipalidad de Rancagua 131
Caso N° 7: Municipalidad de Cauquenes 134
Caso N° 8: Municipalidad de Penco 137
Caso N° 9: Municipalidad de Osorno 140
Anexo 4. Reportes actividades con niños y niñas participantes del programa **143**
Anexo 6. Matriz descriptiva de los niveles de intensidad de la coordinación intersectorial **145**
a. Equipos de atención en salud mental e intervención psicosocial 146
b. Herramientas para el trabajo intersectorial 150
c. Participación de niños, niñas y adultos responsables de su cuidado 159
Anexo 7. Marco conceptual **161**
Anexo 8. Términos de referencia de la Evaluación **171**
Anexo 9. Documentación para la aprobación en términos éticos de la evaluación **189**
Asentimiento informado para niños y niñas participantes (en papel) 189
Consentimiento informado padres, madres y tutores de niños y niñas participantes (en papel) 190
Consentimiento informado adultos participantes (actores institucionales) (versión telemática) 192
Consentimiento informado adultos participantes (madres, padres y cuidadores) (versión telemática) 193
Consentimiento informado adultos participantes (madres, padres y cuidadores) (en papel) 194
Protocolo para resguardar la seguridad de los participantes 195
Protocolo Protección de la identidad de los sujetos humanos 197
Protocolo de protección de datos 198
Experiencia del equipo 199
Anexo 10: Carta de aprobación respecto de las consideraciones éticas para el levantamiento **200**

Resumen ejecutivo

El presente documento corresponde al resumen ejecutivo del informe final de la Evaluación de la implementación y coordinación intersectorial del Programa de apoyo a la salud mental infantil de niños y niñas (PASMI) del Subsistema Chile Crece Contigo, ejecutado por Estudios y Consultorías Focus Ltda., por encargo de UNICEF.

El objetivo general de la evaluación es evaluar el estado actual de la coordinación intersectorial del Programa de apoyo a la salud mental infantil (PASMI) mediante la identificación de nudos críticos y elementos fortalecedores en la implementación del programa, detectados por prestadores de salud, del intersector y familias usuarias, y la revisión de la experiencia internacional comparada, para generar recomendaciones y espacios de mejora a partir de ellas.

El documento se organiza según la siguiente estructura: en primer lugar, se presenta el objeto de la evaluación, vale decir, las principales características del PASMI; luego, se da cuenta de los principales hallazgos de la evaluación; a continuación, se presentan las principales conclusiones; y finalmente las recomendaciones.

Objeto de la evaluación: Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil (PASMI)

El Programa de apoyo a la salud mental infantil corresponde a una extensión del Subsistema Chile Crece Contigo (ChCC). Este último se originó como una política con foco en niños y niñas de 0 a 4 años (y sus familias), y PASMI considera reforzar la atención en salud mental para niños y niñas de 5 a 9 años.

PASMI organiza sus acciones en torno a la promoción, prevención e intervención, y, en cuanto a sus objetivos, el principal es aumentar la cobertura de tratamiento integral y efectividad de los procesos de atención asociados a niños(as) con trastornos mentales entre los 5 y 9 años. Los específicos, en tanto, consideran, además del tratamiento en salud mental propiamente tal, el fortalecimiento de competencias parentales y un trabajo coordinado con las escuelas (mediante el programa Habilidades para la Vida, o HpV, en particular).

En lo referente a las características del trabajo intersectorial que promueve el PASMI, apunta a abordar integralmente las necesidades de niños, niñas y sus familias, y en este contexto, son tres los sectores con los que se apunta a trabajar coordinadamente: i) salud; ii) protección social y iii) educación.

Limitaciones

Las principales limitaciones de la evaluación se relacionaron con los siguientes aspectos:

a) La selección de las comunas para el estudio de caso se realizó en el mes de mayo de 2023, sin embargo, para determinar la incorporación a la muestra se utilizaron registros, antecedentes administrativos y bases de datos de diciembre de 2021 y julio de 2022. Dicha información arrojó que el promedio de brecha de registro en el SRDM es de 72% entre las comunas seleccionadas. Si bien el promedio nacional de brecha de registro en

el SRDM es mayor - alcanzando en promedio un 82% de brecha entre las comunas elegibles – se debe considerar que la brecha de registro en el SRDM en los antecedentes utilizados para la selección es mayor a la brecha del año 2023.

b) El levantamiento de información del sector educación no se abordó directamente con las comunidades educativas, sino que a través de los representantes institucionales de los Departamentos de Educación Municipal (DAEM), Corporaciones de Educación, así como representantes del Programa Habilidades para la Vida, de manera que no se cuenta con información que permita responder por la evaluación de las comunidades educativas de la respuesta del sector salud en relación a las demandas biopsicosociales de los niños, niñas y sus familias.

c) Dada la definición metodológica de realizar la evaluación de la coordinación intersectorial, indagando, principalmente, en las experiencias de los representantes institucionales de los sectores de salud, educación y protección social en los niveles regional y local, la experiencia de los participantes del programa – en particular de los niños y niñas de 5 a 9 años – no contribuye predominantemente al análisis de la intersectorialidad. Si bien este elemento constituye un insumo relevante para conocer la experiencia usuaria de participantes y el nivel de satisfacción con la atención, dicha experiencia no necesariamente responde en profundidad al ámbito de análisis de la evaluación, por lo que su aporte es complementario.

d) Adicionalmente, se debe tener en cuenta que las personas adultas responsables del cuidado de niños y niñas participantes fueron contactadas de acuerdo a los criterios de las y los profesionales del sector salud, y es esperable que hayan sido contactadas las familias más involucradas en el proceso y/o más cercanas a los equipos, de manera que su percepción puede no representar a la diversidad de familias usuarias.

Principales hallazgos de la evaluación

A continuación, se presentan los principales hallazgos de la evaluación, a partir de la puesta en circulación y triangulación de la información recogida por medio de las distintas metodologías de levantamiento y análisis de la información: (i) los antecedentes, tanto teóricos de la intersectorialidad, como técnicos del PASMI, (ii) una revisión de experiencias en el marco internacional, y, principalmente, (iii) los hallazgos de los estudios de caso en 9 comunas del país en las que se implementa el programa.

Los ámbitos de evaluación son los siguientes: pertinencia, coherencia, eficacia, sostenibilidad, enfoques transversales (derechos humanos y género).

Pertinencia

Un hallazgo importante que surge desde los estudios de caso es que en algunos casos hay una insuficiente capacidad de la oferta municipal para proveer prestaciones orientadas a mejorar las condiciones de bienestar integral de las familias. En este sentido, la pertinencia del programa en su diseño en virtud de la amplitud de servicios considerados se afecta por la insuficiencia de la capacidad municipal de ofertar dichos servicios.

Coherencia

- Derivación al sector salud desde el sector educación

En las orientaciones técnicas del PASMI, se determina que la derivación al programa proviene desde HpV, Salud Escolar u otro profesional de la red comunal que acompaña el ingreso a las sesiones de evaluación y confirmación. Al respecto, el estudio de casos permite observar que hay una apertura de los equipos del sector salud con HpV para socializar criterios, describir los focos de atención, y compartir información sobre los niños y niñas, con foco en la derivación de casos al programa. La instancia de derivación más regular al programa, de acuerdo a la información levantada mediante los estudios de caso, es la derivación directa a los centros de salud desde los equipos de los establecimientos educacionales.

- Mecanismos para facilitar la coordinación intersectorial

El análisis de experiencias internacionales, por una parte, permitió identificar que un sistema integrado de información es clave para dar estructura y coherencia a un programa de carácter intersectorial. A partir de esto, se identifica que uno de los principales desafíos y nudos críticos es lograr integrar la información a la que pueden acceder los distintos sectores, por medio de un sistema de estas características. El estudio de casos permite obtener algunas conclusiones relevantes respecto del uso del Sistema de Registro, Derivación y Monitoreo (SRDM), que es el sistema que permite registrar la información de los casos, generar alertas y activar la derivación en el intersector.

- Cooperación para la definición de objetivos conjuntos

En base a los resultados del estudio de casos, la cooperación institucional para la definición de objetivos conjuntos en el nivel intermedio y local, se considera en un nivel de desarrollo bajo. En los casos revisados, en general, no se observan instancias de cooperación interinstitucional para definir objetivos o metas compartidas, particularmente entre los equipos de salud y el resto de los actores de la red ChCC en el nivel local.

- Otros mecanismos de coordinación

Se puede observar que, cuando no se hace uso del SRDM, se activan otros mecanismos de coordinación intersectorial como contactos directos o indirectos con profesionales de la red vía correo electrónico o llamado telefónico, fundamentalmente. En tanto son mecanismos que permiten la articulación y dotar de coherencia al actuar intersectorial. Se trata de mecanismos informales que se sostienen en base a prácticas organizacionales instaladas y que, de hecho, pueden facilitar ciertos procesos.

- Principales nudos críticos en el proceso

El principal nudo critico identificado, que atenta contra la coherencia del programa es la dificultad el uso del SRDM. Además, la no identificación de un piso común respecto de la intersectorialidad, sus condiciones, requerimientos y consecuencias. Un segundo nudo crítico se relaciona con la conformación de los equipos para una adecuada gestión sectorial e intersectorial.

Eficacia

- Percepción de resultados positivos en la respuesta del sector salud frente a las necesidades de salud mental en niños y niñas

La experiencia internacional revisada permite extraer la recomendación de que se potencie la socialización del PASMI y de los distintos servicios a los que pueden acceder padres, madres o cuidadore/as en las escuelas y en los servicios de salud, de manera que estén al tanto del funcionamiento del programa y también de las distintas ayudas tanto en servicios básicos como en herramientas psicosociales que pueden adquirir. Ahora bien, la principal instancia de participación de los padres y madres es la asistencia a los controles mismos. Distintos equipos asignan un tiempo determinado de la hora de consulta para explicar e informar sobre estos aspectos y comprometer de esta forma a los padres en el proceso.

Sostenibilidad

- Elementos clave del diseño y la implementación

Existen algunos aspectos básicos del diseño del PASMI que permiten proyectarlo de manera indefectible como un programa intersectorial. Principalmente: el PASMI no solamente es un programa intersectorial, sino que además es parte de un Subsistema, el Chile Crece Contigo, que es, desde su concepción, un subsistema intersectorial. El hecho de que el PASMI se aloje en el ChCC implica también que se conciba desde el modelo bioecológico, de acuerdo al cual intervienen en el desarrollo de los niños y niñas distintas instituciones desde distintos niveles. Además, en el marco del programa se concibe la salud del niño o niña desde una mirada biopsicosocial, de manera que las intervenciones para la salud provienen desde distintos sectores, con sus respectivas especialidades.

- Conocimiento del PASMI como un programa de salud mental integral

Se observa la importancia de instalar el conocimiento, de parte de todos los actores, de que el PASMI es un programa de salud mental integral. Este aspecto, fundamental para proyectar el programa en su condición de intersectorial, es observa poco desarrollado a partir del levantamiento de información. Esto se expresa, en general, en un conocimiento relativamente bajo sobre los servicios, dinámicas y estrategias que provee cada sector.

Principios transversales: Derechos humanos y género

- Incorporación en la implementación del PASMI de los derechos de la niñez, y de principios de equidad, no discriminación, derechos humanos e igualdad de género

Se observa en todas las personas que participan de la implementación una comprensión suficiente respecto del enfoque de derechos humanos y sus implicancias. Esto no fue inquirido de manera directa, pero se expresa, principalmente, en discursos asociados a la importancia del resguardo en el uso de datos de niños y niñas, el foco en el interés superior como marco de acción del programa, la importancia de que los niños y niñas sean informados respecto de acciones que los afectan. Respecto de la participación de los niños y niñas, como principio del enfoque de derechos de la niñez, el levantamiento de información permite obtener resultados parciales, en el sentido de que las actividades de levantamiento de información con niños y niñas fueron escasas. Se pudo observar, por otra parte, que una gran cantidad de personas entrevistadas en todas las instancias son de género femenino (en torno al 90%), dando cuenta que las labores de

cuidado y crianza, tanto a nivel familiar como las vinculadas a las áreas de educación y salud, son tareas que se delegan a las mujeres.

Conclusiones en base al marco de evaluación

A continuación, se presentas los resultados de la evaluación del programa en razón a las preguntas asociadas a los siguientes criterios definidos en el Marco de Evaluación.

Pertinencia

- ¿El programa responde a la necesidad identificada por los sectores educación, salud, y protección en términos de aumentar el bienestar biopsicosocial de niños, niñas y sus familias?

El programa responde a las necesidades de atención a niños, niñas y sus cuidadores/as identificadas por los equipos a nivel comunal. En particular, destaca la pertinencia de los servicios de atención que proveen los profesionales de la salud. Se identifica una coincidencia entre las necesidades y expectativas de las familias respecto de los servicios de consulta en salud mental infantil ofrecidos en el marco del programa.

Coherencia

- ¿En qué medida la existencia del PASMI contribuye a la coordinación comunal en torno a casos identificados y tratados, considerando derivación y seguimiento, por el programa?

La existencia del programa contribuye a la coordinación entre los sectores de salud, educación y protección social. Hasta la instalación del programa en las comunas no era usual la atención en salud mental al tramo etario entre los 5 a los 9 años. Por otra parte, las coordinaciones que se han generado entre los sectores tienen un nivel de intensidad distinto. Es decir, en el marco de la implementación del programa se evalúan de distinta manera la articulación de los servicios de atención de salud mental de niños y niñas con el intersector asociado a la protección social, en comparación con las etapas de diagnóstico y derivación desde educación.

- ¿La manera en que se implementa el programa en la comuna, es coherente con las necesidades de las familias usuarias?

Desde el punto de vista de cuidadores y cuidadoras, se observa que la provisión de servicios de salud por parte del PASMI responde a sus expectativas y necesidades, tanto en la información que respecto del proceso de atención como también de la calidad del mismo, y las mejoras que ven en sus niños y niñas. Sin embargo, no resulta evidente que la implementación del PASMI conlleve una atención que responda a las necesidades de la familia desde una perspectiva más integral.

- ¿Las comunidades educativas de las comunas que cuentan con PASMI han notado una mejora en la respuesta del sector salud frente a sus demandas biopsicosociales de niños, niñas y cuidadores(as)?

Desde la perspectiva de las comunidades educativas, el programa entrega respuestas a las necesidades de atención en salud mental detectadas entre sus estudiantes y favorece una

atención integral en cuanto provee atenciones a las familias de los niños y niñas, cuando la oferta municipal lo permite.

- ¿Existen nudos críticos en la derivación, entrega de servicios previstos y retroalimentación en los sectores de Educación y Salud en el marco de este programa?

En relación a los nudos críticos en el ciclo de atención en salud mental e intervención psicosocial, el uso del SRDM se constituye como el principal de ellos. La centralidad de este nudo crítico responde por cierto a la importancia fundamental que tiene este sistema en la implementación del programa, pues en él se deben registrar las atenciones y las alertas de manera de gatillar la acción de los referentes intersectoriales. Es decir, no solo es un sistema de registro, sino es un sistema de registro *para* la articulación intersectorial.

Eficacia

- ¿Las familias usuarias del programa y los equipos ejecutores perciben resultados positivos en la respuesta del sector salud frente a las necesidades de salud mental en niños y niñas?

Madres, padres y cuidadores/as perciben que las atenciones en salud mental a niños y niñas en el marco del programa mejoran su bienestar, y, por extensión, de las personas adultas responsables de su cuidado.

Sostenibilidad

- Desde la implementación del programa, ¿se han generado condiciones a nivel de gestión y coordinación intersectorial que permitan asegurar la sostenibilidad de los resultados de la intervención?

Con relación a la generación de condiciones que aseguren la sostenibilidad de los resultados de la intervención, el análisis de la información permite identificar condicionantes que superan los alcances y posibilidades de la coordinación intersectorial en pos de la intervención. Particularmente, la disposición de servicios integrales a nivel comunal que permitan dar respuesta a las necesidades de las familias, activadas por medio del SRDM, y otros mecanismos informales.

- ¿Los equipos implementadores del programa perciben una mayor intensidad de la coordinación intersectorial para dar respuesta conjunta de las necesidades de los niños, niñas y sus familias?

En términos generales, los equipos implementadores del programa requieren fortalecer la comprensión de que el PASMI es un programa de salud mental integral. El análisis de la información levantada permite concluir que los equipos, particularmente los de salud, expresan un conocimiento relativamente bajo sobre los servicios, dinámicas y estrategias que provee cada sector de la red municipal.

Principios transversales

- ¿En qué medida y cómo PASMI incorpora en su implementación los derechos de la niñez, y los principios de equidad, no discriminación, derechos humanos e igualdad de género?

Como se ha revisado en el análisis integrado de información, distintos/as profesionales que participan de la implementación del PASMI expresan una comprensión básica y suficiente respecto del enfoque de derechos humanos y sus implicancias. No se observaron discursos atentatorios contra el derecho de los niños y niñas, y distintos/as profesionales expresaron conocimiento respecto de que su labor profesional se enmarca en el enfoque de derechos. Esta visión, de respeto por parte de los/as profesionales de los derechos de niños y niñas, puede verse contrastada por la insuficiente capacidad estructural que tienen los servicios municipales para abordar distintas necesidades de los niños, niñas y sus familias.

Recomendaciones

A continuación, se presentan siete recomendaciones para implementarse en los niveles comunal regional y nacional. El desarrollo de las recomendaciones consideró un análisis de factibilidad, por lo que en su mayoría consideran disposiciones que no implican, necesariamente, la inversión de recursos financieros para su implementación, sino que pueden ejecutarse por los profesionales de los equipos en los tres niveles, a través de la definición de los recursos actualmente disponibles.

La implementación de las recomendaciones debe considerarse en función del marco normativo vigente, determinado por las disposiciones legales relativas a la puesta en marcha de la Ley 21.430, de garantías y protección integral de los derechos de la niñez y adolescencia, a partir del año 2022.

En relación al nivel comunal

1. Promover la implementación de instancias de encuentros sistemáticos y regulares entre los equipos de salud mental, educación y protección social.

- Promover la realización de hitos al momento del inicio de un nuevo ciclo de implementación del convenio.
- Realizar encuentros informativos sobre las características de los servicios que cada equipo entrega.
- Realizar reuniones regulares entre los equipos de atención a la salud mental, la encargada comunal del ChCC y representantes del sector de educación.

2. Propiciar instancias formativas respecto de la coordinación intersectorial

- Desarrollar instancias formativas respecto de la coordinación intersectorial.

En relación al nivel regional

3. Analizar el nivel de intensidad de la coordinación intersectorial

- La matriz descriptiva que se entrega en el marco de los productos de la evaluación expresa los niveles de intensidad de coordinación intersectorial elaborada en el marco de este proceso de evaluación, se constituye como una herramienta de gestión complementaria a las orientaciones técnicas.

- Se propone que los/as referentes regionales establezcan instancias de intercambio de buenas prácticas de coordinación intersectorial a nivel provincial o regional.
- Se recomienda implementar instancias de análisis del nivel de intensidad de la coordinación intersectorial a nivel comunal y establecer mecanismos de intercambio a nivel provincial o regional de las acciones que determinan un alto nivel de intensidad en la coordinación intersectorial.

4. Promover el establecimiento de roles y funciones de los referentes sectoriales en la comuna, especialmente en salud, educación y protección social

- Definir con claridad los roles y funciones de los/as referentes municipales que representan a los sectores que participan del programa.
- Fortalecer la coordinación de los/as referentes municipales de educación.

En relación al nivel nacional

5. Fortalecer el rol de los equipos regionales en función de su contribución a la coordinación intersectorial del nivel comunal

- Se recomienda a la Subsecretaría de la Niñez fortalecer el rol de la encargada regional del ChCC y a la Subsecretaría de Redes fortalecer el rol de los referentes de salud mental en los servicios de salud.
- Se recomienda incluir a los equipos regionales del sector de educación, además de los representantes de la Junaeb, en las instancias de coordinación y toma de decisiones a nivel regional.

6. Abordar los nudos críticos asociados al uso del SRDM

- Se sugiere, tanto a la Subsecretaría de Redes Asistencias como a la Subsecretaría de la Niñez, analizar los mecanismos operativos, administrativos y jurídicos para avanzar en la interoperatividad de los sistemas de registro y seguimiento de salud y protección social.
- Reforzar, por parte de la Subsecretaría de la Niñez, las instancias de formación respecto del uso del SRDM.

7. Analizar los datos administrativos en función de las prestaciones de servicios sociales a madres, padres y cuidadores para indagar en el nivel de intensidad de la coordinación intersectorial

- Se recomienda analizar los datos administrativos disponibles en el Registro de Información Social para identificar, de forma efectiva, la brecha en la provisión de servicios sociales a las familias de los niños y niñas atendidas por el programa.

Acrónimos

APS	Atención Primaria de Salud
CECOSF	Centro Comunitario de Salud Familiar
CESFAM	Centro de Salud Familiar
ChCC	Subsistema de Protección Integral Chile Crece Contigo
HpV	Programa Habilidades para la Vida
JUNAEB	Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
PASMI	Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil
SRDM	Sistema de Registro, Derivación y Monitoreo
TOCA	Instrumento : Teacher Observation of Classroom. Adaptation (Observación de las Salas de Clases por parte de Profesores/as. Adaptación, en español)
UNEG	United Nations Evaluation Group (Grupo de Evaluación de Naciones Unidas, en español)
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, en español)

Fuente: Elaboración propia

Otros términos utilizados

Coordinador/a ChCC/Encargada ChCC	Cuando se presente en el texto, referirá siempre a la coordinadora o encargada comunal o municipal del ChCC, quien responde al Ministerio de Desarrollo Social y Familia
Equipos PASMI	Equipos o funcionarios/as del sector salud que brindan atención en salud mental y apoyo psicosocial bajo el PASMI y/o en la gestión de esta atención dentro de los centros atención primaria de salud
"Rescatar"/ Acciones de Rescate	Acciones realizadas por las y los actores de la red comunal (de cualquiera de los tres sectores, salud, educación y protección social) para contactar a los niños o niñas y sus familias de la población objetivo de PASMI que están recibiendo atención en el CESFAM y dejan de asistir a sus citas agendadas antes de recibir el alta, con el fin de que retomen sus citas en el CESFAM
Promedio de brecha de registro	Variable, creada por los autores, que representa el promedio de brecha de cuatro registros a nivel comunal -a partir de cifras del periodo entre diciembre del año 2021 y julio del 2022-, haciendo referencia al comportamiento de las comunas en relación al registro de atenciones del PASMI en el SRDM. La información de los registros fue obtenida por medio de la Subsecretaría de Redes Asistenciales
Puntaje global PASMI	Variable que promedia los resultados para los distintos indicadores de PASMI a nivel comunal, a partir de cifras del año 2022. La información fue obtenida por medio de la Subsecretaría de Redes Asistenciales

Fuente: Elaboración propia

1. Presentación

El presente documento corresponde al informe final de la *Evaluación de la implementación y coordinación intersectorial del Programa de apoyo a la salud mental infantil de niños y niñas (PASMI) del Subsistema Chile Crece Contigo,* ejecutado por Estudios y Consultorías Focus Ltda., por encargo de UNICEF.

El informe se organiza según la siguiente estructura. Luego de esta presentación, se describe el contexto y objeto de la evaluación, es decir, el PASMI y sus principales características y elementos a considerar para la evaluación del programa. Después, se presenta el propósito, los objetivos y el alcance de la evaluación. Posteriormente, se detalla el diseño metodológico de la evaluación.

A continuación, se presentan los principales hallazgos, organizados según los criterios de evaluación, para luego, dar cuenta de las conclusiones en base al marco de evaluación, las lecciones aprendidas y las recomendaciones a la gestión del programa en los niveles local, regional y nacional.

Por último, en los anexos se incluye el detalle de los productos de la evaluación y materiales asociados: análisis de experiencias internacionales de referencia, instrumentos para el levantamiento de información, reporte de evaluación por cada caso de estudio, reporte de trabajo de campo, la matriz descriptiva de los niveles de intensidad de la coordinación intersectorial, marco conceptual, términos de referencia, documentación para la aprobación del comité de ética y carta de aprobación de dicho comité.

2. Contexto y objeto de la evaluación

2.1. Antecedentes de contexto

- Contexto normativo internacional: Convención sobre los Derechos del Niño

En relación al marco normativo internacional que debe ser considerado en el marco de la implementación del PASMI, debe destacarse la Convención Sobre los Derechos del Niño (ratificada por Chile en 1990). La Convención responde a la necesidad de que los Estados firmantes desarrollen medidas especiales para el ejercicio de los derechos de niños, niñas y adolescentes, reconociendo a este grupo como sujeto de derechos.

La Convención se establece en torno a cuatro principios rectores especiales, que lo son en la medida en que su defensa y preservación son condiciones básicas para que la totalidad de los derechos de los niños, niñas y adolescentes consignados sean también preservados: interés superior del niño/a; vida, supervivencia y desarrollo; respeto a la opinión de niños/as y no discriminación.

Distintos artículos de la Convención apuntan al resguardo de la salud, tanto física como mental, de los niños y niñas. Dentro estos, para efectos de dar un marco general a la acción del PASMI, vale la pena detenerse especialmente en dos. El Artículo 27 reconoce el derecho de todo niño y niña a un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social. En tanto, el Artículo 19 indica que los Estados Parte deben adoptar todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger niños y niñas contra toda forma de perjuicio físico o mental, desarrollando programas sociales para dar asistencia al niño o niña y sus cuidadores.

- Contexto normativo nacional: aportes a la de política social del Chile Crece Contigo y su extensión

Para tener en cuenta como contexto de la evaluación del Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil (PASMI), algunos elementos generales de contexto deben ser revisados. En términos normativos y de apresto institucional para la implementación del PASMI, pueden identificarse dos grandes normativas que dotan de contexto a la implementación del programa, una publicada de manera previa al programa y otra publicada de manera posterior.

En primer lugar, el programa PASMI es parte del Subsistema de Protección Integral a la Infancia, Chile Crece Contigo, de modo que la Ley 20.379 (2009), que crea dicho subsistema es un antecedente normativo central para el programa. El Chile Crece Contigo, en efecto, es una de las políticas sociales más relevantes de las últimas décadas en el país, pues instala, desde una perspectiva integral, una red de protección social integral destinada a la primera infancia (luego, extendida hasta los 9 años), que tiene por misión facilitar el pleno desarrollo de las potencialidades de los niños y niñas en Chile. Mediante el ChCC, además, el Estado chileno avanza al cumplimiento del compromiso que hizo al ratificar la Convención sobre los derechos del Niño, al velar por garantizar, en particular, los derechos de supervivencia y desarrollo, no discriminación y de acceso a la salud.

De manera adicional debe ser destacada la Ley 21.430, sobre garantías y protección integral de los derechos de la niñez y adolescencia (2022), publicada de manera posterior a las orientaciones técnicas del programa. El artículo 1 de esta Ley expresa la creación del *Sistema de Garantías y Protección Integral de los Derechos de la Niñez y Adolescencia*, que integra las disposiciones de la normativa nacional e internacional, relativas a la garantía y protección integral de los derechos de los niños, de las niñas y los adolescentes, incluyendo la *Constitución Política de la República*, la *Convención sobre los Derechos del Niño*, y los demás tratados internacionales ratificados por Chile. Este sistema se orienta a integrar y articular las políticas, instituciones y normas destinadas a respetar, promover y proteger el desarrollo integral y los derechos de los niños, niñas y adolescentes. Integra la normativa vigente, y los deberes del Estado en el marco del funcionamiento del sistema que crea. Así, la Ley señala en el Artículo 2 que los organismos del Estado deben garantizar el pleno goce y ejercicio de los derechos de los niños, niñas y adolescentes. Para esto, se deben adoptar las políticas, planes y acciones necesarias para esos fines.

Además de lo anterior, existen antecedentes más específicos relacionados con la protección de la salud mental infantil desde una perspectiva intersectorial; se trata de antecedentes reconocidos como tales por las orientaciones técnicas del PASMI (Chile Crece Contigo y Ministerio de Salud, 2017):

- Ley de Régimen de Garantías en Salud (GES) que crea resguardos explícitos en salud, conjunto de beneficios garantizados por ley para personas afiliadas a FONASA e ISAPRES (Ley 19.966 de 2004).
- Normas orientadas a prevenir, sancionar y erradicar la violencia intrafamiliar y otorgar protección a las víctimas (Ley 20.066 de 2005).
- Establecimiento de normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas en situación de discapacidad, con especial foco en niñez y adolescencia (Ley 20.422 de 2010).
- Instalación de un Sistema Nacional de Aseguramiento de la Calidad de la Educación que abarca la educación parvularia, básica y media y su fiscalización (Ley 20.529 de 2011).
- Normas de promoción de la buena convivencia escolar y de prevención de toda forma de violencia en las escuelas (Ley 20.536 de 2011).
- Fortalecimiento de la protección a la maternidad, extensión del post natal para las madres e incorporación del permiso post natal parental (Ley 20.545 de 2011).
- Ley de inclusión escolar que regula la admisión de los y las estudiantes, elimina el financiamiento compartido y prohíbe el lucro en establecimientos educacionales que reciben aporte del Estado (Ley 20.845 de 2015).
- Ratificación de los Protocolos Facultativos de la Convención sobre los Derechos del Niño relativos a la Participación de Niños en los Conflictos Armados (2003), a la Venta de Niños, a la Prostitución Infantil y la utilización de niños/as en la Pornografía (2003) y, a la aprobación del Protocolo Facultativo relativo a Comunicaciones Directas (2015).

- Otros elementos de contexto: impacto en la política pública y otras consideraciones

En términos de la cultura de la política social en Chile, el subsistema Chile Crece Contigo es de especial importancia y novedad, al constituirse como referente al ofrecer garantías de acceso a un sistema de protección social, desde un enfoque de derechos de la infancia. Junto con esto, instala la concepción de que en el desarrollo infantil confluyen aspectos biológicos, físicos, psíquicos y sociales de la niña o niño. La consecuencia de esta concepción en la respuesta institucional es que el desarrollo de los niños y niñas requiere una aproximación intersectorial (Defensoría de la Niñez, 2021).

No solamente constituyó una política pública novedosa en Chile; también, se ha sido un referente a nivel regional. En efecto, el ChCC es considerado un referente a nivel de política pública por su originalidad en cuanto a la organización intersectorial y también por el rápido nivel de madurez alcanzado. El hecho de que sea un subsistema de referencia no es solo una declaración de intenciones, sino que ha sido considerado como un modelo de referencia para países de América Latina y el Caribe (Cunill-Grau, N. et. Al., 2013).
Desde un punto de vista económico, uno de los aspectos más relevantes asociados a ChCC es que se trataría de una inversión eficiente en los primeros años de vida, demostrando ser costo-efectiva (Clarke, Cortés y Vergara, 2019). En efecto, programas cuyos beneficiarios son niños y niñas pueden generar cambios sustantivos en sus trayectorias vitales, pues la inversión realizada en los primeros años de vida tendría un mayor retorno que aquellas que se realizan en edades más avanzadas (Ministerio de Desarrollo Social, sin fecha).

Por último, cabe indicar que el PASMI fue afectado en su implementación por la crisis sanitaria del COVID 19. En especial, por causa de la reconversión de funcionarios/as y boxes de atención a actividades relacionadas con la pandemia. Además, considerando que el programa cuenta con derivaciones desde el sector educación, estas acciones fueron afectadas por el cierre de las escuelas. Luego de la reapertura, se retomaron las derivaciones con una demanda alta. Estos aspectos, irregulares, afectaron el cumplimiento de los estándares e indicadores de tratamiento integral de salud mental a niños y niñas definidos en la orientación técnica del programa (Dirección de Presupuesto, 2022).

- Sobre la necesidad de una evaluación del Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil (PASMI)

El año 2020 el Ministerio de Desarrollo Social y Familia solicitó la realización de una evaluación a del Subsistema ChCC por parte de un Panel de Expertos, que presenta una serie de recomendaciones de mejoras estratégico-programáticas al ChCC. Las recomendaciones se realizaron en torno a nudos críticos identificados en 5 dimensiones: i), Marco jurídico, ii) Gobernanza y Coordinación, iii) Oferta Programática, iv) Gestión presupuestaria y v) Sistema de información e indicadores.

En particular, respecto de los nudos identificados en gobernanza y coordinación, el informe presenta un importante debilitamiento en la función de coordinación intersectorial, en especial por la precariedad de condiciones de los equipos ejecutores de las prestaciones y la ausencia de un sistema de aseguramiento de calidad de las mismas. Sobre los nudos en la oferta programática, el informe indica que no se identifica una estrategia que oriente la implementación

de prestaciones universales; y que el enfoque del Programa Eje (Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial) es contextual, positivista y más biomédico que psicosocial.

Respecto a las prestaciones garantizadas para niños y niñas de 5 a 9 años, fueron difíciles de analizar ya que no se cuenta con registros individualizados acerca de ellas; sobre las prestaciones preferentes no se dispone de un registro actualizado que dé cuenta de las necesidades y cobertura alcanzada, y que permita establecer con claridad si las estrategias focalizadas cumplen con su objetivo. Se identifica, además, una evidente desconexión entre los sectores educación y salud que dificulta la implementación de la oferta en este grupo etario.

Estos resultados indican la importancia de revisar la coordinación intersectorial efectiva entre los sectores que participan de la implementación del PASMI, para poder ofrecer mejores condiciones para que todo niño y niña alcance su máximo desarrollo.

2.2. Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil (PASMI)

- Relevancia del programa

El PASMI corresponde a una extensión del Subsistema Chile Crece Contigo (ChCC). Si bien este último se originó como una política con foco en niños y niñas de 0 a 4 años (y sus familias), el PASMI considera un refuerzo a la atención de la salud mental en niños y niñas de 5 a 9 años.

La extensión del Chile Crece Contigo hasta que el niño o la niña cumplan 10 años de edad se fundamenta en que este periodo, de acuerdo con la evidencia, es prioritario para promover el desarrollo integral. También, estudios previos a la extensión del Subsistema indicaban que se trata de un rango etario con un alto porcentaje de integrantes en situación de pobreza multidimensional (por sobre otros grupos etarios); con un alto riesgo de sufrir violencia por parte de sus padres, madres o cuidadores; y cuya salud bucal está en riesgo; entre otros elementos (Ministerio de Desarrollo Social, sin fecha).

En base a antecedentes como los mencionados, el propio documento indica la importancia de contar con intervenciones a niños y niñas en dicho tramo etario que: propicien el bienestar psicosocial de los/as cuidadores/as de niños y niñas; aumenten la disponibilidad de entornos familiares y barriales que propicien el desarrollo socioemocional, motor, lingüístico y cognitivo de los niños y niñas; pesquisen marcadores tempranos de enfermedad, obesidad, problemas de visión, audición y columna para generar ingresos oportunos a programas de prevención; aumenten el bienestar socioemocional y psicológico de los niños y niñas; e incrementen la práctica de hábitos saludables de actividad física, alimentación saludable y cuidado de la salud bucal (Ministerio de Desarrollo Social, sin fecha).

- Aspectos técnicos

Son varios los atributos que hacen del PASMI un programa particularmente relevante, tanto por su objeto de atención, como por su metodología de trabajo (intersectorialidad) y también el principal modelo teórico a la base (ecológico). En esta sección se abordan estos tres elementos de manera diferenciada. En consecuencia, el desarrollo de esta sección se nutre tanto de documentos técnicos (Orientaciones Técnicas del PASMI y Política de Salud Mental para Menores

de Edad en Chile), como de la documentación teórica en base a la cual se desarrollaron las anteriores secciones.

En cuanto a sus objetivos, el principal es aumentar la cobertura de tratamiento integral y efectividad de los procesos de atención asociados a niños/as con trastornos mentales entre los 5 y 9 años. Los específicos, en tanto, consideran, además del tratamiento en salud mental propiamente tal, el fortalecimiento de competencias parentales y un trabajo coordinado con las escuelas (mediante el programa Habilidades para la Vida[1], o HpV, en particular). Esto último, junto con la activación la red comunal en casos de riesgo biopsicosocial -vinculado con las prestaciones del Subsistema ChCC y de protección social comunal- son aspectos medulares del trabajo que realiza PASMI. En este sentido, la consideración detenida de estos objetivos implica de suyo tanto el trabajo intersectorial como la mirada ecológica.

PASMI organiza sus acciones en torno a la promoción, prevención e intervención. Como se observa, uno de sus focos es poder aumentar la cobertura en salud mental, de modo que PASMI incluye alrededor de 20 prestaciones para los niños, niñas y sus familias en tratamiento. Se indica "alrededor" dado que algunas prestaciones están sujetas a evaluación y necesidades del niño o la niña y sus familias (p.ej., consultorías). No se observan plazos en las orientaciones técnicas del programa relativos a la concreción de las prestaciones.

Estas prestaciones se visualizan en la tabla N° 1.

Tabla N° 1: Prestaciones PASMI

Prestación	Cantidad prestaciones	Duración
Evaluación diagnóstica integral médico/a	1	45
Evaluación diagnóstica integral psicólogo/a	1	45
Consulta salud mental realizada por médico/a	1	30*
Consulta salud mental realizada por psicólogo/a	8	45
Consulta salud mental realizada por trabajador/a social u otro profesional	1	30
Consulta salud mental grupal (taller de competencias parentales Nadie es Perfecto -Convivencia)	4	90
Visita domiciliaria integral / ámbito escolar	1	90
Consultoría en salud mental infantil	3	20

Fuente: Chile Crece Contigo y Ministerio de Salud (2017). La duración, expresada en minutos, indica la duración de cada uno de estos espacios.

*Actualizado según comunicación interna con la Subsecretaria de Redes Asistenciales; originalmente 20 minutos.

[1] Habilidades para la Vida es un programa que sigue un modelo de intervención psicosocial enfocado en la promoción y prevención de la salud mental infantil en escuelas subvencionadas por el Estado de Chile. El HpV I, en particular, trabaja con estudiantes entre 1ero y 4to básico y su entorno para promover factores protectores vinculados a su adaptación social. Este programa desarrolla, por un lado, acciones continuas de promoción del autocuidado y la salud mental de los profesores/as, el clima nutritivo en el aula y la interacción positiva con los apoderados. Por otro, acciones de prevención para niños y niñas con conductas de riesgo y la derivación oportuna en casos con problemas de salud mental (JUNAEB, s/f). Aquí es donde es relevante el rol de PASMI, ya que este trata las derivaciones de niños y niñas de entre 5 y 9 años, informados desde el establecimiento escolar (HpV o Convivencia). Otra de las funciones de HpV en relación a PASMI, además de derivar, es hacer seguimiento de los niños y niñas derivados, lo que puede incluir participar de algunas reuniones de coordinación y trabajo con los equipos de salud (Chile Crece Contigo y Ministerio de Salud, 2017).

- Titulares y garantes de derecho en el marco de la implementación del programa

Los niños y niñas de 5 a 9 años y sus familias se constituyen como titulares de derecho quienes son atendidos/as por el programa. Al año 2022, estos titulares son en número 41.863 niños y niñas, y sus familias, que corresponde a la población objetivo.

Al ser un programa de carácter intersectorial, las y los actores que se constituyen como garantes de derecho corresponden a distintos sectores de la política social. En este caso son, en términos generales, las instituciones del Estado de los distintos sectores que intervienen en el programa, i) salud; ii) protección social y iii) educación, en sus distintos niveles: local (comunal), regional, y central.

En Salud, desde el nivel central, las encargadas son la Subsecretaría de Redes Asistenciales y Subsecretaría de Salud Pública, del Ministerio de Salud. En el nivel regional, o provincial, son las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, y los Servicios de Salud. En tanto en el nivel comunal, los departamentos municipales de Salud.

En el ámbito de la protección social, desde el nivel central, es la División de Promoción y Prevención de la Subsecretaría de la Niñez, Ministerio de Desarrollo Social; y se cuenta con encargados/as tanto regionales (Secretarías Regionales Ministeriales) como comunales (Municipalidades) de ChCC.

En tanto, desde Educación, el programa HpV responde en el nivel central a JUNAEB. Existe adicionalmente una representación en el nivel regional de JUNAEB.

En el próximo apartado se otorgan definiciones más específicas de sus roles y funciones.

- Características del trabajo intersectorial PASMI

En lo referente a las características del trabajo intersectorial que implica el PASMI, es relevante recalcar que este, al ser parte del Subsistema Chile Crece Contigo, comparte el sello de un fuerte trabajo intersectorial, apuntando a abordar integralmente a los niños, niñas y sus familias que se atienden en el programa. En este contexto, son tres los sectores con los que se apunta a trabajar coordinadamente: i) salud; ii) protección social y iii) educación.

En relación con educación, es importante relevar que el trabajo intersectorial ocurre en el flujo de tratamiento propiamente tal del niño o niña en PASMI. Esto se expresa, por ejemplo, en que una de las vías de ingreso a las atenciones de salud es mediante derivaciones desde el programa Habilidades para la Vida, presente en los establecimientos educacionales. Lo anterior supone un trabajo coordinado y retroalimentativo entre los equipos de salud PASMI y los equipos HpV que se vinculan cotidianamente en las escuelas con el niño o niña. Además, existe una prestación asociada a la visita al ámbito escolar (o domiciliaria), lo que muestra el rol clave que tiene el trabajo coordinado entre el intersector educación y salud. Los actores del sector educación más relevantes para PASMI son, además de JUNAEB, por medio del programa HpV, la Unidad de transversalidad Educativa y Subsecretaría de Educación Parvularia, de acuerdo a las Orientaciones Técnicas de PASMI.

También el PASMI puede considerar relevante derivar al padre, madre o cuidador(a) del niño o niña a una atención enfocada en sus necesidades propias, si es que presentase problemas de salud mental y/o de consumo de consustancias. En el sector salud, los actores relevantes serian:

Cuadro N° 1: Actores relevantes en sector salud para el PASMI

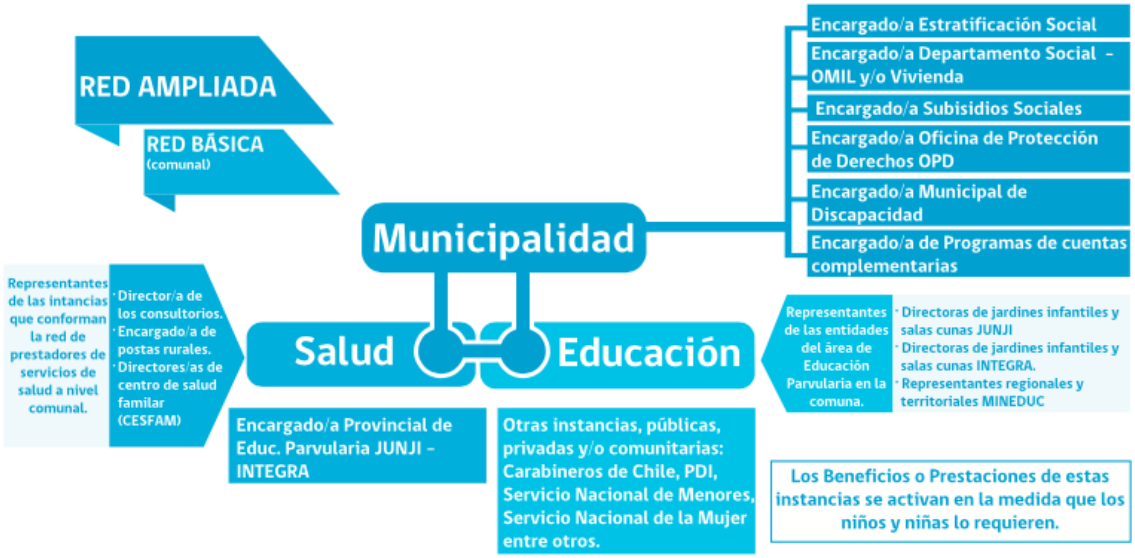
Actores relevantes sector salud - PASMI	Funciones
DIVAP (División de Atención Primaria)	La atención primaria representa el primer nivel de contacto de las personas con el sistema público de salud. Los establecimientos de atención primaria, con los recursos que dispongan, prestan atención programada o de urgencia (BCN, 2022).
DIPRECE (División de Prevención y Control de Enfermedades)	Define, a partir de la evidencia, los estándares de calidad exigibles a las intervenciones sanitarias dirigidas a problemas de salud prioritarios. Además, busca contribuir a sustentar las decisiones políticas ministeriales en el análisis de la información relevante a partir de evidencia científica y características del entorno en que se desarrolla dicho proceso de definición de políticas (MINSAL, 2023).
DIGERA (División de Gestión de Redes Asistenciales)	Regula y supervisa el funcionamiento de las redes de salud para satisfacer las necesidades de los/as usuarios/as, en el marco de los objetivos sanitarios, con calidad y satisfacción usuaria. Para lograr esto, los objetivos de esta división son (i) mejorar el modelo de gestión de servicios de salud, con el fin de aumentar la eficiencia, eficacia y efectividad en la resolución de problemas; (ii) gestionar las brechas operacionales entre la oferta y la demanda en los problemas de salud; (iii) mejorar las condiciones de la atención primaria para que haya eficiencia en el funcionamiento de los diferentes niveles de complejidad de la red asistencial de salud; (iv) mejorar la disponibilidad, la distribución y las competencias del personal en los distintos niveles de complejidad; (v) mejorar la gestión y el uso de los recursos públicos con el fin de tener sostenibilidad financiera; (vi) potenciar la gestión intersectorial e interinstitucional; y finalmente, (vii) reforzar la red de urgencia (MINSAL, 2023).
Departamento de Salud Mental	Elabora y monitorea el desarrollo de políticas, planes y programas para la prevención y el control de trastornos mentales, con el fin de contribuir al bienestar de las personas y a la satisfacción de sus necesidades de salud mental (DIPRECE, 2023).
Servicios de salud y red de establecimientos de atención primaria de salud	Los servicios de salud son organismos estatales funcionalmente descentralizados, con personalidad jurídica y patrimonio, que tienen la misión de articular, gestionar y desarrollar la red asistencial correspondiente a cada territorio. Se someten a la supervigilancia del Ministerio de Salud y cumplen con las políticas, programas, normas y planes que éste apruebe. La Red Asistenciales de cada Servicio de Salud está constituida por el conjunto de establecimientos asistenciales públicos, los establecimientos de atención primaria de su territorio y los demás establecimientos públicos y privados que mantengan convenios con este. La red asistencial se organiza con un primer nivel de atención primaria, compuesto por establecimientos que ejercen funciones asistenciales en un determinado territorio, y

	otros niveles de mayor complejidad sólo recibirán derivaciones desde este primer nivel de atención. En aquellas regiones donde existe más de un Servicio de Salud, existe un Consejo de Coordinación de Redes Regionales integrado por los/as directores/as de dichos servicios de salud y presidido por el/la subsecretario/a de redes asistenciales o alguien designado/a por él/ella (MINSAL, 2023).

Fuente: Extraído de Chile Crece Contigo y Ministerio de Salud (2017), p.13.

En cuanto al sector de protección social, este es coordinado por el Ministerio de Desarrollo Social y Familia, en específico, a través del encargado o encargada comunal de Chile Crece Contigo. Particularmente, lo que se encarga de coordinar este sector es la activación, gestión y resolución de situaciones derivadas de personas usuarias de PASMI que requieran algún apoyo adicional que suponga desplegar algún servicio de protección social. Esto ya sea para el niño o niña, o bien para el padre, madre, cuidador(a) o la familia. Los servicios posibles de desplegar y activar son diversos. Por ejemplo, subsidios a la familia por dificultades económicas, apoyo en la capacitación y búsqueda de empleo en caso de cuidadores/as cesantes, apoyo en casos de niños o niñas que viven violencia intrafamiliar, entre otros. En este contexto, para facilitar y promover la interacción entre los diversos sectores, así como la oferta de prestaciones a activar para cada niño, niña y/o familia, el Subsistema ChCC cuenta con una red comunal ampliada compuesta por diversos actores, incluidos de servicios municipales y sociales, así como salud y educación.

Diagrama N° 2: Red comunal ampliada



Fuente: Chile Crece Contigo y Ministerio de Salud (2017), p.54.

Por otra parte, el Subsistema Chile Crece Contigo y el propio PASMI cuentan con un sistema informático de gestión de información y alertas para la activación de prestaciones sociales. Este mecanismo es denominado Sistema de Registro, Derivación y Monitoreo (SRDM), al cual tienen acceso quienes participan de la red ChCC -incluidos los/as profesionales intervinientes en PASMI-. Estos últimos, deben ir registrando información sobre vulnerabilidades o factores críticos del niño o niña o la familia, lo cual activa automáticamente a un/a integrante de la red de protección social de la comuna con una prestación específica predefinida, el cual también puede agregar acciones complementarias de apoyo que no estén predefinidas. Este sistema resulta fundamental para la coordinación y retroalimentación intersectorial, así como la gestión y activación de prestaciones específicas.

Al poder registrar y tener acceso equipos de distintos sectores, el SRDM es un sistema de monitoreo que permite realizar un seguimiento de la coordinación intersectorial en el nivel comunal. Si bien existen otros sistemas de monitoreo en el nivel comunal, estos son para equipos de sectores específicos, por ejemplo, salud, de manera que no son insumos para el monitoreo de la coordinación intersectorial.

Por otra parte, además de todos los actores sectoriales mencionados, es importante señalar que UNICEF ha sido un promotor activo de la instalación de políticas para la infancia en el país, incluso desde antes de la implementación del ChCC. Así, se ha constituido como un socio estratégico en la abogacía, diseño, implementación y evaluación de estas políticas en nuestro país. En el marco del Programa de Cooperación que ha firmado con el Gobierno de Chile, suscrito en 2017, UNICEF se compromete a apoyar los esfuerzos del país para la realización permanente de los derechos de los niños y niñas y promover su bienestar, buscando que se puedan beneficiar de políticas y programas coordinados, que fomenten el acceso a servicios sociales integrados, y de que niños, niñas y familias se beneficien de servicios y programas de apoyo a la crianza. Como puede verse, UNICEF se constituye como un actor que incentiva, apoya en el financiamiento y ofrece apoyo

técnico para que las labores de los organismos recién mencionados, que participan de la implementación del PASMI, fortalezcan su labor.

- Modelo ecológico en PASMI

El modelo ecológico considera distintos entornos sociales o sistemas que son los más significativos en cuanto a su influencia en el desarrollo específico de las personas. Este modelo ha sido explícitamente asumido por el programa PASMI.

En el cuadro siguiente se incluye una descripción de los sistemas, con una operacionalización en el funcionamiento concreto del PASMI, y permite comprender de qué manera cada uno se asocia a un área del desarrollo del programa. Como se observa, el mesosistema tiene una función fundamental para el despliegue del PASMI, en tanto su principal foco tiene que ver con la interrelación y comunicación entre distintos actores e instituciones relevantes para el desarrollo de los niños y niñas. Sin embargo, el microsistema y exosistema también son cruciales. En el primero, están todos los espacios sociales donde los niños y niñas se relacionan directa y concretamente (familia y cuidadores/as, pero también la escuela, docentes y los servicios de salud en los cuales los niños o niñas son atendidos y participan activamente). El exosistema, por su parte, influye en la persona en tanto las instituciones sociales, comunitarias y de salud locales generan un contexto que posibilita el desarrollo y bienestar del niño o niña y sus familias.

Cuadro N° 2: Operacionalización de sistemas modelo ecológico en PASMI

Sistema	Funcionamiento en PASMI
Microsistema	El PASMI operaría en el microsistema cuando el niño o niña o su familia participan activamente de las prestaciones que ofrece el programa, tales como atenciones de salud mental, visitas domiciliarias, talleres para padres y madres, entre otros.
Mesosistema	El PASMI, al incorporar en su núcleo un trabajo intersectorial entre ámbitos educativo (HpV), de salud (APS) y protección social, supone una labor de coordinación, derivación, retroalimentación, comunicación y activación de otros programas de estos sectores, que puedan también beneficiar a ese/a niño/a y su familia. Además, el PASMI cuenta con un sistema de comunicación específicamente abocado al monitoreo, seguimiento y la activación de alertas (SRDM) para niños o niñas con necesidades de protección social.
Exosistema	El PASMI corresponde a un programa que emana de la institucionalidad del ChCC (Ministerio de Desarrollo Social y Familia). En este sentido se enmarca en una política social que busca propiciar un contexto que contribuya al bienestar de niños y niñas. Asimismo, el PASMI involucra a otros programas e instituciones (educación, servicios sociales y salud), conectando a las familias y niños o niñas con la oferta local o comunal que busca aportar a la satisfacción de sus necesidades.

Macrosistema	La realidad sociopolítica del país, así como su historia e idiosincrasia, estilo de vida, los valores de la sociedad y en general las dinámicas culturales, inciden en las relaciones humanas y en las políticas que dan como resultado la generación de programas abocados a la protección integral de la infancia, tales como aquellos considerados en el ChCC y su extensión. La generación de estas políticas son una forma de dar respuesta a las necesidades de la realidad nacional, y expresan también una sensibilidad específica en cuanto a una nueva valoración social de la infancia.

Fuente: elaboración propia, basado en Bronfenbrenner (2002) y Chile Crece Contigo y Ministerio de Salud (2017).

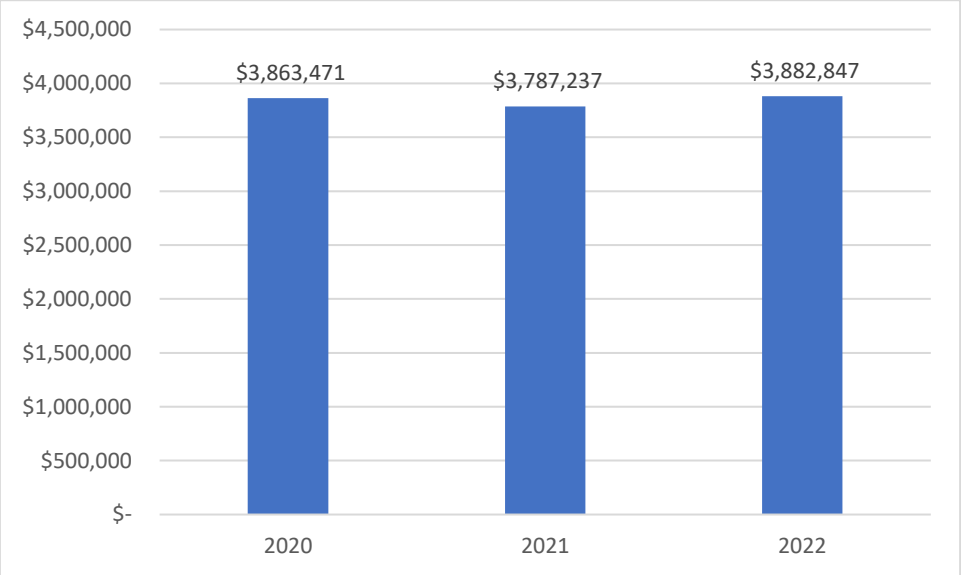
- Costos, indicadores y resultados del programa[2]

Algunos aspectos administrativos y financieros son importantes para tener una aproximación respecto del alcance del programa.

Presupuesto y ejecución:

- En siguiente gráfico expresa el presupuesto final del programa durante los últimos tres años, expresando escasas variaciones de un año a otro.

Gráfico 1. Presupuesto final PASMI 2020-2022 ($M2023)



Fuente: Dirección de Presupuesto 2022.

- .
- El año 2022, el 96,5% de este monto fue utilizado para el tratamiento integral de salud mental a niños/as de 5 a 9 años con trastornos de salud mental. Y el 3,5% fue destinado a gastos administrativos.

[2] Toda esta información corresponde al documento Monitoreo y Seguimiento Oferta Pública 2022, Programa De Apoyo A La Salud Mental Infantil (Dirección de Presupuesto 2022)

- Mientras que la población objetivo del programa se ha visto incrementada entre 2020 y 2022 en un 51,6% (llegando a 66.462), la población atendida ha aumentado en el mismo período un 10,6% (siendo de 41.863 en 2022).

Eficiencia y ejecución presupuestaria:

- En 2022, el programa presentó una ejecución presupuestaria dentro del rango esperado.
- En dicho año, el programa no presentó problemas de persistencia de subejecución en relación a su presupuesto inicial.
- En 2022, el gasto por persona beneficiaria se encontró dentro del rango esperado (alrededor del 20%).
- No se advierten falencias metodológicas en la estimación del gasto administrativo.

A continuación, se presentan los indicadores para medir el resultado del programa:

Indicadores de propósito:

- Porcentaje de niños/as entre 5 y 9 años que egresan por alta (año t) de tratamiento integral (año t) [3].
- Porcentaje de niños y niñas que reciben dosis suficientes de controles que permiten logro del alta integral.

Indicadores complementarios

- Porcentaje de niños/as en tratamiento de salud mental que cumplen el 75% de las acciones de salud mental establecidas en el plan de cuidado integral personalizado.
- Porcentaje de niños/as cuyas madres, padres y/o cuidadores/as con trastornos de salud mental reciben acompañamiento.
- Porcentaje de niños/as de 0 a 9 años de edad con control de salud mental infantil realizado.

A continuación, se presentan los resultados del desempeño del programa el año 2022:

Resultados focalización y cobertura:

- El programa no presenta deficiencias evidentes en los criterios de focalización implementados durante el periodo 2022.

Resultados eficiencia y ejecución presupuestaria:

- Ejecución presupuestaria inicial 2022: El programa presentó una ejecución respecto a su presupuesto inicial 2022 dentro del rango esperado (85% y el 110%).

[3] De todos estos indicadores, tanto de propósito como de resultado, solo ha sido este, indicándose que el indicador de propósito disminuyó a 11%, señalando un peor desempeño del programa respecto a la ejecución del año anterior. El resto de los indicadores no son evaluados por no cumplir en pertinencia y/o en calidad o bien por falta de información.

- 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 persona beneficiaria: En comparación al promedio de los dos años anteriores, el programa presenta un gasto por persona beneficiaria 2022 dentro del rango esperado (alrededor del 20%).
- Gasto administrativo: No se advierten falencias metodológicas en la estimación del gasto administrativo.

Resultados eficacia:

- 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.

- Vinculación de PASMI con los objetivos de desarrollo sostenible (ODS)

Los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), con sus respectivas metas e indicadores, constituyen una mirada integral hacia un futuro deseable para los Estados miembros de Naciones Unidas, en términos de erradicación de dignidad, igualdad y desarrollo. Los ODS se organizan en 17 objetivos, cada uno con una serie de metas e indicadores asociados.

De acuerdo con los antecedentes expuestos más arriba, el PASMI expresa una vinculación directa con la meta 3.4., que corresponde al objetivo 3 (Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades). La meta en cuestión se expresa de la siguiente manera: “de aquí a 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante su prevención y tratamiento, y promover la salud mental y el bienestar”.

3. Propósito, objetivos y alcance de la evaluación

3.1. Propósito

El propósito de la evaluación de la coordinación intersectorial del PASMI es identificar mecanismos de gestión de redes en los niveles nacional, intermedio o regional y comunal o local que aseguren una atención oportuna, pertinente y de calidad tanto de niños y niñas como de sus madres, padres y cuidadores, de manera de contribuir a su bienestar biopsicosocial.

Para esto, se levantó y analizó información, con el propósito de realizar recomendaciones que permitan fortalecer la coordinación entre las instituciones que componen la red ampliada del Chile Crece Contigo en el nivel comunal, en lo que respecta a la gestión de la atención en salud mental de los niños y niñas, la gestión de la intervención a niños, niñas y sus familias (activación de prestaciones sociales), y la gestión de la información.

Considerando que el PASMI es un programa de carácter intersectorial, y que inciden en su desempeño distintas instituciones en distintos niveles, a saber: central, intermedio o regional, y comunal o local, las recomendaciones se organizan en tres tipos: dirigidas al nivel local, dirigidas al nivel regional o intermedio, y dirigidas al nivel central. No obstante, el foco de cada una, en su conjunto están dirigidas a las Subsecretarías encargadas de la implementación y el monitoreo del programa, en particular, la Subsecretaría de la Niñez, del Ministerio de Desarrollo Social y Familia, y la Subsecretaría de Redes Asistenciales, del Ministerio de Salud.

3.2. Objetivo general de la evaluación

Evaluar el estado actual de la implementación y espacios de mejora del Programa de apoyo a la salud mental infantil de niños y niñas (PASMI) en función de la coordinación intersectorial, mediante la evaluación de nudos críticos y elementos fortalecedores en la implementación del programa detectados por prestadores, intersector y familias usuarias, y la revisión de la experiencia internacional comparada, para generar recomendaciones y espacios de mejora a partir de ellas.

3.3. Objetivos específicos

Los objetivos específicos son cuatro, que se listan a continuación. En la sección siguiente - Plan de análisis- se describe cómo se alcanzará el logro de cada objetivo.

1. Evaluar el estado actual de implementación y coordinación intersectorial en torno a necesidades de salud mental infantil entre salud, educación y protección Social para PASMI en nueve comunas de distintas regiones de Chile que cuenten con el programa.
2. Identificar los espacios de mejora de la implementación, coordinación y resultados del programa en las nueve comunas evaluadas.
3. Revisar experiencias internacionales exitosas sobre la implementación de sistemas de protección integral de derechos considerando salud mental en población de primera infancia, con especial atención a los programas que articulan salud, educación y protección social.

4. Generar recomendaciones para la mejora de la implementación y coordinación del programa.

3.4. Alcances de la evaluación

Alcance temático: El foco de la evaluación de la coordinación intersectorial del PASMI reside en conocer la manera en que las instituciones que forman parte de la red ampliada del Chile Crece Contigo, particularmente, en los niveles intermedio o regional y comunal o local, se relacionan entre sí para asegurar, en primer lugar, las atenciones de salud mental de los niños y niñas en la atención primaria de salud; en segundo lugar, la gestión de la intervención psicosocial (acceso a redes y prestaciones sociales) a niños, niñas y los adultos responsables de su cuidado.

Alcance metodológico: La metodología de estudio de casos permite aproximarse a la manera en que las redes comunales ampliadas del ChCC se configuran en cada territorio para proveer las atenciones en salud mental y las intervenciones psicosociales a niños, niñas y sus familias. El análisis de la configuración de la gestión redes a nivel comunal permite, posteriormente, realizar una integración de la información asociada a las nueve comunas, determinando tanto facilitadores como obstaculizadores para la gestión intersectorial.

Alcance etario: El programa se centra en la atención a las y los participantes del programa, a saber: niños y niñas de 5 a 9 años y madres, padres y cuidadores.

Alcance temporal: La evaluación cubre el periodo desde el inicio de la implementación del programa en cada comuna hasta el momento de la evaluación durante el año 2023. El análisis en profundidad se centra en el plazo más reciente, a partir del año 2022.

Alcance geográfico: El alcance geográfico es nacional para el análisis de información administrativa de PASMI, donde se ubica en 91 comunas del país, y focalizado en 9 comunas para efectos de un análisis de casos mediante estrategias cualitativas.

4. Diseño y metodología de la evaluación

A continuación, se presentan los aspectos metodológicos centrales que se consideraron en la evaluación del PASMI.

4.1. Criterios y preguntas de evaluación

En esta sección, se detallan los aspectos centrales y limitaciones del proceso de evaluación del Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil (PASMI). La evaluación se estructuró en torno a cinco grandes criterios de evaluación, cada uno de los cuales presenta una o más preguntas guía para la evaluación.[4]

Cuadro N° 1: Criterios y preguntas de evaluación

Criterio	Pregunta
Pertinencia	1. ¿El programa responde a la necesidad identificada por los sectores educación, salud, y protección en términos de aumentar el bienestar biopsicosocial de niños, niñas y sus familias?
Coherencia	2. ¿En qué medida la existencia del PASMI contribuye a la coordinación comunal en torno a casos identificados y tratados, considerando derivación y seguimiento por el programa?
	3. ¿La manera en que se implementa el programa en la comuna, es coherente con las necesidades de las familias usuarias?
	4. ¿Las comunidades educativas de las comunas que cuentan con PASMI han notado una mejora en la respuesta del sector salud frente a sus demandas biopsicosociales de niños, niñas y cuidadores(as)?
	5. ¿Existen nudos críticos en la derivación, entrega de servicios previstos y retroalimentación en los sectores de educación y salud en el marco de este programa?
Eficacia	6. ¿Las familias usuarias del programa y los equipos ejecutores perciben resultados positivos en la respuesta del sector salud frente a las necesidades de salud mental en niños y niñas?
Sostenibilidad	7. Desde la implementación del programa, ¿se han generado condiciones a nivel de gestión y coordinación intersectorial que permitan asegurar la sostenibilidad de los resultados de la intervención?
	¿Los equipos implementadores del programa perciben una mayor intensidad de la coordinación intersectorial para dar respuesta conjunta de las necesidades de los niños, niñas y sus familias? ¿Se identifican oportunidades para extender el alcance y/o cobertura de las estrategias a nuevos grupos o áreas geográficas?
Principios transversales: Derechos humanos y género	8. ¿En qué medida y cómo PASMI incorpora en su implementación los derechos de la niñez, y los principios de equidad, no discriminación, derechos humanos e igualdad de género?

[4] La principal fuente para responder a estas preguntas de evaluación es, como se verá en el apartado metodológico, el análisis integrado de la información que se hace a través del estudio de casos en nueve comunas donde se implementa el programa. El estudio de caso se nutre de una Matriz de dimensiones y subdimensiones, diseñada en función de aspectos clave descritos en el marco conceptual, y en aspectos propios del programa y sus modelos de intervención. La presentación de esta Matriz y cómo alimenta el Marco de evaluación se detalla en el Plan de Análisis.

Fuente: Elaboración propia en base a términos de referencia para la realización de este estudio.

Los criterios presentados son los sugeridos en las bases técnicas de la evaluación. No obstante, además de algunos ajustes menores en la redacción consensuados junto a UNICEF y referentes de contrapartes de Gobierno, se realizaron cambios en las preguntas de evaluación, que se orientan principalmente a:

1. Incorporar en la evaluación los cambios que ha implicado el programa en los servicios de protección social de la comuna, sin remitirlos únicamente a los servicios de salud mental (preguntas 1 y 4), considerando que PASMI es un programa de carácter intersectorial y que permite articular respuestas más amplias que las que se ciñen a salud mental.
2. Incorporar en el criterio de eficacia la percepción de los equipos ejecutores, y no solamente de las familias usuarias (pregunta 6), pues PASMI, al constituirse como programa intersectorial, articula distintos equipos, de manera que es posible levantar la percepción cruzada respecto de la eficacia de las prestaciones que ofrecen otros sectores.
3. Ampliar las preguntas en el criterio de sostenibilidad, para dar cuenta de la intensidad en el trabajo intersectorial que implica la implementación del programa, de acuerdo a la percepción de los equipos (pregunta 8).

4.2. Técnicas y consideraciones éticas para el levantamiento de información

- ### Técnicas para el levantamiento de información

A continuación, se detallan las técnicas de levantamiento de información que se utilizaron para el análisis de casos.

Revisión documental

Este estudio incorporó el análisis en profundidad de tres experiencias internacionales, por medio de una revisión documental. Esto permitió revisar programas de referencia, para identificar acciones y mecanismos que contribuyan a fortalecer la coordinación intersectorial del PASMI. Como criterios de selección, se consideraron:

1. Programas del sector salud, preferentemente salud mental.
2. Programas que contemplen trabajo intersectorial, preferentemente entre el sector salud y el sector educacional.
3. Programas que tengan como población objetivo a niños, niñas y/o adolescentes.

Para determinar las experiencias internacionales a profundizar, se realizó una primera propuesta con nueve iniciativas preseleccionadas por el equipo consultor. Estas experiencias fueron sometidas a una instancia de validación con especialistas. Se consideró una consulta con autoras de la Política Nacional de Salud Mental para la Niñez y Adolescencia (en preparación al momento del levantamiento) y autoras del Estudio de políticas públicas relacionadas con la salud mental de niños, niñas y adolescentes, ejecutado por la Defensoría de la Niñez.

A dichas especialistas se les contactó y se les invitó a dar su apreciación sobre las instancias preseleccionadas, con vistas a identificar las mejores experiencias para indagar. Se recogieron las justificaciones de cada experiencia y finalmente se definieron tres para profundizar.

Se lograron identificar tres experiencias, y se revisaron los documentos disponibles de la iniciativa.

Entrevistas semiestructuradas

Para efectos de los estudios de caso, se desarrollaron pautas de entrevista semiestructuradas, que se aplicaron a los siguientes actores relevantes, con independencia del género de las y los profesionales que desempeñaban el rol:

1. Encargado/a Municipal ChCC
2. Encargado/a PASMI del nivel local
3. Representante comunal sector educación vinculado con PASMI (Encargados/as locales HpV o de Convivencia Escolar)
4. Madre/padre/cuidador/a de niños/as atendidos en PASMI.

Focus group

Se consideró la realización de *focus group* para los siguientes actores relevantes de las comunas seleccionadas, con independencia del género de las y los profesionales que desempeñaban el rol:

1. Equipo de atención de niños y niñas en tratamiento por el PASMI.
2. Representantes institucionales red comunal ChCC.
3. Representante regional del ChCC, referentes salud mental de SEREMI de Salud, representantes Servicios de salud, HpV y otros relevantes.

En la tabla de a continuación se detalla las y los actores que se definieron para el levantamiento de información.

Tabla N° 3: Actores por comuna, levantamiento de información

Técnica / Actividad	Actor	Nivel	Total actividad por caso	Total general
Entrevistas semi estructuradas	Encargado/a Municipal ChCC + Encargado/a PASMI del nivel local	Comunal	1	9
	Representante comunal sector educación vinculado con PASMI (Encargados/as locales HpV o de Convivencia Escolar)	Comunal	1	9
	Madre/padre/cuidador/a de niños/as atendidos en PASMI	Comunal	3	27
Focus group	Equipo de atención de niños y niñas en tratamiento PASMI	Comunal	1	9

	Representantes institucionales red comunal ChCC: Equipo ChCC, DIDECO, Educación (JUNAEB, Convivencia, HpV), Salud (APS, CESFAM), entre otros	Comunal	1	9
	Representante regional ChCC, referentes salud mental de SEREMI, representantes Servicios de salud, HpV (y otros relevantes)	Regional	1	9
Total			8	72

Fuente: Elaboración propia

Las actividades de levantamiento de información con las y los actores institucionales se realizaron preferentemente *online*, para facilitar la participación. Las entrevistas con las familias de los niños y niñas se realizaron de manera telefónica.

Actividad de levantamiento con niños y niñas: Grupo de discusión

La incorporación de la perspectiva de los niños y niñas sobre la gestión intersectorial del PASMI se constituye como un elemento complementario a la evaluación, que permitió indagar en su percepción sobre su experiencia en el tratamiento PASMI en el servició de Atención de Salud. Se realizó por medio de grupos de discusión.

El grupo de discusión es una técnica, de carácter cualitativo, privilegiada para indagar en la perspectiva de niños y niñas, dado que permite adaptar las preguntas guías, previamente diseñadas, de manera de incorporar las circunstancias de la implementación de la actividad en su formato y duración. Es una instancia de conversación acompañada y que permite que todas los niños y niñas puedan expresarse libre y cómodamente. Se trabaja con un guion previo, donde se registran las temáticas a abordar, y puede, o no, ser acompañado de soportes visuales, como presentaciones, etc. (Novella Cámara y otros, 2021).

Los niños y niñas que participaron contaban con las siguientes características:

a. Tenían nueve años cumplidos al momento de participar, en consideración de favorecer la participación activa en un análisis grupal sobre las características de la atención recibida por el programa.
b. Se intencionó que estos niños y niñas se encontraran en la segunda mitad del tratamiento psicológico, es decir, quienes hayan asistido, al menos, a cuatro controles de salud mental PASMI.

Esta actividad de levantamiento se realizó en el contexto del centro de atención primaria donde se atendían. Se seleccionaron 2 comunas para realizar dicha actividad, a saber, Quillota y Colina. Se invitó a una persona adulta del CESFAM a que acompañara las actividades. Las actividades se realizaron resguardando privacidad, confidencialidad y aspectos éticos.

- Consideraciones éticas para el levantamiento de información

A continuación, se listan las principales consideraciones éticas que se tomaron en cuenta e implementaron durante el desarrollo de la evaluación:

- La consultora a cargo de la evaluación cuenta con una vasta experiencia en actividades de levantamiento de información en servicios municipales, establecimientos educacionales, apoderados/as, niños, niñas y adolescentes. Esta experiencia es de particular importancia en el levantamiento que se realiza en el marco de esta evaluación, que incorpora actividades con todos los mencionados actores.

- En este caso, el equipo consultor desarrolló una serie de herramientas orientadas a asegurar la implementación de estándares éticos que protejan la confidencialidad de la información, la seguridad de las y los participantes y la protección de los datos levantados.

- Para cada participante adulto/a se aplicaron consentimientos informados, que leyeron, declararon comprender y aprobaron antes de la realización de la actividad. Estos consentimientos también fueron firmados por los/as apoderados/as o cuidadores/as de los niños y niñas que participaron del levantamiento. Para los niños y niñas, se prepararon asentimientos informados, para su revisión antes del inicio de la actividad. Estos asentimientos fueron leídos en voz alta por el equipo consultor.

- Tanto los consentimientos como los asentimientos informan, en el lenguaje adecuado a la edad de las y los participantes, de los objetivos de la evaluación y la actividad, de las implicancias de la participación, de la confidencialidad de la información, la voluntariedad en la participación, entre otros elementos.

- Por otra parte, la evaluación se ajustó a las normas y estándares de evaluación de las Naciones Unidas. De esta manera, se asumen los principios éticos de independencia e imparcialidad en la investigación, credibilidad, responsabilidad, honestidad e integridad. Adicionalmente, se asumen, tanto en el plano de la ética de la investigación como del análisis técnico de la información, el respeto y consideración por los derechos humanos, la equidad y la igualdad de género.

- El equipo evaluador contó con el respaldo de la Oficina Regional de UNICEF, tanto en los procedimientos técnicos asociados al desarrollo de la evaluación, como en todos los aspectos éticos considerados durante el levantamiento de información y el uso y análisis de esta, de manera de garantizar el cumplimiento de los estándares tanto técnicos como éticos requeridos.

Toda la documentación relevante que se utilizó para el levantamiento de información y el trabajo de campo (incluyendo pautas, asentimientos, consentimientos, y protocolos) fue revisada por un comité ético externo especializado e independiente respecto del equipo consultor, y que comparte y aplica las normas y estándares técnicos y éticos de UNICEF. En particular, se revisaron

y aprobaron: consentimientos informados para todos las personas adultas participantes en el levantamiento en sus roles de funcionarios/as asociados/as a la implementación del programa; consentimientos informados para las personas adultas participantes en el levantamiento en tanto cuidadores y cuidadoras de niños y niñas participantes del programa; asentimientos informados de niños y niñas participantes en el levantamiento; consentimientos de los y las cuidadores de niños y niñas que participan en el levantamiento. Adicionalmente, fueron revisados y aprobados: los protocolos para el trabajo de campo y el resguardo de la información, los instrumentos de levantamiento de información, y la preparación de cualificación del equipo de trabajo para trabajar con las personas que participan del levantamiento, en especial, niños y niñas.

En particular, los protocolos de levantamiento de información consideraron reacciones del equipo investigador ante contingencias durante el desarrollo de la entrevista y que pudieran afectar a niños y niñas (por ejemplo, sensibilidad expresa respecto del abordaje de un tema, o cualquier otro evento que dificulte al entrevistado seguir con la entrevista). El entrevistador o entrevistadora contaba con orientaciones para ofrecer de inmediato una pausa o, según sea el caso, terminar la entrevista, invitando para esto a las profesionales del equipo que estaban presentes en la instancia a apoyar al niño o niña. Se consideró también continuar la pertinencia de continuar la entrevista en otro momento, o bien reemplazar al informante, en caso de estas contingencias. Finalmente, estos protocolos no fueron activados.

Adicionalmente, las actividades diseñadas para niños y niñas consideraron las guías de "Ethical Research Involving Children" (www.childethics.com), incluyendo: consentimiento informado, información oportuna sobre riesgos y beneficios de participar en la actividad, asegurando la privacidad y la confidencialidad de la información, expresando la no convergencia de pagos o compensaciones por la participación. Todo esto fue informado en un lenguaje adecuado para su etapa del desarrollo.

También, el proceso de evaluación se ciñó a las obligaciones y estándares éticos estipuladas para los investigadores que participan en evaluaciones de UNICEF, de acuerdo con las normas y estándares de evaluación de la UNEG: independencia, imparcialidad, credibilidad, conflictos de intereses, rendición de cuentas (UNEG, 2016).

Independencia: la consultora encargada de la evaluación es un organismo independiente de la gestión de los organismos encargados de la implementación del programa. El equipo consultor desarrolló la evaluación sin presiones de ningún tipo (técnica, administrativa, económica o de cualquier otra índole) tanto por parte del organismo mandante (UNICEF), como de parte los organismos que participan en la implementación del programa evaluado.

Imparcialidad: la evaluación se llevó a cabo, en todas sus etapas de manera objetiva y en base a criterios técnicos, en función de la integridad profesional, y sin prejuicios de ningún tipo. Los integrantes del equipo de evaluación no han sido ni tienen expectativas de asumir responsabilidades en torno a la gestión del programa evaluado.

Credibilidad: el proceso de evaluación fue transparente en cuanto a la selección de participantes, a la explicitación de los procesos de análisis y al establecimiento de resultados y recomendaciones basadas en el uso consciente, explícito y juicioso de los datos disponibles. La evaluación fue

realizada y gestionada de manera ética por evaluadores con competencias profesionales y con experiencia en el levantamiento y análisis de información en iniciativas con características afines a las del programa evaluado.

Rendición de cuentas: la evaluación realizada permite entregar resultados orientados a generar una reflexión respecto de los logros y desafíos pendientes de los organismos encargados de implementar el programa. Es, de esta manera, una posibilidad de ofrecer una rendición de cuentas imparcial respecto del proceso de implementación del programa.

Conflictos de intereses: los integrantes del equipo de evaluación y la consultora no prestan conflictos de intereses con respecto al objeto de la evaluación. No prestan ni han prestado durante al menos los últimos 10 años servicios profesionales en los servicios que conforman la implementación del programa PASMI. Así, durante la evaluación, mantuvieron un respeto irrestricto a los principios de independencia, imparcialidad, credibilidad, honestidad, integridad y rendición de cuentas.

4.3. Muestra estudio de casos

La evaluación de la coordinación intersectorial del PASMI, se desarrolló principalmente a partir de un estudio de casos. Para determinar la selección de la muestra de comunas en que se ejecuta el programa, se utilizó una técnica de muestreo no probabilístico intencional, ya que permite seleccionar casos característicos de una población limitando la muestra sólo a estos casos.

Si bien al momento de la determinación de la muestra (mayo de 2023), el programa PASMI operaba en 91 comunas a lo largo de Chile, se utilizaron los registros, antecedentes administrativos y bases de datos entre diciembre de 2021 y julio de 2022.

Para la selección de comunas diversas, se aplicaron cuatro criterios de heterogeneidad, que en su conjunto aseguran: diversidad territorial; la presencia del programa desde un periodo de tiempo razonable para su instalación en cada comuna (entre 2016 y 2019, previo a la pandemia producida por el COVID 19); y variabilidad en el uso del SRDM, que se considera un aspecto clave para observar distintas dinámicas de coordinación intersectorial; resultados globales variables, que pueden ser útiles para observar cómo la coordinación intersectorial afecta los resultados del programa.

i. Macrozona [norte, centro-norte, centro- RM, centro-sur, Sur, extremo sur].
ii. Tipo de territorio [rurales/mixtas y urbanas].
iii. Servicio de salud distintos.
iv. Promedio de la brecha de en el uso del Sistema de Registro, Detección y Monitoreo (SRDM) niños/as atendidos en PASMI.

En relación a este último criterio, se debe considerar que el promedio de la brecha de registro en el SRDM es de 82% entre las comunas elegibles, mientras que en las comunas seleccionadas alcanzan un promedio de 72% de brecha, por lo que las comunas seleccionadas alcanzan un mejor rendimiento en el registro en el SRDM. Adicionalmente, si se excluye del cálculo a la comuna de

Alto Hospicio, la única comuna del país que tiene una brecha de registro en el SRDM de 0%, tanto las comunas elegibles como las seleccionadas alcanzan un 85% de brecha de registro, es decir, no tienen diferencia en relación al uso del SRDM.

Tanto los criterios de selección como las comunas seleccionadas fueron validados por la contraparte de UNICEF y referentes de contrapartes de las Subsecretarías de Redes Asistenciales y de la Niñez.

De este modo, la muestra quedó finalmente compuesta por las siguientes comunas:

Tabla N° 1: Muestra

Macrozona	Servicio Salud	Comuna	Año de Inicio	Promedio Brecha en el uso del SRDM	Resultado Global PASMI
Norte	Iquique	Alto Hospicio	2016	0%	86%
Centro-Norte	Viña del Mar Quillota	Quillota	2017	86%	83%
Centro	Metropolitano Norte	Colina	2016	99%	43%
Centro	Metropolitano Oriente	Macul	2019	98%	60%
Centro	Metropolitano Sur	San Bernardo	2017	100%	66%
Centro- sur	Del Libertador B. O´Higgins	Rancagua	2016	48%	57%
Centro- sur	Del Maule	Cauquenes	2016	75%	31%
Sur	Talcahuano	Penco	2019	89%	85%
Extremo-Sur	Osorno	Osorno	2016	91%	57%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de datos PASMI, Biblioteca Congreso Nacional e INE 2017

4.4. Plan de análisis

- ### Matriz para el levantamiento de información, para la evaluación de la intensidad intersectorial y Marco de evaluación

El plan de análisis se estructuró en torno a la matriz de evaluación (ver Anexo 1), que a su vez se elaboró en base a tres herramientas diferenciadas: una matriz general, que permitió definir en detalle las temáticas que se abordaron en las distintas actividades de levantamiento de información en cada comuna, y que además dio estructura a los informes de caso de las 9 comunas que conforman la muestra.

En segundo lugar, se elaboró una Matriz para la evaluación de la intensidad de la coordinación intersectorial, a partir de lo descrito en el marco teórico y los 3 niveles enunciados, pero que fue reformulada en función de las características del PASMI que fueron emergiendo inductivamente.

En tercer lugar, se utilizó el "Marco de evaluación", presentado al cierre de la sección del Marco Conceptual. Este marco guio la evaluación general del programa, a partir de la información levantada en los reportes de caso y los niveles de intensidad determinados.

Existe, en este sentido, una vinculación entre los tres instrumentos, en tanto que los contenidos –más amplios- del Marco de evaluación, se configuran a partir de datos levantados en las comunas, y por la evaluación de su intensidad intersectorial.

- ### Matriz de dimensiones y subdimensiones

En líneas generales, el análisis del material producido en el levantamiento de información primaria se trabajó en base a un análisis de contenido que organizó la información recogida en una matriz de dimensiones y subdimensiones, que se presenta a continuación.

Se define este método de análisis de información debido a que asegura y permite la integración de contenidos tanto a nivel descriptivo como a nivel inferencial, es decir, de relaciones más generales y conceptuales entre los diferentes hallazgos.

Así, considerando el marco conceptual y la documentación del programa PASMI, se desarrolló una matriz con dimensiones, subdimensiones y temas, conformada con elementos relevantes del PASMI y la coordinación intersectorial que implica. Esta matriz es la base desde la cual se elaboraron los instrumentos de levantamiento de información y fue el eje fundamental que guio el análisis de los datos, por cada uno de los casos. En la cuarta columna, se indican las preguntas del marco de evaluación que son alimentadas en base a cada subdimensión de la Matriz.

Cuadro N° 2: Matriz de dimensiones y subdimensiones

Dimensión	Subdimensión	Temas de interés
Gestión de la atención en salud mental de niños y niñas: Alude a la coordinación que se realiza en el marco de la atención de salud mental para niños y niñas que ingresan al PASMI, considerando prestaciones de salud mental y la relación con las familias.	Ciclo de atención PASMI	Detección (HpV: uso de instrumentos como TOCA, PSC, otros); Evaluación y confirmación diagnóstica; Ingreso o derivación a interconsulta; Co-construcción del Plan de Cuidado Integral; Acciones de intervención (controles de salud mental, visitas domiciliaras, visitas a establecimiento educacional, entrevistas con docentes, consultorías, talleres de competencias parentales; intervención familiar; consultoría, entre otros); ; Acciones de trabajo o comunicación entre HpV y PASMI ; Seguimiento y monitoreo; Acciones de Rescate (en general, llamadas telefónicas o visitas al hogar ante las inasistencias a controles); Alta; Obstaculizadores y facilitadores en tratamiento.
	Seguimiento post-egreso	Alta con seguimiento del caso; reingreso o derivación a otro tratamiento; Otras situaciones relevantes intersectoriales post-egreso.
	Comunicación y relación con las familias	Mecanismos de comunicación con las familias; Estrategias y acciones intersectoriales en torno a la relación con las familias y generación de alianza terapéutica en función de resultados conjuntos; Adherencia al tratamiento: facilitadores y obstaculizadores para el resultado del tratamiento.
Gestión de la intersectorialidad para la salud mental de niños, niñas y sus familias.	Intervenciones intersectoriales a nivel comunal	Composición y roles profesionales PASMI (APS); redes comunales: básicas y ampliadas; funciones y estrategias para el trabajo intersectorial; definición de objetivos comunes; reuniones periódicas de trabajo (red comunal, otras instancias de colaboración para trabajar un caso junto con HpV correspondiente al colegio o Protección social); formaciones y capacitaciones; hitos relevantes; nudos críticos.
	Soporte para la intervención intersectorial	Composición y roles de redes regionales ChCC (SEREMIs, Servicios de Salud, SEREMI MDSF y otros); Acciones y estrategias de soporte; Otros aspectos intersectoriales relevantes respecto del soporte regional.

Refiere a la coordinación intersectorial para la intervención en niños, niñas y sus familias, que se realiza en el marco de la gestión de las instituciones que componen la red comunal del ChCC	Percepciones sobre la eficacia del trabajo intersectorial	Percepciones de los equipos sobre la eficacia y eventuales mejoras que se han generado a partir de la implementación del programa, considerando: eventual aumento en derivaciones, e intervenciones psicosociales a las familias; mejoras en la cobertura de atención en salud mental a niños y niñas; y percepciones de mejora de los equipos de escuelas en relación al acceso a servicios psicosociales de los estudiantes y sus familias.
Gestión de la información: Registro, análisis y uso de la información sobre niños/as y sus familias, en el contexto del tratamiento de salud mental, intervención intersectorial, seguimiento y supervisión	Conocimiento y usabilidad del SRDM	Conocimiento y uso de SRDM; evaluación del sistema; facilitadores y obstaculizadores del SRDM para la gestión intersectorial.
	Acciones de registro utilizadas en PASMI, activación y resolución de alertas	Acciones de registro establecidas o utilizadas para PASMI para la generación, activación y resolución de alertas; Eficiencia y eficacia del SRDM.
	Otros sistemas de monitoreo y seguimiento	Otros sistemas de monitoreo, seguimiento y activación y resolución de alertas; motivos para utilizar otros sistemas; ventajas y desventajas respecto del SRDM.

Fuente: Elaboración propia

Por otra parte, una vez recogidos y comenzados a analizar los datos, se elaboró una segunda matriz para la evaluación de la intensidad de la coordinación intersectorial en cada caso, la cual permitió asignar un nivel (bajo, medio, alto) en cada comuna. Esta matriz se presenta a en el siguiente cuadro:

Cuadro 3: Matriz para la evaluación de la intensidad de la coordinación intersectorial

D1: Equipos de atención en salud mental e intervención psicosocial	1.1. Conformación de los equipos para la gestión sectorial e intersectorial
	1.2. Comprensión compartida de PASMI como programa de salud mental integral biopsicosocial
D2: Herramientas para el trabajo intersectorial	2.1. Cooperación interinstitucional en la definición de objetivos conjuntos
	2.2. Actividades o instancias conjuntas de trabajo
	2.3. Mecanismos de comunicación y gestión de la información: derivación para la atención en salud mental
	2.4. Mecanismos de gestión de la información para la atención en salud mental e intervención psicosocial: SRDM
	2.5. Mecanismos de gestión de la información para la atención en salud mental e intervención psicosocial: otros mecanismos
	2.6. Soporte de la red regional
D3: Participación de niños, niñas y adultos responsables de su cuidado	3.1. Participación de niños, niñas y adultos responsables de su cuidado

Fuente: elaboración propia.

- Fases Plan de análisis

Fase 1: Análisis de experiencias internacionales de programas de salud con trabajo intersectorial

El análisis de programas internacionales vinculados con la materia de estudio se desarrolló a partir de una revisión de documentación secundaria, que permitiera realizar una descripción general del diseño de estas iniciativas.

A partir de la documentación recabada, se caracterizaron las experiencias identificando elementos relevantes de estos programas. Asimismo, se buscó identificar nudos críticos de coordinación intersectorial, facilitadores y recomendaciones que se desprenden de la implementación de su programa, con vistas a nutrir el propio PASMI.

La caracterización contempló, por ejemplo, los siguientes contenidos: nombre, iniciativa, país, descripción general y una descripción en base a las dimensiones de la matriz de análisis considerando particularmente los aspectos clave de la implementación y principales desafíos.

Esta información está contenida en el informe 1, conjunto con las conclusiones y recomendaciones principales que sirvieron de insumo para la generación de recomendaciones y orientaciones para PASMI. Más detalle del proceso de identificación y análisis de experiencias, se presentan en anexos.

Fase 2: Estudio de casos

Para la realización de reportes de caso, se realizaron las entrevistas y *focus group* contemplados para cada una de las comunas, e identificadas más arriba en este informe. Las entrevistas y grupos focales se analizaron siguiendo la estructura de la matriz de dimensiones y subdimensiones, en un formato de reporte de caso, de tipo descriptivo (entregado en Informe 2).

Lo anterior se realizó por medio de un vaciado descriptivo de las ideas enunciadas por cada persona de la comuna, en matrices independientes. Así, para cada subdimensión se realizó una lectura horizontal de las principales aseveraciones de los/as entrevistados/as, identificando elementos comunes y divergentes al interior de la comuna, que permitan identificar los elementos centrales que componen el reporte de caso, por cada subdimensión y, por extensión, por cada dimensión.

Fase 3. Análisis integrado

Una vez realizado el análisis descriptivo de los casos, se procedió a desarrollar un análisis integrado y transversal de la coordinación intersectorial considerando los 9 casos; la información surgida de la revisión de experiencias internacionales y los antecedentes técnicos y teóricos del estudio. Esta integración se organizó a partir de los criterios de evaluación, vaciando lo contenidos en documentos por criterio, y generando códigos emergentes para cada uno de ellos, que permiten organizar la información. Se contrastaron los elementos teóricos y técnicos, con los resultados de los reportes caso, y se complementaron con la experiencia y recomendaciones que surgen de los casos internacionales.

Fase 4: Elaboración de conclusiones y recomendaciones

Como última etapa, se elaboraron conclusiones y recomendaciones integradas que emanaron del proceso anterior. Las conclusiones se enmarcan en respuestas al marco de evaluación del programa, y se entroncan con los productos desarrollados previamente: antecedentes, estudio de casos, matriz de intensidad de la coordinación intersectorial y análisis integrado.

Las recomendaciones, por su parte surgen de la respuesta a las preguntas del marco de evaluación del estudio, y se organizan en tres niveles: local, regional y nacional, determinando elementos necesarios de abordar por las instituciones públicas a cargo del diseño, implementación, monitoreo, supervisión y evaluación del programa. Para arribar a las recomendaciones, el equipo evaluador realizó, a partir de los principales desafíos identificados en los hallazgos, una triangulación de la información recopilada a través del estudio de casos, la revisión de experiencias internacionales y del análisis de documentación especializada.

4.5. Limitaciones de la evaluación

Las principales limitaciones de la evaluación se relacionaron con nueve aspectos:

No se realiza una Teoría de Cambio del programa, dado que se determinó, a través de acuerdos operativos, que el foco principal de la evaluación estaría en la determinación del nivel de intensidad de las coordinaciones intersectoriales del programa.

a) Las dificultades de acceso a las bases de datos del programa para el análisis de indicadores y de registro de información, de forma de determinar oportunamente los criterios de selección de la muestra y la posterior aprobación e información a los niveles intermedio o regional y comunal o local sobre el desarrollo de la evaluación.
b) La selección de las comunas para el estudio de caso se realizó en el mes de mayo de 2023, sin embargo, para determinar la incorporación a la muestra se utilizaron registros, antecedentes administrativos y bases de datos de diciembre de 2021 y julio de 2022. Dicha información arrojó que el promedio de brecha de registro en el SRDM es de 72% entre las comunas seleccionadas. Si bien el promedio nacional de brecha de registro en el SRDM es mayor - alcanzando en promedio un 82% de brecha entre las comunas elegibles – se debe considerar que la brecha de registro en el SRDM en los antecedentes utilizados para la selección es mayor a la brecha del año 2023.
c) Si bien hubo una alta disponibilidad de los equipos de los niveles regional y local para participar de las actividades de levantamiento de información, se presentaron contingencias que implicaron extender el período de trabajo de campo, especialmente, por las dificultades de acceso a los datos de contacto de madres, padres y cuidadores/as de niños y niñas participantes del programa.
d) El levantamiento de información no se abordó directamente con las comunidades educativas, sino que a través de los representantes institucionales de los Departamentos de Educación Municipal (DAEM), Corporaciones de Educación, así como representantes del Programa Habilidades para la Vida, de manera que no se cuenta con información que permita responder por la evaluación de las comunidades educativas de la respuesta del sector salud en relación a las demandas biopsicosociales de los niños, niñas y sus familias.
e) Otra limitación importante, especialmente, para la incorporación de la perspectiva de madres, padres y cuidadores, fue la negativa del Departamento de Salud Municipal de Osorno para entrevistar a las personas adultas responsables del cuidado de niños y niños atendidos por el programa sin una validación de parte del comité ético de investigación del Servicio de Salud de Valdivia, la que nunca se concretó. Por otro lado, en las comunas de Colina y San Bernardo, a pesar de que el equipo de investigación solicitó contactos telefónicos para completar las tres entrevistas definidas en cada comuna, no se recibió información de parte de los equipos del PASMI (APS), por lo que solo fue posible realizar dos entrevistas en ambas comunas.
f) La metodología de este estudio respecto a la incorporación de la perspectiva usuaria tanto de niños y niñas como de la de personas adultas responsables de su cuidado frente a la coordinación intersectorial, no permitió explorar este ámbito en profundidad, lo que se considera una limitación. Si bien el levantamiento de información de niños, niñas y sus familias constituye un insumo relevante para conocer su experiencia y el nivel de

satisfacción con la atención, dicha experiencia recopilada no responde al ámbito principal de análisis de la evaluación, por lo que su aporte es complementario.

g) Adicionalmente, se debe tener en cuenta que las personas adultas responsables del cuidado de niños y niñas participantes fueron contactadas de acuerdo a los criterios de las y los profesionales del PASMI (APS), y es esperable que sean contactadas las familias más involucradas en el proceso, y más cercanas a los equipos.
h) Por último, las prácticas y dinámicas asociadas a los niveles de intensidad de la coordinación intersectorial dispuestos en la Matriz descriptiva, elaborada en el marco de esta evaluación, se identificaron en base a las acciones reportadas por los equipos de los niveles local y regional, en relación a las definiciones conceptuales, por lo que se constituyen como complementarias a las definiciones establecidas en las orientaciones técnicas del programa. Sin embargo, dan cuenta de acciones de coordinación que se implementan de forma efectiva por lo que son factibles de implementar y, por ende, replicables por los equipos que participan en la implementación del PASMI.

5. Principales hallazgos

A continuación, se presentan los resultados del análisis integrado de la información levantada, que ponen en circulación y triangulan la información recogida de los antecedentes, tanto teóricos de la intersectorialidad como técnicos del PASMI, con la revisión de experiencias en el marco internacional, y con los hallazgos de los estudios de caso, que constituyen el insumo principal de este apartado, pues se trata de la única fuente de información que otorga resultados respecto de la implementación del programa.

La integración de la información se hace en base a los criterios de la matriz de evaluación. Este apartado no busca dar respuesta directa a las preguntas de evaluación, sino sintetizar los principales hallazgos que permiten responder a estas preguntas, las cuales se abordan de manera más directa en el próximo apartado.

5.1. Pertinencia

- **Respuestas que ofrece el PASMI a las necesidades, identificadas por los sectores educación, salud y protección, de las familias**

Respecto de la pertinencia de las prestaciones que ofrece el PASMI para aumentar el bienestar biopsicosocial de las familias, es importante mencionar, en primer lugar, que, de acuerdo a las orientaciones técnicas del programa, de este se despliegan una serie de prestaciones que dan cuenta de la amplitud de la intervención. Las prestaciones incluyen, como se observa en los antecedentes: evaluación diagnóstica integral realizada por un/a médico/a, evaluación diagnóstica integral psicólogo/a, consulta salud mental médico/a, consulta salud mental realizada por psicólogo/a, consulta salud mental realizada por trabajador/a social u otro/a profesional, consulta salud mental grupal (taller de competencias parentales), visita domiciliaria integral, y consultoría en salud mental infantil a psiquiatría. Además de esto, deben considerarse las distintas alertas que permite registrar el SRDM, que, ya en el marco de la red comunal, proyectan la provisión de una serie de prestaciones sociales de carácter biopsicosocial.[5]

También, antes de abordar la calidad de la respuesta a las familias, que ofrece el programa, resulta de interés indagar en las formas que tienen los equipos para identificar las necesidades de las familias. En efecto, los equipos cuentan con distintas estrategias que les permiten identificar estas

[5] Las 13 alertas que permite generar la plataforma son: niño/a víctima de algún tipo de violencia; niño/a con inasistencias reiteradas a establecimiento educacional o desescolarización; niño/a pertenece al 40% más vulnerables; situación de migración o familia en situación de migración; niño/a en condiciones de habitabilidad precarias; niños(as) con necesidades especiales de atención en salud; discapacidad del niño o niña; padre, madre o cuidador en tratamiento o con historia de atención en salud mental; padre, madre o cuidador en situación de reclusión; familiares con consumo de drogas y/o alcohol; madre, padre y/o cuidador principal con discapacidad permanente; niño/a no accede a oferta recreativa ni deportiva de la comuna; cesantía en el entorno familiar primario.

necesidades. En primer lugar, el SRDM. Este, cuando es usado de manera transversal por los equipos, y se registran las alertas de manera adecuada y estandarizada, como en el caso 1, permite tener un mapa actualizado y general de las necesidades de las familias, para luego contrastarlas con la oferta municipal. En contrapartida, de acuerdo a lo levantado, por ejemplo, en las comunas que corresponden a los casos 2 y 3, el uso de la plataforma, para poder transmitir con precisión las necesidades de las familias, requiere a su vez que se estandaricen los criterios para el registro de alertas, y que se registre de forma prolija.

Existen otros mecanismos formales para captar las necesidades de las familias por parte de los equipos, además del SRDM. Por ejemplo, estudios clínicos de familia que evalúan todos los componentes sociales y psicológicos de un grupo familiar para identificar factores de riesgo y realizar un plan de intervención integral (en el propio caso 3). El *Plan de Cuidado Integral* por su parte ofrece una oportunidad para que los equipos se informen de las necesidades de las familias. En el caso 8, en el diseño de este Plan, se incluye a la familia para la definición de objetivos terapéuticos; además, se contempla el trabajo terapéutico que el niño o niña esté teniendo en el establecimiento o en otros programas de intervención.

Transversalmente, los equipos que participan del levantamiento de información señalan que la captación de las necesidades de las familias por parte de la red también se realiza de manera más informal. Por ejemplo, en el mencionado caso 2, profesionales de salud se contactan directamente con la encargada del ChCC, sobre todo cuando se trata de un caso más urgente, para solicitar que se active una prestación ante la detección de una dificultad en niños, niñas y sus familias. Esto resulta más exitoso cuando, como en el caso 9, la familia tiene una participación central en todo el proceso de atención de la salud mental del niño o niña, que permite contar con mayor información respecto de las necesidades de la propia familia.

Los anteriores elementos tienen como factor que amenaza la activación de alertas, ya sea formales como informales, el hecho de que, en ocasiones, los equipos de salud tienden a actuar de manera más hermética, y no desde una perspectiva intersectorial, percibiéndose como parte de una red de apoyo integral a las familias. Esto será abordado con más detalle más adelante.

Ahora bien, de acuerdo con la información levantada por medio de los estudios de caso, el programa responde a las necesidades de atención a niños, niñas y sus cuidadores/as identificados/as por los equipos a nivel comunal. En particular, destaca la pertinencia de los servicios de atención que proveen los profesionales de la salud y la valoración, tanto de la oferta como de la calidad de la atención en salud mental, que hacen de ellos/as los/as integrantes de la red ChCC y de educación. Esto es transversal pero particularmente notorio en los casos 1, 2, 6 y 9.

A partir de lo anterior, se identifica una coincidencia entre las necesidades y expectativas de las familias y los equipos de salud y educación respecto de los servicios de consulta en salud mental infantil ofrecidos en el marco del programa. Es cierto, sin embargo, que la oferta de servicios de salud mental resulta insuficiente, incluso en casos en que es especialmente valorada la calidad de la intervención.

Para el sector de educación, además de la observación de la pertinencia de la atención en salud mental, el programa da respuesta a las necesidades identificadas por los/as integrantes de las comunidades educativas, en el sentido de generar las instancias de coordinación que permiten un trabajo intersectorial conjunto, y la derivación desde educación a salud. En prácticamente todos los casos analizados, las derivaciones directas desde los establecimientos educacionales superan las que provienen desde el HpV, lo que da cuenta de un proceso activo desde los establecimientos (y no solamente reactivo en función de la oferta programática) para identificar casos y derivar al CESFAM. En coherencia con esto, se valora positivamente también la disponibilidad variada de alternativas de ingreso al PASMI desde educación.

Sin embargo, un hallazgo importante que surge desde los estudios de caso es que en algunas comunas (por ejemplo, la correspondiente al caso 1, 6 y 7) hay una insuficiente capacidad de la oferta municipal para proveer prestaciones orientadas a mejorar las condiciones de bienestar integral de las familias. En este sentido, la pertinencia del programa en su diseño en virtud de la amplitud de servicios considerados se afecta por la insuficiencia de la capacidad municipal de ofertar dichos servicios. Es decir, pese a que las prestaciones consideradas son pertinentes, la oferta parece ser insuficiente dada la alta demanda por acceder a las prestaciones.

Así, si bien en general hay una evaluación positiva respecto de la pertinencia de las respuestas de la atención en salud mental por parte de profesionales de la salud a niños, niñas y sus familias, es posible identificar insuficiencia de la oferta de programas sociales existente, por ejemplo, en el ámbito de la habitabilidad, la recreación y el deporte. En casos como estos, la insuficiencia de la oferta de servicios municipales obstaculiza la posibilidad de dar una respuesta integral a las necesidades biopsicosociales de las familias.

Por último, se ha visto, a partir de los estudios de caso, que las familias (tanto cuidadores/as como niños y niñas) muestran satisfacción con la atención recibida por parte de profesionales de la salud en el marco de la implementación del PASMI. En el caso de las familias, en cualquier caso, no se hace el contraste entre el diseño del programa (y su propósito de articular la atención en salud mental con otras atenciones), y la atención en salud mental que en la práctica reciben los niños y niñas de las familias (y que es la que evalúan). Esta información recabada con las familias hace referencia a una muestra pequeña, de la cual, por otra parte, la metodología no permitió explorar su satisfacción respecto de la amplitud de servicios que deben proveerse en el marco de la activación de alertas sociales que se generan en el programa.

5.2. Coherencia

Contribución de PASMI a la coordinación comunal en torno a casos identificados y tratados, considerando derivación y seguimiento

La coordinación comunal de distintos sectores de la política social local para identificar y tratar casos es un desafío ineludible para la implementación del PASMI. Esto, porque el programa define una visión integral de la salud mental infantil, la cual requiere, precisamente por ser integral, del concurso de distintos sectores que deben coordinarse para prestar atención desde sus distintas experticias. Por lo tanto, la coordinación intersectorial en el caso del PASMI es necesaria. A partir de esta definición, resta definir si el programa responde de manera coherente a las exigencias y a los requerimientos de una coordinación intersectorial, de acuerdo con aspectos clave de la revisión documental y referencias internacionales.

Cooperación para la definición de objetivos conjuntos

De acuerdo a la revisión bibliográfica incorporada en el anexo (en particular, Cunill- Grau, Repetto y Bronzo, 2015), una estrategia intersectorial debe esforzarse en generar y socializar objetivos comunes, manteniendo claridad respecto de los ámbitos de competencia de cada institución. La orientación a un objetivo común y reconocible por los sectores, pero diferenciando la contribución de cada uno, permite que un modelo de gestión intersectorial se sostenga en base a un accionar coherente entre los sectores. Esto, aumenta las posibilidades de éxito del programa.

Sin embargo, en base a los resultados del estudio de casos, la cooperación interinstitucional para la definición de objetivos conjuntos en el nivel intermedio y local se considera en un nivel de desarrollo bajo. En los casos revisados, en general, no se observan instancias de cooperación interinstitucional para definir objetivos o metas compartidas, particularmente entre los equipos de salud y el resto de los actores de la red ChCC en el nivel local. Esta responsabilidad cabría en la encargada de ChCC en el nivel local, pero no se observa que hayan liderado procesos de este tipo.

Las mayores coordinaciones en este sentido se identifican entre los sectores de salud y educación, donde si bien no se identifican objetivos programáticos o estratégicos co-definidos, en algunos casos se definen metas de cobertura, protocolos de derivación o se evalúan los procesos de manera conjunta (comunas correspondientes a los casos 1, 4 y 9). Aquí, se cumple generalmente con la tarea fundamental de compartir aspectos técnicos a la base de la implementación de los respectivos programas.

En el caso de la cooperación intersectorial entre salud y el resto de la red ChCC, se levanta la necesidad explícita de establecer instancias de coordinación directa, para la definición conjunta de estrategias y objetivos. Esto requiere, como condición de posibilidad, la comprensión de que el PASMI es un programa intersectorial y la realización de instancias regulares de trabajo entre todos los sectores involucrados, donde se parta por conocer en detalle el trabajo que cada uno realiza, sus objetivos, sus herramientas y el sentido de estas.

Conocimiento del PASMI como un programa de salud mental integral

Un aspecto clave que tributa a la coherencia de los equipos intervinientes es la necesidad de instalar el conocimiento, de parte de todos los actores, de que el PASMI es un programa de salud mental integral, y que por lo tanto es un programa intersectorial, como se ha visto. El conocimiento de las labores de otros servicios es un aspecto básico para la instalación de un programa intersectorial, en tanto en condición de la definición de objetivos conjuntos. Este aspecto se observa poco desarrollado a partir del levantamiento de información. A partir de los estudios de caso, hay un conocimiento relativamente bajo sobre los servicios, dinámicas y estrategias que provee cada sector. En varias comunas, la percepción por parte de los profesionales de la red ChCC en el nivel local es que los equipos de salud, en general, son "cerrados", en el sentido de que no suelen comunicar a la red su forma de funcionamiento, focos de la atención, procesos de intervención, etc. En particular, en algunas comunas el equipo PASMI se identifica como poco abierto y comunicador con otros sectores (por ejemplo, en las comunas que corresponden a los casos 2, 3, 4, 6 y 9).

Lo anterior suele ser reconocido por los equipos de salud correspondientes, que en ocasiones se conciben de manera aislada respecto del ChCC y su red, y declaran no tener un conocimiento claro respecto de las acciones de otros equipos. Los estudios de caso permiten levantar la necesidad, a propósito de esto, de entablar instancias formativas con los equipos de salud, en particular con los equipos que atienden en el marco del PASMI, de manera que logren internalizar la idea de que su atención no se enmarca solamente en el área de salud, sino que incluye un fuerte componente integral, social y comunitario.

Servicio de Registro, Derivación y Monitoreo

Winkworth y White (2011, en Cunill-Grau, Repetto y Bronzo, 2015) dan cuenta de la necesidad de contar con sistemas de información unificados entre los distintos sectores, para gestionar una coordinación estandarizada de los procesos de atención correspondientes a cada programa. También, el análisis de experiencias internacionales (en particular, la experiencia *Future in Mind*, de Inglaterra), indica que un sistema integrado de información es clave para dar estructura y coherencia a un programa de carácter intersectorial; también se identifica que este elemento es clave para lograr una verdadera mancomunidad en la implementación de políticas públicas, en general. El análisis de experiencias internacionales indica que uno de los principales desafíos y nudos críticos para programas de este tipo es lograr integrar la información a la que pueden acceder los distintos sectores, por medio de un sistema integrado.

Dando respuesta a esta exigencia, el diseño del programa PASMI apunta de manera clara a facilitar la coordinación comunal para la identificación, derivación, tratamiento y seguimiento de casos mediante el Sistema de Registro, Derivación y Monitoreo (o SRDM). La atención del PASMI se registra en el sistema informático Chile Crece Contigo, SRDM, que cumple de acuerdo al diseño un rol fundamental en propiciar la coordinación comunal, tanto para la derivación como para el

seguimiento. El SRDM, de acuerdo a las orientaciones, es el sistema para asistir los procesos de referencia y contrarreferencia, y cuyo uso corresponde a los encargados comunales y a los equipos municipales de salud, educación, empleo, social, discapacidad, entre otros. El uso del sistema, de acuerdo al diseño del programa, permite obtener datos fidedignos y validados para activar la red comunal de forma inmediata. Y, más aún, es un aspecto clave para organizar y dar coherencia interna al accionar de todos los equipos involucrados.

El estudio de casos permite obtener algunas conclusiones relevantes respecto del uso del SRDM. En varias comunas (las correspondientes a los casos 2, 4, 5, 9), la percepción es que el proceso de registro se realiza de manera más frecuente a partir de este año, en virtud de instancias de capacitación en el uso de la plataforma, realizadas hacia fines del año pasado (2022). Estas instancias de formación se valoran por los actores que usan la plataforma, y dan un contexto específico a la evaluación: el levantamiento de información se realiza en un momento en que se está fortaleciendo, desde el nivel central y por medio de los equipos comunales, el uso del SRDM.

El estudio de casos permite identificar que las y los coordinadores del ChCC en el nivel local han tenido un rol importante, en prácticamente todas las comunas, en tanto han persistido en que las y los profesionales de la red utilicen la plataforma. Lo cierto es que el cargo de la coordinadora del ChCC (cargo ostentado por mujeres en todos los casos) cobra especial relevancia para efectos de la implementación de la plataforma: solicitan registrar de manera permanente, revisan la correcta digitación de datos, revisan también las alertas digitadas para establecer contactos con los equipos de la red respecto de su revisión, etc. Todo esto se está realizando de manera más expresa este año, de modo que es posible que se intensifique la utilización del Sistema, y que se registre con mayor rigurosidad en adelante.

A pesar de los esfuerzos, se identifica una importante resistencia al uso de la plataforma por parte de los equipos de salud, de manera transversal en los estudios de caso. La razón más recurrente que se señala para no registrar es que los equipos no cuentan con el tiempo suficiente para realizar un registro en un sistema que no utilizaban anteriormente, y que se suma a las obligaciones de registrar en el sistema de registro interno del sector. Al respecto, la experiencia internacional señala que el éxito de programas que involucran la coordinación intersectorial depende, en parte, de que se destine tiempo a esta acción, es decir, horas de dedicación predefinidas y acordadas para el registro. La falta de tiempo para registrar en este sistema por parte de los equipos expresa de manera concreta este aprendizaje que otorgan otras experiencias.

Diversos equipos de salud, y a pesar de las señaladas instancias de formación, no están aún interiorizados sobre cómo registrar, y más aún, no tienen claridad de la importancia de implementar un sistema informativo institucionalizado de registro y derivación. En algunas comunas se tiene una valoración mayor de procesos de derivaciones que se hacen por medio de contactos personales entre equipos del intersector (contactándose vía llamados telefónicos, correos electrónicos, etc.) (principalmente en las comunas correspondientes a los casos 2, 4, 8, 9). Esto se asocia a una mayor confianza en que estas formas de establecer contacto generan acciones efectivas en torno a los casos.

Lo anterior lleva a relevar la demanda explícita por expandir las instancias de formación sobre la plataforma, de manera que los equipos: puedan conocer mejor la operatividad de la herramienta; se acerquen a consideraciones técnicas para su uso (por ejemplo, cuáles son los criterios de diagnóstico para activar una alerta); y tengan mayor claridad respecto de su sentido y propósito.

Mecanismos alternativos de registro, monitoreo y derivación

Se puede observar que, cuando no se ocupa el SRDM, se activan otros mecanismos de coordinación comunal de carácter más informal: contactos directos o indirectos con profesionales de la red, vía correo electrónico o llamado telefónico, fundamentalmente. Se trata de mecanismos informales que se contemplan en el marco teórico (Cunill- Grau, Repetto y Bronzo, 2015), como parte de la gestión intersectorialidad, en el entendido de que es difícil reemplazarlos de manera completa por instancias formales, institucionales e impersonales. Las instancias informales se sostienen en base a prácticas organizacionales instaladas y que, de hecho, pueden facilitar ciertos procesos.

El estudio de casos permite señalar en la mayoría de las comunas en que se implementa el PASMI estas prácticas informales son las más asentadas. Muchas veces, equipos del PASMI hacen llamadas o envío de correos a integrantes de la red comunal para alertar directamente sobre la necesidad de una derivación. Cuando el contacto es indirecto, en cambio, se hace mediante el referente de la red, que organiza internamente las derivaciones. Preferentemente este actor es la coordinadora comunal de ChCC.

Ahora bien, de acuerdo al estudio de casos, estas prácticas se realizan en desmedro de los mecanismos formales, cuyo valor reside en que, cuando se ocupan de manera generalizada, permiten estandarizar los procesos y hacerlos previsibles, dotando de confianza a los actores en que otros sectores revisarán la plataforma y se harán parte del proceso. En este sentido, se observa como un desafío del programa complementar los mecanismos informales de derivación y seguimiento con los mecanismos formales (SRDM), llamados a institucionalizar procesos, estandarizándolos y haciéndolos previsibles y confiables, en virtud del uso regular y generalizado de la plataforma.

Reuniones de red

Por otra parte, el mecanismo más transversal de coordinación intersectorial son las reuniones de red, básica y ampliada, que se realizan con una periodicidad variable, generalmente mensual o bimestral, en prácticamente todas las comunas. La realización de reuniones periódicas, formales o informales, es una de las instancias básicas para establecer mecanismos de coordinación intersectorial, de acuerdo a la literatura revisada. Estas instancias son fundamentales para generar mancomunidad y dar coherencia a la acción de las distintas partes involucradas.

Las anteriores dinámicas afectan el seguimiento de los casos, en el sentido de que en comunas como las mencionadas, el seguimiento también se hace de manera informal, por medio de información

cruzada entra las distintas partes que conforman la red ChCC. Es decir, el no uso del SRDM no implica que no se realice seguimiento, pero sí que este esté sujeto a variables subjetivas, como la relación de cercanía profesional entre las partes, el lenguaje utilizado para comunicar avances o necesidades de derivación, etc.

A partir del análisis de información que surge desde los estudios de caso, existe una valoración transversal de estas instancias. Los focos y temáticas que se abordan en estas reuniones son variables entre una comuna y otra. Por ejemplo, en algunos casos de proveen espacios de análisis de la situación de las familias de los niños y niñas atendidas en todas las instancias vinculadas al ChCC; en otras se revisan estrategias generales de la coordinación entre los sectores; evaluación conjunta del proceso de implementación de programas intersectoriales (entre ellos PASMI); también se da instancias formativas y de socialización de la oferta comunal; entre otros. Las y los profesionales de salud son aquellos a los cuales más difícil les resulta asistir, pues la disponibilidad horaria es más restringida.

Si bien se trata de las instancias de coordinación centrales, en algunas comunas estas reuniones se encuentran suspendidas, de manera temporal o indefinida. Los motivos de estas definiciones son diversos: en un caso, se suspendieron porque parte del equipo percibía un foco casi exclusivo a salud, lo cual gatilló una percepción de prescindencia por parte de los otros sectores; en otro caso por falta de interés y por la percepción de que las reuniones no resultaban útiles para la labor de los equipos. Estas suspensiones dificultan la dinamización y el ritmo que se requiere para instalar prácticas de coordinación intersectorial de alta intensidad.

Además de las reuniones de la red, existen, de acuerdo a lo levantado en los estudios de caso, reuniones bilaterales entre la coordinación de ChCC y los equipos de salud. En muchos casos estas instancias complementan las reuniones de la red, con un foco específico en las coordinaciones entre estos dos sectores; de hecho, en comunas donde no se realizan se consideran relevantes de realizar, y se indica como un desafío al cual se debe responder. Debe tomarse en cuenta que hay algunas comunas donde las bilaterales reemplazan a las reuniones de la red, al considerarse más efectivas. Estas determinaciones, sin embargo, debilitan la generación de una base común para la cooperación intersectorial más amplia. Por lo tanto, lo que se observa es que se trata de instancias complementarias, que idealmente deben coexistir en el marco de la gestión comunal.

Finalmente, es importante subrayar que, de acuerdo a los resultados de la revisión internacional, es fundamental contar con espacios protegidos en las agendas de las distintas partes para el trabajo intersectorial (en particular, de acuerdo a los elementos que facilitan la implementación de *The National Action Plan For The Health of Children and Young People 2020-2030*, de Australia). Lo anterior se complementa con el resultado observado en los estudios de caso, puesto que una de las principales razones para no reunirse de manera regular entre los sectores es, nuevamente, la falta de tiempo. Esto debe ser subsanado, de acuerdo a la experiencia internacional, protegiendo horarios en las agendas, de manera de asegurar la retroalimentación de los procesos por parte de las redes directas, así como un trabajo conjunto en la creación de estrategias, protocolos, etc. En síntesis, debe disponerse de horas de la jornada formal de trabajo para la coordinación intersectorial.

No obstante, las dificultades para establecer coordinaciones formales, ya sea mediante reuniones o el uso de la plataforma, es importante indicar que el programa, en base a lo identificado en los estudios de caso, ha permitido instalar, en el nivel local, la importancia de la salud mental infantil de manera transversal, es decir, en los distintos equipos, y no solo en salud. Se considera que este es un logro fundamental para avanzar en la concientización de la importancia de actuar conjuntamente, una vez reconocidos las funciones y responsabilidades que le cabe a cada equipo en esta materia.

- Coherencia de la forma en que se implementa PASMI con las necesidades de las familias usuarias

Desde el punto de vista de madres, padres y cuidadores/as, se observa que la provisión de servicios de salud por parte del programa PASMI responde a sus expectativas y necesidades, tanto en la información respecto del proceso de atención como también de la calidad del mismo, y de las mejoras y avances que ven en relación al diagnóstico que generó la derivación a la atención en salud mental de sus niños y niñas. Esto se observa de manera transversal en los estudios de caso.

Sin embargo, no resulta evidente que la implementación del PASMI conlleve una atención que responda a las necesidades de la familia desde una perspectiva más integral. Esto, al menos desde el levantamiento de información realizado para la presente evaluación; en efecto, este hallazgo debe tomarse con cautela considerando las características de la metodología y el número de madres, padres y cuidadores/as consultados/as. En efecto, si bien no se identifica en ninguna entrevista la activación de una oferta municipal integral (biopsicosocial) a las familias a partir de la atención en el PASMI, lo cierto es que no se tiene información respecto de que estas familias efectivamente hayan requerido estos apoyos.

Por lo tanto, el hecho de que madres, padres y cuidadores/as entrevistados/as no identifiquen una vinculación entre el servicio de atención en salud y el contacto municipal para ofrecer prestaciones y servicios que respondan a alguna alerta activada a partir de la atención en salud mental, no implica necesariamente una carencia de la respuesta municipal.

En esta misma línea, las familias entrevistadas no se aproximan al programa desde su diseño, es decir, no lo identifican como un programa que se articula para ofrecer prestaciones integrales de carácter biopsicosocial, sino como una atención en salud de manera exclusiva. En este sentido, su evaluación del programa es favorable, circunscrita ésta a las prestaciones de salud mental recibidas por sus niños o niñas en APS.

Para ahondar más en este punto, se sugiere realizar un análisis de datos administrativos que determine la temporalidad de las prestaciones recibidas por todas las personas adultas del grupo familiar de los niños y niñas atendidas por el programa. De esa manera, será posible analizar si las prestaciones sociales a las que acceden están asociadas a la atención en salud mental de los niños y niñas bajo su cuidado.

- Percepción de las comunidades educativas respecto de que hay una mejora en la respuesta del sector salud a las demandas biopsicosociales de niños, niñas y sus familias

El levantamiento de información no se abordó directamente con las comunidades educativas, de manera que no se cuenta con información que permita responder por la evaluación de las comunidades educativas de la respuesta del sector salud en relación a las demandas biopsicosociales de los niños, niñas y sus familias. Sin embargo, sí se obtuvo información relevante relacionada con las mejoras que el programa PASMI ofrece al sector educacional, en especial, en virtud de su modelo de coordinación intersectorial.

Respecto de esto, de acuerdo a las orientaciones técnicas del PASMI, se determina que la derivación al programa proviene, entre otros, desde el sector de educación. El estudio de casos permite observar que hay una apertura de los equipos de salud con los de educación para socializar criterios, describir los focos de atención, y compartir información con el sector de educación sobre los niños y niñas, de manera de facilitar los procesos de derivación de casos al programa. Más importante: el programa ofrece a educación un referente para la derivación de casos de salud mental infantil, lo cual implica una mejora sustantiva respecto de la situación previa. Este elemento es valorado por los equipos de educación de manera transversal, de acuerdo al estudio de casos.

La instancia de derivación desde educación más regular al programa, de acuerdo a la información levantada mediante los estudios de caso, es la derivación directa a los centros de salud desde los equipos de los establecimientos educacionales. Para esto, el sector salud establece coordinaciones directas con estos equipos. Estos equipos definen un referente en el establecimiento (en general: encargado o encargada de convivencia escolar o duplas psicosociales) que se vincula con el equipo de APS, lo cual es un factor clave para la facilitación de la derivación entre los dos sectores.

Respecto de la valoración de la atención en salud mental propiamente tal que ofrece el programa, se manifiesta satisfacción de parte de educación con las respuestas que otorga salud a dichas necesidades; aunque existen algunas limitaciones para abordar esta pregunta. En particular: la tarea central de educación (por ejemplo, del programa HpV) es efectuar la derivación, y si bien en algunos casos se realiza un acompañamiento y reuniones con los equipos de salud, en otros su labor culmina con la derivación. De manera que en varios casos no se realiza una evaluación de la calidad de las prestaciones que ofrece el PASMI por parte de educación.

Dicho lo anterior, en los casos en que se levantó esta información, se levanta una satisfacción de educación con los servicios de salud, en relación a la calidad de las profesionales y a la disposición al trabajo por la salud mental de niños y niñas. Esto puede observarse con nitidez en los casos 2 y 9. En el caso 2, existe una importante valoración respecto del tratamiento, la regularidad y oportunidad en la atención del PASMI (APS). En el caso 9, en tanto, educación manifiesta explícitamente una valoración de las capacidades profesionales del equipo de salud y de la atención provista.

- Nudos críticos en la derivación, entrega de servicios previstos y retroalimentación en los sectores de educación y salud en el marco del PASMI

Un primer nudo critico identificado entre los sectores de educación y salud, que atenta contra la coherencia del programa es la no identificación de un piso común respecto de la intersectorialidad, sus condiciones, requerimientos y consecuencias. El marco conceptual revisado arroja la importancia de coordinar actividades conjuntas entre los actores que participan de un programa intersectorial; avanzar en la declaración conjunta de la misión y principios; definir objetivos conjuntos; entre otros elementos. A su vez, desde la experiencia internacional, se observa importante crear una base institucional común, responsable del programa, y que permita sostener la coordinación intersectorial en la implementación de los programas. En este sentido, independiente de las estructuras y orgánicas del caso, se debe propender a instalar una visión común mediante instancias formativas sobre la intersectorialidad, sus procesos asociados, sus características y su importancia.

La necesidad de instalar un piso común es refrendada mediante el estudio de casos, en donde se indica explícitamente la necesidad de implementar procesos de inducción respecto de la intersectorialidad: su sentido y forma de implementación en PASMI, los sectores involucrados, los soportes y herramientas con las que se cuenta y su sentido, entre otros aspectos. Así, en la comuna correspondiente al caso 2 se menciona desde el nivel regional la necesidad de generar procesos de capacitación sobre el programa transversales a los equipos, no solamente de salud, sino también de educación y protección social. En los casos 3 y 7, equipos mencionan la necesidad de una inducción al diseño del PASMI en cuanto programa intersectorial, además de la necesidad generalizada de profundizar las instancias de formación en el uso del SRDM.

Un segundo nudo crítico se relaciona con la conformación de los equipos para una adecuada gestión sectorial e intersectorial. Este factor se reporta como una condición fundamental para organizar procesos de coordinación intersectorial en el marco de la implementación del programa. En especial, en aquellas comunas en que no se identifica un/a referente PASMI (es decir, un actor que canalice y comunique las demandas, criterios técnicos, prioridades, etc. de los/as referentes del PASMI que a su vez tiene cada CESFAM) se impacta negativamente en la articulación del programa con el sector educación. Desde los equipos, por ejemplo, en el caso 9, se indica la necesidad de asignar este cargo, con horas de dedicación para aquello.

Así, la asignación de un/a referente PASMI en el nivel comunal, si bien es usual, en algunas comunas se ve dificultada porque los equipos de salud en general, y de PASMI (APS) en particular, se encuentran saturados en virtud de la demanda por atención, de manera que existe una fuerte presión para destinar su jornada a la atención en salud mental, en detrimento de la coordinación con el sector de educación, y también con la red en su conjunto.

Más en general, el estudio de casos permite observar en distintas comunas una escasez de equipos y un consecuente agotamiento de los mismos (si bien se observa que todos los equipos de APS tienen tiempos muy acotados, en algunas comunas esto se manifestó más crítico, por ejemplo, en las comunas correspondientes a los casos 3, 4, 6, 7, 8), lo cual dificulta la generación de espacios para la

coordinación con educación y otros sectores. Esto se expresa principalmente en la alta demanda del programa, y la sensación de los equipos de no poder dar respuesta a las listas de espera, y en menor medida a horas de refuerzo destinadas a otros grupos etarios. Lo anterior tiene implicancias en la regularidad de la atención, en la generación de vínculos entre el profesional y el niño o niña, y, en definitiva, en la calidad de la atención. Lo anterior se suma al hecho de que existe una rotación importante de los equipos de salud, que impide darle continuidad a los procesos de comunicación y coordinación entre los sectores.

5.3. Eficacia

Percepción de resultados positivos por parte de familias y ejecutores/as en la respuesta del sector salud frente a las necesidades de salud mental en niños y niñas

La revisión de experiencias internacionales entrega algunas claves, o condiciones, importantes para observar la eficacia de un programa que implica la coordinación intersectorial. Todas estas experiencias revisadas sugieren que es importante que las redes directas del niño o niña (familia, escuela) se incorporen, acompañen y participen en el tratamiento en salud mental infantil. Estas estrategias tienen una aproximación ecológica a la salud mental de niños y niñas, de manera que reconocen en las familias un actor incidente, que debe ser informado y acompañar el proceso de tratamiento con sus niños y niñas. Así, la revisión internacional señala que la socialización de la atención y sus principales características en las redes directas es una condición para la eficacia: permite comprender e involucrase en los procesos terapéuticos de los niños y niñas.

Respecto de lo anterior, el estudio de casos señala, de manera transversal, que las familias consideran estar bien informadas respecto de los elementos centrales del proceso de atención psicológica a sus hijos o hijas. En este sentido, hay un acompañamiento de las y los profesionales y una disponibilidad constante a los requerimientos de las familias, proveyendo información fundamental sobre cómo se avanza en los controles, qué se necesita de las familias, entre otros. De manera que existe una valoración a la disposición de los/as profesionales de salud, en cuanto a su involucramiento y preocupación por informar, ya sea por medio de llamadas telefónicas, por WhatsApp, participación en los controles de parte de las familias. Aquí, tienen la posibilidad de ser informadas *in situ* de los avances, alcances y desafíos del tratamiento de los niños y niñas.

Los/as cuidadores entrevistados/as expresan, en general, un nivel de satisfacción importante con el programa, tanto con la calidad de la atención como con la suficiencia de la información recibidas, el compromiso de los equipos, y los resultados en la salud mental de los niños y niñas. En particular, los y las cuidadores identifican una reducción de los síntomas que originan al tratamiento, un mayor bienestar general de los niños y niñas, y, consecuentemente, del sistema familiar en su conjunto (esto puede observarse en los casos 2, 5, 6, 7 y 8).

Ninguno/a de los/as cuidadores/as entrevistados/as señala haber sido contactado/a por otros sectores con el fin de entregarles alguna prestación de la red comunal, lo cual es a su vez un resultado que debe observarse con cautela, pues no se cuenta con información respecto de que estas familias

hayan requerido, por medio de la activación de alertas en el SRDM u otro mecanismo, apoyos de carácter psicosocial que pueda haberles ofrecido el municipio.

El estudio de caso también permite levantar una valoración transversal respecto de los equipos que participan de la implementación sobre la calidad de la respuesta del sector salud a las necesidades de salud mental de los niños y niñas. Así por ejemplo en el caso 1, se indica que la instalación del PASMI ha permitido mejorar aspectos claves en la atención de la salud mental de niños y niñas, como la extensión del tiempo de atención, la continuidad de la atención y el aumento en la periodicidad en las atenciones y un menor tiempo de acceso al sistema. El ritmo que adquiere el proceso terapéutico también es rescatado en el caso 2, aumentando con esto la calidad de la respuesta.

Tanto en este caso, el 2, como en los casos 8 y 9, donde se valora la calidad profesional de las atenciones, además de su pertinencia y oportunidad. No se identifica ninguna opinión negativa de los equipos que participan de la red comunal respecto de la calidad de la atención. Sí, en algunos casos, por ejemplo, en el caso 6, se señala que la insuficiencia de equipos de PASMI (APS) afecta la continuidad de la atención y de ahí la eficacia de la misma. De manera similar, en el mencionado caso 1, se estipula que la discontinuidad de los equipos afecta la calidad de la atención.

5.4. Sostenibilidad

- **Generación de condiciones a nivel de gestión y coordinación intersectorial que permitan asegurar la sostenibilidad de los resultados**

Se ha visto que el PASMI cuenta con el SRDM, un sistema informático de gestión de la información y generación de alertas para la activación de prestaciones sociales, de carácter intersectorial. Es decir, el programa, cuenta con un sistema formal, institucional, interconectado, que articula la gestión intersectorial y permite proyectar su sustentabilidad. Este mecanismo, al cual tienen acceso quienes participan de la red ChCC, incluidos las y los profesionales que atienden en el marco del PASMI, implica que estos/as deben ir registrando información sobre vulnerabilidades o factores críticos del niño o niña o la familia. Esto, de acuerdo con las orientaciones técnicas, activa automáticamente una alarma que es revisada por un/a integrante de la red comunal de ChCC, que puede ofrecer una prestación específica predefinida. En el diseño, este sistema resulta fundamental para la coordinación y retroalimentación intersectorial, así como la gestión y activación de prestaciones específicas.

Este último elemento, se encuentra, como hemos visto, con varias dificultades para su implementación. Las dificultades asociadas al uso generalizado del SRDM por parte de los equipos se asocian a la falta de tiempo para registrar, a dificultades operativas, a dudas respecto de su sentido y propósito, etc. No obstante, la persistencia en la indicación de su uso por parte de algunos actores, y algunas instancias de formación, que deben profundizarse, permiten proyectar su instalación como eje de la articulación intersectorial y de esta manera, sustentar de manera permanente la coordinación intersectorial en el marco del programa. La sustentabilidad de los resultados, es decir, la estabilidad en el tiempo de procesos estandarizados y previsibles de derivación a salud, y sobre de derivación de salud a protección social, requieren de la institucionalización del uso de este Sistema.

Desde la revisión internacional, en particular, en la experiencia Child and Adolescent Mental Health Policy, de Sudáfrica, se identifican algunos aspectos claves en la implementación, que pueden ayudar a proyectar la sostenibilidad del programa. En primer lugar, es necesario crear una base institucional fuerte e integrada que permita sostener la coordinación intersectorial en la implementación de los programas. En este sentido, independiente de las estructuras y organismos locales, la estabilidad a las iniciativas y la capacitación en el trabajo intersectorial son recomendables para proyectar desde la implementación la sustentabilidad del programa.

En este sentido, se observan desafíos para PASMI en torno al fortalecimiento de los soportes institucionales. Principalmente, se revisaron los soportes otorgados desde el nivel regional. Aquí, las principales acciones que buscan propiciar apoyos para la implementación del PASMI tienen que ver reuniones de carácter interinstitucional, que varían en su alcance, participantes y objeto, de acuerdo a cada caso. Los equipos que implementan el programa en el nivel comunal expresan cierta disconformidad con las orientaciones recibidas desde el nivel regional. En algunos casos, se indica que el proceso de implementación del programa fue, sobre todo al principio, "a pulso"; y aún se mantienen expectativas de que se generen instancias formativas, en particular, capacitaciones, que acompañen la implementación del programa. Estas deben centrarse en aspectos más genéricos, como la importancia de la coordinación intersectorial y sus características; y aspectos más concretos, como el uso del SRDM, o estrategias para la generación de objetivos conjuntos.

Respecto de condiciones referidas a infraestructura y recursos humanos para la implementación del programa, se identifican distintos elementos relevantes para la evaluación de la sostenibilidad del mismo. En efecto, la proyección de los resultados del programa solo es posible si se cuenta con la infraestructura adecuada y los recursos humanos suficientes.

Respecto de la infraestructura para la atención, este se observa como un aspecto menos comprometido, aunque es esperable que, si aumentan los recursos humanos para la atención en el marco del programa, los requerimientos respecto de contar con mayores espacios físicos para sostener las atenciones aumenten.

Así, en dos comunas (las correspondientes a los casos 2 y 6) que componen la muestra se indicó la necesidad de aumentar los espacios físicos para poder atender de manera adecuada en el marco del programa. En el caso 2, los equipos de salud indican que, sobre todo al principio de la implementación, no existían salas o box de atención en las dependencias de salud. Si bien esto se ha ido superando, con el aumento de demanda y también profesionales y atenciones, se indica que se está cerca volver a requerir de espacios de atención adicionales.

Por su parte, otras dos comunas señalan la necesidad de otros recursos materiales. Un caso, el 4, indica la necesidad de aumentar recursos materiales para la implementación del programa, como computadores o acceso a la red de internet; en otro en tanto, el caso 5, las profesionales que atienden en el marco del programa indican que los CESFAM no tienen equipamiento suficiente para

una atención de calidad, dado que los que existen están dañados o son muy antiguos (por ejemplo, juguetes, cajas sensoriales, etc.).

En cambio, es más general en las distintas comunas que componen la muestra la necesidad de aumentar los recursos humanos para poder implementar el programa de manera más eficaz. Esta necesidad es acentuada de distinta manera por parte de los equipos municipales.

Por una parte, habría una merma en la coordinación intersectorial por la escasa posibilidad de los equipos para dedicarse a estas gestiones (por ejemplo, al registro en el SRDM, o participar en reuniones de coordinación). Por ejemplo, en el caso 3 se valora explícitamente por parte de los equipos de salud que PASMI sea un programa enfocado en la atención en salud mental desde una intervención intersectorial, pero lamentan que no cuentan con el personal que se encargue de esas gestiones. En el caso 4, por su parte se identifica que hacen falta encargados/as (o tiempo) para revisar las alertas y traspasar la información. En el caso 9, en tanto, existe una demanda explícita por contar con un referente de programa en el nivel comunal, que permita canalizar las necesidades, percepciones, requerimientos o insumos en general, de parte de los equipos que se desempeñan en los distintos CESFAM.

Respecto de la atención en salud mental, las comunas correspondientes a los casos 2, 4 y 7 señalan que no existen recursos humanos suficientes para responder a la alta demanda por atención en salud mental a niños y niñas en sus comunas. En algunos casos, esto implica una sobrecarga laboral que aumenta las licencias médicas (por salud mental) de los/as profesionales, lo que trae como consecuencia que se cuente con aún menos profesionales para proveer de una atención oportuna.

Otro aspecto específico que se ve de manera relativamente transversal es la falta de recursos humanos para hacer el seguimiento. Así, ante la escasez de personas se prioriza la atención en detrimento del seguimiento posterior. Esto se indica en los casos 3, 4 y 6.

- Percepción de los equipos implementadores sobre el aumento de intensidad de la coordinación intersectorial para dar respuesta a las necesidades de las familias y niños y niñas usuarias

En el caso de los equipos de educación, existe una valoración en relación a la intensificación de la coordinación intersectorial a partir de la instalación del programa. En distintas comunas se ha activado la coordinación intersectorial, principalmente a partir de la definición de un/a referente del programa a nivel comunal. Los equipos de educación, como se ha visto, valoran la existencia de este/a referente para la derivación de niños y niñas con necesidad de atención en salud mental. Por ejemplo, en las comunas correspondientes a los casos 3 y 5, la referente se encarga de la coordinación entre salud y educación, informando a salud respecto de criterios de atención, avance de la lista de espera, entre otros aspectos. En el caso 4, desde educación se destaca la facilidad para derivar y hacer seguimiento a los casos desde la instalación del programa (lo cual se ve facilitado en este caso, por el hecho de que el programa de educación, HpV, está instalado en salud; lo mismo puede decirse del

caso 5). En el caso 8, en tanto, se subraya desde educación la buena coordinación entre los equipos de educación y los equipos de salud, en el marco de la implementación del PASMI.

En tanto, los equipos de la red de protección social de la comuna también expresan una valoración de la figura referencial del PASMI a nivel comunal, como un factor clave y valorado (cuando existe, es decir, en casi todos los casos) para activar la coordinación de la atención en salud mental de niños y niñas y otros servicios y atenciones del intersector. Por ejemplo, en el caso 2, la referente comunal del PASMI participa de las reuniones de red, instancias en las cuales se revisan las situaciones de los niños y niñas atendidos en el programa y de sus familias con el resto de los/as referentes sectoriales. La instalación en estas reuniones ha sido especialmente importante para poner en circulación con el intersector los casos de niñas y niños atendidos, y sus avances y necesidades. En el caso 5, también las coordinaciones entre el equipo municipal del ChCC y el referente de salud a cargo del PASMI son regulares y sistemáticas.

La importancia para activar la coordinación intersectorial que recae en el/la referente del PASMI también se pone de manifiesto cuando no existe este rol. Por ejemplo, en el caso 9, se resiente desde ChCC la ausencia de este referente, desde donde se indica que sería importante contar con una contraparte activa, y con horas de dedicación, en el ejercicio de la coordinación intersectorial. También, los equipos de salud reclaman esta figura, para poder facilitar los procesos de coordinación intersectorial (transmitiendo mediante este referente los criterios técnicos, los focos de la atención, etc., al resto de la red).

Como elemento adicional, los datos levantados en distintas comunas que conforman los casos de estudio permiten identificar que los equipos implementadores del programa, más allá de su referente, requieren fortalecer la comprensión de que el PASMI es un programa de salud mental integral. Por ejemplo, en el caso 2, un desafío central es que los equipos de salud conozcan con mayor detalla el funcionamiento de la red ChCC comunal. Esto permitiría que se establezcan lenguajes comunes, y se comprendan los procesos que cada sector lleva adelante. Similares conclusiones se obtienen de los casos 6 y 9. En el primero de ellos, se observa que ha sido especialmente complejo que los distintos equipos logren comprender e internalizar la idea de que el programa no es un programa de únicamente de Salud, sino que incluye un fuerte componente social. En el caso 9, en tanto, el principal desafío que se identifica desde el equipo ChCC regional es que los equipos de salud entiendan que PASMI es una prestación integral, y no solamente del área de salud.

5.5. Principios transversales: Derechos humanos y género

Todas las personas que participaron del levantamiento de información tienen una comprensión suficiente respecto del enfoque de derechos humanos y sus implicancias. Esto no fue inquirido de manera directa, pero se expresa, principalmente, en discursos asociados a la importancia del resguardo en el uso de datos de niños y niñas, el foco en el interés superior como marco de acción del programa, la importancia de que niñas y niños sean informados respecto de acciones que los afectan. Ahora bien, como se ha visto, el enfoque de derechos y la integralidad que le acompaña se

ve amenazada por la escasa capacidad factual que tienen los servicios municipales para abordar las distintas necesidades psicosociales de las familias.

Respecto de la participación de los niños y niñas, como principal principio del enfoque de derechos de la niñez observado en el levantamiento, y que se expresa en el derecho de niños y niñas a ser oídos, se levantó información con dos grupos de niñas, donde, por la edad y etapa del desarrollo en que se encuentran, no se profundizó en aspectos relativos a la atención y a las dinámicas de la atención, aunque sí valoran todas las participantes, la atención recibida, el trato de las profesionales, la posibilidad que tienen de hablar de sus problemas y en general la asistencia a las sesiones. Por otra parte, se debe mencionar que no se obtuvo información respecto a la percepción usuaria de la existencia de coordinación intersectorial en la consulta a estos dos grupos de niñas.

Se pudo observar, además, que una gran cantidad de entrevistados/as en todas las instancias son de género femenino (en torno al 90%), incluyendo equipos de atención, cuidadoras/es, equipos del nivel regional, etc. dando cuenta que las labores de cuidado y crianza, tanto a nivel familiar como las vinculadas a las áreas de educación y salud, son tareas que se delegan a las mujeres. Es decir, son en general mujeres las que atienden, y mujeres las que cuidan a los niños y niñas.

Por otro lado, existe evidencia sobre las diferencias en la manifestación de síntomas de trastornos de salud mental entre los géneros, con una mayor tendencia de los niños a expresar síntomas externalizantes, como problemas de conducta, en comparación con las niñas (Murray, A., Ushakova, Speyer, et al., 2021). Además, otros estudios respaldan esta observación. Por ejemplo, Rubiales et al. (2016) señalan que los problemas de conducta son una de las manifestaciones más negativas del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), lo que sugiere una mayor presencia de síntomas externalizantes en niños (Rubiales et al., 2016).

Este elemento debe ser considerado en profundidad, dada la gran cantidad de derivaciones directas de parte de los establecimientos educacionales, sin la intermediación del Programa Habilidades para la Vida, situación que podría estar afectando la derivación de niñas a los equipos de salud de PASMI.

Por último, a nivel discursivo, y si bien no fue un foco del levantamiento, no se identifican prácticas, comportamientos ni valoraciones relacionadas con discriminaciones arbitrarias por parte de los distintos equipos. Tampoco son denunciadas prácticas de este tipo por las familias de los niños y niñas.

6. Conclusiones en base al marco de evaluación

1. *¿El programa responde a la necesidad identificada por los sectores educación, salud, y protección en términos de aumentar el bienestar biopsicosocial de niños, niñas y sus familias?*

El programa, al ser de carácter intersectorial, tiene como parte de su marco de acción, el desafío de activar una serie de alertas de carácter biopsicosocial de las familias. En otras palabras, los equipos tienen el desafío de captar una serie de posibles factores de riesgo, de carácter integral que afecten no solo a los niños y niñas atendidas, sino también a sus familias.

Para esto, estrategias formales (especialmente, el uso del SRDM) y estrategias informales, como los contactos directos entre los profesionales de salud y los equipos de la red municipal del ChCC. Es decir, en general, los equipos logran captar estas necesidades en su amplitud. Un aspecto que amenaza esta dinámica es el hecho de que algunos equipos de salud se conciben de manera más aislada, y no como parte de una red amplia, intersectorial, de atención a las familias.

Así, se pueden establecer dos niveles respecto de la capacidad de los equipos para dar respuesta a las necesidades de las familias. En primer lugar, la respuesta en salud mental a los niños y niñas se considera de calidad y oportuna, valorándose transversalmente por parte de los equipos, tanto de salud, como de educación y de protección social, a la calidad de esta respuesta en relación a las necesidades de las familias y sus niños y niñas. En segundo lugar, se identifica la dificultad más extendida de que la oferta municipal en su conjunto pueda proveer las prestaciones orientadas a mejorar las condiciones de bienestar integral de las familias. Es decir, pese a que las prestaciones consideradas son pertinentes por los equipos, la oferta parece ser insuficiente dada la alta demanda por acceder a las prestaciones.

2. *¿En qué medida la existencia del PASMI contribuye a la coordinación comunal en torno a casos identificados y tratados, considerando derivación y seguimiento, por el programa?*

El principal instrumento que implementa PASMI para activar la coordinación intersectorial es el SRDM. Este sistema ha sido reforzado el último año, lo cual es reconocido al momento del levantamiento de información. Sin embargo, persisten desafíos importantes, toda vez que aun los equipos señalan no contar con el tiempo suficiente para realizar un registro en el sistema. También, equipos de salud de distintas comunas requieren nuevas instancias de formación, pues aún no están interiorizados sobre cómo registrar en el sistema. Además, y probablemente el aspecto que mayormente amenaza la contribución del programa a la intersectorialidad, se identifica que distintos equipos no tienen claridad de la importancia de implementar un sistema informativo institucionalizado de registro y derivación.

En la mayoría de las comunas en que se implementa el PASMI se implementan prácticas informales para la derivación (llamados telefónicos, contactos por correo o WhatsApp). Estas prácticas se realizan muchas veces en desmedro de los mecanismos formales, cuyo valor reside en que permiten estandarizar los procesos y hacerlos previsibles, dotando de confianza a los/as intervinientes en que

otros sectores revisarán la plataforma y se harán parte del proceso. En este sentido, se observa como un desafío del programa identificar cómo se complementan los mecanismos formales (SRDM) e informales de derivación. Lo mismo puede decirse del seguimiento: en distintas comunas en que se implementa el programa se hace de manera informal, por medio de información cruzada entra las distintas partes que conforman la red ChCC. Es decir, el no uso del SRDM no implica que no se realice seguimiento, pero sí que este esté sujeto a variables subjetivas, como la relación de cercanía profesional entre las partes, el lenguaje utilizado para comunicar avances o necesidades de derivación, etc. en definitiva, la capacidad del programa de apuntalar de manera institucionalizada y más sostenible la coordinación intersectorial queda sujeta en parte a la instauración del uso generalizado del SRDM.

Otra condición para que el programa contribuya de manera más efectiva a la coordinación intersectorial es, de acuerdo a la literatura, la generación de objetivos comunes entre las partes que componen el intersector. En general, sin embargo, no se observan instancias de cooperación comunal para definir objetivos o metas compartidas, particularmente entre los equipos de salud y el resto de los/as integrantes de la red ChCC en el nivel local. Para avanzar en esto, se requieren diseñar instancias de coordinación para el desarrollo de estrategias y objetivos comunes. A partir de esto, las acciones de coordinación intersectorial debieran ocurrir de manera natural, en el sentido de que existen incentivos para colaborar.

3. *¿La manera en que se implementa el programa en la comuna, es coherente con las necesidades de las familias usuarias?*

Las familias usuarias consideran que la provisión de servicios de salud por parte del programa PASMI responde a sus expectativas y necesidades. Las familias que participan del levantamiento de información manifiestan transversalmente satisfacción con la calidad de las prestaciones, en virtud de las mejoras y avances que ven en relación al diagnóstico que generó la derivación a la atención en salud mental de sus niños y niñas.

Ahora bien, se expresan dificultades en el levantamiento de información de las familias en virtud de las prestaciones integrales, de carácter psicosocial, que podrían activarse en virtud de la atención en salud mental que los niños y niñas perciben. Por lo tanto, se dificulta la evaluación de la coherencia de estas prestaciones con las necesidades de las familias. Esto, por dos motivos: por una parte, las familias no identifican la atención en salud mental que reciben sus niños y niñas como parte de un programa de carácter intersectorial, que podría implicar las derivaciones a otras atenciones. Por lo tanto, solamente evalúan la atención en salud mental. Por otra parte, estas familias no han percibido, en general, atenciones de otro tipo provistas por los municipios, de manera que estas prestaciones no pueden ser evaluadas por las familias.

Para ahondar más en este punto, se sugiere realizar un análisis de datos administrativos que determine la temporalidad de las prestaciones recibidas por todas las personas adultas del grupo familiar de los niños y niñas atendidas por el programa. De esa manera, será posible analizar si las

prestaciones sociales a las que acceden están asociadas a la atención en salud mental de los niños y niñas bajo su cuidado.

4. *¿Las comunidades educativas de las comunas que cuentan con PASMI han notado una mejora en la respuesta del sector salud frente a sus demandas biopsicosociales de niños, niñas y cuidadores(as)?*

El levantamiento de información no se abordó directamente con las comunidades educativas, de manera que no se cuenta con información que permita responder por la evaluación de las comunidades educativas de la respuesta del sector salud en relación a las demandas biopsicosociales de los niños, niñas y sus familias. Sin embargo, se cuenta con información que permite dar cuenta de ciertas mejoras que el sector de educación percibe, a partir de la implementación de programa.

Principalmente, el PASMI ofrece (en varias comunas) a educación un/a referente para la derivación de casos de salud mental infantil, lo cual facilita los procesos de organización de la demanda y de derivación de casos que requieren ser atendidos mediante prestaciones de salud mental. Esto se complementa con la generación de referentes en las comunidades educativas (cuando los establecimientos realizan una derivación directa), que permite hacer procedimientos de derivación agiles (cuando existe oferta disponible) y con claridad desde los establecimientos.

Por otra parte, se manifiesta satisfacción de parte del sector educación con las respuestas que otorga salud a dichas necesidades, cuando los equipos del sector educación cuentan con información suficiente para realizar esta evaluación (pues en varios casos, se limitan a realizar derivaciones). En los casos en que se levantó esta información, se identifica una satisfacción desde educación con los servicios de salud, en relación con la calidad de las profesionales y la disposición al trabajo por la salud mental de niños y niñas.

5. ¿Existen nudos críticos en la derivación, entrega de servicios previstos y retroalimentación en los sectores de educación y salud en el marco de este programa?

Un primer nudo crítico identificado entre los sectores de educación y salud es la inexistencia, en general, de un piso común respecto de la intersectorialidad, sus condiciones, requerimientos y consecuencias, lo cual es fundamental, de acuerdo con la revisión de experiencias, para coordinar actividades conjuntas entre actores que participan de un programa intersectorial. El programa, de acuerdo con esto, debe propender a instalar una visión común mediante instancias formativas sobre la intersectorialidad, sus procesos asociados, sus características y su importancia, donde participen equipos de salud y educación. Estas instancias debieran extenderse también a protección social.

Un segundo nudo crítico se relaciona con la conformación de los equipos para una adecuada gestión sectorial e intersectorial. Este factor se reporta como una condición fundamental para organizar procesos de coordinación intersectorial en el marco de la implementación del programa. Por ejemplo, en aquellas comunas en que no se identifica un/a referente PASMI, que canalice y

comunique las demandas, criterios técnicos, prioridades, etc., a educación, esto impacta negativamente en la articulación del programa.

Más en general, el estudio de casos permite observar en distintas comunas una escasez de equipos y un consecuente agotamiento de los mismos, lo cual dificulta la generación de espacios para la coordinación con educación. Lo anterior se suma al hecho de que existe una rotación importante de los equipos de salud, que impide darle continuidad a los procesos de comunicación y coordinación entre los sectores.

6. ¿Las familias usuarias del programa y los equipos ejecutores perciben resultados positivos en la respuesta del sector salud frente a las necesidades de salud mental en niños y niñas?

Las familias que participan del levantamiento de información consideran estar bien informadas respecto del proceso de atención psicológica a sus hijos o hijas: hay un acompañamiento de los/as profesionales y una disponibilidad constante a los requerimientos de las familias, siendo estas informadas del avance en los procesos terapéuticos. Las familias muestran un nivel de satisfacción importante con la calidad de la atención y con la suficiencia de la información recibida, con el compromiso de los equipos, con los resultados en la reducción de los síntomas que originan al tratamiento y en consecuencia con los resultados en el sistema familiar en su conjunto.

Debe tenerse en cuenta en todo caso, un sesgo en estos resultados, toda vez que las familias son contactadas de acuerdo a los criterios de las y los profesionales, y es esperable que sean contactadas las familias más involucradas en el proceso, y más cercanas a los equipos, de manera que su percepción de que pueden participar es previsiblemente más alta que el promedio.

Las familias entrevistadas señalan no haber sido contactadas por otros sectores con el fin de entregarles alguna prestación de la red comunal, lo cual es a su vez un resultado que debe observarse con cautela, pues no se cuenta con información respecto de que estas familias hayan requerido, por medio de la activación de alertas en el SRDM y otro mecanismo, apoyos de carácter psicosocial que pueda haberles ofrecido el municipio.

Por parte de los equipos de educación y protección social que participan de la implementación del PASMI, estos valoran transversalmente la calidad de la respuesta del sector salud a las necesidades de salud mental de los niños y niñas. No se identifica ninguna opinión negativa de los equipos que participan de la red comunal respecto de la calidad de la atención.

7. Desde la implementación del programa, ¿se han generado condiciones a nivel de gestión y coordinación intersectorial que permitan asegurar la sostenibilidad de los resultados de la intervención? En este punto del programa, ¿se identifican oportunidades para extender el alcance y/o cobertura de las estrategias a nuevos grupos o áreas geográficas?

El Programa cuenta con un sistema formal, institucional, interconectado, que articula la gestión intersectorial y permite proyectar su sostenibilidad. Sin embargo, se identifican distintas dificultades en su implementación. Las dificultades asociadas al uso del SRDM se relacionan con: falta de tiempo

para registrar, desconocimiento respecto de cómo usar el sistema, dificultades operativas del sistema y a dudas respecto de su sentido y propósito. Es necesario superar estas dificultades que abren la brecha en la utilización del sistema para generar prácticas de coordinación intersectorial estables y estandarizadas, que permitan a su vez proyectar con mayor regularidad el ciclo de atenciones en un contexto intersectorial.

Más en general, la proyección de un programa intersectorial como el PASMI responde a la creación de una base institucional fuerte e integrada que permita sostener la coordinación intersectorial en la implementación de los programas. Para esto, la capacitación en el trabajo intersectorial se identifica como especialmente importante para proyectar desde la implementación la sostenibilidad del programa y sus resultados. A este respecto, se requieren mayores instancias de capacitación que acompañen la implementación del programa PASMI, como la importancia de la coordinación intersectorial y sus características, el uso del SRDM, o estrategias para la generación de objetivos conjuntos.

Por otra parte, la proyección de los resultados del programa solo es posible si se cuenta con la infraestructura adecuada y los recursos humanos suficientes. La infraestructura se observa como un aspecto menos comprometido, aunque esto se da probablemente porque existe una carencia, en varias comunas, de recursos humanos. Así, es esperable que, si se proveen mayores profesionales para la atención de salud mental en la comuna, se requiera a su vez la extensión de la infraestructura para la atención.

Así, distintas comunas que componen la muestra del estudio expresan la necesidad de aumentar los recursos humanos para poder implementar el programa de manera más eficaz, apuntalar la coordinación intersectorial, y contar también con mejores resultados. En efecto, la merma en recursos humanos afecta la posibilidad de registrar en el SRDM, de participar en reuniones de coordinación con la red o de contar con referentes del PASMI a nivel comunal. Más directamente, distintos equipos señalan que no existen recursos humanos suficientes para responder a la alta demanda por atención en salud mental a niños y niñas en sus comunas.

Por último, en relación a la extensión del programa, se identifican oportunidades para aumentar el alcance del programa a nuevas áreas geográficas, favoreciendo la incorporación progresiva de comunas de forma de asegurar su presencia en todas las comunas del país tal como se ha propuesto la instalación de las Oficinas Locales de la Niñez (OLN). Sin embargo, no se recomienda un aumento de cobertura de participantes en las comunas que ya se encuentran ejecutando el programa, dadas las dificultades de atención oportuna identificada.

8. ¿Los equipos implementadores del programa perciben una mayor intensidad de la coordinación intersectorial para dar respuesta conjunta de las necesidades de los niños, niñas y sus familias?, ¿se identifican oportunidades para extender el alcance y/o cobertura de las estrategias a nuevos grupos o áreas geográficas?

Los equipos de educación que participan del levantamiento de información valoran las mejoras que ha implicado la implementación del programa para la coordinación intersectorial entre educación y salud. Especialmente importante resulta la instalación de un referente para la derivación de niños y niñas con necesidad de atención en salud mental, lo que facilita y viabiliza la derivación de educación a salud.

En tanto, los equipos de la red de protección social de la comuna también expresan una valoración de la figura referencial del PASMI a nivel comunal, como un factor clave y valorado (cuando existe, es decir, en casi todos los casos) para activar la coordinación de la atención en salud mental de niños y niñas y otros servicios y atenciones del intersector. Cuando esta figura no ha sido instalada, la activación de la coordinación intersectorial se ve mermada de manera ostensible, de acuerdo con los equipos tanto de salud como de protección social.

Por último, en distintas comunas que conforman los casos de estudio se identifica que los equipos implementadores del programa, más allá del referente del PASMI, requieren fortalecer la comprensión de que el PASMI es un programa de salud mental integral, para poder instalar lenguajes comunes, comprender los procesos que cada uno lleva adelante e internalizar la idea de que el programa no es un programa de únicamente de salud. Esto se constituye como una condición para valorar y fortalecer las prácticas de coordinación intersectorial.

9. ¿En qué medida y cómo PASMI incorpora en su implementación los derechos de la niñez, y los principios de equidad, no discriminación, derechos humanos e igualdad de género?

Todas las personas que participaron del levantamiento de información manifiestan una comprensión suficiente respecto del enfoque de derechos humanos y sus implicancias. Esto se expresa, principalmente, en discursos asociados a la importancia del resguardo en el uso de datos de niños y niñas, el foco en el interés superior como marco de acción del programa, y la importancia de que los niños y niñas y sus familias sean informados respecto de acciones que los afectan. Se identifica una dificultad estructural, no obstante, para responder a los derechos de los niños desde una perspectiva integral: la escasa capacidad del Estado en su conjunto (pero observada en el nivel comunal) para abordar las distintas necesidades psicosociales de las familias. Esto, en cualquier caso, no es un aspecto que el programa PASMI pueda subsanar por sí mismo.

Respecto de la participación de los niños y niñas, como principio del enfoque de derechos de la niñez, se levantó información con dos grupos de niñas, donde, por la edad y etapa del desarrollo en que se encuentran, no se profundizó en aspectos relativos a la atención y a las dinámicas de la atención, aunque sí valoran la atención recibida, el trato de las profesionales, la posibilidad que tienen de hablar de sus problemas y en general la asistencia a las sesiones.

Por otra parte, la gran mayoría, tanto de personas entrevistadas como de cuidadoras, son mujeres. Esto podría expresar una tensión asociada a la dificultad de conciliar labores de cuidado con la inserción al mundo laboral de las mujeres, toda vez que existen indicios de que los equipos de salud mental valoran la atención en un horario regular. Esto podría generar menos incentivos a la

adherencia al programa de parte de las familias, o bien una dificultad para el programa por proveer una ayuda integral, pues la participación en el mismo podría amenazar la continuidad laboral de las cuidadoras.

No se identifican prácticas, comportamientos ni valoraciones relacionadas con discriminaciones arbitrarias por parte de los distintos equipos. Tampoco son denunciadas prácticas de este tipo por las familias de los niñas y niños.

7. Lecciones aprendidas

A partir de la información levantada y analizada en esta evaluación se destacan una serie de elementos claves que pueden ser considerados para la intervención del Estado en iniciativas de carácter intersectorial, como es el caso del PASMI. A continuación, se presentan cuatro lecciones clave aprendidas en este proceso y que son relevadas por el equipo consultor:

- La coordinación intersectorial reviste un desafío de particular complejidad para los organismos públicos en nuestro país. El estudio muestra que los programas que se implementan de manera intersectorial deben abordar una serie de dificultades adicionales a las que muchas veces abordan los programas públicos en general.
  Así, además de realizar esfuerzos por ofrecer una provisión de servicios de calidad (aumentando, por ejemplo, los recursos humanos para proveer los servicios, mejorando la infraestructura, o estableciendo instancias apropiadas de difusión), los programas de carácter intersectorial deben sumar esfuerzos particulares a la gestión que permitan que los servicios se provean.
  Esta gestión es especialmente compleja de institucionalizar, pues al confluir distintos sectores, se suman voluntades que responden a distintos mandatos e incentivos. En este sentido, la ejecución de un programa de carácter intersectorial requiere organizarse por medio de objetivos nuevos, no asociados a una institución en particular, sino transversales y compartidos (es decir, donde cada institución debe realizar una acción para la consecución). Esto fue observado en la revisión teórica del estudio, y ha sido confirmado en la evaluación.

- A nivel de equipos, un programa de gestión intersectorial necesita que estos se vinculen desde un punto de vista técnico. No basta con definir objetivos interinstitucionales y otros procedimientos predefinidos en el nivel, por ejemplo, nacional. Es esperable que, si la gestión solamente se basa en procedimientos predefinidos, muchas veces la respuesta de otros sectores no sea como se espera por parte del intersector, por no ajustarse a los criterios internos de cada unidad. Esto puede motivar la decepción o la inconformidad de los distintos equipos y dificultar la cooperación.
  Los equipos de trabajo deben establecer instancias de trabajo conjunto, que les permitan conocer sus referentes técnicos, sus enfoques, sus dinámicas y estilos de trabajo, de manera que no se supongan estos elementos, y que el intersector comprenda los criterios de acción, las razones y motivaciones de cada una de estas unidades.

- Los sistemas de coordinación intersectorial de carácter institucional son necesarios, pero no son los únicos. La coordinación intersectorial requiere de mecanismos formales, compartidos e integrados, que permitan registrar la información y hacer seguimiento de los procesos de coordinación intersectorial. En el caso del PASMI, el SRDM cumple un rol central en la implementación del programa y se espera que su utilización se expanda aún más, de manera de estandarizar los procesos y también la información que proviene del nivel local. Esto

permitirá tener una visión completa de parte de los niveles centrales respecto de la implementación del programa en todas las comunas.
No obstante lo anterior, ciertas dinámicas de coordinación intersectorial de carácter informal (conversaciones, llamados por teléfono, correos electrónicos) ocurren y no serán reemplazadas por este tipo de sistemas estandarizados. Resulta importante asumir que esto es así, y rescatar los elementos positivos de estas dinámicas (por ejemplo, complementar la información de la plataforma con datos adicionales; o desarrollar la confianza en los otros equipos respecto de sus acciones). Al mismo tiempo, transmitir a los equipos la importancia de una plataforma como el SRDM de manera que se debe registrar siempre, indicando los motivos para esto (lo ya dicho: estandarización de procesos y su importancia; posibilidad de agregar información; etc.), incluso cuando la derivación pueda hacerse mediante un contacto informal.

- Necesidad de continuar y fortalecer este tipo de evaluaciones, de la gestión y en particular la coordinación intersectorial. La complejidad del funcionamiento del Estado puede verse con nitidez en la evaluación presentada. Distintos sectores intervienen en la generación de servicios orientados a la garantía de derechos de los niños y niñas en el nivel comunal. Para esto, estos sectores cuentan con representatividad en distintos niveles de la administración, que requieren a su vez coordinarse. Estudios de este tipo, que ponen su atención no tanto (aunque también) en la calidad de la prestación, sino en las coordinaciones y gestiones que hacen posible proveer un servicio de calidad, se muestran necesarios con total nitidez.
  En este sentido, los aportes que realiza UNICEF, en el marco del programa de colaboración con nuestro país, se observan pertinentes, en tanto asumen una dificultad en la provisión de los servicios públicos orientados a la protección de derechos de niños y niñas.

8. Recomendaciones

Las siguientes recomendaciones han sido formuladas a partir de los resultados de la evaluación del nivel de intensidad de la coordinación intersectorial del PASMI, y buscan aportar a diferentes ámbitos de la implementación del programa en los niveles comunal, regional y nacional.

Se presentan 7 recomendaciones, cada una de las cuales se desagrega en elementos que permiten operativizarlas o especificar aspectos para su implementación. Se presentan para: el nivel comunal (recomendaciones 1 y 2); para el nivel regional (recomendaciones 3 y 4); y para el nivel nacional (recomendaciones 5, 6 y 7).

El desarrollo de las recomendaciones consideró un análisis de factibilidad, por lo que en su mayoría consideran disposiciones que no implican, necesariamente, la inversión de recursos financieros para su implementación, sino que pueden ejecutarse por los/as profesionales de los equipos de los niveles local, regional y nacional, a través de la definición de los recursos actualmente disponibles.

La implementación de las recomendaciones que a continuación se detallan debe considerarse en función del marco normativo vigente, determinado por las disposiciones legales relativas a la puesta en marcha de la Ley 21.430, de garantías y protección integral de los derechos de la niñez y adolescencia, a partir del año 2022.

En relación a la implementación del programa en el nivel comunal:

1. Promover la implementación de instancias sistemáticas y regulares de coordinación entre los equipos de salud mental, educación y protección social.

Esta recomendación puede implementarse a partir de distintas modalidades, todas ellas deben ser definidas de forma intersectorial por las y los representantes institucionales de los sectores de salud, educación y protección social, junto con definir tiempos protegidos para los equipos que participan de ellas, en caso de que efectivamente se implementen. En general, estas acciones, en el nivel comunal, deben ser coordinadas por la encargada comunal del ChCC.

A continuación, se presentan algunos formatos a modo de posibilidad de implementación. Por una parte, por medio de la realización de hitos al momento del inicio de un nuevo ciclo de implementación del convenio entre los servicios de salud y las municipalidades para la implementación del programa. De esta forma, se establecen espacios de encuentro en donde participan tanto los equipos técnicos y administrativos como las autoridades municipales y de los servicios de salud. La implementación de dichos espacios permite, por un lado, dar cuenta a la ciudadanía y a los equipos profesionales de los niveles comunal, provincial y regional, de las acciones implementadas en el período anterior, en términos del cumplimiento de los indicadores y metas de gestión, estableciendo las prioridades y los desafíos institucionales. Además, estos encuentros pueden contribuir a la comprensión de los equipos técnicos sobre la importancia de la coordinación y a la definición de metodologías participativas para definir objetivos comunes.

Por otra parte, la recomendación se materializa en la realización de encuentros informativos sobre las características de los servicios que cada equipo entrega. Estas instancias, además de promover la articulación intersectorial, mejora el conocimiento cruzado sobre elementos programáticos, técnicos y administrativos de cada equipo.

Por último, la recomendación puede materializarse en la realización de reuniones con periodicidad regular entre los equipos de atención a la salud mental, la encargada comunal del ChCC y representantes del sector de educación. Estas instancias fomentan la comprensión compartida del PASMI como programa de salud mental integral biopsicosocial y favorecen la cooperación interinstitucional en la definición de objetivos conjuntos, elementos claves que aumentan el nivel de intensidad de la coordinación intersectorial. Aquí, se sugiere difundir el modelo de derivación y seguimiento recientemente elaborado, como punto de partida de futuros espacios de mayor intensidad de coordinación intersectorial.

2. Propiciar instancias formativas respecto de la coordinación intersectorial

Se recomienda desarrollar instancias formativas respecto de la coordinación intersectorial. Para ello, en primer lugar, se debe establecer como propósito institucional compartido que los equipos técnicos del nivel local compartan la comprensión de que la salud mental es más que la mera ausencia de trastornos mentales y considera el bienestar en distintos aspectos de la vida de los niños, niñas y sus familias.

En segundo lugar, se sugiere que las instancias formativas aborden elementos genéricos de la coordinación intersectorial, tales como, el sentido de la coordinación, la importancia de los objetivos compartidos, los costos y renuncias a espacios de poder de los equipos por coordinarse intersectorialmente, los requerimientos para la coordinación, etc.

En tercer lugar, se recomienda incluir aspectos específicos vinculados a la gestión del PASMI, por ejemplo, roles y funciones de los equipos en la coordinación intersectorial, sentido del uso del SRDM como eje de la coordinación, prácticas y definiciones técnicas de los otros equipos, etc. En este punto, es de especial importancia considerar información particular de la gestión del programa en cada comuna, de manera de que los equipos reciban retroalimentación sobre su gestión y se incluyan dichos antecedentes en el análisis del nivel de intensidad de la intersectorialidad.

Estas instancias deben realizarse con regularidad (por ejemplo, una vez al año de manera obligatoria para todos los equipos que se han incorporado el último año) y con objetivos claros, involucrando a los distintos sectores no solo en las intervenciones que dependen de ellos, sino en las funciones que cumplen paralelamente sus contrapartes. La implementación de esta práctica en el PASMI permitirá una mejor coordinación en el trabajo y de esta manera, el comprender que los problemas y desafíos son compartidos y mejorar las prácticas que pueden enfrentarlos.

En relación a la implementación del programa en el nivel regional:

3. Analizar el nivel de intensidad de la coordinación intersectorial en base a la matriz descriptiva

La matriz que expresa los niveles de intensidad de coordinación intersectorial elaborada en el marco de este proceso de evaluación se constituye como una herramienta de gestión complementaria a las orientaciones técnicas, en el sentido de que combina estas disposiciones con resultados identificados en el levantamiento de información. Este instrumento de gestión es una guía para determinar el nivel de intensidad para cada variable, considerando las prácticas y dinámicas implementadas por los equipos del PASMI y las orientaciones técnicas. De esta forma, es posible, por un lado, identificar el nivel de intensidad en cada variable en las comunas que ejecutan el programa y, por otro lado, orientar el mejoramiento continuo, dado que describe las prácticas y dinámicas de los equipos del programa que tienen un nivel de intensidad mayor, además de los requerimientos de las orientaciones. El uso de esta matriz favorecería el análisis compartido de las prácticas y dinámicas de coordinación intersectorial entre los representantes institucionales de los niveles comunal y regional y permitiría desarrollar un plan de trabajo municipal con foco en aumentar el nivel de intensidad, considerando acciones concretas.

Por lo anterior, se recomienda implementar instancias de análisis del nivel de intensidad de la coordinación intersectorial a nivel comunal, definiendo un cronograma de trabajo conjunto entre las y los representantes institucionales de los sectores de salud, educación y protección social, considerando un período de implementación de tres meses de trabajo y, posteriormente, realizar un seguimiento semestral del plan de trabajo municipal del nivel de intensidad de la coordinación intersectorial.

A partir del análisis de la matriz y de los planes de trabajo, se sugiere establecer mecanismos de intercambio a nivel provincial o regional de las acciones que determinan un alto nivel de intensidad en la coordinación intersectorial. Estas instancias pueden ser de carácter anual.

4. Promover la definición de roles y funciones de los/as referentes sectoriales en la comuna, especialmente en salud, educación y protección social

Definir con claridad desde el nivel intermedio o regional, los roles y funciones de los/as referentes municipales que representan a los sectores que participan del programa, de manera que sean conocidos por todos/as los/as representantes institucionales y se constituyan como figuras claves que actúan como puntos focales en los espacios municipales para efectos de todas las gestiones relativas a los servicios que cada sector provee a los niños, niñas y las familias de la comuna. Si bien, la rotación de estos/as profesionales – especialmente en el sector de salud – es una situación regular, se recomienda generar mecanismos intrarregionales para informar rápidamente de estos cambios y realizar acciones que compensen los efectos negativos de esta rotación de profesionales.

En el sector de educación, por su parte, aun cuando el HpV tiene un rol importante en la etapa de derivación de estudiantes, los equipos de los establecimientos educacionales se relacionan directamente con los equipos de salud, por lo que se sugiere fortalecer la coordinación de los/as referentes municipales de educación, más allá del equipo de HpV, dado su rol de asistencia técnica y supervisión a los establecimientos del territorio.

Para el caso de protección social, si bien las personas encargadas del ChCC cumplen un rol de intermediación que favorece la coordinación, se sugiere potenciar el rol de representantes de los distintos sectores o departamentos municipales. De esta forma, se recomienda promover la formalización e institucionalización de referentes sectoriales que actúen como puntos focales para los efectos del programa, tanto en salud como en educación y protección social.

En relación a la implementación del programa en el nivel nacional:

5. Fortalecer el rol de los equipos regionales en función de su contribución a la coordinación intersectorial del nivel comunal

Las municipalidades con una alta intensidad de coordinación intersectorial cuentan con soportes institucionales provistos, principalmente, por las encargadas regionales del ChCC y referentes de salud mental en los Servicios de Salud. Equipos regionales, por ejemplo, han implementado mecanismos para asegurar que todas las comunas cuenten con un modelo de derivación y seguimiento, para definir un flujo de derivaciones y contra derivaciones, contribuyendo al conocimiento compartido de parte de los equipos de atención en salud mental e intervención psicosocial sobre el flujo del programa. Esta experiencia da cuenta de que la labor de los equipos del nivel regional puede contribuir, efectivamente, a aumentar el nivel de intensidad de la coordinación intersectorial.

Se recomienda a la Subsecretaría de la Niñez fortalecer el rol de la encargada regional del ChCC y a la Subsecretaría de Redes fortalecer el rol de los referentes de salud mental en los Servicios de Salud, a través de la delegación de funciones de análisis del nivel de intensidad de la coordinación intersectorial utilizando la matriz elaborada en el marco de esta evaluación. También, incorporándolos en instancias formativas respecto de la intersectorialidad mencionadas más arriba. De esta manera, los/as profesionales del nivel regional incorporarían formalmente entre sus responsabilidades el acompañamiento técnico a los equipos comunales mediante la determinación del nivel de intensidad de la coordinación intersectorial y la formación sobre este tema.

Se recomienda incluir a los equipos regionales del sector de educación, además de los representantes de la JUNAEB, en las instancias de coordinación y toma de decisiones regional a quienes cumplen un rol de apoyo y supervisión a los Departamentos o Corporaciones de Educación en cada comuna. Las orientaciones para esta invitación puede otorgarlas la Subsecretaría de la Niñez a los y las respectivas encargadas regionales del ChCC.

6. Abordar los nudos críticos asociados al uso del SRDM

Se sugiere, tanto a la Subsecretaría de Redes Asistencias como la Subsecretaría de la Niñez, analizar los mecanismos operativos, administrativos y jurídicos que permitan avanzar en la interoperabilidad de los sistemas de registro y seguimiento de salud y protección social. En caso de resultar imposible de realizar, en base a criterios técnicos, administrativos, económicos o de otra índole, se recomienda comunicar a los equipos la dificultad asociada y de ahí la necesidad de mantener más de un sistema operando de manera simultánea.

El hecho de que se haga obligatorio el registro en el SRDM es un paso importante pero no suficiente. Se requiere reforzar, por parte de la Subsecretaría de la Niñez, las instancias de formación respecto del uso del SRDM. También, formar respecto de la operatividad del sistema, y por otro, sobre su sentido, uso e importancia; sobre los beneficios de contar con sistemas de intercambio de información compartidos e institucionalizados, y sobre la responsabilidad de registrar y sus contribuciones a la atención desde una perspectiva intersectorial. Es importante, de acuerdo a los resultados de la evaluación, considerar entre las funciones de los equipos el registro en este sistema, asignando de acuerdo con esto, horas para cumplir con esta función.

7. Analizar los datos administrativos para indagar en el nivel de intensidad de la coordinación intersectorial en función de la prestación de servicios sociales a madres, padres y cuidadores/as

La metodología de la presente evaluación impide dar cuenta en forma efectiva de la brecha en la provisión de servicios sociales a las familias de los niños y niñas atendidas por el programa. Si bien la información recolectada permite ahondar en la percepción de madres, padres y cuidadores/as respecto del tipo de apoyo social que se provee a los/as integrantes de la familia a partir de la atención de salud mental de niños y niñas, para disponer de antecedentes objetivos sobre esta materia, se sugiere a la Subsecretaría de la Niñez analizar los datos administrativos disponibles en el Registro de Información Social. De esta forma, será posible determinar si las personas adultas que pertenecen al mismo grupo familiar de niños y niñas atendidos por el PASMI acceden efectivamente a las prestaciones sociales que se desprenden de las alertas psicosociales registradas en el SRDM o, incluso, si reciben algún otro tipo de beneficio social más pertinente, en función de las necesidades detectadas al momento de la derivación.

9. Referencias

Australian Government Department of Health. (s. f.). *Department of Health and Aged Care | National Action Plan for the Health of Children and Young People: 2020-2030*. https://www1.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/child-and-youth-action-

Biblioteca del Congreso Nacional de Chile (2022). *Salud Mental Infantil y Programa Habilidades para la Vida*. Documento de asesoría técnica parlamentaria.

Biblioteca del Congreso Nacional de Chile (2022). *Ley 21.430 Sobre garantías y protección integral de los derechos de la niñez y adolescencia*. Fecha Promulgación: 6 de marzo de 2022.

Bronfenbrenner, U. (2002): *La ecología del desarrollo humano*. Editorial Paidós Transiciones, Barcelona.

Clarke, D., Cortés, G. y Vergara, D. (2019). *Creciendo Juntos: Evaluando la Equidad y Eficiencia de Chile Crece Contigo*. Universidad de Santiago de Chile.

Cunill-Grau, N. et. al (2013). La cuestión de la colaboración intersectorial y de la integralidad de las políticas sociales: lecciones derivadas del caso del sistema de protección a la infancia en Chile. *Revista Latinoamericana Polis*, N° 36.

Cunill-Grau, N. (2014). La intersectorialidad en las nuevas políticas sociales. Un acercamiento analítico-conceptual. *Gestión y Política Pública*. 32(1), pp. 5-46.

Cunill-Grau, N., Repetto, F. y Bronzo, C. (2015). Coordinación intersectorial pro integralidad de las instituciones de protección social. En Cepal (ed.). *Instrumentos de protección social: caminos latinoamericanos hacia la universalización*, pp. 407-444. Santiago: Cepal.

Chile Crece Contigo (2017). *Orientaciones Técnicas para la Gestión de Redes Chile Crece Contigo*. Tercera Edición.

Chile Crece Contigo y Ministerio de Salud (2021). *Atención Remota de Salud Mental Infantil en contexto COVID-19*. Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil.

Chile Crece Contigo y Ministerio de Salud (2017). *Orientación Técnica. Programa de apoyo a la salud mental infantil de niños y niñas de 5 a 9 años*. *Gestión Intersectorial y prestaciones*.

Defensoría de la Niñez (2021). *Informe Anual Derechos humanos de niños, niñas y adolescentes en Chile 2021*.

Department of Health. (2002). *Policy guidelines on child and adolescent mental health - gov*. Retrieved April 24, 2023. Disponible en:

https://www.gov.za/sites/default/files/gcis_document/201409/childmentalhealth0.pdfstrategy-2017-2027/documents/ (Acceso: Abril 24, 2023).

Dirección de Presupuestos, Dipres (2022). *Monitoreo y Seguimiento Oferta Pública 2022, Programa De Apoyo a La Salud Mental Infantil.*

JUNAEB (S/F). *Manual de habilidades para la vida*. Disponible en: https://bibliotecadigital.mineduc.cl/bitstream/handle/20.500.12365/18126/E09-0054.pdf?sequence=1&isAllowed=y (Acceso: Mayo 4, 2023).

Ministerio de Desarrollo Social (sin fecha). *Nota Técnica para la Implementación de la Extensión del Chile Crece Contigo.*

Ministerio de Salud de Chile (2017). Plan Nacional de Salud Mental. Publicaciones Ministerio de Salud.

Ministerio de Salud de Chile (sin fecha). *Determinantes sociales de la salud*. Disponible en: https://www.minsal.cl/determinantes-sociales-en-salud/ (Acceso: Abril 10, 2023).

Murdoch, C. and Kendall, T. (2016) *Implementing The Five Year Forward View For Mental Health, NHS choices*. NHS. Disponible en: https://www.england.nhs.uk/publication/implementing-the-fyfv-for-mental-health/ (Acceso: Abril 24, 2023).

Murray, A., Ushakova, Speyer, et al. (2021) *Sex/gender differences in individual and joint trajectories of common mental health symptoms in early to middle adolescence*.

National Health Service. (2018). *NHS Long Term Plan*. Disponible en: https://www.longtermplan.nhs.uk/wp-content/uploads/2019/08/nhs-long-term-plan-version-1.2.pdf (Acceso: Abril 24, 2023).

Novella Cámara, A., Crespo i Torres, F., Cano-Hila, A., Esteban Tortajada, M. (2021). *¡Hablemos de participación! El grupo de discusión con niñas, niños y adolescentes*. Proyecto Infancia y Participación, Universitat de Barcelona.

Horwath, J. y Morrison, T. (2007). Collaboration, integration and change in children's services: Critical issues and key ingredients. *Child Abuse & Neglect* 31, pp. 55-69.

Organización Mundial de la Salud (2009). *Comisión sobre determinantes sociales de la salud.* Informe de Secretaría. 62ª Asamblea Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud (2017). *Documento conceptual: intersectorialidad*. Documento elaborado en el marco del Concurso de experiencias significativas de promoción de la salud en la región de Las Américas.

Organización Panamericana de la Salud (sin fecha). *Determinantes sociales de la salud*. Disponible en: https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud (Acceso: Abril 10, 2023).

Peroni, G. y otros (2005). *Redes de protección a la infancia y la adolescencia frente al maltrato y al abuso sexual*. UNICEF Uruguay – Editorial Andenes.

Rubiales, J., Bakker, L., Russo, D., González, R. (2016). Desempeño en funciones ejecutivas y síntomas comórbidos asociados en niños con Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) CES Psicología, vol. 9, núm. 2, 2016, pp. 99-113.

UNEG (2016). *Norms and Standards for Evaluation*. Disponible en : https://www.unevaluation.org/document/detail/1914 (Acceso: Octubre 17, 2023).

UNICEF Evaluation Office (2020). *Global Evaluation Reports Oversight System, GEROS*, handbook.

Naciones Unidas (1989). *Convención sobre los Derechos del Niño*. Unicef. Disponible en: https://www.unicef.org/chile/informes/convencion-sobre-los-derechos-del-nino

Vidal, D. y otros (2014). Determinantes sociales en salud y estilos de vida en población adulta de Concepción, Chile. *Ciencia y enfermería* XX (1): pp. 61-74.

Viscarret, J. J. (2007): *Modelos de Intervención en Trabajo Social*. Alianza Editorial.

Waissbluth, M. y Larraín, F. (2009): Modelos de gestión pública: implicancias para la planificación, evaluación y control de gestión del Estado. *Propuestas de Modernización y Reforma*. Consorcio para la Reforma del Estado. Santiago, Chile.

Anexos

Anexo 1. Matriz de evaluación

Áreas de Evaluación (criterios)	Preguntas de Evaluación	Preguntas complementarias y/o desglose de las centrales		Metodología	Fuentes de información Secundaria	Fuentes de información primaria
		Mirada Retrospectiva	Mirada prospectiva		Tipos de documentos	Tipo de Actores (para la realización de entrevistas semiestructuradas)
Pertinencia	1. ¿El programa responde a la necesidad identificada por los sectores educación, salud, y protección en términos de aumentar el bienestar biopsicosocial de niños, niñas y sus familias?	¿Cómo ha cambiado la atención a las familias (niños, niñas y sus familias) por parte del nivel municipal desde antes de la implementación del PASMI? ¿Qué cambios se han producido respecto de la derivación al tratamiento psicológico de niños y niñas, así como en las intervenciones psicosociales a las familias (padre, madre o cuidador/a), después de la instalación de PASMI? ¿En qué medida la implementación del PASMI y la coordinación intersectorial han permitido atender más niños y niñas y, de esta	¿De qué manera se puede aumentar el nivel de intensidad de la coordinación intersectorial entre los sectores de salud, educación y protección social para lograr el bienestar de niños, niñas y sus familias? ¿Qué acciones se pueden realizar para aumentar la oferta de servicios de carácter integral en las comunas, para poder responder a las necesidades de las familias desde una perspectiva integral?	Recopilación, categorización y revisión de documentos: antecedentes, documentos técnicos Entrevistas semiestructuradas y análisis de contenido de éstas; que se presentan mediante estudios de casos.	Orientaciones técnicas PASMI Informes ChCC	Representantes institucionales de los niveles municipal, regional y nacional de salud, educación y protección social

		menara, cumplir las metas de cobertura comunal? ¿En qué medida ha aumentado la demanda de los servicios psicosociales que ofrece la comuna desde la implementación del PASMI?				
Coherencia	2. ¿En qué medida la existencia del PASMI contribuye a la coordinación comunal en torno a casos identificados y tratados, considerando derivación y seguimiento, por el programa?	¿Qué elementos se identifican como facilitadores para el trabajo intersectorial entre salud, educación y protección social en los niveles comunal y regional? ¿Qué elementos se constituyen como obstaculizadores para el trabajo intersectorial entre salud, educación y protección social en los niveles comunal y regional? ¿Existían dinámicas distintas entre los equipos de la red municipal antes de la existencia del programa en relación con las dinámicas que hay hoy?	¿De qué manera se pueden mejorar los procesos de derivación y seguimiento del PASMI? ¿Qué acciones deben realizarse desde los distintos niveles (municipal, regional, central) para que esto ocurra? ¿Cómo puede avanzarse hacia una respuesta más integral, en términos de integralidad de los servicios, de manera de responder a las distintas necesidades de las familias?	Recopilación, categorización y revisión de documentos Entrevistas semiestructuradas y análisis de contenido de éstas, mediante estudios de casos	Orientaciones técnicas PASMI Informes ChCC Informes de programas internacionales Sitios web de programas internacionales	Representantes institucionales de los niveles municipal, regional y nacional de salud, educación y protección social
	3. ¿La manera en que se implementa el programa en la comuna, es coherente con las necesidades de	¿Qué mecanismos se utilizan para identificar las necesidades de las familias usuarias a nivel municipal y regional? ¿Qué canales para la comunicación con las familias se han definido, y	¿Qué antecedentes se deben incorporar para mejorar la identificación de necesidades de las familias? ¿De qué forma se puede mejorar la comunicación con las familias?	Recopilación, categorización y revisión de documentos Entrevistas semiestructuradas y análisis de contenido de	Orientaciones técnicas PASMI	Madres, padres y cuidadores Representantes institucionales del nivel municipal de salud, educación y protección social

	las familias usuarias?	cómo se implementan? ¿Cuál es la evaluación que los actores claves tienen sobre los canales de comunicación con las familias? ¿Cómo afecta la coordinación intersectorial a la calidad de la respuesta?		éstas, mediante estudios de casos.		
	4. ¿Las comunidades educativas de las comunas que cuentan con PASMI han notado una mejora en la respuesta del sector salud frente a sus demandas biopsicosociales de niños, niñas y cuidadores(as)?	¿Qué cambios se han producido en las coordinaciones entre los sectores de salud y educación desde la implementación del PASMI? ¿De qué manera el HpV contribuye a una mejor coordinación entre los sectores de salud y educación?	¿De qué forma se puede aumentar el nivel de intensidad de la coordinación entre los y las profesionales que se desempeñan en la atención de salud mental y los equipos educativos de los establecimientos educacionales?	Recopilación, categorización y revisión de documentos Entrevistas semiestructuradas y análisis de contenido de éstas	Orientaciones técnicas PASMI Informes ChCC	Representantes institucionales del sector de educación (niveles municipal y regional)
	5. ¿Existen nudos críticos en la derivación, entrega de servicios previstos y retroalimentación en los sectores de educación y salud en el marco de este programa?	¿De qué manera el uso del SRDM facilita el acceso a información de parte de los sectores de salud, educación y protección social? ¿A nivel municipal, qué sistemas de monitoreo, seguimiento y/o activación/resolución de alertas se utilizan de forma	¿Qué adecuaciones se deben realizar en los mecanismos de registro, derivación y seguimiento para favorecer la información compartida por parte de los sectores de salud, educación y protección social?	Recopilación, categorización y revisión de documentos Entrevistas semiestructuradas y análisis de contenido de éstas	Orientaciones técnicas PASMI Informes ChCC	Representantes institucionales de los niveles municipal, regional y nacional de salud, educación y protección social

		paralela al SRDM? ¿Qué ventajas y desventajas tienen respecto del SRDM? ¿Qué evaluación hacen los actores claves sobre la calidad del SRDM, ¿resulta un sistema eficaz y eficiente para intercambiar información entre los sectores de salud, educación y protección social?				
Eficacia	6. ¿Las familias usuarias del programa y los equipos ejecutores perciben resultados positivos en la respuesta del sector salud frente a las necesidades de salud mental en niños y niñas?	¿Cuáles son las percepciones de los actores claves sobre la eficacia del trabajo intersectorial para favorecer el bienestar de niños, niñas y sus familias, tanto a nivel comunal como regional?	¿De qué manera es posible mejorar la respuesta intersectorial para favorecer el bienestar de niños, niñas y sus familias?	Recopilación, categorización y revisión de documentos Entrevistas semiestructuradas y análisis de contenido de éstas	Orientaciones técnicas PASMI Informes ChCC	Madres, padres y cuidadores Representantes institucionales del nivel municipal de salud, educación y protección social
Sostenibilidad	7. Desde la implementación del programa, ¿se han generado condiciones a nivel de gestión y coordinación intersectorial que permitan asegurar la	¿Cuáles son los soportes a nivel municipal y regional para la intervención intersectorial? ¿Con qué orientaciones, recursos, materiales y apoyos cuentan para la intervención intersectorial a nivel regional? ¿Qué estrategias de apoyo y	¿Qué mecanismos deben implementarse para mantener los resultados logrados por el programa? ¿De qué forma las instituciones de los niveles municipal y regional pueden contribuir a mantener el bienestar de niños, niñas y sus familias?	Recopilación, categorización y revisión de documentos Entrevistas semiestructuradas y análisis de contenido de éstas	Orientaciones técnicas PASMI Informes ChCC Informes de programas internacionales Sitios web de programas internacionales	Representantes institucionales de los niveles municipal, regional y nacional de salud, educación y protección social

	sostenibilidad de los resultados de la intervención?	soporte a la red municipal despliega la red regional? ¿Qué elementos de la red regional facilitan y obstaculizan la coordinación intersectorial (tanto como apoyo para las redes municipales y ampliadas, así como en su propio funcionamiento interno)?				
	8. ¿Los equipos implementadores del programa perciben una mayor intensidad de la coordinación intersectorial para dar respuesta conjunta de las necesidades de los niños, niñas y sus familias?	¿Qué elementos considera que facilitan y qué elementos obstaculizan la coordinación intersectorial? ¿En qué sentido el PASMI ha provisto de herramientas que mejoren la coordinación intersectorial para la atención integral, la derivación y el seguimiento?	¿De qué forma se puede aumentar el nivel de intensidad de la coordinación para la atención integral, la derivación y el seguimiento?	Recopilación, categorización y revisión de documentos Entrevistas semiestructuradas y análisis de contenido de éstas	Orientaciones técnicas PASMI	Representantes institucionales del nivel municipal de salud, educación y protección social
Principios transversales: Derechos humanos y género	9. ¿En qué medida y cómo PASMI incorpora en su implementación los derechos de la niñez, y los principios de equidad, no discriminación, derechos	¿Existe comprensión respecto del enfoque de derechos humanos y sus implicancias? ¿Se resguarda como principio del enfoque de derechos de la niñez? ¿Se considera como principio el enfoque de género ¿Se identifican prácticas,		Entrevistas semiestructuradas y análisis de contenido de éstas		Representantes institucionales del nivel municipal de salud, educación y protección social

	humanos e igualdad de género?	comportamientos o valoraciones relacionadas con discriminaciones arbitrarias?				

Anexo 2. Experiencias internacionales seleccionadas

A continuación, se presentan las tres iniciativas seleccionadas en base a la priorización sugerida por las especialistas y el análisis conjunto entre el equipo de investigación y el equipo de Unicef:

- Future in Mind (Inglaterra)
- Child and Adolescent Mental Health Policy (Sud Africa)
- The National Action Plan For The Health of Children and Young People 2020-2030 (Australia)

Future in Mind (Inglaterra)

Estrategia de salud mental infantil del Ministerio de Salud de Inglaterra lanzada el 2015 que busca mejorar la calidad de los servicios en salud mental a la primera la primera infancia y jóvenes.

Está estrategia está enfocada en la promoción, prevención, intervención temprana y la atención integrada para los niños y jóvenes con problemas de salud mental. Para lograr estos objetivos, el programa "Future in Mind" ha establecido una serie de medidas, incluyendo la formación de profesionales de la salud mental, la mejora de la accesibilidad a los servicios de salud mental y la promoción de la colaboración intersectorial. La estrategia incorpora en todos sus objetivos una perspectiva intersectorial y transversal de la salud mental buscando mejorar los sistemas de registro, la derivación y el monitoreo para hacer más eficiente la atención de la salud mental en niñas, niños y jóvenes.

Dimensión 1: Gestión de la atención en salud mental de niños y niñas

Ciclo de tratamiento y seguimiento del programa

- DSM-5 Manual: Herramienta de diagnóstico y clasificación psiquiátrica.
- Punto de contacto designado dedicado específicamente a servicios de salud mental y especializados para cada escuela y proveedor de atención primaria, incluidas las prácticas de los médicos de cabecera. Su función sería discutir y brindar asesoramiento oportuno sobre la gestión y/o derivación de casos, incluida la consulta, el trabajo conjunto o el enlace. Esto puede incluir personal de salud mental específico o especializado que trabaja directamente en escuelas/prácticas de médicos de cabecera/proveedores del sector voluntario con niños, jóvenes y familias/cuidadores.
- Protocolo de transferencia que pueden usar las áreas locales para respaldar una mejor planificación y entrega de la transición.
- Las derivaciones considerando las necesidades que presenta el niño o joven y el nivel de preocupación profesional o familia (no solo el diagnóstico clínico).

- Los servicios de salud controlan la asistencia y que se realice un seguimiento activo de las familias y los jóvenes que faltan a las citas.

- Obstaculizadores:

    - No hay priorización en el ingreso de grupos más vulnerables: facilidades en el acceso y una configuración de los servicios que satisfaga las necesidades psicosociales específicas de estos grupos.

    - Factores de vulnerabilidad identificados: múltiples pérdidas y/o traumas en sus vidas, vulnerabilidad de los padres o debido a una discapacidad, privación, abandono y abuso. A estos niños, jóvenes y sus familias les puede resultar especialmente difícil acceder a los servicios adecuados, o es posible que los servicios no estén configurados para satisfacer sus necesidades psicosociales.

- Facilitadores:

    - Los profesionales, el personal como los trabajadores juveniles que realizan las intervenciones con NNA deben seguir las buenas prácticas existentes en los manuales de NHS.

    - Brindar a los jóvenes y las familias la opción de recibir tratamiento fuera de los entornos tradicionales de salud mental del sistema de salud (cafeterías, escuelas, parques, hogar, etc.): potencia el vínculo entre el personal y los/as pacientes, ayuda a la no deserción y a mejores resultados.

Comunicación y relación con las redes directas

- Todos los socios, comisionados o proveedores, firman una serie de principios acordados: la gama y elección de tratamientos e intervenciones disponibles; práctica colaborativa con niños, jóvenes y familias involucrando a las escuelas; el uso de intervenciones basadas en evidencia; y retroalimentación regular del seguimiento de resultados a niños, jóvenes y familias y en supervisión.

- Contacto constante y estrecho con las familias.

- Intervenciones, asesorías y el acceso a otros programas para el manejo de situaciones de crisis con sus hijos/as.

- Retroalimentación regular del seguimiento de resultados a niños, jóvenes y familias y en supervisión.

- Práctica colaborativa con niños, jóvenes y familias e involucrando a las escuelas.

Dimensión 2: Gestión de la intersectorialidad para la salud mental y otras prestaciones sociales vinculadas, tanto para los niños, niñas como para sus familias

Intervenciones intersectoriales a nivel local

Elaboración y concertación de Planes de Transformación en Salud Mental y Bienestar Infantil y Juvenil que articulen la oferta local.

- Comisionado Principal: líder local, en la mayoría de los casos el Grupo de Comisionamiento Clínico.
    - Elabora los planes, trabaja en estrecha colaboración con los socios de la Junta de Salud y Bienestar, incluidas las autoridades locales.
    - Garantiza que los servicios trabajen en conjunto.
    - Asegura de que las escuelas tengan la oportunidad de contribuir al desarrollo de los planes de transformación.

Soporte institucional para la intervención intersectorial

Public Health England está publicando una actualización de la base de evidencia de Healthy Child Program (0-5 años) que guiará a los profesionales, incluido el apoyo al apego temprano entre el bebé y los padres. Busca garantizar el progreso con estos requisitos obligatorios y la capacidad de la fuerza laboral apoyará un mejor bienestar mental para los niños y jóvenes en el futuro. Además, Lograr un mejor acceso a los servicios de salud mental para 2020 establece que DH y NHS England considerarán desarrollar un estándar de acceso y/o espera para un acceso rápido a los servicios de salud mental para mujeres embarazadas o en el período posnatal con un diagnóstico conocido o sospechado de problema de salud mental

En la Declaración de Otoño de 2014 al Parlamento, el Canciller anunció un programa piloto de intervención temprana para prevenir problemas evitables más adelante en la vida. Los Pilotos serán ejecutados conjuntamente por el Departamento de Educación y Departamento de Salud. Complementarán el trabajo de la Fundación de Intervención Temprana y se vincularon estrechamente con otras actividades como el Programa de Niños Saludables y el Programa de Familias en Problemas. Los detalles de cómo y dónde operarán los pilotos estarán disponibles en breve. El gobierno considerará la evidencia emergente en relación con la prevención y la intervención temprana con problemas de salud mental.

Dimensión 3: Monitoreo, Seguimiento y Gestión de la información

Sistemas de registro, monitoreo y seguimiento en la intervención de la iniciativa

- Brechas significativas en los datos, la información y las palancas del sistema. Ha habido un retraso significativo en la recopilación nacional de métricas de resultados, estándares de

acceso, desarrollo de pagos y otros sistemas de incentivos y su alineación en los sistemas de salud, educación y atención social, que son fundamentales para impulsar el cambio de manera coordinada.

- Aunque hay datos recolectados localmente, hay una falta general de claridad sobre qué proporciona quién, para qué problema, para qué niño.

Child and Adolescent Mental Health Policy (Sud Africa)

Estrategia de salud mental infantil del Ministerio de Salud de Sudáfrica lanzado el 2002 que sirve cómo lineamientos de política, la cual es un marco para el establecimiento de servicios de salud mental para niños y adolescentes a nivel nacional, provincial y local de atención en salud dentro del enfoque de Atención Primaria de Salud con un enfoque intersectorial.

Esta estrategia está basada en el modelo bioecológico y busca atender a los NNA con problemas de salud mental, contextualizados en su entorno. Los lugares de intervención son el hogar/familia/comunidad, el colegio y los centros de atención a salud mental. Sus objetivos son: la implementación de servicios de salud mental apropiados, integrados, comprensivos e inclusivos de la promoción y la prevención en todos los niveles de la salud; la creación de una base de datos nacional integrada para los problemas de salud mental de NNA; la formación y desarrollo de recursos humanos, con especial foco en la escasez de especialistas entrenados en salud mental infantil y la protección de los DDHH de los NNA con discapacidades mentales.

Dimensión 1: Gestión de la atención en salud mental de niños y niñas

Ciclo de tratamiento y seguimiento del programa

- Escenarios de intervención que se abordarán son los siguientes: el hogar, la familia, la comunidad, la Escuela y Establecimientos de salud.

- Las siguientes son estrategias para aumentar la accesibilidad de los servicios de salud para niños y adolescentes: aumentar el número de instalaciones para que sean accesibles a una mayor proporción de la población, realizar cambios estructurales en las instalaciones para promover la privacidad y la confidencialidad, asignar determinados días o sesiones para niños y adolescentes solos, tener horarios de apertura convenientes, especialmente para adolescentes y madres con bebés, volver a capacitar y reorientar a los trabajadores de la salud, con énfasis en la clarificación de valores y el desarrollo de habilidades interpersonales para promover una buena comunicación entre el proveedor y el receptor y el respeto por los niños y adolescentes, involucrar a niños y adolescentes en el desarrollo de clínicas "amigables para los adolescentes, desarrollar un conjunto de estándares.

Comunicación y relación con las redes directas

Se propone mejorar las relaciones y la comunicación entre los padres y otros adultos del hogar promovería la salud de los niños y adolescentes y reduciría las conductas de riesgo.

Las intervenciones en el hogar deben estar dirigidas a: educar a los padres y otros adultos en hogar sobre la salud familiar, incluidos los aspectos que son específicamente relevantes para los niños con necesidades especiales, empoderar a los padres y a las comunidades en general para que asistan a programas orientados hacia una crianza efectiva y a las comunidades para que provean servicios de consejería para padres y otros adultos en el hogar para mejorar la relación y la comunicación.

Algunas estrategias para alcanzar estos objetivos son: seleccionar y capacitar a personal adecuado para brindar los programas educativos y de asesoramiento, que estos a su vez puedan promover y capacitar a los cuidadores, como trabajadores familiares y comunitarios, para que brinden cuidados efectivos en el hogar a niños y adolescentes con problemas crónicos de salud mental y física, también un enlace con familias, organizaciones religiosas, escuelas y ONG para establecer estructuras en la comunidad para abordar los desafíos de la crianza, motivación y estímulo de niños y adolescentes para formar grupos de apoyo entre pares, facilitar los vínculos y la comunicación entre los hogares, las escuelas y las organizaciones religiosas, mejorar la relación madre/cuidador.

Con respecto a las escuelas, se propone que en todas las escuelas haya profesionales capacitados, especialmente en las zonas rurales, para tratar los problemas de salud mental de niños y adolescentes, sobre todo en el nivel primario donde suele haber una mala relación entre los jóvenes (especialmente los adolescentes) y el personal de la clínica.

Dimensión 2: Gestión de la intersectorialidad para la salud mental y otras prestaciones sociales vinculadas, tanto para los niños, niñas como para sus familias

Soporte institucional para la intervención intersectorial

La Ley de Atención a la Infancia N° 74 de 1983, enmendada, es la ley más importante para la protección de los niños. Esta Ley determina las facultades de los Comisionados de Bienestar Infantil y rige el funcionamiento de los Tribunales de Menores (capítulo 2). Dispone la investigación oficial de los casos de presunto abuso y negligencia, las investigaciones de los tribunales de menores en tales casos y la colocación de los niños en cuidado sustituto o bajo la supervisión de un trabajador social dentro de sus propios hogares cuando sea necesario (capítulo 3). La Ley también prevé la adopción de niños y los controles y procedimientos relacionados con esta medida (capítulo 4). El artículo 42 obliga a los profesionales de la salud; Trabajadores sociales; maestros; y administradores y personal de hogares infantiles, lugares de atención y refugios para denunciar sospechas de malos tratos a los niños atendidos por ellos. El artículo 50 prevé el enjuiciamiento en casos de malos tratos o abandono de niños. El artículo 52A prohíbe el trabajo infantil.

Directrices de la política nacional de salud para mejorar la salud mental en Sudáfrica: en las Directrices de Política Nacional de Salud para Mejorar la Salud Mental en Sudáfrica, una de las áreas prioritarias claves identificadas en el marco de intervención son los Servicios para Niños. Se indica que la

prioridad para los servicios de salud mental infantil debe ser la prevención y que los servicios deben integrarse en la atención primaria de salud general. Las áreas de especial atención son: prevención de retrasos en el desarrollo emocional e intelectual; introducción de la educación en habilidades para la vida, y la prevención de problemas relacionados con sustancias como el síndrome de alcoholismo fetal.

La Ley de Atención de la Salud Mental N° 17 de 2002 no enfatiza específicamente las necesidades de salud mental de los niños y adolescentes, pero su inclusión está implícita en la definición de usuario de atención de la salud mental en la Ley, y estas pautas de política para la salud mental de los niños y adolescentes deben ser compatible con lo dispuesto en la Ley. De particular relevancia en este sentido son: el énfasis en la atención holística, integrada y basada en la comunidad, en los niveles de atención primaria, secundaria y terciaria y en la promoción de la salud mental en el conjunto de la población. La salud mental de los niños, niñas y adolescentes será abordada específicamente en el reglamento que acompañará al proyecto de ley. Este reglamento dispondrá el establecimiento de establecimientos para niños y adolescentes y la promoción de la salud metalúrgica de los niños y adolescentes.

The National Action Plan For The Health of Children and Young People 2020-2030 (Australia)

Es un plan de acción nacional que busca establecer los pilares que guían la implementación de una serie de políticas, intervenciones y aproximaciones orientadas a mejorar la salud infantil.

Comprende la salud infantil como un proceso influenciado por diversos factores de riesgos y factores protectores que se presentan las distintos sistemas que rodean a los niños, niñas y adolescentes: su individualidad (factores biológicos, genéticos y cognitivos); los padres y/o cuidadores (composición y dinámicas parentales y de cuidado); familiar (composición familiar, educación, redes familiares, relaciones); comunidad (entorno social, condiciones socioeconómicas, apoyo de la comunidad local, acceso a oportunidades); y finalmente, el sistema social (economía, ambiente, legislación, programas sociales, composición política). A partir de este análisis, este plan plantea la intervención en esta materia como una estrategia de enfrentar los riesgos y potenciar los factores protectores a lo largo de las distintas etapas de la vida de los niños, niñas y adolescentes, seleccionando focos de acción específicos desde la preconcepción hasta la juventud (18 a 24 años).

El objetivo de este plan es proponer un trabajo colaborativo enfocado en la salud y el bienestar infantil y adolescente. Para esto propone un esfuerzo cohesionado y coordinado entre los distintos actores involucrados en el desarrollo de los niños, niñas y adolescentes: gobiernos locales, hospitales y clínicas, ejecutores de programas, organizaciones comunitarias de salud, políticas, financiadores de intervenciones sociales, órganos centrales, ONG`s, e individuos particulares. Este trabajo debe tener presente las cinco áreas de prioridad establecidas por el Plan de Acción:

1. Mejorar la Equidad en Salud para toda la población.

2. Empoderar a los padres y cuidadores para maximizar un desarrollo saludable.

3. Afrontar los problemas de Salud Mental y comportamientos de riesgo.

4. Abordar las condiciones crónicas y la salud preventiva.

5. Reforzar la fuerza de trabajo.

Con el objetivo de responder a los objetivos del estudio, se determinó que dos de estas prioridades estaban directamente relacionadas con las acciones e intervenciones en la salud mental infantil. A su vez, el análisis de estas áreas de priorización brindó un marco institucional específico en el cual el Plan de Acción se sustenta para abordar esta problemática. Por último, al profundizar en cada uno de estos puntos, se concluyó que es necesario profundizar en un programa específico que aborda directamente la salud mental infantil y que está comprendido en esta iniciativa: el Programa Nacional de Apoyo a la Salud Mental Infantil y Juvenil ("The National Support For Child and Youth Mental Health Program") creado el año 2014.

I. Área de Prioridad Nº3: "Afrontar los problemas de Salud Mental y comportamientos de riesgo":

   - Como punto de partida, el Plan de Acción considera que las condiciones de salud mental están fuertemente relacionadas con los determinantes sociales a los cuales están expuestos los niños y jóvenes australianos. A su vez, considera que los puntos críticos en esta temática son el estigma, la poca información y el acceso a servicios de salud mental. Para lograr combatir estas problemáticas está política planea enfocarse en la prevención, la promoción y la intervención temprana.

   - Dentro del soporte institucional que proveen estructura a esta iniciativa se destacan: "The Roadmap for National Mental Health Reform 2012-2022", "National Drug Strategy 2017-2026", "National Alcohol Strategy 2018-2026" y, para aproximarse a los prevalentes trastornos alimenticios y problemas de imagen corporal que afectan a las niñas y adolescentes, "The National Women's Health Strategy 2020-2030".

   - Con respecto a las acciones específicas enfocadas en mejorar la salud mental infantil y juvenil, este plan de acción define 10 puntos generales en donde focalizar la energía de las políticas, programas e intervenciones en esta temática:

     1. Apoyar la salud mental maternal, parental y de los niños y niñas en sus primeros años de vida.

     2. Enfocarse en los años intermedios (niños y niñas cursando enseñanza básica) como un periodo para generar resiliencia y habilidades adaptativas emocionales y sociales:

        a. Se considera fundamental el trabajo y la formación de educadores, profesionales de salud y proveedores de salud, dentro de esto se

incluye la iniciativa Be You, la cual es un componente de "The National Support For Child and Youth Mental Health Program".

3. Apoyar las transiciones y riesgos durante todas las etapas de la vida, incluyendo la adolescencia y el comienzo de la adultez.

4. Fortalecer el diseño, adecuación e impacto de las estrategias de prevención del suicidio.

5. Abordar la elevada prevalencia de condiciones de salud mental en los niños, niñas y adolescentes LGBTI+.

6. Trabajar con aliados estratégicos para apoyar a las comunidades que apoyan la salud mental.

7. Mantener y avanzar en la educación y la promoción de la salud asociada a los comportamientos de riesgo.

8. Promover las relaciones respetuosas y una salud sexual positiva.

9. Trabajar con aliados estratégicos para identificar y promover estrategias anti-hostigamiento y maltrato escolar.

II. Área de Prioridad Nº5: "Reforzar la fuerza de trabajo"

- Se considera que, si bien es importante la dotación de profesionales en salud en todas zonas del país, es de suma prioridad que estos profesionales estén equipados y capacitados para identificar y enfrentar las necesidades de salud de los niños, niñas y adolescentes. El fortalecimiento de la fuerza de trabajo se enfoca en una aproximación holística y centrada en los niños. A partir de este apoyo a los profesionales de salud y las personas que trabajan con los NNA se lograra identificar y abordar de mejor manera los determinantes sociales de la salud de estos.

- Dentro del soporte institucional que sostiene esta área están: "Australia´s National Digital Health Strategy", "The Statement on Health Strategy" y "The National Workforce Centre for Child Mental Health" (el segundo componente de "The National Support For Child and Youth Mental Health Program").

- Esta sección centra una especial atención a las brechas y las necesidades emergentes en salud, concentrando en 6 acciones generales:

    1. Desarrollar la capacidad y las habilidades de la fuerza de trabajo en relación con la conciencia del trauma y las prácticas informadas de intervención para el trauma.

2. Fortalecer la capacidad de la fuerza de trabajo de los servicios familiares y de salud para prevenir el suicidio.

3. Mejorar los mecanismos de apoyo a los pediatras, enfermeras familiares e infantiles, matronas y otros profesionales de la salud para identificar y hacerse cargo de los factores subyacentes que afectan los resultados de salud.

4. Apoyar el desarrollo en las estrategias digitales para apoyar la salud de los niños, niñas y adolescentes.

5. Continuar abordando la alfabetización en salud para el sector de salud y en la fuerza de trabajo.

6. Reforzar la investigación y la capacidad de evaluación dentro de la fuerza de trabajo.

The National Support For Child and Youth Mental Health Program

El año 2014, la Comisión Nacional de Salud Mental (National Mental Health Comission) condujo una revisión general de los servicios y programas entregados en esta materia. En el reporte final se establece la necesidad de priorizar el bienestar y la salud mental infantil, con un especial énfasis en la prevención, el desarrollo de aptitudes saludables y la intervención temprana. En este marco, el gobierno australiano da inicio al Programa Nacional de Apoyo a la Salud Mental Infantil y Juvenil el cual busca trabajar con los actores claves que trabajan con niños, niñas y adolescente para capacitarlos en promover una salud mental positiva y bienestar en la población objetivo.

El objetivo general de esta iniciativa es “contribuir a mejorar los resultados en salud mental de los niños, niñas y adolescentes proveyendo de subsidios focalizados a la fuerza de trabajo y actividades educativas que desarrollen capacidades que se alineen con los objetivos del programa.” Los objetivos específicos, por tanto, que focalizan los subsidios entregados por este programa son:

1. Desarrollar resiliencia y factores protectores en los niños, niñas y adolescentes y relaciones que los apoyen para así promover una vida mentalmente saludable.

2. Mejorar la efectividad de los servicios de intervención temprana e incentivar que los niños, niñas y adolescentes en riesgo de experimentar dificultades en la salud mental busquen ayuda.

3. Desarrollar y promover una base de información y evidencia para las personas que trabajan en la promoción de salud mental, prevención de enfermedades y estrategias de intervención temprana con niños, niñas y jóvenes y sus familias.

4. Proveer de servicios de apoyo post-suicidio para apoyar a los estudiantes secundarios a manejar la angustia y el sufrimiento causado por el suicidio y reducir el riesgo del suicidio en grupo (suicide cluster) en los grupos más cercanos a los involucrados.

Para llevar a cabo estos objetivos, fueron dos las iniciativas seleccionadas y subsidiadas por este programa, estas trabajan en conjunto con los distintos actores claves que trabajan con la población objetivo y de esta manera son los dos componentes principales del programa:

1. The National Education Initiative (NEI), más conocida como "Be You": Enfocada en los educadores de centros de cuidado y educación para primera infancia (ELS por sus siglas en inglés) o escuelas, incluyendo a los consejeros escolares, los trabajadores psicosociales y otros roles que apoyan a los niños, niñas y adolescentes en el entorno educativo.

2. The National Workforce Support in Child Mental Health Initiative, más conocida como "Emerging Minds": Se focaliza en los profesionales de la salud, incluyendo profesionales clínicos, no clínicos, sociales y comunitarios, que trabajan con infancia y juventud tanto en establecimientos públicos como privados.

Dimensión 1: Gestión de la atención en salud mental de niños y niñas

Ciclo de tratamiento y seguimiento del programa

El ciclo de tratamiento y seguimiento de este programa es principalmente llevado a cabo por la iniciativa Emerging Minds, que brinda los instrumentos y herramientas necesarias a los profesionales de la salud. La detección de problemas de salud mental es guiada por el "Patient Well Being Assessment and Recovery Plan", el cual debe rellenar el médico general que atiende al niño, niña o adolescente. Este instrumento recopila información demográfica del paciente, detalles de sus padres y/o cuidadores, información educacional, información de las redes y factores culturales, el diagnóstico realizado y finalmente, el plan de tratamiento. El plan de tratamiento establece los objetivos generales, las intervenciones y tratamientos que se realicen, las derivaciones correspondientes y el rol de otros profesionales de salud. Este instrumento es un punto clave para el diagnóstico y el seguimiento en el tratamiento en salud mental, considerando un trabajo interdisciplinario y el contacto con todos los actores relevantes. Complementariamente, el programa provee de una ficha llamada "Mental Health Treatment Plan" y la correspondiente capacitación para su utilización con el fin de hacer seguimiento del ciclo de tratamiento.

En el proceso de tratamiento, la iniciativa considera que las organizaciones capacitadas construyan un "Pathway of Care Template" que identifique servicios locales tanto para el paciente como para sus padres y/o cuidadores. Este instrumento provee a los profesionales de salud de los caminos posibles en caso de necesitar una interconsulta tomando en cuenta las necesidades específicas del niño, niña o adolescente. Una vez identificado el camino más adecuado en caso de necesitar una interconsulta, la derivación se realiza acompañada de una carta de derivación realizada por el profesional.

Cuando el paciente requiere de la intervención que involucra a más de un profesional, se realiza una conferencia multidisciplinaria del caso que define el plan de acción.

"Be You", por su lado, si bien no provee herramientas específicas para el tratamiento de salud mental, si considera la capacitación de los educadores y personas que trabajan en el sector de la educación en la adecuada detección de niños, niñas y adolescentes con problemas de salud mental. Y provee de los instrumentos de detección: Mental Health Continuum, BELTS Observation Tool.

Obstaculizadores:

- El programa no aborda las múltiples barreras sistémicas que existen en el acceso a la salud mental: tiempos de espera, lejanía de los servicios, asequibilidad y cobertura de los servicios.
- Principales barreras: acceso a servicios externos, falta de recursos económicos y materiales, limitaciones horarias y poca relevancia otorgada al tipo de trabajo.

Facilitadores:

- Programas basados en la evidencia, apoyo a la estructura de trabajo y el liderazgo, una cultura laboral que promueva y apoye la salud mental, la administración del tiempo, recursos para acceder a las iniciativas en el horario laboral y el apoyo de los colegas.

Comunicación y relación con las redes directas

- Emerging Minds: PERCS Conversation Guide
- Be You es un componente del programa que incorpora el trabajo con docentes y trabajadores educativos que interactúan directamente con los niños, niñas y adolescentes
- Para mejorar la adherencia al tratamiento: Emerging Minds: Curso "Supporting Children Resilience in General Practice"

Dimensión 2: Gestión de la intersectorialidad para la salud mental y otras prestaciones sociales vinculadas, tanto para los niños, niñas como para sus familias

Intervenciones intersectoriales a nivel local

Los actores principales son:

- Be You:
  - Action Team
  - Be You Consultants

- Emerging Minds:
    - National Workforce Centre
    - Servicios enfocados en infancia y niñez: GP, proveedores de salud primaria y especialistas, servicios pediátricos y de salud infantil, servicios de desarrollo infantil, servicios de apoyo a la salud mental familiar, comunidades que trabajan con infancia, programas de bienestar infantil y servicios de protección a la infancia, servicios de acogida, organizaciones de apoyo a la acogida de menores, jardines infantiles, servicios de apoyo a las familias, servicios que trabajan con la discapacidad, servicios comunitarios autóctonos de salud y bienestar, y centros de cuidado y educación para la primera infancia y colegios.
    - Servicios enfocados en padres y cuidadores: médicos generales, programas parentales, servicios sociales comunitarios de salud mental, alcohol, drogas y apuestas, Servicios de violencia familiar, Servicios para personas sin Hogar, centros de discapacidad, servicios de relaciones familiares, organizaciones de intervenciones de emergencia, Servicios comunitarios autóctonos de bienestar y salud, proveedores de salud primaria y especialistas, servicios de salud mental para adultos, y servicios de adicciones.

Ambas iniciativas proveen una serie de capacitaciones y cursos formativos en la temática y de un equipo de apoyo regional para apoyar la implementación de planes de acción en organizaciones e instituciones que trabajen con niños, niñas y adolescentes.

- Be You:
    - Learning Resilience, Early Support and Responding Together
    - Be You Consultants

Nudos Críticos: (Smith S, et. al, 2021)

- Variedad de sectores
- Necesidad de flexibilizarse y adaptarse a los distintos contextos.
- Coordinación entre ambas iniciativas

Soporte institucional para la intervención intersectorial

- Gobierno Central: financiamiento del cuidado primario y cuidado ambulatorio especializado (Medicare Benefits Schedule)

- Gobiernos Regionales y Locales: financiamiento servicios de apoyo a las personas con problemas de salud mental, servicios de salud públicos especializados en salud mental y servicios asociados de apoyo psicosocial.
- National Mental Health Strategy
- National Mental Health and Suicide Prevention Plan
- The Australian Institute of Health and Welfare: documenta los avances políticos y programáticos en salud mental.
- Better Access: Mental Health Proffesionals´ Network, General Practice Mental Health Standards Collaboration
- The Australian Student Wellbeing Framework
- Gobierno Central: financiamiento del cuidado primario y cuidado ambulatorio especializado (Medicare Benefits Schedule)
- Gobiernos Regionales y Locales: financiamiento servicios de apoyo a las personas con problemas de salud mental, servicios de salud públicos especializados en salud mental y servicios asociados de apoyo psicosocial.
- National Mental Health Strategy
- National Mental Health and Suicide Prevention Plan
- The Australian Institute of Health and Welfare: documenta los avances políticos y programáticos en salud mental.
- Better Access: Mental Health Proffesionals´ Network, General Practice Mental Health Standards Collaboration
- The Australian Student Wellbeing Framework
- La evaluación destaca la necesidad de prestar atención a los contextos específicos de las comunidades y los establecimientos educacionales en donde se aplica la intervención y también, recolectar esa información para aportar en el diseño de actividades que realizan los consultores a nivel regional. (Smith S, et. al, 2021)

Dimensión 3: Monitoreo, Seguimiento y Gestión de la información

Sistemas de registro, monitoreo y seguimiento en la intervención de la iniciativa

- Brechas significativas en los datos, la información y las palancas del sistema. Ha habido un retraso significativo en la recopilación nacional de métricas de resultados, estándares de acceso, desarrollo de pagos y otros sistemas de incentivos y su alineación en los sistemas de salud, educación y atención social, que son fundamentales para impulsar el cambio de manera coordinada.

- Aunque hay datos recolectados localmente, hay una falta general de claridad sobre qué proporciona quién, para qué problema, para qué niño.

Anexo 3. Instrumentos levantamiento de información (Estudio de casos)

Pauta de levantamiento Grupo de discusión, niños y niñas

1. Temas iniciales para describir lo que se realiza en el centro de Atención Primaria, con quiénes se reúnen y su opinión sobre el lugar donde se juntan.

En primer lugar, nos gustaría que conversáramos sobre las actividades que hacen con las personas las que se reúnen acá en el consultorio. ¿Qué es lo que hacen? ¿Conversan, realizan juegos etc.?, ¿Qué tipo de juegos hacen?, ¿Con qué personas se reúnen?, ¿Siempre son las mismas personas?, ¿Hacen cosas distintas con cada una?, ¿Dónde se juntan? Si pudieras agregar o cambiarle algo al lugar, ¿qué sería?

2. Perspectivas sobre sus experiencias durante el tratamiento:

Conversemos ahora sobre cómo se sienten cuando vienen aquí. ¿Les gusta venir?, ¿Qué les gusta y que no?, ¿Cómo se sienten cuando juegan o hacen actividades con las personas con las que se juntan?, ¿Cómo se llevan con las personas con las que se juntan aquí?

3. Sobre los beneficios o no del tratamiento.

¿Sienten que les hace bien venir?, ¿Se han sentido mejor desde que vienen para acá?, ¿Sienten que algo ha mejorado o cambiado en su vida (ya sea con sus familias, en el colegio, en la casa cuando están solos/as, con los amigos/as del barrio, etc.)?

4. Sobre lo que cambiarían o lo que les gustaría que fuera distinto

Nos hablaron de todo lo que hacen aquí (dar ejemplos). Ahora queremos hablar más sobre qué cosa no les gusta tanto hacer. ¿Qué no les gusta tanto? (retomar ejemplos de arriba) ¿Por qué no le gusta? ¿Les gustaría hacer otra cosa que no hacen?

5. Opinión sobre otros elementos del tratamiento PASMI

En el colegio ¿saben que vienen para acá? ¿te preguntan si pudiste venir, o sobre lo que hicieron aquí? ¿En el colegio tienes actividades además de las clases para hablar de temas como los que hablas aquí?

6. Temas para el cierre

¿Les gustaría decir algo más que no hayamos conversado sobre lo que hacen aquí?

Pauta entrevista representante comunal sector educación vinculado con PASMI (Encargados locales HpV o de Convivencia Escolar del municipio)

Elementos de contexto:

1. ¿Desde hace cuánto se implementa HpV en su comuna?, ¿qué organización lo ejecuta?
2. ¿Conoce el PASMI, y el tipo de coordinación establece con HpV?
3. En términos generales, ¿cómo se coordinan HpV y PASMI en su comuna?

Dimensión: Gestión de la atención psicológica a niños y niñas:
Subdimensión: Ciclo de tratamiento PASMI-HpV

4. ¿Cómo se realiza la evaluación diagnóstica a los estudiantes y cómo es la derivación a PASMI? ¿Cómo se determina quienes son elegibles para esta derivación?
5. Sobre las vías de ingreso a PASMI, desde tu posición en el colegio, ¿sabe cuáles son las vías de ingreso regulares al PASMI, y cuáles son de carácter excepcional?
6. ¿Realizan en y desde HpV actividades con los niños y niñas que son atendidos por el PASMI, distintas a las que realizan normalmente con el resto de los niños?
7. ¿Realizan acciones en conjunto con el sector salud (PASMI)? ¿Qué acciones despliegan en conjunto, además de la derivación (por ejemplo: talleres docentes o para docentes, etc.)?
8. ¿Qué estrategias de monitoreo implementan desde HpV para hacer seguimiento a los niños y niñas que son derivados al PASMI ?, ¿cómo se vinculan con otros actores en el proceso de monitoreo?

Dimensión: Gestión de la atención psicológica a niños y niñas:
Subdimensión: Comunicación y relación con las familias

9. ¿Cómo se informa a las familiares cuando su hijo/a ha sido derivado a PASMI? ¿Existen guías u orientaciones para realizar este proceso? ¿Existen un proceso de acompañamiento a la familia desde HpV?
10. ¿Cómo el equipo educativo escolar apoya la adherencia al tratamiento, e implementa intervenciones en el espacio educativo en coordinación con los objetivos terapéuticos indicados por el equipo PASMI?
11. ¿Cómo el equipo educativo trabaja para que se genere una buena disposición a la derivación y el tratamiento? ¿cómo evalúa la participación/disposición de las familias en estos hitos? (indagar en facilitadores, obstaculizadores)

Dimensión 2: Gestión de la intersectorialidad para la salud mental de niños, niñas y sus familias.
Subdimensión: Percepciones sobre la eficacia del trabajo intersectorial

12. Desde su perspectiva, con la instalación del programa PASMI en su comuna, ¿se ha podido atender mejor las demandas psicosociales de niños, niñas y sus padres, madres o cuidadores(as) de los colegios?

Dimensión: Gestión de la información
Subdimensión: Conocimiento y uso del SRDM; activación y resolución de alertas.

13. ¿Qué sistema de registro utiliza HpV? ¿utiliza algún sistema de registro compartido con los otros sectores?
14. ¿Conoce y utiliza el SRDM? En caso de que no lo utilice, ¿por qué? En caso de que lo utilice, ¿cómo evalúa usted esta herramienta de monitoreo? Indagar específicamente en la evaluación respecto de cómo este sistema facilita u obstaculiza la gestión intersectorial. En caso de que conozca el SRDM y acciones de registro PASMI, ¿cómo lo evalúa en términos de la activación y resolución de alertas que genera?, ¿resulta un sistema eficaz y eficiente para esto?

Para terminar…

15. ¿Qué elementos considera que facilitan y qué elementos obstaculizan la coordinación intersectorial? ¿En qué sentido el PASMI ha provisto de herramientas que mejoren la coordinación intersectorial en la derivación y seguimiento?

Pauta Entrevista Encargado(a) Municipal ChCC

Introducción del espacio

Comenzar presentándose, el contexto y objetivo del estudio, y qué temas se van a tratar en la entrevista: 1) elementos de contexto; 2) trabajo de la red comunal en apoyo a PASMI y sistemas de información y comunicación intersectorial; 3) aspectos claves del tratamiento en salud mental PASMI.

*cuando se realiza la entrevista, no se presentan las dimensiones.

Elementos de contexto:

1. ¿Desde hace cuánto se implementa el PASMI en su comuna?
2. En términos generales, ¿cómo ha sido la implementación del programa en su comuna. ¿Podrías describirme el proceso de implementación? ¿ha habido dificultades? ¿ha sido muy difícil la implementación? ¿qué ha sido lo más difícil?

Dimensión: 2. Gestión de la intersectorialidad para la salud mental de niños, niñas y sus familias.
Subdimensión: Intervenciones intersectoriales a nivel comunal

3. ¿Cómo se coordinan los actores de la red básica y ampliada para trabajar en conjunto la atención y monitoreo de casos PASMI?, ¿realizan reuniones de coordinación particulares para casos PASMI?, ¿se generan registros de estas instancias?
   ¿Existen acciones específicas que lleven a cabo conjuntamente los actores de la red básica y ampliada? Indagar en: definición de objetivos comunes, evaluación conjunta del trabajo, definición de acciones o estrategias en conjunto, instancias de formación conjunta.
4. ¿Puede identificar hitos relevantes relativos específicamente al PASMI, para los distintos actores intervinientes en la red básica y ampliada, adicionales a los de coordinación regular (por ejemplo, jornadas de planificación estratégica PASMI, hitos de cierre anual PASMI, jornadas de reflexión PASMI)?
5. ¿Qué elementos puede usted identificar como facilitadores u obstaculizadores en relación al trabajo intersectorial de los equipos de las red básica y ampliada?

Dimensión: 2. Gestión de la intervención a niños, niñas y sus familias
Subdimensión: Percepciones sobre la eficacia del trabajo intersectorial

6. Considerando tanto la red básica como la ampliada, ¿cómo ha cambiado la atención antes de PASMI y después de PASMI? Indagar en: variaciones en derivación al tratamiento psicológico del niño y niñas, así como en las intervenciones psicosociales a las familias (padre, madre o cuidador/a), después de la instalación de PASMI.

7. De acuerdo a su percepción, la implementación del PASMI y la coordinación intersectorial que implica, ¿han permitido atender más niños y niñas y, de esta manera, cumplir las metas de cobertura comunal?

8. Desde que instaló PASMI, ¿ha aumentado la demanda de los servicios psicosociales que ofrece la comuna?

Dimensión: 2. Gestión de la intervención a niños, niñas y sus familias
Subdimensión: Soporte para la intervención intersectorial

9. ¿Existe algún tipo de soporte o apoyo que provenga desde el nivel regional, para la red comunal? De ser así, ¿cuál?

Dimensión:3. Gestión de la información
Subdimensión: SRDM, activación y resolución de alertas

10. En particular, y en caso de que conozca el SRDM, ¿cómo lo evalúa en términos de la activación y resolución de alertas que genera?, ¿resulta un sistema eficaz y eficiente? Pensando en el bienestar del niño, niña y su familia, ¿considera que sería pertinente tener otras alertas además de las 13 establecidas?

Dimensión: 3. Gestión de la información
Subdimensión: Otros sistemas de monitoreo y seguimiento

11. A nivel comunal, ¿se utilizan otros sistemas de monitoreo, seguimiento y/o activación/resolución de alertas? De ser así, ¿por qué utilizan otros?, ¿cuáles son y qué ventajas y desventajas respecto del SRDM?

Dimensión: 1. Gestión de la atención psicológica a niños y niñas:
Subdimensión: Ciclo de tratamiento PASMI

12. En el ejercicio de sus funciones como encargado comunal del ChCC, ¿has tenido la posibilidad de interiorizarte de las etapas y el ciclo de tratamiento PASMI, que ocurre en los centros de atención primaria (como CESFAM)? ¿Puedes contarme de qué se trata?

13. Sobre la evaluación diagnóstica de niños y niñas que ingresan a PASMI, ¿existen mecanismos que permitan integrar información de distintos sectores para que sea más completa?

14. ¿Cuáles son las vías de ingreso regulares al programa, y cuáles son de carácter excepcional?; ¿cómo distintas vías de ingreso pueden afectar el desarrollo del tratamiento posterior?

15. ¿Podría describir el proceso de derivación asistida a otros servicios de la red del ChCC?, ¿qué mecanismos se utilizan?, ¿se implementan procesos de monitoreo de esta derivación asistida? ¿Cómo evalúa usted este proceso de derivación?

16. Respecto a la construcción del plan de cuidado integral, ChCC, ¿participa de este proceso? [En caso de que responda que sí, ¿qué coordinaciones son fundamentales para que este proceso tenga éxito?

17. Desde su rol, ¿está al tanto de las acciones que los equipos de salud realizan en conjunto con el sector educación (HpV)? ¿Qué acciones despliegan, además de la derivación? (por ejemplo: visitas al establecimiento educativo, talleres docentes o paradocentes)

Dimensión:1. Gestión de la atención psicológica a niños y niñas:
Subdimensión: Seguimiento post-egreso

18. Respecto de niños y niñas egresados del programa PASMI, ¿implementan sistemas de seguimiento después del egreso? De ser así, ¿en qué consisten? ¿qué instancias de coordinación con otros actores son importantes de sostener?, ¿por qué?

19. Para finalizar, ¿Qué elementos considera que facilitan y qué elementos obstaculizan la coordinación intersectorial? ¿En qué sentido el PASMI ha provisto de herramientas que mejoren la coordinación intersectorial para la atención integral, la derivación y el seguimiento?

Pauta Grupo Focal: Equipo de atención de niños y niñas en tratamiento PASMI

Elementos de contexto:

1. De acuerdo a lo su experiencia, ¿cuáles son las principales necesidades psicosociales que tienen niños, niñas y familias de esta comuna?
2. En términos generales, ¿cómo el PASMI se hace cargo de estas necesidades?

Dimensión: Gestión de la atención psicológica a niños y niñas:
Subdimensión: Ciclo de tratamiento PASMI

3. ¿Podría describir, en términos generales, el ciclo de tratamiento en salud mental del PASMI?
4. Sobre la evaluación diagnóstica, ¿existen mecanismos que permitan integrar información de distintos sectores (como HpV o red ChCC)?
5. ¿Cuáles son las vías de ingreso regulares al programa, y cuáles son de carácter excepcional?; ¿cómo distintas vías de ingreso pueden afectar el desarrollo del tratamiento posterior?
6. Respecto del tratamiento en salud mental propiamente tal, ¿cómo se construye el plan de cuidado integral?
7. ¿Se han definido estrategias de rescate?, ¿en qué consisten?, ¿qué coordinaciones intersectoriales son relevantes para estos efectos?
8. ¿Qué acciones se realizan en conjunto con el sector educación (HpV)? ¿Qué acciones despliegan, además de la derivación (por ejemplo: visitas al establecimiento educativo, talleres docentes o paradocentes) ¿En qué sentido el PASMI ha provisto de herramientas que mejoren la coordinación intersectorial entre PASMI y HpV?

Dimensión: Gestión de la atención psicológica a niños y niñas:
Subdimensión: Seguimiento post-egreso

9. Respecto de niños y niñas egresados del programa PASMI, ¿implementan sistemas de seguimiento después del egreso? De ser así, ¿en qué consisten? ¿incorporan trabajo intersectorial después del egreso?

Dimensión: Gestión de la atención psicológica a niños y niñas:
Subdimensión: Comunicación y relación con las familias

10. Durante el ciclo de tratamiento, ¿en qué instancias fundamentales participa la familia de los niños y niñas?, ¿Cuál es el rol de la familia en la generación de alianza terapéutica en función de resultados conjuntos? ¿cómo evalúa la participación de las familias en estos hitos? (indagar en facilitadores u obstaculizadores de la adherencia al tratamiento)

11. Sobre la comunicación con las familias, ¿qué canales se han definido, y cómo se implementan? ¿Cómo evalúa estos canales de comunicación?

Dimensión: Gestión de la intersectorialidad para la salud mental de niños, niñas y sus familias. Subdimensión: Intervenciones intersectoriales a nivel comunal

12. ¿Puede identificar actividades conjuntas e instancias de coordinación clave que implique a otros sectores de la red comunal (ej.: instancias de capacitación para uso del SRDM, jornadas de planificación conjunta, etc.)?
13. En relación a los equipos de intervención de la red comunal básica y ampliada, ¿es suficiente la dotación para la atención intersectorial de casos PASMI?
14. Considerando tanto la red básica como la ampliada, ¿cómo ha cambiado la atención antes de PASMI y después de PASMI? Indagar en: variaciones en derivación al tratamiento psicológico del niño y niñas, así como en las intervenciones psicosociales a las familias (padre, madre o cuidador/a), después de la instalación de PASMI.
15. De acuerdo a su percepción, la implementación del PASMI y la coordinación intersectorial que implica, ¿han permitido atender más niños y niñas y, de esta manera, cumplir las metas de cobertura comunal?
16. ¿Qué elementos puede usted identificar como facilitadores u obstaculizadores en relación al trabajo intersectorial entre ustedes (salud mental) y la red comunal ChCC?
17. Pregunta de cierre: desafíos (necesidades de mejora) del PASMI respecto de la coordinación intersectorial que implica (con educación y social)

Dimensión: Gestión de la información. Subdimensión: Conocimiento y uso del SRDM

18. ¿Conoce y utiliza el SRDM? En caso de que no lo utilice, ¿por qué? En caso de que lo utilice, ¿cómo evalúa usted esta herramienta de monitoreo? Indagar específicamente en la evaluación respecto de cómo este sistema facilita u obstaculiza la gestión intersectorial.

Dimensión: Gestión de la información. Subdimensión: SRDM, activación y resolución de alertas

19. En particular, y en caso de que conozca el SRDM, ¿cómo lo evalúa en términos de la activación y resolución de alertas que genera?, ¿resulta un sistema eficaz y eficiente? Pensando en el bienestar del niño, niña y su familia, ¿considera que sería pertinente tener otras alertas además de las 13 establecidas?

Dimensión: Gestión de la información. Subdimensión: Otros sistemas de monitoreo y seguimiento

20. A nivel comunal, ¿se utilizan otros sistemas de monitoreo, seguimiento y/o activación/resolución de alertas? De ser así, ¿por qué utilizan otros?, ¿cuáles son y qué ventajas y desventajas respecto del SRDM?

Pauta Entrevista a Madre/padre/cuidador niños/as atendidos en PASMI

Caracterización del caso

1. ¿Cuándo fue atendido el niño o niña en el programa PASMI?, ¿en qué curso estaba en ese momento? ¿A qué establecimiento asistía cuando fue atendido por el programa?; ¿sigue en el mismo establecimiento?
2. ¿Fue diagnosticado?, ¿le entregaron información respecto del diagnóstico, las implicancias asociadas?
3. ¿El niño o niña, completó el ciclo de intervención?, ¿recuerda el número de sesiones a las que asistió?

Dimensión: 1. Gestión de la atención psicológica de niños, niñas y sus familias
Subdimensión: Ciclo de tratamiento PASMI

4. ¿Podría describir, en qué consistió el de tratamiento que recibió el niño o niña en el marco del programa PASMI?
5. ¿Quién le informó respecto ¿Le entregaron información sobre el avance del caso; ¿lo derivaron del establecimiento, o usted fue directamente al consultorio?
6. Durante el tratamiento, ¿recibió información de parte del consultorio respecto del avance del tratamiento del niño o niña? ¿Esta información, le resultó clara?
7. ¿Sabe si desde el consultorio visitaron el establecimiento para ver directamente los avances del niño o niña en su tratamiento?
8. El niño y niña, luego de haber terminado el tratamiento ¿mejoró su situación de salud mental? ¿Considera usted que la atención psicológica tuvo un efecto positivo en el niño o niña?
9. Cuando dejó de asistir a los controles (ya sea por deserción o egreso), ¿la han vuelto a contactar por parte del consultorio? ¿Con qué motivo? ¿Con qué frecuencia?

Dimensión: 1. Gestión de la atención psicológica de niños, niñas y sus familias
Subdimensión: Comunicación y relación con las familias en el ciclo de tratamiento

10. Durante el ciclo de tratamiento, ¿la invitaron a participar de talleres u otras actividades en el marco de la atención del niño o niña? Si fue así, ¿en qué consistieron estas actividades, ¿cómo las evalúa?
11. Durante el ciclo de tratamiento, ¿cómo se establecía la comunicación con usted? Indagar en medios, contenido de la comunicación, frecuencia ¿Considera que la informaron de manera suficiente en el proceso?
12. ¿Se han realizado visitas domiciliaras en el marco de la atención del niño o niña por el PASMI?

Dimensión: 2. Gestión de la intervención a niños, niñas y sus familias
Subdimensión: Intervenciones intersectoriales a nivel comunal

13. ¿En el periodo de atención del niño o niña, la contactaron de parte de la municipalidad para ofrecerle algún subsidio, beneficios o apoyo social? En caso de que sea sí, ¿se concretó este beneficio?
14. ¿Le fue útil este apoyo?, ¿considera que mejoró su situación de vida y la de su familia?

Pauta Grupo Focal(a) Red Comunal ChCC

Introducción del espacio

Comenzar presentándose, el contexto y objetivo del estudio, y qué temas se van a tratar en la entrevista: 1) elementos de contexto; 2) trabajo de la red comunal en apoyo a PASMI y sistemas de información y comunicación intersectorial; 3) aspectos claves del tratamiento en salud mental PASMI.

*cuando se realiza la entrevista, no se presentan las dimensiones.

Elementos de contexto:

1. En términos generales, ¿cómo ha sido la implementación del programa en su comuna. ¿Podrían describirme el proceso de implementación? ¿ha habido dificultades?

Dimensión: 2. Gestión de la intersectorialidad para la salud mental de niños, niñas y sus familias. Subdimensión: Intervenciones intersectoriales a nivel comunal

2. ¿Cómo se coordinan los actores de la red básica y ampliada para trabajar en conjunto la atención y monitoreo de casos PASMI?, ¿realizan reuniones de coordinación particulares para casos PASMI?, ¿se generan registros de estas instancias?

3. ¿Existen acciones específicas que lleven a cabo conjuntamente los actores de la red básica y ampliada? Indagar en: definición de objetivos comunes, evaluación conjunta del trabajo, definición de acciones o estrategias en conjunto, instancias de formación conjunta.

4. ¿Pueden identificar hitos relevantes relativos específicamente al PASMI, para los distintos actores intervinientes en la red básica y ampliada, adicionales a los de coordinación regular (por ejemplo, jornadas de planificación estratégica PASMI, hitos de cierre anual PASMI, jornadas de reflexión PASMI)?

5. ¿Qué elementos pueden identificar como facilitadores u obstaculizadores en relación al trabajo intersectorial de los equipos de las red básica y ampliada?

Dimensión: 2. Gestión de la intervención a niños, niñas y sus familias
Subdimensión: Percepciones sobre la eficacia del trabajo intersectorial

6. Considerando tanto la red básica como la ampliada, ¿cómo ha cambiado la atención antes de PASMI y después de PASMI? Indagar en: variaciones en derivación al tratamiento psicológico del niño y niñas, así como en las intervenciones psicosociales a las familias (padre, madre o cuidador/a), después de la instalación de PASMI.

7. De acuerdo a sus percepciones, la implementación del PASMI y la coordinación intersectorial que implica, ¿han permitido atender más niños y niñas y, de esta manera, cumplir las metas de cobertura comunal?
8. Desde que instaló PASMI, ¿ha aumentado la demanda de los servicios psicosociales que ofrece la comuna?

Dimensión: 2. Gestión de la intervención a niños, niñas y sus familias
Subdimensión: Soporte para la intervención intersectorial

9. ¿Existe algún tipo de soporte o apoyo que provenga desde el nivel regional, para la red comunal? De ser así, ¿cuál?

Dimensión:3. Gestión de la información
Subdimensión: SRDM, activación y resolución de alertas

10. En particular, y en caso de que conozcan el SRDM, ¿cómo lo evalúan en términos de la activación y resolución de alertas que genera?, ¿resulta un sistema eficaz y eficiente? Pensando en el bienestar del niño, niña y su familia, ¿consideran que sería pertinente tener otras alertas además de las 13 establecidas?

Dimensión: 3. Gestión de la información
Subdimensión: Otros sistemas de monitoreo y seguimiento

11. A nivel comunal, ¿se utilizan otros sistemas de monitoreo, seguimiento y/o activación/resolución de alertas? De ser así, ¿por qué utilizan otros?, ¿cuáles son y qué ventajas y desventajas respecto del SRDM?

Dimensión: 1. Gestión de la atención psicológica a niños y niñas:
Subdimensión: Ciclo de tratamiento PASMI

12. Como red ChCC, ¿han tenido la posibilidad de interiorizarse de las etapas y el ciclo de tratamiento PASMI, que ocurre en los centros de atención primaria (como CESFAM)? ¿Puedes contarme de qué se trata?

13. Sobre la evaluación diagnóstica de niños y niñas que ingresan a PASMI, ¿existen mecanismos que permitan integrar información de distintos sectores para que sea más completa?

14. ¿Cuáles son las vías de ingreso regulares al programa, y cuáles son de carácter excepcional?; ¿cómo distintas vías de ingreso pueden afectar el desarrollo del tratamiento posterior?

15. ¿Podría describir el proceso de derivación asistida a otros servicios de la red del ChCC?, ¿qué mecanismos se utilizan?, ¿se implementan procesos de monitoreo de esta derivación asistida? ¿Cómo evalúa usted este proceso de derivación?
16. Respecto a la construcción del plan de cuidado integral, ChCC, ¿participa de este proceso? [En caso de que responda que sí] ¿qué coordinaciones son fundamentales para que este proceso tenga éxito?
17. ¿están al tanto de las acciones que los equipos de salud realizan en conjunto con el sector educación (HpV)? ¿Qué acciones despliegan, además de la derivación? (por ejemplo: visitas al establecimiento educativo, talleres docentes o paradocentes)

Dimensión:1. Gestión de la atención psicológica a niños y niñas:
Subdimensión: Seguimiento post-egreso

18. Respecto de niños y niñas egresados del programa PASMI, ¿implementan sistemas de seguimiento después del egreso? De ser así, ¿en qué consisten? ¿qué instancias de coordinación con otros actores son importantes de sostener?, ¿por qué?
19. Para finalizar, ¿Qué elementos considera que facilitan y qué elementos obstaculizan la coordinación intersectorial? ¿En qué sentido el PASMI ha provisto de herramientas que mejoren la coordinación intersectorial para la atención integral, la derivación y el seguimiento?

Pauta Grupo Focal
Representante regional ChCC, referentes salud mental, referentes JUNAEB- HpV

Preguntas iniciales de contexto:

1. En términos generales, en su región ¿en cuántas comunas se implementa PASMI? ¿EXISTEN ASPECTOS COMUNES EN LAS DISTINTAS COMUNA? ¿Podrían describirme el proceso de implementación? ¿ha habido dificultades?¿qué ha sido lo más difícil?
2. ¿Qué criterios se utilizan para determinar en qué comunas de su región se implementa PASMI? ¿Es relevante que tenga o no tenga HpV?

Dimensión: 2. Gestión de la intersectorialidad para la salud mental de niños, niñas y sus familias.
Subdimensión: Soporte para la intervención intersectorial

3. ¿Quiénes componen el subsistema ChCC a nivel regional? ¿Cuál es su función en general y en específico para PASMI? ¿Cuál es el rol de la red regional en la coordinación intersectorial?
4. ¿Con qué orientaciones, recursos, materiales y apoyos cuentan para la intervención intersectorial a nivel regional? ¿Qué estrategias de apoyo y soporte a la red comunal despliega la red regional?
5. ¿Qué elementos de la red regional facilitan y obstaculizan la coordinación intersectorial (tanto como apoyo para las redes comunales y ampliadas, así como en su propio funcionamiento interno)?
6. ¿Qué estrategias de monitoreo y seguimiento implementan?, ¿cómo se vinculan con otros actores en el proceso de monitoreo~~?~~

Dimensión: 2. Gestión de la intervención a niños, niñas y sus familias
Percepciones sobre la eficacia del trabajo intersectorial

7. Considerando tanto la red básica como la ampliada, ¿cómo ha cambiado la atención antes de PASMI y después de PASMI? Indagar en: variaciones en derivación al tratamiento psicológico del niño y niñas, así como en las intervenciones psicosociales a las familias (padre, madre o cuidador/a), después de la instalación de PASMI.

Dimensión: 3. Gestión de la información
Subdimensión: SRDM, activación y resolución de alertas

8. En particular, y en caso de que conozca el SRDM y acciones de registro PASMI, ¿cómo lo evalúa en términos de la activación y resolución de alertas que genera?, ¿resulta un sistema eficaz y eficiente?
9. Para finalizar, ¿qué elementos considera que facilitan y qué elementos obstaculizan la coordinación intersectorial? ¿En qué sentido el PASMI ha provisto de herramientas que

mejoren la coordinación intersectorial para la atención integral, la derivación y el seguimiento?

10. ¿Qué elementos de la red regional facilitan y obstaculizan la coordinación intersectorial (tanto como apoyo para las redes comunales y ampliadas, así como en su propio funcionamiento interno)?

Anexo 4. Evaluación de la coordinación intersectorial por caso

En esta sección se presenta una reseña sobre el nivel de intensidad de la coordinación intersectorial en cada caso junto con una descripción de las principales prácticas y dinámicas referidas a este punto. La descripción más detallada de prácticas y dinámicas está disponible en los anexos, donde están puntualizadas pormenorizadamente.

Adicionalmente, se incluyen antecedentes administrativos referidos a:

(i) Promedio de la brecha de registro en el Sistema de Registro Derivación y Monitoreo (SRDM), calculada en base al promedio simple del porcentaje de brecha reportado por la Subsecretaría de la Niñez en los meses de julio, octubre, noviembre y diciembre del año 2022.

(ii) Puntaje global PASMI, calculada según los siguientes indicadores: % de niños/as que ingresan a tratamiento; % de niños/as en tratamiento por trastornos mentales (bajo control); Concentración de controles de salud mental y; % de niños/as que egresan por alta clínica.

Las dinámicas y prácticas de coordinación identificadas permiten determinar un nivel de intensidad de la coordinación intersectorial para cada una de las nueve variables de análisis distribuidas en las tres dimensiones, indicadas en el plan de análisis.

La información analizada para cada caso se levantó en base a técnicas cualitativas, tales como entrevistas semiestructuradas, *focus group* y grupos de discusión aplicadas a actores institucionales del nivel regional y local del sector salud, educación y protección social. Asimismo, se incluyó la perspectiva de los niños y niñas participantes del programa como la de sus madres, padres y cuidadores. El detalladle de los representantes institucionales y participantes del programa entrevistados está descrito punto por punto en los anexos, indicando los criterios de elegibilidad para cada participante.

No obstante, cabe destacar que la incorporación de la perspectiva de madres, padres y cuidadores está circunscrita a tres entrevistas por caso, con excepción de la comuna de Osorno donde no fue posible realizar entrevista a este grupo. Por lo que la participación de los adultos responsables del cuidado de niños y niñas se realizó, principalmente, en base a la indicación de facilitadores y obstaculizadores que los representantes institucionales refirieron en este ámbito de análisis.

Cada caso cierra con los niveles de coordinación de la intensidad de la coordinación intersectorial, de acuerdo a la matriz presentada en el apartado “Plan de análisis”.

Caso N° 1: Municipalidad de Alto Hospicio

a. Evaluación del nivel de intensidad de la coordinación intersectorial

El abordaje de la salud mental del PASMI en Alto Hospicio le permite alcanzar al municipio un 86% en puntaje global y no tener brecha en el registro de la información en el SRDM, logrando un nivel de desempeño alto para ambos indicadores.

La gestión del PASMI considera la asistencia a controles y talleres de parte de niños, niñas y los adultos responsables de su cuidado junto con visitas domiciliarias, llamados telefónicos a los adultos responsables del cuidado de niños y niñas y visitas a los establecimientos educacionales. En estas últimas, la trabajadora social del PASMI se reúne con diversos representantes de los establecimientos educacionales para revisar la situación de varios casos de atención a la vez, pero no se realizan encuentros con docentes ni visitas al aula. En algunos casos, esta información se levanta a través del contacto con el equipo del HpV, pero esto es poco recurrente. De hecho, la coordinación con el HpV se circunscribe casi exclusivamente a la derivación de casos dos veces en el año. El resto de las coordinaciones se establecen directamente entre el equipo de salud que brinda atención en salud mental y apoyo psicosocial en los centros de atención primaria y los referentes en cada establecimiento escolar.

Por otro lado, los y las funcionarias de salud que participan del programa mantienen completamente actualizada la información de los casos en el SRDM, a partir de la incorporación de este requerimiento en el convenio entre el Servicio de Salud de Iquique y la municipalidad de Alto Hospicio, lo que permite registrar y derivar las alertas, así como otras situaciones familiares que requieren atención prioritaria de parte de la red comunal.

En términos de facilitadores para la atención de la salud mental y la intervención psicosocial, se identifica el alto nivel de conocimiento del PASMI por parte de la red municipal lo que favorece tanto las derivaciones desde los establecimientos educacionales como la atención de las familias por parte de los programas sociales. Además, la atención de parte del propio sector de salud es un aspecto clave para el abordaje integral de la situación de niños, niñas y sus familias, ya que complementan la atención del PASMI con apoyos especializados, según correspondan. Sin embargo, falta mayor coordinación en las derivaciones al COSAM para el diagnóstico y atención psiquiátrica. En cuanto a los obstaculizadores en este ámbito, se identifica la necesidad de contar con un terapeuta ocupacional aumentar la integralidad de la intervención.

Respecto a los elementos que favorecen la coordinación de la red de atención municipal, destaca la comprensión compartida sobre la integralidad de las intervenciones para favorecer el bienestar general de las familias. Este elemento se ha ido instalando desde hace varios años, mediante la realización de reuniones regulares de trabajo intersectorial, donde el ChCC inicialmente y luego la OLN han tenido un rol protagónico. En estas instancias participan representantes de los sectores de salud, educación y protección social.

En este mismo ámbito, el registro de las alertas en el SRDM se constituye como el principal facilitador la coordinación intersectorial, ya que permite identificar de manera oportuna las demandas sociales que requieren respuestas institucionales, ya sea por la situación de los niños y niñas como de las madres, padres y cuidadores. No obstante, un elemento que transversalmente se identifica como una preocupación es la capacidad de la oferta municipal para mejorar, efectivamente, las condiciones de bienestar de las familias. Dado que algunas demandas son atendidas únicamente mediante la entrega de información lo que no genera un cambio en las condiciones de bienestar de las familias.

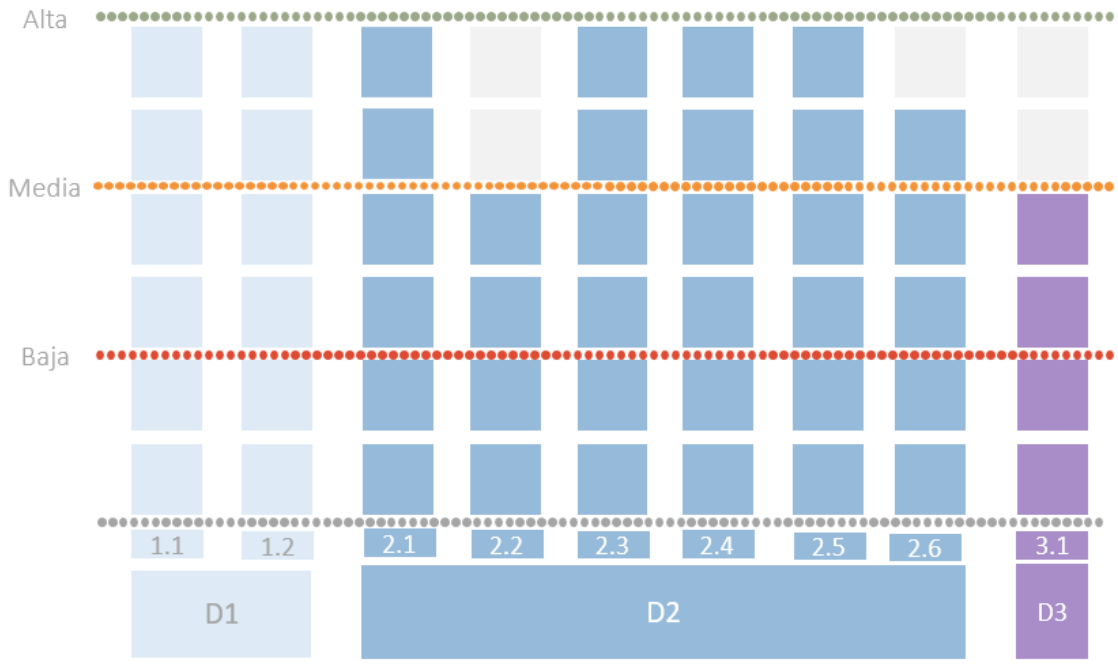
Finalmente, en cuanto a los obstaculizadores para la coordinación intersectorial, existe coincidencia entre los representantes de las instituciones de las redes comunales y municipales de que están vinculados a tres elementos. En primer lugar, la capacidad del equipo del PASMI para atender oportunamente y generar derivaciones efectivas está supeditada a la conformación del equipo. En este punto, destacan las necesidades de disponer de horas de atención de terapeutas ocupacionales y de coordinar más efectivamente las derivaciones al COSAM para el diagnóstico y atención psiquiátrica, así como la necesidad de evitar la rotación de profesionales psicólogas, producida – según los y las funcionarias – por la alta carga laboral, lo que impacta negativamente la calidad de la atención en salud mental a niños y niñas.

En segundo lugar, se plantean dificultades asociadas a la gestión administrativa del programa, las que se evidencian en problemas de rendición de cuentas y atrasos en el traspaso de los recursos financieros para la atención por parte del municipio.

Asimismo, si bien el Servicio de Salud de Iquique incorporó una cláusula específica para asegurar el registro en el SDRM, la exigencia de registrar en dos sistemas de forma paralela representa una dificultad que tensiona y desgasta al equipo del programa.

Por último, desde el punto de vista de las familias, existe una buena apreciación del trabajo realizado por los funcionarios de atención a la salud mental y apoyo psicosocial, especialmente, respecto a la calidad y la oportunidad de la información que reciben del tratamiento de los niños y niñas. Sin embargo, en los adultos entrevistados señalaron que no han sido contactados por otros sectores del municipio con el fin de entregarles alguna prestación adicional.

b. Diagrama del nivel de intensidad de la coordinación intersectorial en Alto Hospicio



Fuente: Elaboración propia

Caso N° 2: Municipalidad de Quillota

a. Evaluación del nivel de intensidad de la coordinación intersectorial

El abordaje de la salud mental del PASMI en Quillota le permite alcanzar al municipio un 83% en puntaje global y un promedio de brecha en el registro de la información en el SRDM de 86%, dando cuenta de la disparidad nacional que existe entre ambos indicadores, pero en este caso registrando un puntaje mayor al 80% de los indicadores de gestión.

La gestión del PASMI en Quillota destaca por rol de la coordinadora de redes del equipo de atención a la salud mental y apoyo psicosocial de atención primaria. Su rol se centra sobre todo en el trabajo de derivación, ante la alta demanda de casos en la comuna. La coordinadora de redes establece coordinaciones directas con la encargada comunal de convivencia, organiza las listas de espera para el ingreso al programa, se vincula con espacios comunitarios, etc.

Existe desconocimiento respecto de las acciones posteriores que se realizan en base a las alertas registradas en el sistema, al indicar que no reciben reportes sobre eventuales servicios o atenciones que se hayan activado. Existe en definitiva un fraccionamiento del PASMI con el resto de la red, graficado con el uso del término “niño PASMI”, que daría cuenta de que es un programa que se concibe aislado de otros servicios, y no “abierto”, lo cual, por sus características de programa intersectorial, debiera caracterizar al programa. Esta opinión coincide con la coordinadora comunal del ChCC.

Se levanta la necesidad explícita de establecer instancias de coordinación directa entre el equipo del PASMI y la coordinación comunal del ChCC, para la definición conjunta de estrategias y objetivos, y, más básicamente, de informar respecto de los procesos y definiciones de las partes. Esto, de acuerdo a los equipos comunales, debe expresarse en reuniones donde puedan conocer en detalle el trabajo que cada programa realiza, sus objetivos, sus herramientas y el sentido de las mismas.

No se realizan instancias de reunión exclusivas con PASMI que permitan resolver aspectos clave de la coordinación. Según los equipos comunales, es un desafío principal en este año sostener estas reuniones. En tanto, las instancias de organización entre equipos de HpV y PASMI son más intensas. Los equipos se reúnen a comienzo de año, donde se actualiza información de los programas, y se definen acuerdos de trabajo conjunto para el año que comienza. Desde HpV existe una alta valoración del rol de la encargada de la coordinación de redes de PASMI. Esta es el principal referente para la coordinación entre ambos programas. Esta comunicación es fluida mediante reuniones y por teléfono. Pero mite informar a HpV sobre dificultades para la adherencia al programa, criterios de atención, avance de la lista de espera, entre otros aspectos.

Se identifican distintas instancias de organización entre equipos de salud y educación, en el marco de la implementación del PASMI, por ejemplo: coordinaciones entre el equipo de salud en la atención primaria y la coordinadora de convivencia en el nivel municipal, quien recibe de los equipos de

convivencia escolar, la necesidad de abordar casos críticos; participación de los funcionarios de salud mental y apoyo psicosocial en reuniones de las duplas de los establecimientos con los apoderados, para aclarar dudas y generar un espacio de confianza con los apoderados. Además, la coordinadora PASMI trabaja en general de manera cercana con los equipos del HpV. La ubicación en Educación de HpV es valorado por el equipo de este programa, por cuanto tienen una vinculación directa y sin dificultades con los equipos de los establecimientos municipales.

Hasta el año pasado el uso del sistema era prácticamente nulo por parte del equipo de atención en salud mental y apoyo psicosocial. En el área de salud ha habido resistencia extendida en el uso del SRDM (por modificaciones en la plataforma, y principalmente por la falta de tiempo para registrar plataforma). Para el uso adecuado de la plataforma se señala además la necesidad de acordar de manera colectiva criterios comunes y claros respecto de cuándo activar una u otra alerta. Hay, por último, una diferencia sustantiva respecto de la utilidad y el sentido del registro de alertas en el SRDM. El equipo del programa estima que contactos con intersector son suficientes para activar respuesta de red comunal. Encargada comunal del ChCC indica que es importante utilizar el sistema: mecanismo estandarizado, sistemático y compartido, que permita institucionalizar el proceso.

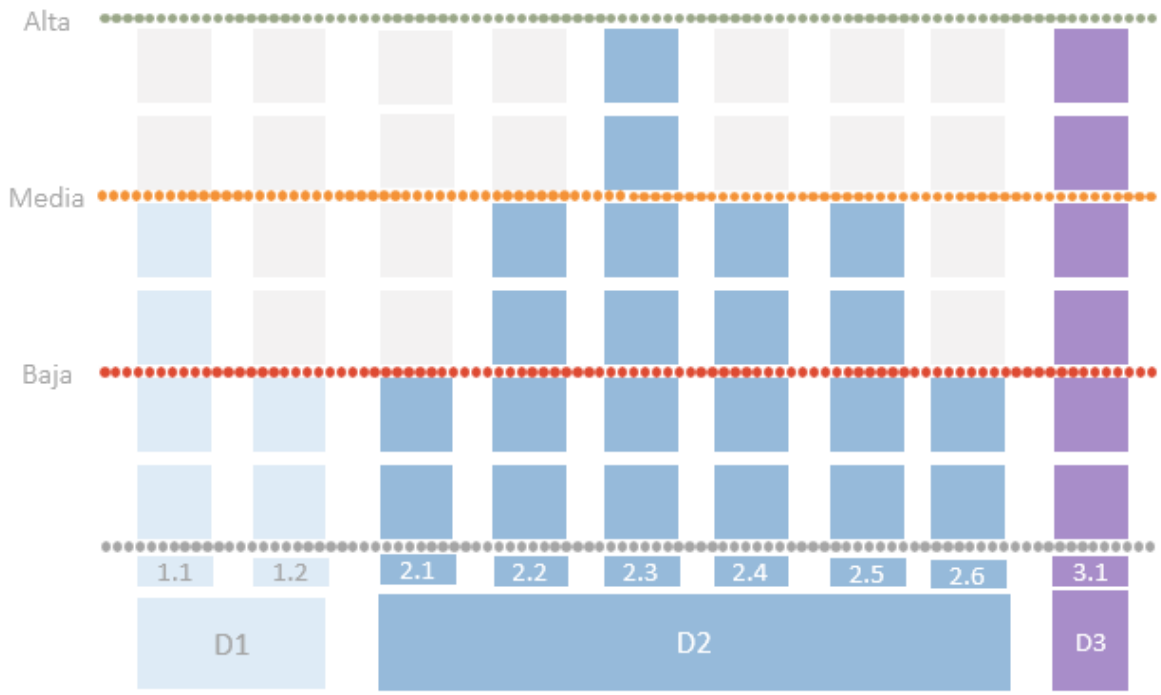
Para activación de alertas, una trabajadora social del Área de Infancia realiza contactos con los funcionarios de atención de salud mental y apoyo psicosocial, y establece contacto con la red comunal. Este contacto se realiza preferentemente mediante llamadas telefónicas o correos electrónicos. También, equipos PASMI tienen contacto personal con actores de la red; les permite hacer las derivaciones para otorgar prestaciones psicosociales a los niños, niñas y sus familias.

Desde el nivel regional se indica que los apoyos directos, principalmente, tienen que ver con instancias formativas más generales, además procesos de supervisión en torno al cumplimiento de las prestaciones y los indicadores. Se reconoce, en este nivel, la existencia de una serie de desafíos relacionados principalmente con establecer mecanismos de coordinación intersectorial. Principalmente, establecer instancias de coordinación formales y regulares que les permitan articularse para dar directrices comunes en torno a la gestión del Programa.

Los integrantes del equipo de salud en atención primaria señalan que se logra hacer un trabajo mancomunado con las familias y se integran estas al accionar del programa. Se dan actividades para trabajar en los hogares, se les comunica el diagnóstico de manera clara, y se ofrece acompañamiento durante el ciclo de tratamiento. Además, las familias han sido invitadas a participar de talleres y son informadas in situ de los avances de los niños y niñas, pues asisten a sesiones y participan en parte de ellas (en algunos casos).

Existe plena coincidencia con estos aspectos por parte de las madres, padres y cuidadoras entrevistadas. Estas manifiestan, en general, una alta satisfacción con la atención recibida en el marco del programa; valoran los avances de los niños y niñas y también el profesionalismo, la calidad de la atención, y la información provista por las funcionarias de salud. De esta manera, las madres entrevistadas percibieron mejoras ostensibles en la salud mental de los niños y niñas a su cargo.

b. Diagrama del nivel de intensidad de la coordinación intersectorial en Quillota



Fuente: Elaboración propia

Caso N° 3: Municipalidad de Colina

a. Evaluación del nivel de intensidad de la coordinación intersectorial

El abordaje de la salud mental del PASMI en Colina le permite alcanzar al municipio un 43% en puntaje global y un promedio de brecha en el registro de la información en el SRDM de 99%, logrando un nivel de desempeño bajo para ambos indicadores.

La gestión del PASMI en Colina da cuenta que, si bien existen referentes en los dos CESFAM de la comuna, estos se dedican a la atención en salud mental en general, lo cual favorece la coordinación intra sectorial, pero no consideran relevante la gestión intersectorial. Así, se indica que, fuera de su coordinación con el Programa de Acompañamiento, los equipos de salud que brinda atención en salud mental y apoyo psicosocial en los centros de atención primaria no se coordinan mayormente con los equipos de otros sectores.

Por su parte, el coordinador del ChCC es nuevo el cargo, y al momento del levantamiento se señala que aún no está totalmente compenetrado con la labor asociada a vincular las atenciones que se realizan en el marco del PASMI con la atención integral por medio de la red ChCC. Por otra parte, no hay una definición clara de cuáles son las funciones que cumple la encargada de salud municipal con respecto a la implementación del PASMI.

Estos elementos indican que, si bien existen cargos que formalmente asumen roles para la gestión intersectorial en el marco de la implementación del PASMI, en la comuna no se han desplegado en estos roles, existiendo limitantes, de distinto alcance, que dificultan el cumplimiento de estos roles.

Se observa comprensión por parte de los y las funcionarias de que implementan el programa de salud mental integral, con las implicancias que tiene esto en torno a la activación de alertas y procesos de derivación a la red comunal del ChCC. Sin embargo, reconocen al mismo tiempo que no tienen tiempo para la realización de estas acciones de registro y derivación, y que no pueden priorizar la coordinación. Desde la red del ChCC, en cambio, no están al tanto de las acciones realizadas por parte de los equipos de salud, evidenciando una falta de conocimiento del abordaje de la salud mental a niños y niñas de entre 5 a 9 años en la comuna y el apoyo integral a las familias a cargo de su cuidado y protección.

En el marco de la implementación del programa no se identifican instancias para la definición conjunta de objetivos. Adicionalmente, las reuniones de la red comunal infantil se han visto pausadas especialmente debido a la instalación de la OLN. Se realizan, sin embargo, algunas reuniones entre los sectores de salud, educación y protección social donde se acuerdan estrategias generales de coordinación. No obstante, se abordan aspectos relativos a la atención en salud mental y apoyo psicosocial en los centros de atención primaria como un ítem en particular, aunque en este último año ha habido algunas mesas de trabajo con el propósito de difundir el alcance de la atención.

El Plan de Cuidado Integral (PCI) es utilizado, complementado y revisado en las reuniones de caso donde participan los profesionales del Programa de Acompañamiento, de manera que se constituye como un elemento de coordinación al interior del sector salud, con un marcado foco en aspectos psicológicos.

Con respecto a la coordinación entre los sectores de salud y educación, los equipos no identifican acciones conjuntas adicionales a la derivación de casos. En cuanto a las acciones conjuntas en la etapa de seguimiento, la coordinación entre los sectores de salud y educación es poca y no existe una conversación fluida entre los equipos. Sin embargo, ambos equipos se apoyan mediante coordinaciones con el Programa de Acompañamiento, que permite realizar reuniones en los establecimientos educacionales cuando la situación de bienestar de niños y niñas ha sido identificada como crítica.

Con respecto al registro de la información en el SRDM los actores entrevistados coinciden en la percepción de que no existe suficiente conocimiento de la herramienta, especialmente en el sector de salud. El registro es prácticamente nulo. Los y las funcionarias de atención en salud mental y apoyo psicosocial en los centros de atención primaria no se sienten capacitados para usar la herramienta y no todos tienen acceso al sistema. Consideran que el SRDM sería una herramienta de gran utilidad para la coordinación intersectorial si existieran las capacitaciones pertinentes. Por otra parte, no están internalizados sobre la función que cumple el SRDM en la resolución de alertas.

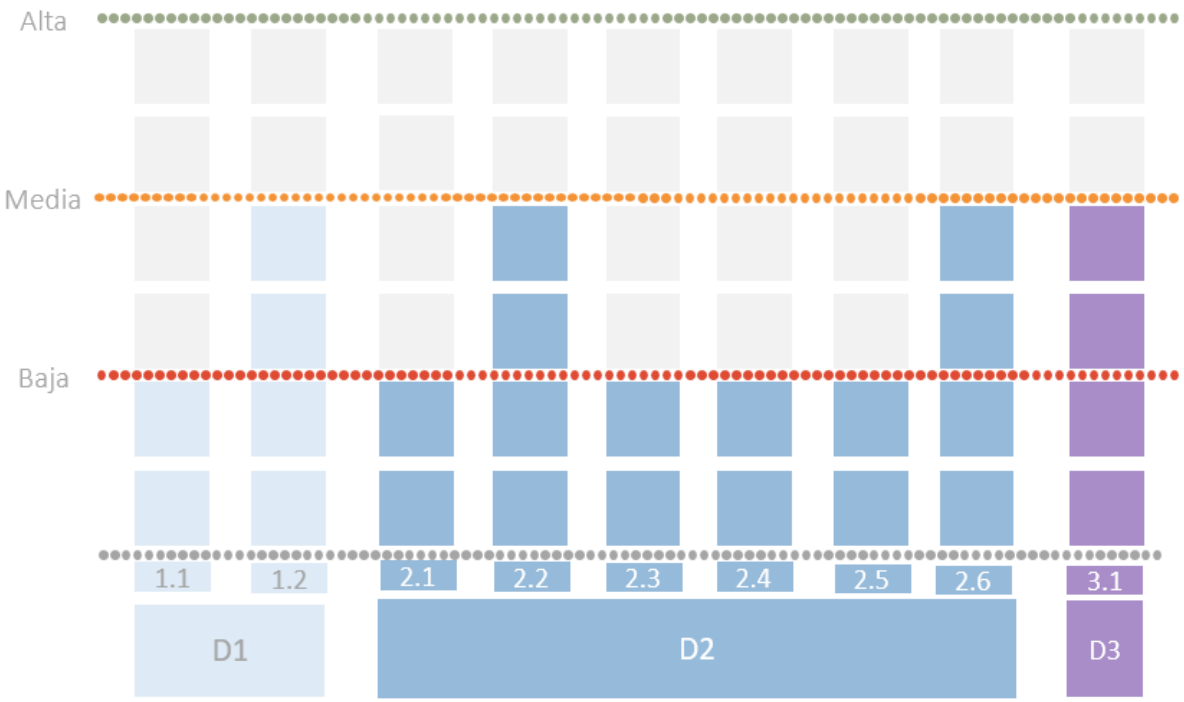
En cuanto a los soportes desde el nivel regional, los representantes de la Seremi de Desarrollo Social y Familia indican que la mayor instancia de apoyo regional son las reuniones bimensuales que se realizan en el marco de la implementación del Subsistema Chile Crece Contigo. Desde el Servicio de Salud Metropolitano Norte, por su parte, señalan que se realizan reuniones donde se abordan las inquietudes del equipo sobre el presupuesto y los sistemas de registro. También mencionan que, en el caso de Colina, existen casos de alta complejidad social a los que se busca proveer apoyo social específico.

El equipo de atención en salud mental y apoyo psicosocial en los centros de atención primaria logra una alta comprensión sobre la integralidad de la atención tanto niños y niñas como a sus madres, padres o cuidadores. La herramienta principal identificada como mecanismo de comunicación con las familias es el Programa Acompañamiento, en especial para los casos en donde es muy importante la presencia de madres, padres o cuidadores en el tratamiento y requieren fomentar la adherencia. Adicionalmente, se señala que dentro de las horas de atención existen algunas dedicadas exclusivamente al trabajo con los adultos responsables del cuidado de niños y niñas.

Desde la perspectiva de madres, padres o cuidadores de niños y niñas atendidos por el PASMI en la comuna de Colina se puede señalar que existe una buena apreciación del trabajo realizado por los profesionales de salud y la información que reciben del tratamiento de los niños y niñas a su cargo. Sin embargo, en los casos entrevistados señalaron que no han sido contactados por otros sectores con el fin de entregarles alguna prestación de la red comunal. Por último, cabe mencionar que

tampoco existía un conocimiento del PASMI por parte de los madres, padres o cuidadores entrevistados.

b. Diagrama del nivel de intensidad de la coordinación intersectorial en Colina



Fuente: Elaboración propia

Caso N° 4: Municipalidad de Macul

a. Evaluación del nivel de intensidad de la coordinación intersectorial

El abordaje de la salud mental del PASMI en Macul le permite alcanzar al municipio un 60% en puntaje global y un promedio de brecha en el registro de la información en el SRDM de 98%, lo que da cuenta de la disparidad nacional que existe entre estos indicadores.

La gestión del PASMI en Macul destaca por la relevancia de la conformación de equipos para el abordaje de la salud mental, donde se identifican roles relevantes para la coordinación intersectorial, en particular: la encargada PASMI en la red comunal y una referente del programa en cada CESFAM. Ahora bien, en los últimos años se han observado distintos cambios en las configuraciones de los equipos de atención primaria, lo que ha dificultado la coordinación intersectorial. No obstante, existen referentes del PASMI en los CESFAM que conocen y se comunican directamente con representantes de distintos programas sociales en la municipalidad.

Sin embargo, los representantes de los sectores de educación y protección social no están interiorizados del alcance de la atención en salud mental y acompañamiento psicosocial que realizan los y las funcionarias de atención primaria tanto con niños y niñas como con madres, padres o cuidadores.

Si bien los representantes de los distintos sectores de la municipalidad se reúnen en instancias comunales donde se socializa la oferta programática a nivel general, estas se realizan ocasionalmente. También son ocasionales las instancias de trabajo respecto de la atención a niños y niñas, aunque se han establecido encuentros con los equipos del HpV y la OPD.

Como aspectos que expresan desafíos se identifica la necesidad de retomar reuniones de análisis de caso, y también ampliar a los sectores que se implican en el Plan de Cuidado Integral, pues solo considera a profesionales del sector de salud, es decir, es un tratamiento psicológico principalmente.

Las coordinaciones entre salud y educación, para el proceso de derivación, se reducen a las acciones que permitan que efectivamente se cumplan los procesos mínimos. Es decir, fuera de la derivación existe poca comunicación entre ambos sectores, y no hay conocimiento del trabajo que realiza cada uno.

Si bien los y las funcionarias que brindan atención en salud mental y apoyo psicosocial en los centros de atención primaria señalan que hay horas semanales establecidas para las reuniones clínicas, en donde se revisen los casos y se integre información provista desde el sector de educación, estas no se realizan. Aun así, mencionan que se apoyan en el Programa de Acompañamiento para hacer visitas a los establecimientos educacionales y de esta manera mantener un flujo de información. Por último, cabe mencionar que los equipos de salud perciben una diferencia sustantiva en las aproximaciones interventivas entre los dos sectores, señalando que tienen metas y miradas muy distintas.

Respecto al registro de la información, los equipos de atención en los centros de atención primaria de salud no logran comprender el sentido del registro en el SRDM. Si bien, dan cuenta de su importancia para la gestión, no tienen internalizado su sentido, por lo que, en la mayoría de los casos, los y las funcionarias de salud no realizan registros.

Como se ha dicho, existe una comunicación constante entre los funcionarios de los centros de atención primaria y los representantes de los distintos programas sociales en la municipalidad. No obstante, esta coordinación no necesariamente está mediada por la encargada comunal del ChCC ni otro representante municipal. Estas acciones logran articular derivaciones tanto de niños y niñas como de madres, padres y cuidadores, pero no a través de medios institucionalizados.

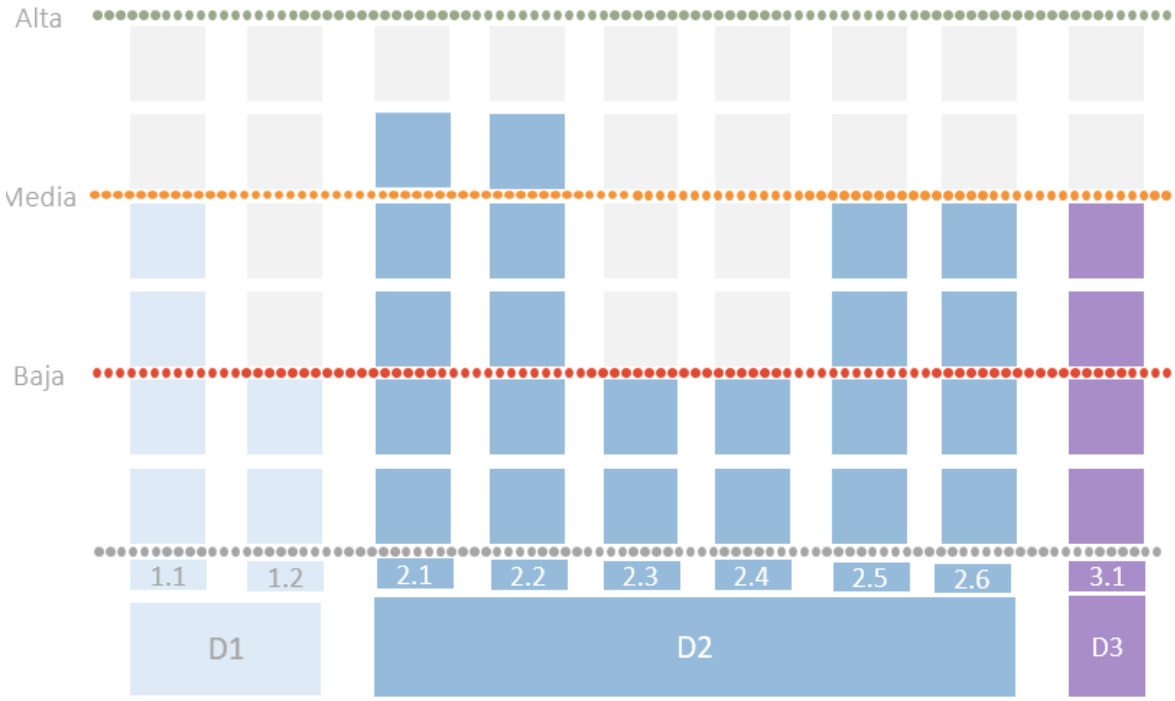
Tal como para otras comunas de la Región Metropolitana, desde el nivel regional, los representantes de la Seremi de Desarrollo Social y Familia mencionan que la mayor instancia de apoyo regional son las reuniones bimensuales que se realizan en el marco del Subsistema Chile Crece Contigo. Estas reuniones no son específicas sobre el PASMI, sino que gestionan temas relativos a todo el subsistema. También reconocen el trabajo que se ha realizado este último año para fortalecer el trabajo de coordinación intersectorial, que finalmente permitió la definición del modelo de derivación y seguimiento a nivel comunal, pero incentivado desde el regional.

Por parte de los equipos comunales, se menciona que existe poca bajada de información desde estos niveles, también se demanda mayor acompañamiento e instancias de capacitación que apoyen la ejecución del Programa.

Con respecto a la relación con las familias, los funcionarios de la atención primaria de salud perciben que es uno de los principales nudos críticos en la atención de salud mental y que es de los elementos que más afecta la adherencia al tratamiento. En este sentido, identifican que los talleres parentales, la buena relación del equipo de salud mental con los apoderados o cuidadores, la concientización de la importancia de la salud mental y las visitas domiciliarias son estrategias claves realizadas desde su sector para fomentar el involucramiento y la comunicación con las familias.

Desde la perspectiva de madres, padres o cuidadores de niños y niñas atendidos por el PASMI hay percepciones distintas sobre dicha atención. Una cuidadora entrevistada señaló una comunicación fluida con la psicóloga tratante y mencionó las visitas domiciliarias como algo que destacaba de la intervención. Por otra parte, una entrevistada manifestó insatisfacción con el nivel de información que recibió de parte del equipo de atención, lentitud en la comunicación del diagnóstico y poco acompañamiento posterior al egreso del niño o niña a cargo de su cuidado.

b. Diagrama del nivel de intensidad de la coordinación intersectorial en Macul



Fuente: Elaboración propia

Caso N° 5: Municipalidad de San Bernardo

a. Evaluación del nivel de intensidad de la coordinación intersectorial

El abordaje de la salud mental del PASMI en San Bernardo le permite alcanzar al municipio un 66% en puntaje global y un promedio de brecha en el registro de la información en el SRDM del 100%, dado que a partir del año 2023 recién se establecieron los acuerdos institucionales para que los funcionarios de salud en atención primaria realizaran el registro de la información en el sistema.

En cuanto a la gestión del PASMI en San Bernardo, el referente en la atención primaria de salud ha cumplido un rol relevante para activar acciones de coordinación intersectorial. Sin embargo, este cargo ha sido modificado recientemente, de manera que se ha visto afectado la estabilidad de los equipos en términos de la canalización de información desde y hacia el PASMI. No obstante, se observa que el equipo a se inserta de manera activa en la red intrasectorial, al participar en instancias de reunión permanentes, de carácter mensual, que se realizan en los CESFAM, especialmente, en el área de atención de salud mental infantil.

El hecho de que los sectores de salud y educación se encuentren en la misma corporación municipal, favorece la coordinación entre los equipos. Además, existe una buena coordinación entre ambos sectores con el equipo ChCC municipal, lo que favorece las derivaciones.

La coordinación más directa se establece entre la encargada municipal del ChCC con el referente en salud del ChCC, dado que realizan coordinaciones para todos los otros programas que están al alero del subsistema ChCC. De esta forma, se realizan instancias de coordinación regulares y sistemáticas de revisión de casos de atención. Por otro lado, se realizan encuentros de la red de niñez y adolescencia en la que participan los sectores de salud, educación y otros servicios municipales. En estas instancias se realizan análisis de casos que consideran una exposición de parte de los sectores sobre los casos que requieren una atención prioritaria, dada la situación de vulnerabilidad. En ese espacio se organizan las derivaciones a los y las funcionarias de atención a la salud mental y apoyo psicosocial en la atención primaria.

En el marco de las actividades de la red de niñez y adolescencia, se realizan ciertos hitos vinculados al PASMI: hito de cierre donde se hace una revisión sobre las atenciones realizadas en el período, identificando el número de niños y niñas atendidos por cada CESFAM, la magnitud de las listas de espera, etc. Además, en octubre de cada año, a propósito de la conmemoración del mes de la salud mental, también se realizan actividades coordinadas intersectorialmente, referidas principalmente a la difusión del PASMI entre los establecimientos educacionales de la comuna.

HpV y PASMI establecen coordinaciones para acordar los criterios de ingreso comunales, distintos a los establecidos en las Orientaciones Técnicas del programa, por ejemplo, en la definición que la atención se circunscribe a niños y niñas que no tienen diagnósticos vinculados con trastornos del espectro autista, quienes son derivados al COSAM. Las coordinaciones regulares se han centrado en

las derivaciones desde el HpV y el monitoreo de las atenciones que se realizan en el marco del PASMI. En caso de que la información recopilada en el monitoreo de las atenciones considere la necesidad de acciones de contacto con madres, padres y cuidadores o los establecimientos educacionales, estas son implementadas por parte de las duplas psicosociales de las escuelas, quienes se encargan de realizarlas en base a los antecedentes recabados por el equipo del HpV.
Adicionalmente, se establecen coordinaciones con los establecimientos educacionales en reuniones mensuales. Estas reuniones se realizan en los mismos establecimientos a los que asistente una dupla en representación del equipo de atención a la salud mental y apoyo psicosocial del PASMI, ya sea entre asistentes sociales y psicólogas o asistentes sociales y terapeutas ocupacionales. En estos encuentros se establecen reuniones con las asistentes sociales y, en algunos casos, las duplas psicosociales de cada establecimiento.

Se reporta la decisión institucional de no registrar la información de los casos en el SRDM durante 6 años, lo cual impacta en la disposición de información de los casos y complejiza el análisis sobre los ámbitos en que se debe reforzar la oferta programática en consideración de la situación de los niños y niñas atendidos y sus familias.

La comuna cuenta con una plataforma de gestión municipal que permite registrar atenciones de parte de la Dirección de Desarrollo Comunitario (Dideco). En este sistema queda registro de todas las prestaciones sociales otorgadas por el municipio a la familia de los niños y niñas que son atendidos por el PASMI. Los casos son derivados por los y las funcionarias de los centros de atención primaria de salud cuando se identifica la necesidad de apoyo social tanto para los adultos como para los niños y niñas atendidas. Esta derivación se realiza a través de correos electrónicos a la municipalidad, cuando las familias de niños y niñas requieren apoyo económico ante carencias económicas, o tienen necesidad de víveres, o requieren apoyo para el financiamiento a exámenes médicos. Los casos derivados se revisan en la plataforma de atención municipal y se identifica los servicios y prestaciones que han recibido apoyo municipal.

Dado que a partir de este año el equipo de salud mental y apoyo psicosocial de los CESFAM comenzó a realizar el registro de las alertas en el SRDM, el ámbito principal que concentra las coordinaciones entre el nivel regional y comunal está vinculado al uso de la plataforma. Desde el nivel regional, los representantes de la Seremi de Desarrollo Social y Familia mencionan que la mayor instancia de apoyo regional son las reuniones bimensuales que se realizan en el marco del subsistema Chile Crece Contigo, no obstante, estas reuniones no son específicas sobre el PASMI, sino que gestionan temas relativos a todo el subsistema. También reconocen el trabajo que se ha realizado este último año para fortalecer el trabajo de coordinación intersectorial, que finalmente permitió la definición del modelo de derivación y seguimiento.

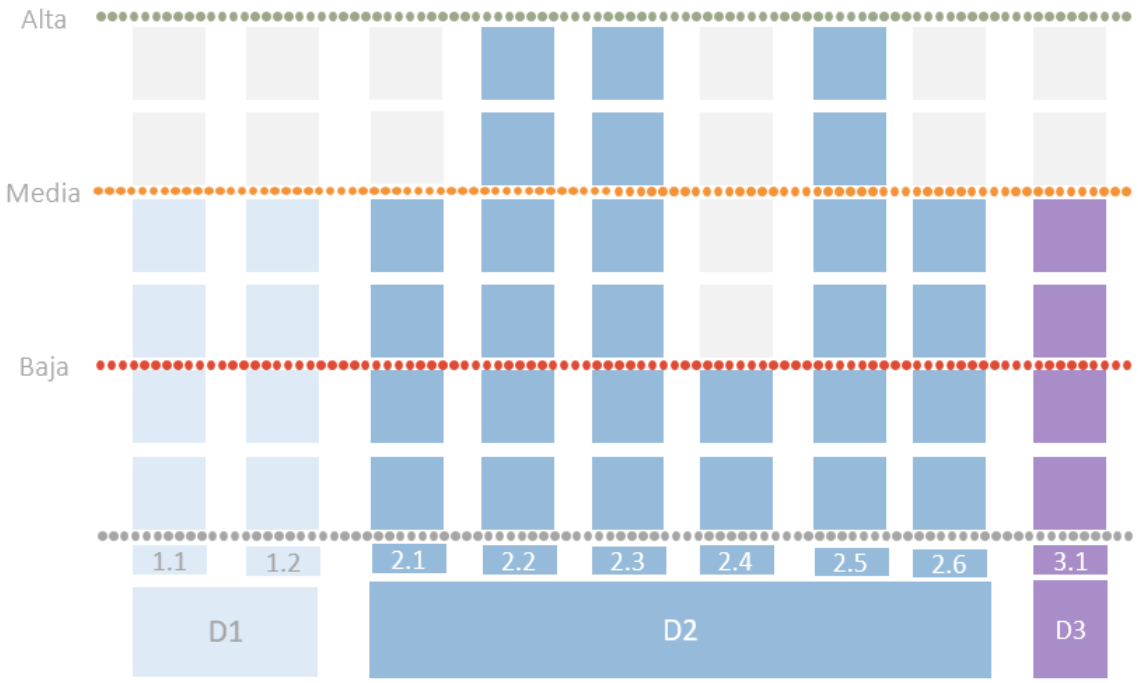
En relación a la comunicación con las familias, el ámbito en el que generalmente se circunscriben las conversaciones con los equipos de salud mental e intervención psicosocial están referidas a la atención de los niños y niñas. Si bien, y las funcionarias de salud mental y apoyo psicosocial del PASMI

dan cuenta que se realizan talleres de competencias parentales, estos no se implementan con regularidad. Desde el equipo municipal del ChCC se establecen contactos con madres, padres y cuidadores para proveer información sobre oferta de servicios sociales municipales y diversos tipos de apoyo social provistas por la DIDECO (apoyo monetario, cajas de mercadería, etc.).

En cuanto al mecanismo, la comunicación se establece por medio de llamadas telefónicas y mensajes de WhatsApp, favoreciendo el medio más eficaz para mantener una relación directa.

Desde la perspectiva de madres, padres o cuidadores de niños y niñas atendidos por el PASMI, se manifiesta una alta satisfacción con el servicio. En general, todas las entrevistadas dan cuenta de que la atención a niños y niñas es adecuada y efectiva en mejorar su bienestar en el ámbito de la salud mental.

b. Diagrama del nivel de intensidad de la coordinación intersectorial en San Bernardo



Fuente: Elaboración propia

Caso N°6: Municipalidad de Rancagua

a. Evaluación del nivel de intensidad de la coordinación intersectorial

El abordaje de la salud mental del PASMI en Rancagua le permite alcanzar al municipio un 57% en puntaje global y un promedio de brecha en el registro de la información en el SRDM de 48%.

La gestión del PASMI en Rancagua considera la presencia de un referente PASMI a nivel comunal, quien a su vez es la encargada del programa en uno de los CESFAM de la comuna. Se estima que este es un rol fundamental para la instalación del programa desde la perspectiva de su implementación intersectorial. No obstante, un aspecto crítico para la gestión del programa es la escasez de funcionarios y funcionarias necesarios para una atención oportuna y de calidad. Esta situación ha implicado que el tratamiento se realice con más intermitencias, lo que impactaría a su vez en un menor vínculo en el proceso de atención y en menores efectos positivos del tratamiento. Se identifica también una alta rotación de personal de salud, lo que implica el desgaste adicional de estar constantemente capacitando internamente en las características intersectoriales del PASMI.

Los y las funcionarias de salud que brindan atención en salud mental en los CESFAM conciben su quehacer de manera desagregada al ChCC: consideran que su ámbito de acción se circunscribe exclusivamente al área de salud mental, lo que dificulta el trabajo intersectorial de activación de alertas y registro en el SRDM. De hecho, según los actores regionales, lo más complejo de la implementación del PASMI en el nivel comunal ha sido lograr una comprensión sistémica de las atenciones tanto a niños y niñas como a madres, padres y cuidadores.

Si bien se realizan reuniones de la red básica, se abordan temáticas más generales y menos específicas del programa, principalmente asociadas al monitoreo y cumplimiento de indicadores (como registros en el SRDM). No obstante, estas reuniones no serían sistemáticas, y esto es visto, consensuadamente, como una falencia de la red comunal del ChCC. La red ampliada, en tanto, se reúne bimensualmente, donde también participan, los y las funcionarias de salud mental y apoyo psicosocial de atención primaria. En esta instancia se ven temas más específicos de monitoreo del programa, como: una actualización del número de niños y niñas atendidos, o si cuentan con controles al día, cantidad de egresos, etc.

El equipo de salud que brinda atención en salud mental y apoyo psicosocial en los centros de atención primaria resienten la carencia de instancias de reunión exclusivas con la encargada comunal del ChCC. estos equipos también indican que no existe un trabajo a partir del Plan de Cuidado Integral. Es decir, este plan no sería utilizado en la comuna, pero se espera que en un futuro cercano pueda empezar a ser la base para sistematizar y enriquecer el tratamiento.

HpV se coordina con PASMI principalmente para la derivación, y la activación de procesos de seguimiento y adherencia. Entre PASMI y HPV se realizan reuniones habituales para retroalimentarse en cuanto a la adherencia y otras consultas que tengan de cada sector. Por ejemplo, desde PASMI a

veces se consulta la dirección de los niños. Esto puede ser en reuniones formales o bien por correo electrónico. Por su parte, HPV va monitoreando la adherencia y comunicando a los establecimientos educativos correspondientes, en casos baja adherencia. También, se establecen coordinaciones entre PASMI y los equipos de los establecimientos, de manera directa, para organizar talleres para estudiantes.

En esta comuna, recién desde el año pasado se comenzó a utilizar el SRDM, de manera que se observa un atraso en el conocimiento del sistema y en la apropiación de su sentido. Sin embargo, la brecha en la utilización no es tan baja en comparación con otras comunas, considerando lo anterior. Actualmente, los trabajadores sociales de los CESFAM se encargan del registro: se ocupan de realizarlo y se observa un dominio creciente del mismo.

La estrategia principal para gestionar y resolver alertas es mediante tres trabajadoras sociales, financiadas por el Programa de Fortalecimiento Municipal, quienes se abocan a contactar a las familias –vía telefónica- para ofrecerles la prestación social requerida y activada por medio del SRDM. Sin embargo, estas tres profesionales, no darían abasto, dada la cantidad de población con alertas con las que cuenta la comuna.

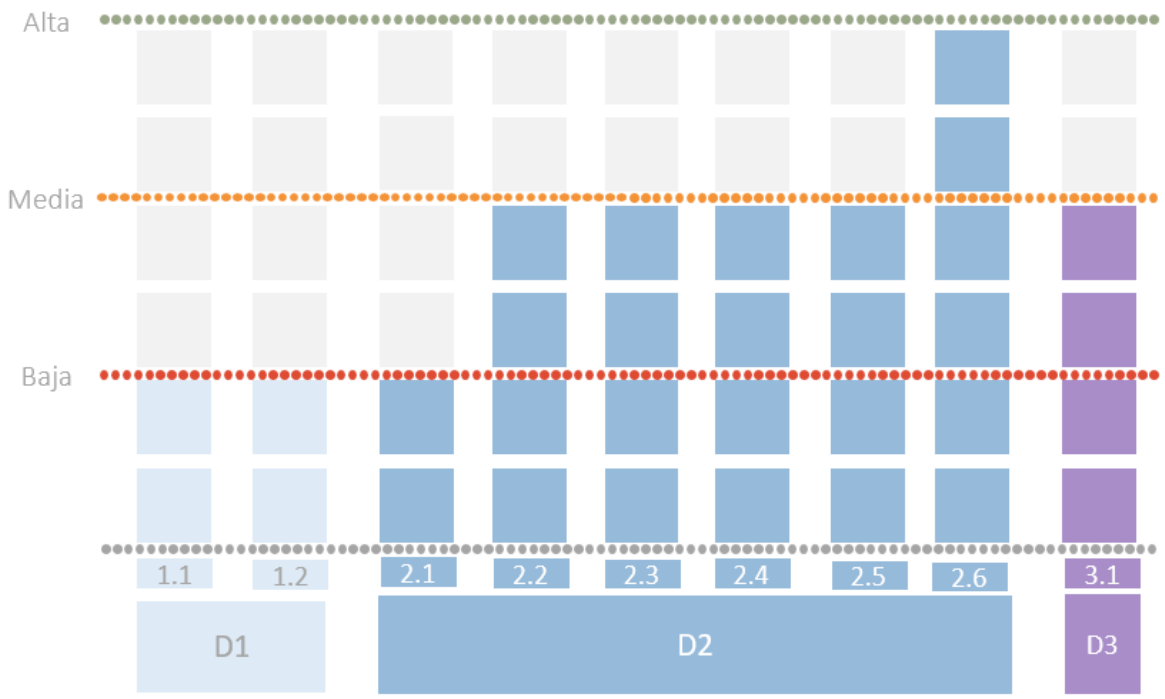
A nivel regional, se realizan reuniones bimensuales entre los sectores de salud, educación y protección social. En estas reuniones se ven aspectos técnicos y administrativos de la ejecución de los convenios con las municipalidades, así como apoyos que se requieren en favor de equipos a nivel comunal. La encargada regional del ChCC es la que asume más el rol de coordinación de la mesa. Otro de sus focos de trabajo es monitorear las alertas resueltas en SRDM. La mesa va constantemente monitoreando el porcentaje de resolución de alertas de cada comuna, lo que se traduce en elaborar y enviar un consolidado a cada comuna.

La región de O'Higgins cuenta actualmente con tres comunas con PASMI. Todas ellas son supervisadas por el Servicio de Salud Libertador Bernardo O'Higgins. Es importante señalar que este Servicio es el principal referente de apoyo "supra comunal" para las comunas que implementan el programa. En tanto es el único Servicio de Salud de la región, es desde ahí que se realizaría un trabajo de coordinación entre los sectores asociados a la implementación del PASMI.

El mecanismo principal que utilizan los y las funcionarias de salud mental y apoyo psicosocial para comunicarse con las familias es el encuentro con madres, padres y cuidadores en las mismas consultas psicológicas de los niños y niñas. Es aquí cuando se asigna un tiempo para explicarle e informarle de los avances del tratamiento o solicitarles apoyo en el hogar. También existen llamados telefónicos, pero esto se realiza solo para confirmar hora.

La percepción de las familias entrevistadas sobre el PASMI indica una valoración de la atención que se realizan los y las funcionarios de salud mental y apoyo psicosocial. Se percibe como eficiente el tratamiento, así como las profesionales que los atienden y la calidad de la información recibida.

b. Diagrama del nivel de intensidad de la coordinación intersectorial en Rancagua



Fuente: Elaboración propia

Caso N° 7: Municipalidad de Cauquenes

a. Evaluación del nivel de intensidad de la coordinación intersectorial

El abordaje de la salud mental del PASMI en Cauquenes le permite alcanzar al municipio un 31% en puntaje global y un promedio de brecha en el registro de la información en el SRDM de 75%.

La gestión del PASMI en Cauquenes, al igual que en otras comunas, considera la presencia de un referente de salud PASMI a nivel comunal que dinamiza los procesos de coordinación intersectorial. Sin embargo, para efectos del registro en el SRDM, se le asigna la tarea exclusivamente a una funcionaria de atención primaria de salud, lo cual es calificado positivamente por los actores locales, dado que les permite cumplir con el registro en el sistema, no obstante, da cuenta de que no todo el equipo se involucra en el registro lo que no contribuye a la noción compartida respecto del abordaje integral.

Dado que el equipo que brinda atención en salud mental y apoyo psicosocial en los centros de atención primaria atiende tanto a niños y niñas en el marco del PASMI como en atención regular, tiene una buena una buena inserción en el CESFAM, lo que se convierte en un facilitador para la coordinación intrasectorial. Sin embargo, hay consenso en que es necesario un aumento en la dotación del equipo, de manera de agilizar la atención ante las listas de espera. Asimismo, se observa que faltan procesos de inducción respecto de la intersectorialidad respecto de lo que implica el PASMI en el marco de la coordinación intersectorial.

De hecho, los miembros del equipo de salud indican que cuentan con poca información respecto del propósito del SRDM, lo cual se observa como un indicador del escaso conocimiento de la labor que se debiera generar en la red por medio de la activación de alertas.

Por otro lado, no se identifican actividades sistemáticas para la definición de objetivos conjuntos, en el marco de la cooperación interinstitucional. Si bien se realizan instancias de coordinación, particularmente entre PASMI y HpV, que permiten determinar protocolos para la derivación, las acciones se circunscriben casi exclusivamente a la gestión de derivaciones, sin considerar seguimiento a las atenciones y el conocimiento respecto de activación de alertas y prestaciones sociales en virtud de ellas.

En este caso se han visto suspendidas las reuniones de la red comunal básica y ampliada, aunque se mantienen las reuniones bimensuales de la Red Comunal de Salud, donde participan las encargadas de cada CESFAM y CECOF de los diferentes programas de salud asociados al Subsistema ChCC, entre ellos, el PASMI. Sin embargo, no hay espacios de coordinación conjuntos entre los sectores de salud, educación y protección social.

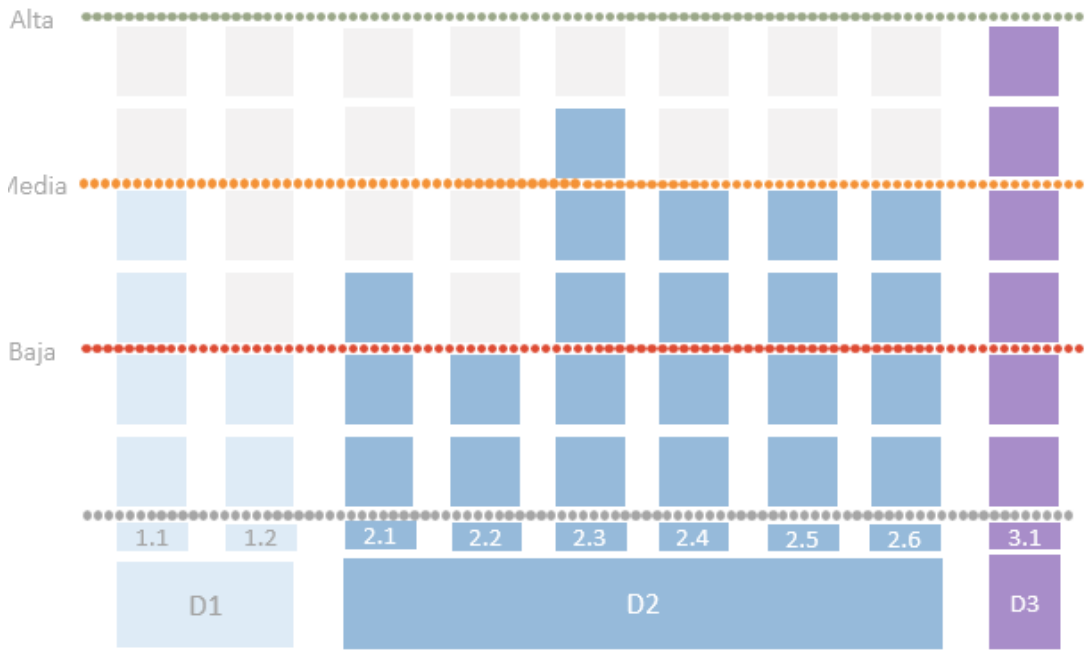
En cuanto al registro de la información, si bien se mantiene la subutilización del SRDM, han aumentado los registros en base a la asignación de una profesional con dedicación exclusiva a este respecto y al monitoreo permanente de parte de la coordinadora municipal del ChCC.

Una medida adicional y complementaria para la gestión de alertas es la realización de llamados telefónicos directos o correos a los encargados de programas sociales de la municipalidad, desde el CESFAM o CECOF correspondiente.

A nivel regional, sesiona una mesa tripartita donde participan representantes de la JUNAEB, la Seremi de Desarrollo Social y Familia y el Servicio de Salud del Maule. Si bien es una instancia valorada, su funcionamiento es incipiente. Por el momento, han comenzado compartiéndose información sobre como registra (y qué) cada sector. Se identifica un apoyo local más bien a su intrasector. Se han desarrollo algunos materiales que involucran al PASMI, en particular, ajustes al Protocolo de Derivación.

Respecto de la perspectiva que los propios cuidadores de niños que se atienden en el PASMI coinciden en destacar que siempre han sido bien informados, tanto del diagnóstico como de los procesos y avances del tratamiento. En este contexto, es bien valorada la información, que habitualmente ocurre cuando llevan al niño o niña al tratamiento al Centro de Salud, al finalizar con él o ella, hacen pasar a la madre, padre o tutora, para informarle de cómo va el proceso. Las otras formas de comunicación, menos comunes, son vía telefónica, pero esto se utiliza comúnmente para recordar y confirmar horas. También se relata las visitas a los establecimientos educativo por parte del equipo PASMI, aunque no tienen claridad del objetivo de las mismas. Dos puntos de consenso significativo son la percepción de que los niños o niñas ha presentado mejorías evidentes en su salud mental.

b. Diagrama del nivel de intensidad de la coordinación intersectorial en Cauquenes



Fuente: Elaboración propia

Caso N° 8: Municipalidad de Penco

a. Evaluación del nivel de intensidad de la coordinación intersectorial

El abordaje de la salud mental del PASMI en Penco le permite alcanzar al municipio un 85% en puntaje global y un promedio de brecha en el registro de la información en el SRDM de 89%.

La gestión del PASMI en Penco no cuenta con un referente de salud comunal, lo que incide en varios elementos asociados a la coordinación intersectorial, en particular, en la poca comprensión respecto de la importancia de avanzar en la gestión de la información compartida, a través del SRDM. Si bien se utilizan otros mecanismos de coordinación, estos no están institucionalizados y dependen, casi en exclusiva, de los contactos personales de los profesionales que participan del circuito de derivaciones.

Sin embargo, en ocasiones, el equipo que brinda atención en salud mental y apoyo psicosocial en los centros de atención primaria registra las alertas y se comunican de forma directa con los encargados de los programas sociales de la municipalidad, aunque no se identifican hitos que se desarrollen desde la red comunal orientados a la definición conjunta de objetivos entre los distintos sectores concurrentes.

Las reuniones de la red comunal fueron suspendidas, principalmente por falta de interés y por la percepción de que no estaban resultando útiles para la labor de los equipos. Existe, sin embargo, comunicación personal con los participantes de la red básica, en particular, reuniones individuales de la coordinadora municipal del ChCC con cada sector.

Los funcionarios de salud en los centros de atención primaria diseñan el Plan de Cuidado Integral, incluyendo a la familia para la definición de objetivos terapéuticos, además, se contempla el trabajo terapéutico que el niño o niña esté teniendo en el establecimiento o en otros programas de intervención en los que participe, por ejemplo, el PPF. No obstante, el plan tiene foco particularmente en aspectos psicológicos del niño o niña.

Respecto a las reuniones de coordinación intersectorial, se realizan principalmente para hacer seguimiento a los casos de atención entre la encargada de HpV y los equipos del PASMI, sobre todo cuando hay baja adherencia, para revisar acciones que permitan revertir esta situación. Las coordinaciones con las duplas psicosociales de los colegios, directamente, son mayores que las reuniones con las encargadas de HpV. No obstante, no existe una coordinación de intervenciones o una intervención integrada entre ambos sectores.

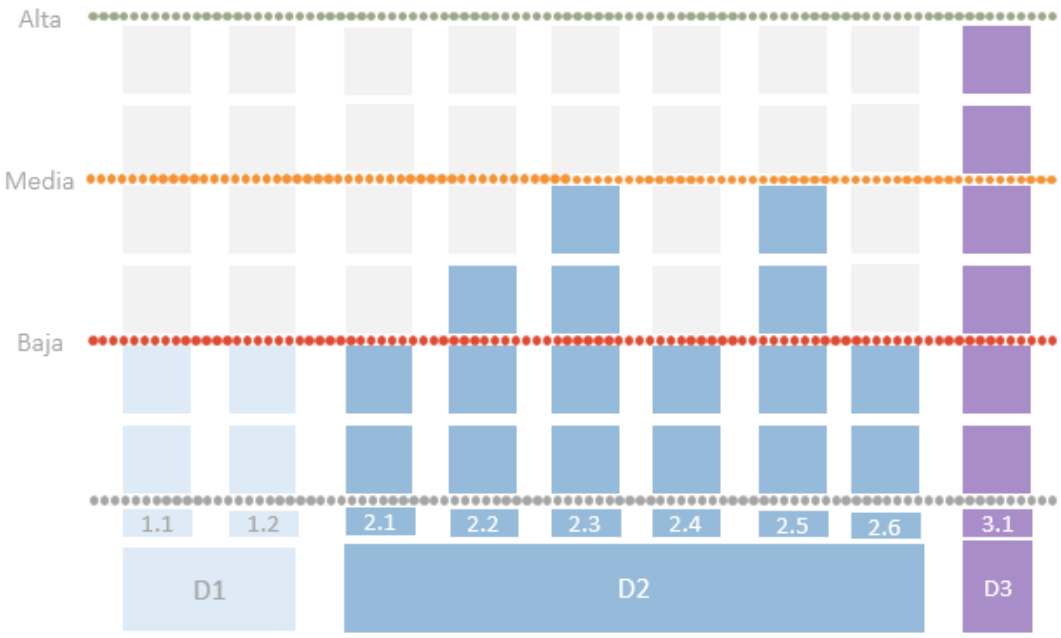
En cuanto al uso del SRDM, se evidencia un desconocimiento del sentido, objetivo e importancia que tiene el sistema para la atención integral de niños, niñas y sus familias. En todo caso, la encargada comunal del ChCC establece coordinaciones directas con los encargados de programas municipales para favorecer la atención de alertas, tanto las que se activan por el sistema como las que se informan

mediante otras vías. De esta manera, esta profesional cumple un rol central en el proceso de derivación a la red.

Hay consenso entre los actores en que la familia es fundamental para el PASMI, sobre todo para promover la adherencia al tratamiento. Desde los equipos de salud, el mecanismo principal de comunicación es el teléfono y WhatsApp, mediante los cuales, por ejemplo, se les recuerda y confirman las horas o se contacta en caso de no asistir a algún control. Desde HpV, por su parte, señalan que su área se encarga de comunicar y sugerir a los apoderados, en un primer momento, asistir con su hijo a tratamiento de salud mental y apoyo psicosocial.

Las percepciones de cuidadores, madres o padres de niños y niñas que se atienden en el PASMI son muy positivas respecto del programa. Consideran que ha sido o fue muy efectivo para mejorar la salud mental de su hijo o hija. Asimismo, valoran el trabajo y la disposición del equipo de salud, siempre involucradas y preocupadas con informarle a ellos, como padres, de la evolución de la situación de sus hijos o hijas. Se indica en general que, desde el PASMI, las profesionales visitan los establecimientos con el objetivo de conocer qué tipo de apoyo les entregan y coordinar un acompañamiento con metas alineadas.

b. Diagrama del nivel de intensidad de la coordinación intersectorial en Penco



Fuente: Elaboración propia

Caso N° 9: Municipalidad de Osorno

a. Evaluación del nivel de intensidad de la coordinación intersectorial

El abordaje de la salud mental del PASMI en Osorno le permite alcanzar al municipio un 57% en puntaje global y un promedio de brecha en el registro de la información en el SRDM de 99%.

La gestión del PASMI en Osorno no considera un referente del PASMI a nivel comunal, que articule a su vez a los referentes del PASMI de los distintos CESFAM. Se identifica la carencia de este rol como sensible para la articulación de este programa con otros sectores. Desde la coordinación comunal del ChCC, por ejemplo, se indica que sería importante contar con un referente del PASMI con mayores atribuciones, que permita funcionar como contraparte de la coordinadora en el ejercicio de la coordinación intersectorial.

Por otra parte, se valora la incorporación de la encargada municipal del ChCC, hacia finales de 2022. Este cargo se indica fundamental para la promoción del uso de la plataforma SRDM. Sin embargo, la instalación de este cargo es reciente, y se espera que a lo largo del año en curso de mayores resultados especialmente en torno al uso efectivo del SRDM.

A pesar de las dificultades asociadas a la instalación de referentes antes mencionadas, se observa la importancia de la reciente incorporación de profesionales PASMI con dedicación al programa, ya sea con 44 horas o 22 horas, en horario laboral regular. Esta presencia permanente facilita la coordinación al interior del sector salud, al compartir espacios de trabajo, y también con el intersector, especialmente con el HpV.

Desde coordinación municipal del ChCC existe la necesidad de mayor conocimiento de las dinámicas de trabajo de la atención de salud mental y apoyo psicosocial provista por los funcionarios de atención primaria. Desde el equipo de salud, por su parte, no se comprende a cabalidad ni se tiene mayor confianza en la efectividad del SDRM.

Respecto a la coordinación entre equipos HpV y de salud, se establecen en torno a tres reuniones al año entre ambos equipos, donde evalúan los procesos entre ambos equipos y definen objetivos conjuntos, acotados a definiciones sobre las acciones para la derivación y el rescate. Además, se realizan reuniones bimensuales, presenciales o virtuales, entre HpV y los equipos de los CESFAM en general, que han sido clave para la coordinación entre ambos. Se aprovecha, de esta manera, el hecho de que HpV esté instalado en el Departamento de Salud Municipal para la definición de objetivos específicos entre estos equipos.

Las principales instancias de coordinación interinstitucional son las reuniones con la red del ChCC ampliada a nivel comunal, en las cuales, en general, existe adherencia y voluntad por participar y colaborar de manera intersectorial. Los profesionales del área de Salud, si bien se suman generalmente, tienen mayores dificultades para participar, por tener menor disponibilidad horaria.

Los representantes del equipo de atención primaria de salud, educación y protección social valoran este espacio, principalmente por la posibilidad de tomar in situ definiciones referentes a casos (como derivaciones) o a problemas específicos es valorada.

También existen instancias de coordinación regulares entre HpV y Salud, lo cual se facilita pues HpV está, justamente, alojado en el sector salud en el municipio. Se establecen en torno a tres reuniones al año entre ambos equipos, donde evalúan procesos, y también discuten sobre algunos casos que requieren especial atención. Además, desde HpV se valora que se realicen reuniones bimensuales, presenciales o virtuales, con los equipos de los CESFAM, que han sido clave para la coordinación entre ambos. El Plan de Cuidado Integral, en tanto, es conocido, pero por tiempo se señala que no es desarrollado, en general.

Desde los funcionarios de salud primaria se indica que la información respecto del SRDM no ha sido clara ni técnicamente suficiente. Los miembros del equipo expresan incomprensión respecto de la pertinencia y utilidad del sistema para la labor que les compete, tampoco tienen claridad respecto de las acciones efectivas que se siguen una vez que las alertas han sido activadas. Ahora bien, el equipo de atención a la salud mental y apoyo psicosocial han comenzado a registrar, gracias a la incorporación de la Coordinadora municipal del ChCC, que ha implicado mayor sensibilización al interior de los equipos respecto de la plataforma y su importancia, y disposición a comunicarse directamente con los equipos para dar respuesta a las dudas.

Desde el ámbito regional, desde el equipo del ChCC se señala que la experiencia profesional ha facilitado la coordinación con otros actores incidentes en la implementación del programa. En este sentido, se considera que las habilidades personales y el conocimiento del sistema son claves para la coordinación intersectorial. El principal desafío que se identifica desde el equipo del ChCC regional es que los equipos de salud entiendan que el PASMI es una prestación integral, y no solamente del área de salud.

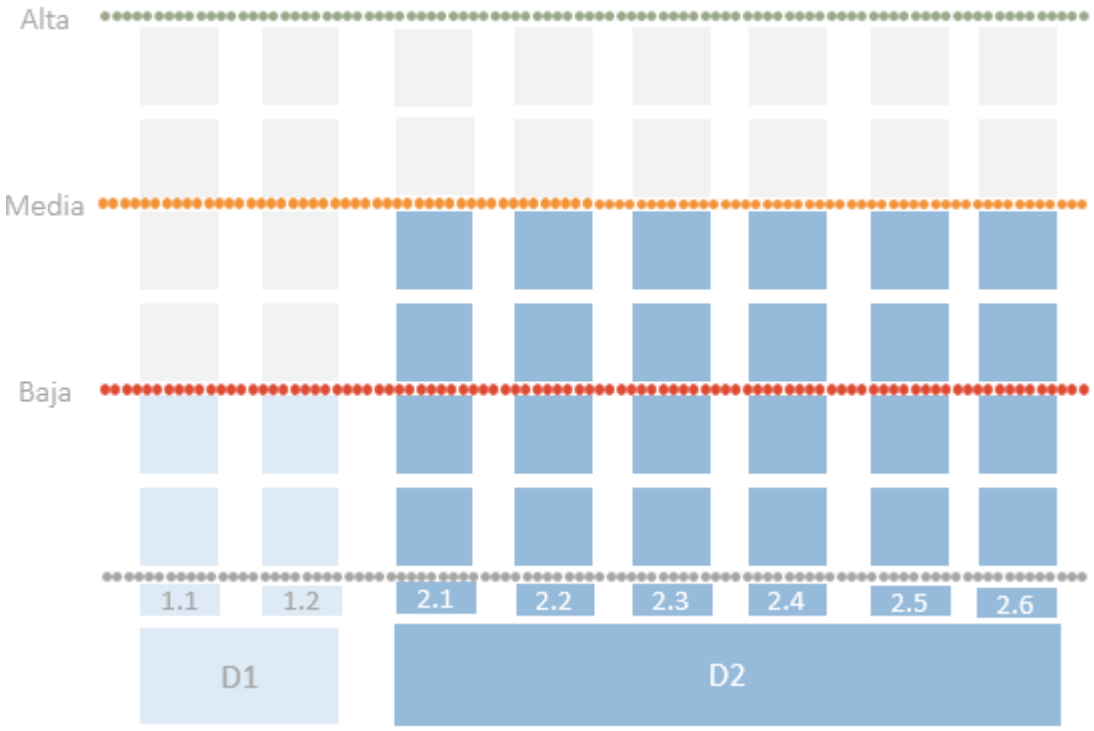
Por su parte, existe una valoración importante de parte de los equipos comunales del PASMI del referente a nivel de Servicio de Salud, que apoya y supervisa, la coordinación en el nivel comunal se considera importante para canalizar inquietudes de los profesionales, para dirigirse al servicio y aclarar dudas, coordinar criterios y estándares al interior de los CESFAM, por ejemplo.

De acuerdo al equipo de atención a salud mental y apoyo psicosocial, la familia tiene una participación central en todo el proceso de atención, considerando reuniones iniciales donde se abordan aspectos centrales del diagnóstico o motivo de consulta, y en cada una de las sesiones, donde las familias asisten, participan del inicio y del cierre de la misma. En este sentido, se encuentran informadas del proceso de tratamiento de manera permanente, al ser parte del proceso.

De acuerdo a lo levantado, estos elementos generan de por sí adherencia en las familias, pues se mantienen cerca de la implementación del Programa, reciben información relevante in situ, y ven cómo se trabaja con sus hijos. Por otra parte, desde la coordinación del ChCC, se identifica que la

atención exclusiva de los profesionales al programa PASMI a niños y niñas garantiza la continuidad de la atención, lo que es crucial tanto para la efectividad de la misma como para la adherencia de las familias.

b. Diagrama del nivel de intensidad de la coordinación intersectorial en Osorno



Fuente: Elaboración propia

Anexo 4. Reportes actividades con niños y niñas participantes del programa

En el marco de la evaluación, se realizaron dos grupos de discusión con niños y niñas, para levantar sus percepciones respecto de la atención recibida en el arco del PASMI. Se indagó sobre sus experiencias durante el tratamiento, los beneficios o no del tratamiento, lo que cambiarían o lo que les gustaría que fuera distinto, y la relación del establecimiento educacional con la atención en salud mental

A continuación, se presentan los resultados de las actividades.

Actividad 1 (caso 2)

Las cuatro niñas que participaron en la actividad perciben que sus sesiones en el CESFAM, en el marco del programa PASMI, son instancias positivas en dos sentidos. Primero, manifiestan que disfrutan de asistir y de las actividades que realizan en sus sesiones. Segundo, consideran que les hace bien y tienen conciencia de que es parte de un proceso para ayudarlas frente a problemas o situaciones difíciles que están viviendo.

Las participantes declaran tener una muy buena relación con la persona que las atiende (psicólogo), a quien valoran y le tienen estima. Además, expresan que ha habido una continuidad desde que iniciaron su tratamiento, respecto al psicólogo tratante. Esto es positivo si se tiene en cuenta que el desarrollo en el tiempo de un vínculo es un factor relevante para el éxito de un proceso terapéutico.

Dentro de las sesiones identifican que la principal actividad que realizan es jugar. Si bien dentro de la actividad no dan especificaciones sobre el tipo de juego, sí mencionan que en el transcurso de estos conversan sobre distintos temas importantes para ellas.

Si bien el psicólogo es la principal figura que reconocen como parte de su atención en el PASMI, también describen que han sido derivadas a otros médicos (posiblemente, un psiquiatra) y que han tenido un seguimiento y/o apoyo de su tratamiento en las escuelas. Sobre esto último, dan cuenta de tres maneras en que han sido acompañadas. En primer lugar, las participantes indican que las psicólogas del colegio tienen espacios individuales con ellas para conversar sobre cómo están y sobre cómo les ha ido en el CESFAM. En segundo lugar, también relatan participar de talleres que implementa la psicóloga con todo su grupo curso. Por último, algunas de ellas también mencionan que los y las profesoras suelen preguntarles sobre su proceso terapéutico.

Actividad 2 (caso 3)

Las tres niñas participantes valoran las sesiones a las que asisten, en el marco del Programa PASMI. Señalan que disfrutan con el tipo de las actividades que realizan con las tías: jugar, pintar, leer, conversar con las profesionales. Se da cuenta de que se trata de un espacio seguro, lo cual también puede ser observado en las instancias de preparación de la actividad, donde participan las profesionales del programa.

Las 3 niñas manifiestan que se sienten contentas después de las sesiones en las que participan. Una de ellas explicita que logra identifica mejoras en sus comportamientos (por ejemplo, pelear menos), además de los espacios de las sesiones mismas, que todas valoran como espacios de juego, entretención y tranquilidad.

Dos de las niñas participantes identifican que desde el colegio las profesoras saben que asisten al programa; la tercera no tiene conocimiento de esto. A las que participan, indican que desde el colegio les preguntan cómo les fue en las sesiones, lo cual denota no solamente conocimiento, sino interés respecto del proceso de tratamiento de las niñas.

Por último, se rescata un elemento que muestra continuidad entre lo abordado desde los establecimientos y lo tratado en el marco del programa. Por ejemplo, abordaje de emociones, la música como herramienta para la tranquilidad, entre otros aspectos.

Anexo 6. Matriz descriptiva de los niveles de intensidad de la coordinación intersectorial

A continuación, se presenta una matriz descriptiva con los tres niveles de intensidad de la coordinación intersectorial para el PASMI. Tal como se presentó en la sección Metodología de este informe, esta matriz fue elaborada mediante la descripción de las prácticas y dinámicas de coordinación intersectorial identificadas en base al estudio de casos.

De esta manera, las prácticas y dinámicas de trabajo conjunto entre los sectores de salud, educación y protección social tanto a nivel comunal como regional fueron definidas considerando la intensidad de las acciones observadas.

La matriz descriptiva permite dar cuenta de tres niveles de coordinación intersectorial por variable de análisis, a saber: bajo, medio y alto. De esta forma, a través de la revisión del nivel para cada variable es posible identificar las prácticas y dinámicas de trabajo conjunto y, por ende, determinar el nivel de intensidad de la coordinación intersectorial para dicha variable en cada comuna en que se implementa el programa.

Asimismo, una vez que se haya determinado el nivel de intensidad de la coordinación intersectorial por variable, la matriz orienta - a través de la descripción de las prácticas y dinámicas de coordinación en cada nivel de intensidad - el mejoramiento continuo de la gestión intersectorial del programa, dado que sistematiza el tipo de prácticas y dinámicas que implementan los equipos pertenecientes a las comunas que tienen un nivel de intensidad de la coordinación intersectorial más alto.

a. Equipos de atención en salud mental e intervención psicosocial

Conformación de los equipos para la gestión sectorial e intersectorial

NIVEL DE INTENSIDAD DE LA COORDINACIÓN INTERSECTORIAL		
BAJO	MEDIO	ALTO
• No se ha asignado el rol de referente de PASMI en la comuna, que canalice la información desde el equipo (o bien, desde los referentes de los Centros de Salud) hacia otros referentes (coordinador o coordinadora de ChCC, sectorialistas de la red, coordinador o equipo HpV, entre otros), y desde estos referentes hacia el equipo PASMI. La ausencia de este rol impacta significativamente en la articulación del programa con otros sectores. • Los roles de referentes de PASMI y de otros como los señalados están asignados, incluso formalmente, no obstante, no se han desplegado en el ejercicio del cargo: • No hay suficiente claridad respecto de quiénes son los profesionales que se constituyen como referentes de los distintos programas y/o dependencias	• Los equipos del programa si bien logran cierta estabilidad para responder a las exigencias del programa en cuanto a dar respuesta mediante la atención en salud mental, no logran responder a la exigencia del registro en la plataforma SRDM. • Lo anterior se puede resolver de distintas maneras. Por ejemplo, no contando con equipos que puedan realizar el registro se opta por otros mecanismos para establecer la coordinación; o bien se asigna a una persona del equipo que exclusivamente se encarga del registro del SRDM. • Los equipos son competentes en la atención de la salud mental, pero no entienden el programa como parte de un circuito intersectorial, donde tienen una función específica dentro de un marco	• La referente del PASMI en el sector salud está claramente definida y es conocida por todos los actores de la red municipal. Además, cuenta con la experiencia necesaria para el desempeño de su cargo y participa activamente en las instancias de coordinación intersectorial de infancia en la comuna. Es un referente reconocido tanto por los profesionales del PASMI como por los sectores que se vinculan en su implementación. • El equipo del PASMI conoce y participa en las reuniones de la red comunal, contribuye con antecedentes sobre los casos de atención y provee información que favorece la atención de los servicios de la red a los niños, niñas y sus familias. • La integración de los profesionales del PASMI en la dinámica de funcionamiento del CESFAM favorece las derivaciones de

municipales vinculadas a la implementación del programa. • En cuanto al sector de educación, la coordinación se establece entre el equipo del PASMI con los establecimientos educacionales de la comuna de forma directa, sin intermediarios municipales. El equipo del HpV, por su parte, solo se encarga de enviar listados de derivación y no se establecen coordinaciones para la atención de los casos, ni para establecer acciones de rescate. • Por último, en cuando a los miembros del equipo del PASMI, existe una alta demanda en términos de tiempos para la atención y la gestión para reducir las listas de espera. Generalmente hay una alta rotación de profesionales.	que excede a esta propia función (un marco de atención integral). • Se configuran equipos que establecen coordinaciones intersectoriales preferentemente con el sector educación, por lo cual es probable que aboguen porque se asume como un camino de entrada (derivación) para su propio proceso de atención. Sin embargo, los equipos no establecen coordinación con la red de ChCC comunal. Esto es más exigente en el sentido de que los incentivos para los equipos del PASMI en este caso son menos claros: su atención se realiza con o sin esta perspectiva de derivación.	niños, niñas y sus familias a otros programas de la oferta de salud. • Los equipos del sector de educación, tanto del HpV como de los establecimientos educacionales de la comuna, conocen el PASMI y tienen una relación directa con cada una de las profesionales del equipo, lo que favorece tanto la derivación como el trabajo conjunto, en caso de que se requieran acciones de contacto con familiares y docentes.

Comprensión compartida de PASMI como programa de salud mental integral biopsicosocial

NIVEL DE INTENSIDAD DE LA COORDINACIÓN INTERSECTORIAL		
BAJO	MEDIO	ALTO
• Los equipos del programa PASMI no se perciben a sí mismos como parte de un circuito de atención integral, de carácter biopsicosocial, donde parte fundamental del mismo consiste en atender las necesidades de niños, niñas y sus familias, desde una perspectiva intersectorial. • Como consecuencia de lo anterior, los o las profesionales del PASMI no comprenden la importancia del SRDM y no confían tampoco en la prestación de atenciones integrales a partir de los registros en esta plataforma. • No se ha logrado construir, por parte de los distintos sectores involucrados en la implementación del Programa, un conocimiento cruzado de los sentidos y objetivos de los distintos sectores. • La ausencia de referentes de los programas, y la rotación de los equipos dificulta la canalización de la información	• Los equipos PASMI asumen discursivamente que implementan un programa de salud mental integral, con las implicancias que tiene esto en torno a la activación de alertas y procesos de derivación a la red comunal de ChCC. • Sin embargo, no se activan instancias de coordinación necesarias que permitan la integración intersectorial. • Lo anterior puede darse por distintos motivos: falta de tiempo no permite priorizar las acciones de coordinación intersectorial; las acciones de coordinación pueden ser parciales, las pueden activar algunos actores, pero de manera personal, o bien se realiza a nivel institucional, pero con solo algunos sectores (preferentemente, mayor coordinación de los equipos PASMI con educación que con la red ChCC).	• Los equipos PASMI declaran su pleno conocimiento de que implementan un programa de salud mental integral. Por lo tanto, comprenden también las acciones que se realizan desde educación y la red de ChCC de manera previa y posterior a la atención en salud mental. • Desde los sectores de educación y ChCC se comprenden como andamiajes fundamentales para la implementación del programa. • De esta manera existe un conocimiento sobre los servicios concretos que provee cada sector. • Hay una comprensión mutua entre quienes cumplen funciones directivas (“referentes”) sobre la relevancia del trabajo intersectorial para la consecución de objetivos mutuos, lo cual influye positivamente en los equipos de atención directa tanto para el PASMI como para el

entre sectores y, por tanto, de las prioridades, focos, objetivos y estrategias de los distintos equipos. • Desde la red comunal no están interiorizados en las características del tratamiento de salud mental. Desde salud, por su parte, perciben que el trabajo que realizan es autocontenido, es decir, no lo perciben como una parte de un proceso de atención más integral. • Educación puede realizar las derivaciones en virtud de sus compromisos, sin embargo, no se observan como parte de un proceso integrado, que requiere coordinaciones posteriores, por ejemplo, para realizar acciones de rescate.		resto de las instancias municipales que conforman la red de protección en la comuna.

b. Herramientas para el trabajo intersectorial

Cooperación interinstitucional en la definición de objetivos conjuntos

NIVEL DE INTENSIDAD DE LA COORDINACIÓN INTERSECTORIAL		
BAJO	MEDIO	ALTO
• En el marco de la implementación del programa no se identifican instancias regulares (en particular, reuniones) para la definición conjunta de objetivos entre los distintos sectores que concurren en la implementación. • Tampoco se identifican instancias excepcionales, como jornadas de reflexión, o talleres de trabajo, que permitan aplicar metodologías de trabajo para la identificación o generación de objetivos intersectoriales.	• Si bien no se identifican actividades sistemáticas para la definición de objetivos conjuntos, de carácter intersectorial, sí se realizan instancias de coordinación entre los equipos, que permiten comunicar objetivos y estrategias en el marco de la implementación del programa. • Así, la práctica de reunirse de manera sistemática entre los sectores no modifica los objetivos de cada uno de los sectores, sin embargo, si permite colaboraciones intersectoriales en torno a la consecución de los objetivos o metas sectoriales.	• Se establecen reuniones en el marco de la red comunal, donde se transfiere información sobre los mecanismos operativos de cada programa de la red, lo que favorece la comprensión general sobre la oferta programática municipal, el propósito de cada programa en este marco, lo cual se observa como una condición para el establecimiento de objetivos y metas compartidas. • La comprensión de aspectos técnicos e incluso administrativos de cada programa contribuye a mejorar la respuesta que reciben las familias, ya que les permite tomar mejores decisiones al momento de derivarlas, considerando las características de la oferta programática y las necesidades en el ámbito social de los adultos responsables del cuidado de los niños y niñas atendidos por el PASMI.

Focus.

Actividades o instancias conjuntas de trabajo

NIVEL DE INTENSIDAD DE LA COORDINACIÓN INTERSECTORIAL		
BAJO	MEDIO	ALTO
• No se realizan reuniones regulares de la red comunal, básica y ampliada, como instancias eje para la coordinación entre los distintos sectores. • Esta suspensión puede ser temporal o de duración indeterminada, sin embargo, se toma la decisión principalmente por la observación de los distintos actores de que se trata de un espacio poco efectivo y eficaz para la toma de decisiones que permitan la coordinación intersectorial, tanto para la implementación de PASMI como para la implementación de otros programas. • Pueden realizarse reuniones entre sectores de la red, pero de carácter bilateral, que permitan la coordinación directa entre la coordinación comunal del ChCC y algún sector en específico.	• Si instalan instancias de trabajo conjunto mediante principalmente las reuniones de red comunal, con una periodicidad regular, como un espacio básico para la coordinación intersectorial en el nivel comunal. • Este espacio permite analizar elementos generales, como observación del cumplimiento de indicadores de los programas, y también elementos más específicos, como evaluar y compartir información sobre los casos, de manera constructiva entre los sectores. • Sin embargo, ni en este ni en otros espacios se logra profundizar en estrategias diferenciadas para los distintos programas que conforman la red. De esta manera, no se logran instalar espacios de trabajo para evaluar la implementación y tomar definiciones en torno al programa PASMI como un ítem en particular (ya sea en las reuniones de la red u en oros	• Las principales instancias de coordinación interinstitucional son las reuniones con la red del ChCC ampliada a nivel comunal, en las cuales, en general, existe adherencia y voluntad por participar y colaborar de manera intersectorial. • En estas reuniones se generan instancias de revisión de cumplimiento de indicadores, análisis de casos, y también se presentan las principales definiciones técnicas y estratégicas de los programas, permitiendo un espacio colaborativo en torno a la evaluación de algunas de estas. • Se realizan otras instancias de evaluación conjunta del proceso de implementación del Programa, de carácter bilateral, donde participan la coordinación del ChCC y la coordinación de Salud. En estas instancias también se revisan casos, desde una perspectiva integral: se establecen espacios de análisis de la situación de las familias de los niños y niñas atendidas en todas las instancias vinculadas al ChCC.

	espacios exclusivos entre la coordinación del ChCC y los programas respectivos).	• Adicionalmente, se realizan reuniones periódicas entre el equipo del PASMI y los equipos de educación, que permiten, desde una mirada global, evaluar los procesos de derivación desde educación, y también, más específicamente, discutir sobre algunos casos que requieren especial atención. • Se diseña un Plan de Cuidados Integrales desde una perspectiva amplia, socio comunitaria, no reducida a aspectos terapéuticos. Estos planes son liderados por el equipo de salud, que considera y recaba información del trabajo terapéutico y socio comunitario que el niño o niña esté teniendo en otros programas en los que participe. Participan en particular profesionales del Programa de Acompañamiento, además de profesionales del equipo PASMI.

Mecanismos de comunicación y gestión de la información: derivación para la atención en salud mental

NIVEL DE INTENSIDAD DE LA COORDINACIÓN INTERSECTORIAL		
BAJO	MEDIO	ALTO
• No se identifican de comunicación y gestión de la información, salvo las mínimas consideradas para realizar el proceso de derivación no estén consideradas en la derivación (aplicación de instrumentos, listado de estudiantes priorizados, etc.). Fuera de la derivación existe poca comunicación intersectorial, y no hay conocimiento del trabajo que realiza cada uno. • No existen coordinaciones especiales para dar seguimiento a los casos, y la coordinación, en general, es escasa y poco fluida entre los equipos. • Pueden existir resistencias de los distintos sectores: por ejemplo, desde los establecimientos educacionales respecto del trabajo con profesionales de salud, y estas no han sido superadas por medio de instancias de trabajo colaborativo. Esto impide que se integre información de manera cruzada.	• Se establecen coordinaciones entre HpV con PASMI principalmente para la derivación, y la activación de procesos de seguimiento y adherencia, donde se abordan aspectos esenciales para la implementación del programa, como la adherencia, las acciones de rescate, la priorización, etc. • Estas instancias de reunión no logran ser sistemáticas ni estratégicas, sino más bien reactivas y emergentes, ante las necesidades que surjan por parte de los equipos durante el proceso de implementación. • Si bien hay coordinación intersectorial, no existen intervenciones conjuntas entre los equipos de salud y educación, donde el flujo de información sobre los casos sea regular e insume las definiciones que se toman desde cada sector.	• Se establecen, además de los procesos regulares de derivación, múltiples contactos entre el sistema educacional y salud. • HpV y PASMI establecen coordinaciones para acordar los criterios de ingreso, el proceso de derivación y el monitoreo de las atenciones que realiza el PASMI. Esto permite distribuir con claridad acciones entre los equipos (rescates, estrategias de adherencia), de manera de contar con un discurso común y una adecuada distribución de tareas. • Considerando que el HpV no se implementa en toda la comuna, el equipo del PASMI se vincula directamente con representantes de todos los establecimientos escolares, municipales o particulares subvencionados. Se define en cada establecimiento un referente para la coordinación, pudiendo ser del área de convivencia escolar, el PIE o las duplas psicosociales. Además del proceso de

• Se genera, en definitiva, una diferencia sustantiva en las aproximaciones interventivas entre los dos sectores.		derivación, con los establecimientos se coordinan instancias de sensibilización, como talleres informativos.

Mecanismos de gestión de la información para la atención en salud mental e intervención psicosocial: SRDM

NIVEL DE INTENSIDAD DE LA COORDINACIÓN INTERSECTORIAL		
BAJO	MEDIO	ALTO
• Los equipos conocen el SRDM, pero no registran en el sistema. Esto puede ocurrir por distintas situaciones, pero principalmente: no se encuentran capacitados técnicamente para el uso del mismo, o bien no tienen en tiempo necesario para realizar estos registros. • Los equipos del PASMI, adicionalmente, no están internalizados sobre la función que cumple el SRDM en la resolución de alertas, y desconocen su sentido como mecanismos institucionalizados para la activación y gestión de alertas desde una perspectiva intersectorial • Por otra parte, los equipos expresan desconfianza de este medio para la activación y derivación efectiva de los	• Los equipos utilizan el SRDM de manera parcial, y tienden a registrar de manera creciente. En algunos casos, se asigna a un integrante del equipo la tarea de registrar, lo cual obstaculiza una apropiación del sistema por parte del equipo en su conjunto. • Si bien los equipos asumen el registro como una responsabilidad en el marco de su labor profesional, pero no expresan una total confianza en la activación de prestaciones sociales por medio de las alertas en el sistema. Por lo tanto, complementan el uso de la plataforma con otros mecanismos de gestión de casos (como llamados telefónicos u otros). • Los distintos equipos que utilizan el SRDM no han acordado, o bien no se han	• El SRDM se utiliza de manera extendida por los equipos del PASMI. Estos, si bien pueden complementar el registro con otras acciones para acompañar los procesos de derivación, están conformes con el sistema, en relación a su usabilidad y características operativas. • Los equipos se muestran satisfechos con las alertas que el SRDM permite activar. Por el hecho de que el uso del sistema está extendido en los equipos de la red, existe confianza respecto de que el registro de alertas gatillará efectivamente una revisión y resolución por parte de los equipos de la red. • Adicionalmente, se han generado instancias de trabajo sectoriales e intersectoriales que permiten

casos que requieren atención por parte de la red.	socializado criterios comunes que permitan un registro homogéneo y estandarizado al interior de la comuna.	estandarizar criterios para la activación o no activación de alertas, lo cual aumenta a su vez la confianza en el sistema. • Desde la coordinación de ChCC, en tanto, se realizan cuando es necesario instancias de sensibilización sobre el sistema y su sentido, además de procesos de orientación técnica para su uso.

Mecanismos de gestión de la información para la atención en salud mental e intervención psicosocial: otros mecanismos

NIVEL DE INTENSIDAD DE LA COORDINACIÓN INTERSECTORIAL		
BAJO	MEDIO	ALTO
• No existen instancias que permitan intercambiar información entre sectores, además del SRDM, para facilitar la gestión de la información. • La información, de esta manera es sectorial y compartimentalizada. Es decir, si bien pueden existir otros sistemas en el municipio para registrar la información, estos no son conocidos ni su información compartida con los equipos del PASMI.	• Se realizan llamadas telefónicas o correos electrónicos que permiten acompañar los procesos institucionales de gestión de la atención intersectorial. El contacto personal entre los actores de la red permite acompañar el proceso de derivación. • Existe comunicación constante entre los profesionales del PASMI y los distintos actores (sectorialistas), por medio de la coordinación municipal del ChCC. En general, los medios son el	• Adicionalmente al uso de la plataforma, el equipo del PASMI realiza acciones complementarias de derivación a la red comunal para la gestión de prestaciones sociales a las familias de los niños y niñas atendidas por el programa. Así, registran y reportan, principalmente por correo electrónico, otras necesidades de apoyo que presentan los adultos responsables, distintas a las 13 alertas posibles de registrar en el SRDM. • A partir de instancias regulares de coordinación intersectorial, se instala a nivel

	uso de WhatsApp, el teléfono o los correos electrónicos.	comunal un acercamiento entre los equipos. Esto permite complementar los registros que se hacen en el SRDM, además de intercambiar información relevante asociada a casos de atención. • Se realizan comunicaciones directas entre la encargada de ChCC y los sectorialistas y todos los participantes de las redes (incluida el sector salud), ya sea por teléfono o correo electrónico. En este sentido, el rol de la coordinadora para establecer esta red de comunicaciones para la atención es central.

Soporte de la red regional

NIVEL DE INTENSIDAD DE LA COORDINACIÓN INTERSECTORIAL		
BAJO	MEDIO	ALTO
• Los soportes del nivel regional están asociados, principalmente, a procesos de gestión administrativa que permiten la implementación del programa y a la supervisión del cumplimiento de las metas sectoriales. • Si bien se establecen coordinaciones entre los representantes sectoriales del nivel regional, estas no logran promover acciones conjuntas que aseguren la	• Se establecen reuniones bimestrales entre los representantes institucionales del nivel regional. Estas instancias de coordinación se implementan en el marco del Chile Crece Contigo, por lo que, si bien se revisa la situación de varias iniciativas programáticas, es posible realizar un seguimiento compartido tanto a las atenciones de salud mental como a las acciones de los	• A nivel regional, los equipos de la Seremi de Desarrollo Social y Familia, la JUNAEB y el Servicio de Salud se reúnen regularmente, en diversas instancias de trabajo para definir estrategias conjuntas de apoyo a niños, niñas y sus familias. • En ocasiones, en estas instancias también participan otros servicios públicos, particularmente las Seremi de

atención simultánea a las familias de parte de los sectores de salud, protección social y educación. • Entre los representantes institucionales del nivel regional, no se implementan instancias de coordinación formales ni regulares, lo que impide la articulación de directrices comunes hacia los equipos del nivel comunal. • Se han implementado instancias formativas para los equipos del nivel local, pero estas están centradas, usualmente, en el uso del SRDM.	sectores de educación y protección social. • En este espacio, se abordan, especialmente las situaciones de alta complejidad psicosocial y se gestionan apoyos específicos para asegurar respuestas pertinentes a las necesidades identificadas en los niños, niñas y sus familias. • Los soportes del nivel regional han fortalecido la coordinación intersectorial, especialmente a través de la reciente definición del modelo de derivación y seguimiento, que ha permitido que los equipos del nivel comunal determinen un sistema de trabajo coordinado en la atención a niños, niñas y sus familias. • Por último, hay una demanda transversal por aumentar el conocimiento sobre intersectorialidad a través de capacitaciones a los equipos de salud, educación y protección social.	Salud y Educación con los que se establecen acuerdos operativos específicos para la atención de sus equipos de intervención en el marco del PASMI. • En las instancias de encuentro se revisan tanto aspectos administrativos como técnicos, así como los apoyos que se requieren en el nivel comunal para favorecer una atención oportuna a los niños, niñas y sus familias. • Además, monitorean conjuntamente el porcentaje de resolución de alertas de cada comuna y luego envían la información a cada municipalidad para un seguimiento conjunto.

c. Participación de niños, niñas y adultos responsables de su cuidado

Participación de niños, niñas y adultos responsables de su cuidado

NIVEL DE INTENSIDAD DE LA COORDINACIÓN INTERSECTORIAL		
BAJO	MEDIO	ALTO
• Las familias tienen poca claridad respecto del proceso de atención. • No conocen con claridad el diagnóstico, ya sea porque no se les ha informado a tiempo, o bien no ha sido comunicado con la necesaria claridad y detención. • Las familias no participan en el ciclo de intervención, y tampoco reciben orientaciones una vez que el proceso ha finalizado.	• Entendiendo la importancia de la adherencia de las familias al programa, los equipos generan instancias para que estas se encuentren informadas sobre los beneficios del PASMI. Para esto, se realizan actividades como talleres parentales para la concientización de la importancia de la salud mental. Estas instancias, sin embargo, no son regulares. • Se establecen las comunicaciones necesarias vía telefónica o presencial para que las familias estén interiorizadas respecto del proceso de atención en salud mental. Así, las familias se encuentran informadas respecto del diagnóstico, de los progresos, de la etapa en la que se encuentra dentro del ciclo de atención, entre otros aspectos centrales. Esto contribuye al fortalecimiento del vínculo entre familias y equipos, y permite mayor adherencia.	• Existe en los equipos la comprensión de que para una intervención en salud mental es clave el trabajo con los padres, madres y cuidadores. Existe una visión compartida sobre la importancia de que las familias accedan a servicios sociales para que cuenten con condiciones que favorezcan el bienestar general del grupo familiar. • Los adultos participan activamente en los controles de niños y niñas, así como en los talleres a los que se les convoca como parte del tratamiento de salud mental. Se destinan espacios durante el control o bien horas de atención exclusivas para el trabajo con el adulto responsable. • Los integrantes del equipo del PASMI logran hacer un trabajo mancomunado con las familias y se integran estas al accionar del programa. Se dan actividades para trabajar en los hogares, se les

	• Las familias no comprenden necesariamente que el programa de atención a la salud mental de sus niños puede involucrar una serie de otras prestaciones, en el marco de una aproximación socio comunitaria integral que involucra también a la familia.	comunica el diagnóstico de manera clara, y se ofrece acompañamiento durante el ciclo de tratamiento. • Los cuidadores se encuentran permanentemente bien informados, además de satisfechos con la información recibida. La información que ellos proveen es considerada por los equipos para el ciclo de tratamiento.

Anexo 7. Marco conceptual

Determinantes sociales de la salud

El modelo de intervención del Programa de Apoyo a la Salud Mental (PASMI) asume la importancia de las condicionantes sociales y psicológicas en el estado de salud de los niños, niñas y sus familias, y no remite su campo de acción a la provisión de servicios de apoyo a la salud mental de manera directa. En este sentido, y si bien no hace referencia de manera explícita en sus orientaciones técnicas a las determinantes sociales de la salud, sí reconoce estas determinantes de manera implícita.

Como determinantes sociales de la salud se entienden "las características específicas y las vías mediante las cuales las condiciones sociales afectan a la salud de las personas" (Krieger 2022, en Vidal y otros, p. 63). Es decir, se trata de medios o disposiciones sociales de distinto tipo que pueden conducir hacia un estado saludable, en términos físicos como mentales; con lo cual se supera la visión de la salud como una tarea meramente individual de cuidado personal del cuerpo y la mente. En efecto, la noción de determinantes sociales de la salud gráfica una visión de la salud moderna al expresar el tránsito (que, en realidad, fue propuesto hace ya décadas) desde una visión basada en la ausencia de afecciones o enfermedades, a "un estado completo de bienestar físico, mental y social" (Organización Mundial de la Salud, en Ministerio de Salud 2017, p. 29).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, algunos de estos determinantes son: la distribución del poder y la disponibilidad del mismo, los bienes y servicios a los que accede la persona, la posibilidad de atenderse en servicios de salud, la educación, las condiciones de trabajo, la disponibilidad de tiempo para el ocio, el entorno físico y la vivienda (Organización Mundial de la Salud 2009).

Bajo estas consideraciones, el Ministerio de Salud de Chile asume, por su parte, los determinantes sociales de la salud, y los entiende, en línea con la definición de la OMS, como "las condiciones sociales en que las personas viven y trabajan, que impactan sobre la salud" (Ministerio de Salud, sin fecha), reconociendo de esta manera que estos elementos de contexto social tienen consecuencias para la salud, de manera que se deben contemplar definiciones de política pública que afecten estos aspectos contextuales, con el horizonte de una mejora en la salud de las personas.

Tomar en cuenta esta concepción implica ciertos desafíos a nivel de políticas sociales. Particularmente, considerar la incorporación en el diseño de sistemas de política social más amplios, que incidan desde diferentes perspectivas en el desarrollo de la salud de las personas. En materia de políticas públicas de salud, además, deben considerarse estas determinantes de manera diferenciada según distintos grupos poblacionales. En particular, en el caso de los niños y niñas, deben hacerse consideraciones específicas que puedan afectar su salud, por ejemplo, variables asociadas al sistema educativo, a factores asociados al trabajo de sus madres y padres, a la infraestructura comunitaria (espacios comunes, plazas, u otros), etc.

Modelo ecológico

El modelo ecológico, en su formulación más general, sostiene que el desarrollo de una persona no depende exclusivamente de sus características individuales, físicas o psicológicas, sino también de su interacción con distintos sistemas, esferas o dominios de su entorno social y cultural. En este sentido, expresa una vinculación evidente con la visión de los determinantes sociales de la salud.

De acuerdo al modelo ecológico, el individuo se encuentra en constante intercambio y afectación cruzada con el ambiente externo (Viscarret 2007). Bronfrenbrenner, impulsor de la teoría ecológica explica en términos generales el enfoque:

> En el centro mismo de una orientación ecológica (…) está la preocupación por una acomodación progresiva entre un organismo humano en desarrollo y su ambiente inmediato, y la manera en que esta relación se produce por medio de las fuerzas que emanan de regiones más remotas en el medio físico y social más grande. La ecología del desarrollo humano se halla en el punto de convergencia entre las ciencias biológicas, psicológicas y sociales, que influyen sobre la evolución del individuo en la sociedad. (Bronfenbrenner 2002, p. 32)

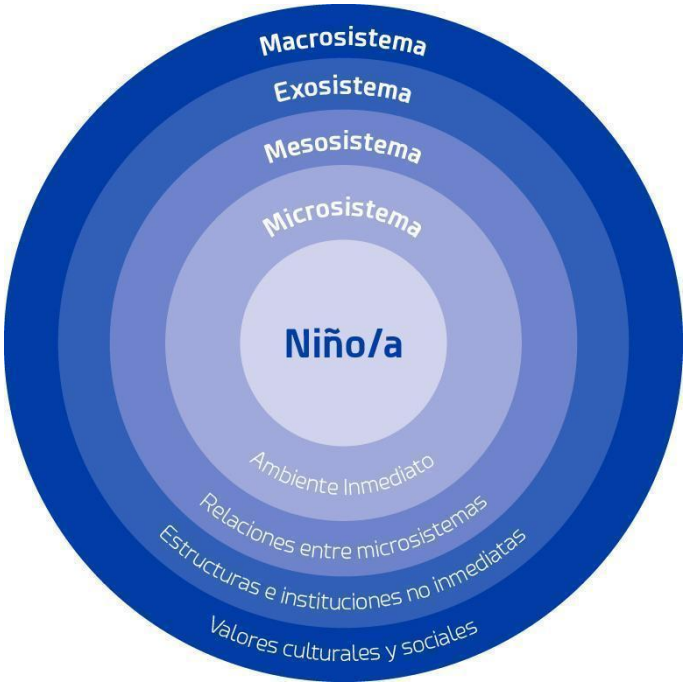
Para dar orden y estructura a la multiplicidad de factores que inciden en el desarrollo de la persona, se consideran en la teoría ecológica diversos ambientes o sistemas que se superponen y afectan entre sí, estando circunscritos unos dentro de otros. A continuación, se ofrece una definición de cada uno de estos ámbitos.

- Microsistema. El microsistema corresponde al contexto social más directo, cercano y cotidiano en el que se desenvuelve el niño o niña, y donde participa activamente. La familia (cuidadores, madres, padres), los amigos, los servicios de salud en los cuales se atiende, así como la escuela a la que asiste y los docentes con quienes se relaciona, representan microsistemas para el niño o niña. De este modo, lo que ocurra en estos espacios con estos individuos y le afectan directamente, son elementos relevantes del microsistema del niño o niña.
- Mesosistema. El mesosistema corresponde a las dinámicas comunicativas e interaccionales entre dos o más actores o instituciones del microsistema, en donde se incluyen los procesos de comunicación y retroalimentación entre estos. Por ejemplo, la relación entre la familia del niño o niña y los docentes o equipos de convivencia del colegio, o la relación entre el centro de salud en que se atiende el niño o niña y su escuela.
- Exosistema. El exosistema está conformado por grupos humanos (redes de apoyo familiares o barriales) e instituciones locales (laborales, sociales, comunitarias, de salud), en donde el niño o niña no participa activa ni directamente pero que sin embargo influyen en su desarrollo y bienestar. Dichas instituciones y grupos hacen de contexto o soporte basal para la satisfacción de necesidades tanto materiales como socioemocionales de niños y niñas.
- Macrosistema. El macrosistema constituye el último de los entornos sociales de influencia en los niños y niñas. Este espacio está compuesto por la estructura socio económica y política, los patrones culturales, creencias e ideologías propias del territorio en que habitan, entre otros. El

macrosistema, si bien parece abstracto y amplio, tiene influencias importantes en la forma en cómo se desarrollan las relaciones desde el micro hasta el exosistema.

La siguiente figura muestra figurativamente la relación de inclusión de los sistemas más concretos (representados más pequeños) en los sistemas más abstractos y extensivos, donde, en este caso, en el centro se encuentra el niño, representando al ontosistema.

Diagrama N° 1: Representación básica del enfoque ecológico



Fuente: elaboración propia en base a Bronfenbrenner 2002.

Una de las claves del modelo es que cada uno de estos sistemas no opera de forma independiente, sino que se afectan unos a otros. Solo aceptando este supuesto cobra sentido la consideración del enfoque ecológico: "no solo intervienen múltiples factores y niveles, sino que además hay una retroalimentación o circularidad entre ellos, de manera que se condicionan recíprocamente, pero de manera compleja" (Peroni y otros 2005, p. 24).

Así, las experiencias que una persona tenga en uno de los dominios afectan y son afectadas por el resto de los dominios, generándose una relación de interdependencia entre ellos. Por lo tanto, las intervenciones sociales que se ajusten a este enfoque deben proponer una acción coordinada, que tome en cuenta los distintos ambientes en los que se desenvuelve la persona, incluso en los casos en que se diagnostique un problema en un ámbito particular.

De esta manera, atendiendo al hecho de que el modelo ecológico considera tanto al individuo como a su ambiente, las intervenciones sociales que asumen este enfoque tratan con un objetivo doble y simultáneo: "por un lado, conseguir liberar las capacidades de adaptación de las personas y, por otro

lado, y al mismo tiempo, mejorar e impulsar sus entornos" (Viscarret 2007, p. 339). En definitiva, si bien las intervenciones sociales suelen definir un sistema específico como foco de la intervención (el individuo, la familia, el barrio u otro), el enfoque ecológico demanda estrategias que consideren a otros sistemas que afecten al sistema directamente intervenido.

Como puede observarse, existe una vinculación evidente entre la aproximación ecológica y la relativa a los determinantes sociales de la salud, en el sentido de que ambas comprenden que el bienestar del individuo, y su salud, en particular, es el resultado de una red compleja de factores que interactúan entre sí, incluidos los factores biológicos, ambientales, sociales y económicos.

Intersectorialidad

La noción más básica de la intersectorialidad, en el ámbito público, alude a la relación entre diversos sectores gubernamentales para abordar un mismo problema mediante la provisión de un servicio en conjunto. En este caso, la concurrencia de los distintos sectores se justifica en que se trata de un problema multicausal, con lo cual un abordaje integral, es decir, un abordaje que implica la concurrencia de distintos servicios y distintas disciplinas y especialidades resulta pertinente (Cunill-Grau, 2014).

Las *Orientaciones Técnicas para la Gestión de Redes Chile Crece Contigo*, por su parte, aluden a una definición de intersectorialidad con algunas variaciones, también provista por Cunill, que la vincula con "la acción conjunta de diversos sectores públicos y/o privados, en miras a la solución o respuesta integral de diversas problemáticas de carácter social" (Cunill, 2005, en Chile Crece Contigo, 2017, p. 19).

Como se puede ver a partir de la definición anterior, la intersectorialidad como aproximación de la gestión de una determinada situación no es exclusiva del ámbito público, y puede darse también en el privado; sin embargo, existe una diferencia fundamental: la intersectorialidad en el ámbito privado implica la conjunción de grupos distintos para proveer un servicio, pero no necesariamente se está respondiendo a un problema, lo cual sí es un elemento distintivo de la intersectorialidad en el sector público (Cunill-Grau, 2014). Al existir un problema público multicausal a la base en el ámbito público, la concurrencia de sectores distintos se observa, de esta manera, como *necesaria* para poder abordar eficazmente el problema diagnosticado. Aquí, la complejidad y multicausalidad de los problemas, requiere soluciones integrales. Las soluciones integrales, a su vez, requieren ser abordadas intersectorialmente.

En virtud de lo anterior, es decir, de la necesidad de establecer un trabajo entre distintos actores, la intersectorialidad usualmente se enfrenta al desafío de gestionar eventuales disputas de espacios de poder, sectoriales o departamentales, y posibles desconfianzas por parte actores incumbentes. Este riesgo se puede expresar en una implementación desintegrada, donde coexisten "compartimentos aislados que no interactúan entre sí, que buscan defender su territorio a como dé lugar, que buscan diferenciarse para poder desmarcarse" (Waissbluth y Larraín, 2009, p. 544). Lo anterior podría implicar reducir el trabajo conjunto de las reparticiones a las cuestiones tecnocráticas y

administrativas mínimas, sin orientarlas a alcanzar el objetivo común de mejorar el ciclo de gestión del sector público.

Esta situación ha de ser superada por acciones propiamente intersectoriales, o mediante una intersectorialidad con la suficiente intensidad como para dar cuenta del problema al origen, de manera de que se pueda generar valor público, se apliquen procesos de toma de decisión oportunos, y existan mecanismos de control institucional y de aprendizaje entre las instituciones. En este sentido, una estrategia intersectorial debe esforzarse en generar y socializar objetivos comunes, indicando en qué ámbitos relativos a estos objetivos cada uno de los sectores debe cumplir un rol particular. Esta orientación a un objetivo común y reconocible por los sectores, pero diferenciando la contribución de cada uno, permite que un modelo de gestión intersectorial tenga mayores posibilidades de éxito.

A continuación, se presentan distintos elementos que permiten adentrarse en una definición más acabada de la intersectorialidad y, paralelamente, ir proyectando cómo se pueden establecer niveles que permitan elaborar una gradualidad de la intersectorialidad en relación a su nivel de intensidad.

Niveles de intensidad en el trabajo intersectorial

La noción de intersectorialidad, en general, es abordada por distintos documentos teóricos o académicos mediante la exposición de distintos niveles o grados, que describen la intensidad del trabajo intersectorial. Así, diferentes referentes bibliográficos proponen escalas, niveles, grados, o simplemente distinciones que permiten visualizar cómo se puede fortalecer el trabajo intersectorial en la provisión de servicios públicos.

Si bien las *Orientaciones Técnicas para la Gestión de Redes Chile Crece Contigo* (2017) ya expresan una serie de niveles propuesta por Horwath y Morrison (que se expone también en esta sección), otros documentos son de utilidad para complementar los niveles que allí se presentan. Se trata de elementos conceptuales que serán utilizados en el análisis de conclusiones del estudio, para determinar el nivel de intensidad de la coordinación intersectorial del PASMI, identificando facilitadores y obstaculizadores de la intersectorialidad según nudos críticos.

Mancomunidad e inclusividad

Existen distintas aproximaciones conceptuales que permiten establecer una cierta graduación para estimar el nivel de la intersectorialidad. En primer lugar, en la intersectorialidad de alta intensidad se pueden distinguir dos ámbitos concurrentes relacionados, pero diferentes entre sí: (1) la inclusividad de diversos sectores en el ciclo de políticas y (2) la mancomunidad entre los sectores involucrados (Cunill-Grau y otros, 2013).

Inclusividad

La inclusividad se refiere al trabajo conjunto de los sectores involucrados en el ciclo de una política o programa, desde el diseño hasta la evaluación del mismo. En este sentido, la planificación, la

determinación del presupuesto, la implementación, el monitoreo y la evaluación de una política se realizan intersectorialmente, y no de manera aislada.

Mancomunidad

En tanto, la mancomunidad en esta concepción se refiere a la posibilidad de que los sectores puedan, en el proceso de implementación, compartir recursos, responsabilidades, sistemas de información y acciones, entre otras variables. La mancomunidad se expresa con claridad en el uso de sistemas integrados de información entre los equipos de distintos sectores. Como se señaló, lo esperable, teniendo en consideración una intersectorialidad de carácter integral, es que concurran ambos elementos.

Niveles de relación entre los sectores

Por su parte, la Flacso (en Organización Mundial de la Salud, 2017) propone cuatro niveles de relación entre sectores que pueden caracterizar el de desarrollo del trabajo intersectorial, que van desde menor desarrollo a mayor desarrollo:

Información

Se trata del primer nivel de intersectorialidad, y considera la elaboración de un lenguaje común que permita el diálogo; el entendimiento entre los sectores respecto de sus respectivos trabajos; y la identificación de aspectos comunes para el trabajo conjunto.

Cooperación

La cooperación, en tanto segundo nivel, se da para lograr mayor eficiencia en las acciones de cada sector. En este nivel, inicialmente la cooperación puede ser incidental, casual o reactiva, aunque en estadios más avanzados puede basarse en un diseño estratégico. La cooperación, de acuerdo al documento señalado, se da generalmente en la etapa de implementación de políticas o programas, y no en la etapa de diseño o formulación.

Coordinación

La coordinación considera el ajuste de las acciones o programas de cada sector interviniente, para una mayor eficiencia y eficacia del servicio provisto. Generalmente, además, implica un estilo de trabajo horizontal, que se concreta mediante instancias formales de trabajo y fuentes de financiamiento compartidas. El trabajo horizontal implica que, en el proceso, se asumen los problemas del resto de los actores como problemas comunes. También, los planes y presupuestos de los sectores de reconsideran en función del trabajo conjunto.

Integración

La integración representa el nivel superior del trabajo intersectorial de acuerdo a esta escala. Conlleva la definición a nivel de diseño de políticas o programas, de manera conjunta, entre distintos sectores. Este diseño conjunto se proyecta a la implementación de la política, realizada también de manera conjunta. También, se contempla el financiamiento de la iniciativa por parte de los distintos sectores, en función a un objetivo común, también compartido.

Integración de los sectores

Por otra parte, Winkworth y White (2011, en Cunill-Grau, Repetto y Bronzo, 2015) subrayan algunas de las principales diferencias entre el trabajo en red, la coordinación y la integración, como estadio mayor de intersectorialidad, que complementan lo expuesto hasta aquí.

Trabajo en red

En un estadio de menor intensidad de la intersectorialidad, está el trabajo en red, donde la relación entre los actores es de carácter individual, y realizan colaboraciones específicas de manera de apoyarse en la comprensión de los sistemas. Permiten una base para avanzar en la construcción de confianzas en vistas de asociaciones más complejas.

Coordinación e integración

Niveles de mayor intensidad en la intersectorialidad son la coordinación y la integración. Si bien la integración requiere de coordinación, esta no es suficiente, en primer lugar, por la necesaria intensidad de la relación entre los sectores, y, en segundo lugar, porque la integración implica acuerdos formales respecto de objetivos y metas compartidos, la existencia de legislación que facilita la asociación, el financiamiento compartido, y la configuración de sistemas de gestión, e información unificados.

Grados de intensidad

Corbett y Noyes (2008, también en Cunill- Grau, Repetto y Bronzo, 2015), presentan una escala de intensidad en el trabajo intersectorial que consta de seis niveles. Se trata de una aproximación más detallada que las propuestas anteriores, pero comparte con ellas algunos conceptos. Se presentan los estadios de menor a mayor intensidad.

Comunicación

En este primer nivel los equipos de los distintos sectores sostienen conversaciones abiertas, claras y desprejuiciadas. Estas instancias se dan en el marco de una construcción de confianza en la relación, y pueden ser formales, mediante procedimientos establecidos y reuniones periódicas, o bien mediante intermediaciones informales.

Cooperación

En el marco de la cooperación se revisan y aprueban planes de trabajo por grupos de trabajo o comités intersectoriales, también se da una revisión y monitoreo de los casos de manera cooperativa, se apoya el trabajo de otros sectores compartiendo información, e incluso se prestan apoyos para cumplir con objetivos de otras reparticiones en el marco del servicio. Se generan comparten y se generan consensos en torno a de buenas prácticas en la provisión de servicios.

Coordinación

En el nivel de la coordinación, se realizan acuerdos interinstitucionales para coordinar actividades conjuntas. También, las comunicaciones son intensivas y de mayor alcance. Se realizan acciones de planificación conjunta, para lo cual se requiere la coordinación de agendas, de actividades, de metas, de objetivos; y una declaración conjunta de la misión y principios, de manera de proyectar la planificación con un marco común. También se realizan capacitaciones conjuntas; se definen procedimientos contractuales para resolver disputas entre sectores, y se logran estándares compartidos en la elegibilidad de las personas que ingresan a trabajar al sistema.

Colaboración

La colaboración implica la renuncia voluntaria de equipos a espacios de autonomía, en pos de objetivos comunes en el marco de la implementación del servicio. Esto implica cambios y ajustes en el funcionamiento interno de la repartición en pos de objetivos ahora comunes con otros servicios, estándares compartidos de evaluación de los equipos y la generación de formularios, protocolos y procesos compartidos (únicos para todos los servicios).

Convergencia

En el nivel de la convergencia, se abre la posibilidad a una reestructuración de los servicios en función de las instancias previas de colaboración, existen disposiciones contractuales para reasignar fondos, los recursos son compartidos, y, se señala, se identifica un servicio rector.

Consolidación

Finalmente, en el nivel de consolidación se logra la estabilidad y la armonización en el comportamiento de los distintos sectores o grupos en función de los niveles anteriores. En particular, se logra la estabilidad en la colaboración para la implementación de políticas, presupuestos, operaciones, etc., se acepta la pérdida de autonomía en función de identidad común, se consolidan planes y presupuestos multisectoriales y multidisciplinarios, se logra por parte de los equipos la provisión continua los servicios en base a la intersectorialidad, la planificación de los sectores se fusiona, y se comparten recursos y personas de manera estable.

Considerando las distintas propuestas conceptuales de intensidad del trabajo intersectorial, en el marco de la evaluación de la coordinación intersectorial del PASMI, es posible sintetizar las nociones anteriores en 3 niveles de intensidad:

-Nivel 1: Nivel bajo de coordinación intersectorial. Apunta más bien a un trabajo de comunicación entre sectores e instituciones, donde se comparte algún tipo de información, pero donde no existen actividades sistemáticas de comunicación ni un trabajo conjunto.

-Nivel 2: Nivel medio de coordinación intersectorialidad. Incluye aspectos de cooperación interinstitucional, pero que responden a iniciativas de carácter individual. Hay una mayor eficiencia en las acciones de cada sector en razón de estos apoyos y un desarrollo preliminar del sistema unificado de comunicación e información.

-Nivel 3: Nivel alto de coordinación intersectorial. Implica no solo la coordinación, sino que la integración, que incluye: el desarrollo de acuerdos interinstitucionales para coordinar actividades conjuntas; la utilización de sistemas de gestión, e información unificados; comunicaciones intensivas y de mayor alcance; la realización de acciones de planificación conjunta, para lo cual se requiere la coordinación de agendas, de actividades, de metas, así como de objetivos.

Anexo 8. Términos de referencia de la Evaluación

TERMINOS DE REFERENCIA

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
Oficina para Chile
Av. Vitacura 2969, Piso 5, Las Condes
Santiago, Chile

Teléfono: 56 – 2 – 422 88 00
Fax: 56 – 2 – 422 88 88
www.UNICEF.org

EL FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA (UNICEF)

Desea invitarlo a participar

TÍTULO	Evaluación de la implementación y coordinación intersectorial del Programa de apoyo a la salud mental infantil de niños y niñas (PASMI) del Subsistema Chile Crece Contigo
CLE#	CLE#203/2022
FECHA DE CIERRE PUBLICACIÓN	5/12/2022
DURACIÓN DEL CONTRATO	3 meses

IMPORTANTE – INFORMACIÓN ESENCIAL

- ✓ Las ofertas deberán ser enviadas por correo electrónico a: chilereclutamiento@unicef.org
- ✓ Las propuestas serán declaradas como **no válidas** si éstas son recibidas **después de la fecha y la hora estipulada**.
- ✓ **Esta convocatoria está abierta para que se presente una institución.**
- ✓ Toda solicitud de cualquier información adicional deberá ser dirigida por escrito a chilereclutamiento@unicef.org y de acuerdo a lo señalado más adelante.
- ✓ Debido al alto volumen de comunicaciones, UNICEF no emitirá confirmación en cuanto a la recepción de sus propuestas.
- ✓ Es importante que lea todas las disposiciones de este documento, para asegurarse de comprender los requerimientos de UNICEF y así poder presentar una propuesta de acuerdo con dichos lineamientos. Por favor tome nota que si la propuesta no cumple con los requerimientos mencionados es posible que quede anulada.

LISTA DE ANEXOS ADMINISTRATIVOS

Anexo A – Condiciones Generales para los Servicios Institucionales

ANTECEDENTES

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF, tiene como mandato colaborar con los gobiernos y organismos de la sociedad civil para que los derechos de los niños, niñas y adolescentes que viven en el país, sean respetados, protegidos y realizados, tal como lo establece la Convención sobre los Derechos de los Niños (CDN), que fue ratificada por Chile en 1990.

Para llevar adelante esta colaboración, UNICEF y el Gobierno de Chile suscribieron un Programa de Cooperación cuyo objetivo es "apoyar los esfuerzos de Chile hacia la realización permanente de los derechos del niño en el país y promover el bienestar de estos más allá de este marco".

El Subsistema de Protección Integral de la Primera infancia, Chile Crece Contigo (ChCC), nace el año 2009 bajo la Ley 20.379 que crea el Sistema Intersectorial de Protección Social. Esta política, desde un enfoque de derechos humanos y de derechos de la niñez, tiene como objetivo desarrollar un acompañamiento personalizado intersectorial, de expresión local, a la trayectoria del desarrollo de niños y niñas, promoviendo el desarrollo integral desde la gestación hasta los nueve años de edad.

UNICEF Chile ha promovido la instalación de políticas de primera infancia desde antes de la creación del ChCC, siendo un socio estratégico en la abogacía, diseño, implementación y evaluación de ésta, aportando con 44 documentos de distinta naturaleza, desde el 2005 al 2017. En su actual programa de cooperación con el gobierno establece como resultado esperado que para el 2022 los niños y niñas, especialmente los más desfavorecidos, se puedan beneficiar de: Políticas y programas coordinados que fomenten el acceso a servicios sociales integrados, y de que niños, niñas y familias se beneficien de servicios y programas de apoyo a la crianza y como parte de servicios integrales de Desarrollo Infantil Temprano local.

El año 2020 el Ministerio de Desarrollo Social y Familia solicitó la realización de una Evaluación a la política a un Panel de Expertos el cual presenta un Revisión y Recomendaciones de Mejoras Estratégicos-Programáticas al ChCC. Este Informe tuvo por objetivo generar recomendaciones de acuerdo con los principales nudos críticos analizados. Los nudos fueron agrupados en 5 dimensiones:

I. Marco jurídico
II. Gobernanza y Coordinación
III. Oferta Programática
IV. Gestión presupuestaria
V. Sistema de información e indicadores

Respecto a los nudos identificados en gobernanza y coordinación, el informe presenta que existe un importante debilitamiento en la función de coordinación intersectorial, principalmente debido a la precariedad de condiciones de los equipos ejecutores de las prestaciones ChCC y a la ausencia de un sistema de aseguramiento de calidad de las prestaciones de ChCC.

Sobre a las brechas y nudos en la Oferta Programática el informe señala que: no se identifica una estrategia que oriente la implementación de Prestaciones Universales; el enfoque del Programa Eje (Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial) sigue teniendo un enfoque contextual, positivista (visión positiva de la salud y la salud mental) y más biomédico que psicosocial; el enfoque promocional es de carácter individual y solo está presente en el grupo de 0-4

años, y no existe un programa eje efectivo para el grupo de 5-9 años. Respecto a las prestaciones para niños y niñas de 5 a 9 años: las prestaciones garantizadas son difíciles de analizar ya que no se cuenta con registros individualizados acerca de ellas; sobre las prestaciones preferentes no se dispone de un registro actualizado que dé cuenta de las necesidades y cobertura alcanzada, y que permita establecer con claridad si las estrategias focalizadas cumplen con su objetivo; hay una evidente desconexión entre los sectores educación y salud que dificulta la implementación de la oferta en este grupo etario.

Reconociendo las brechas presentadas en el informe, se debe revisar la articulación efectiva entre Educación y Salud en función de que se pueda establecer las mejores condiciones posibles para que todo niño y niña alcance su máximo desarrollo deseado, teniendo en cuenta el contexto actual que vive el país y el mundo. Esto significa abrirse a la formulación de nuevos programas que den respuesta a problemáticas que ha traído la pandemia y la inestabilidad político-social que ha afectado particularmente a grupos más vulnerables y vulnerados históricamente como son migrantes, indígenas, familias en situación de pobreza, entre otras. Los procesos de revisión y mejora de la oferta programática deben ser realizados desde la mejor evidencia existente.

El presente estudio pretende evaluar el estado actual y los espacios de mejora de la coordinación intersectorial de la oferta programática en el grupo de 5 a 9 años, Programa de apoyo a la salud mental infantil de niños y niñas (PASMI; Orientación técnica Programa de apoyo a la salud mental infantil de niños y niñas de 5 a 9 años Gestión intersectorial y prestaciones (crececontigo.gob.cl)), visibilizando las oportunidades existentes tanto en los nudos identificados, como en la experiencia internacional analizada de estrategias efectivas en la instalación de un sistema de protección integral de los derechos de la niñez y adolescencia.

OBJETIVO DE LA EVALUACIÓN

Objetivo general

Evaluar el estado actual de la implementación y espacios de mejora del Programa de apoyo a la salud mental infantil de niños y niñas (PASMI) en función de la coordinación intersectorial, mediante la evaluación de nudos críticos detectados por prestadores, intersector y familias usuarias, y la revisión de la experiencia internacional comparada, para generar recomendaciones a partir de ellas.

Objetivos específicos

- Evaluar el estado actual de implementación y coordinación intersectorial en torno a necesidades de salud mental infantil entre Salud, Educación y Protección Social para PASMI en nueve comunas de distintas regiones de Chile que cuenten con el programa.
- Identificar los espacios de mejora de la implementación, coordinación y resultados del programa en las nueve comunas evaluadas.
- Revisar experiencias internacionales exitosas sobre la implementación de sistemas de protección integral de derechos considerando salud mental en población de primera infancia, con especial atención a los programas que articulan salud, educación y protección social.
- Generar recomendaciones para la mejora de la implementación y coordinación del programa.

ALCANCE DE LA EVALUACIÓN

- **Alcance temático**: La evaluación se centrará en estado actual de la implementación y los espacios de mejora del Programa de apoyo a la salud mental infantil de niños y niñas (PASMI), considerando la coordinación intersectorial, análisis de nudos críticos detectados por prestadores, intersector y familias usuarias y la revisión de la experiencia internacional comparada.

- **Alcance temporal**: La evaluación cubrirá el periodo desde el inicio de la implementación del programa en cada comuna hasta el momento de la evaluación. Sin embargo, el análisis en profundidad debe centrarse en el plazo más reciente, a partir del año 2022.

- **Alcance geográfico**: El alcance geográfico es nacional para el análisis de información administrativa de PASMI, y focalizado en 9 comunas para efectos de un análisis de casos mediante estrategias cualitativas.

CRITERIOS Y PREGUNTAS DE LA EVALUACIÓN

Criterios	Preguntas de Evaluación
Pertinencia	¿El programa responde a la necesidad identificada, por los sectores de Educación, Salud y Protección Social, en materia de salud mental para este grupo etario?
Coherencia	¿En qué medida la existencia del PASMI mejora la coordinación comunal en torno a casos identificados y tratados, considerando derivación y seguimiento, por el programa?
	¿La manera en que se implementa el programa en la comuna es coherente con las necesidades de las familias usuarias?
	¿Las comunidades educativas de las comunas que cuentan con PASMI han notado una mejora en la respuesta del sector salud frente a sus demandas en materias de salud mental?
	¿Existen nudos críticos en la derivación, entrega de servicios previstos y retroalimentación en los sectores de Educación y Salud en el marco de este programa?
Eficacia	¿Las familias usuarias del programa perciben resultados positivos en la respuesta del sector salud frente a las necesidades en materia de salud mental en niños(as)?
Sostenibilidad	¿Qué condiciones se han creado o están presentes para asegurar la sostenibilidad de los resultados de la intervención en términos de gestión de la intersectorialidad de la implementación del programa. En este punto del programa, ¿se identifican oportunidades para extender el alcance y/o cobertura de las estrategias a nuevos grupos o áreas geográficas?
Derechos Humanos, Género	¿En qué medida PASMI incorporó en su implementación los enfoques de derechos de la niñez, equidad, no discriminación, derechos humanos e igualdad de género?

Se espera que las preguntas de evaluación se perfeccionen aún más durante la fase inicial de la evaluación. Para esto, el equipo de evaluación elaborará una matriz de evaluación donde se explicará cómo se responderá a cada pregunta de la evaluación, a través de qué indicadores, métodos, criterios de juicio, medios de verificación y qué fuentes. Esta matriz servirá como marco de orientación para garantizar la coherencia de la recopilación de datos, facilitar su triangulación y análisis sistemático. Esto debería permitir al equipo desarrollar vínculos lógicos y explícitos entre las fuentes de datos, los métodos de recopilación de datos y los métodos de análisis.

ENFOQUE METODOLOGICO

La metodología debe basarse en las normas y estándares de las Naciones Unidas,[1] como la orientación sobre la integración de los derechos humanos y el género en la evaluación.[2] La evaluación tendrá un carácter externo e independiente y será llevada a cabo de una manera objetiva, imparcial, abierta y participativa, con base en evidencia verificada empíricamente que sea válida y confiable.

El equipo evaluador deberá desarrollar una estrategia metodológica adecuada para adaptarse a la naturaleza de esta evaluación, e incluir detalles del diseño de la evaluación, enfoques a adoptar, métodos de recopilación, estrategias muestrales y análisis de datos; y un marco de evaluación. La propuesta debe proponer una metodología concreta para responder a las preguntas de evaluación, demostrando una buena comprensión de las preguntas y articulando suposiciones detrás de la metodología propuesta. La propuesta debe explicar como el equipo propone formar juicios evaluativos a través del análisis de los datos para responder a las preguntas.

En relación a las metodologías específicas para abordar los objetivos, criterios y preguntas de evaluación, la institución tiene libertad para desarrollar su propuestas, respecto a lo que se sugiere la utilización de métodos mixtos, considerando revisión sistemática de literatura, métodos cuantitativos para la revisión de antecedentes administrativos y estadísticas relevantes de la ejecución del programa, y métodos cualitativos para la recolección y análisis de información con actores clave y a nivel territorial.

Se establecen como mínimos a considerar en relación con la evaluación de la política pública:

1. Programación y gobernanza

- Descripción de la Oferta programática existente, temporalidad y avances en instalación, con los resultados evaluados ya existentes.
- Evaluación de proceso que busque responder si los programas de 5 a 9 años han sido dirigidos y administrados para alcanzar las metas establecidas y para beneficiar a la población meta.
- Evaluación de proceso que busque responder si los procedimientos utilizados en la implementación se derivaron de acuerdo con planeamiento original del programa.
- Evaluación de resultados en la que se busque identificar los resultados alcanzados atribuibles al programa o a los programas de estudio. Es conveniente además identificar los factores que condicionaron el logro de los resultados.

2. Coordinación, implementación y monitoreo

- Evaluar la posibilidad de realizar una evaluación sumativa la que comprenda dos categorizaciones: la evaluación de cumplimiento y la evaluación de impacto del programa.
    - La evaluación de cumplimiento busca contestar la interrogante "*Qué estamos haciendo y cuán bien lo*

[1] Normas y Estándares para evaluación, UNEG, 2016: http://www.uneval.org/document/detail/1914.
[2] Integración de los Derechos Humanos y la Igualdad de Género en la Evaluación, UNEG 2014: http://www.uneval.org/document/detail/1616.

estamos haciendo" en base a los indicadores de cumplimiento establecidos por el programa.
    - Las evaluaciones de impacto reconocen la necesidad de identificar y manejar empíricamente los factores económicos, ambientales, sociológicos y psicológicos que afectan el impacto del programa.
- Evaluación del monitoreo efectivo tanto de trayectorias individuales, como de cumplimiento de los objetivos colectivos de los programas en evaluación.

3. Experiencia internacional comparada
- Descripción de la Programas implementados en otros países de condiciones similares a las de Chile, y que demuestren resultados y/o impactos positivos que guarden relación con los objetivos del Chile Crece Contigo.
- Descripción de implementación de sistemas de protección integrales de derechos de la niñez y adolescencia en países del mundo, que aborden el reconocimiento, protección y restauración de derechos en el grupo de escolares, con énfasis en salud y educación.

Finalmente, el diseño general de la evaluación debe aplicar los principios de utilidad y triangulación sistemático de datos, para asegurar respectivamente el uso y la credibilidad/validez de los hallazgos. La propuesta debe explicar como el equipo de evaluación propone aplicar estos principios en la implementación de esta evaluación.

RECOGIDA DE DATOS E INFORMACIÓN DISPONIBLE

La institución desarrollará una propuesta metodológica detallada que incluya los métodos de recopilación de datos, que comprenderá instrumentos de recopilación de datos primarios y secundarios. Los métodos de recopilación de datos primarios incluirán, entre otros, entrevistas con las principales partes interesadas, equipos de coordinación central y en terreno del programa, así como entrevistas a población sujeto de derechos de la intervención, según proceda. La institución elaborará guías de entrevista basadas en los criterios de evaluación de UNICEF y en los perfiles de los actores clave proporcionados por UNICEF y/o identificados por el equipo de evaluación tras revisar la documentación. Como mínimo, se entrevistarán a los actores clave de MDSF, MINSAL, MINEDUC, equipos comunales y actores relevantes en la ejecución en terreno del programa, así como debe considerar un componente de consulta a sujetos de derecho de la intervención.

Durante el desarrollo del enfoque metodológico, la institución elaborará un mapeo de partes interesadas. Se sugiere un mapeo incorporando partes interesadas (vea sección Coordinación interinstitucional). Desde el mapeo de partes interesados el equipo de evaluación construirá, con el apoyo de UNICEF, una lista de encuestados de instituciones y organizaciones, según corresponda.

Se espera que gran parte de la recolección de datos primarios se implemente a nivel territorial. La institución debe proponer en qué medida incorporará la recolección de datos a nivel nacional / local, a la respuesta de qué a preguntas servirán los datos coleccionados nivel local, y en base a que criterios seleccionará los actores.

UNICEF facilitará introducciones y apoyará la coordinación de la logística del trabajo de campo necesarios para este ejercicio, tanto con actores clave como con sujetos de derecho parte de la intervención. Con todo, la consulta dirigida a la población que es beneficiaria del programa debe considerar los tiempos de ejecución de este proceso.

Dada la actual crisis de COVID-19 el equipo de evaluación debe en su propuesta demostrar su experiencia y su capacidad de implementar entrevistas virtuales y con especial atención a las normas de prevención y al uso de implementos de

protección y bioseguridad. No obstante, incorporando las medidas de resguardo necesarias, se espera que la propuesta considere levantamiento de información con actores relevantes directamente en terreno.

Los métodos de recopilación de datos secundarios incluirán la revisión de la documentación relevante relacionada con el programa, incluyendo: documento programático, reportes, bases de datos de registro de datos de la implementación del programa, mapeo de las partes interesadas, registros, entre otros.

UNICEF proporcionará una carpeta inicial de documentos al equipo de evaluación. El equipo de evaluación implementará una revisión inicial de los documentos durante la fase inicial de la evaluación y continua la revisión documental durante la fase de implementación de la evaluación. La propuesta debe incluir cómo el equipo propone organizar la revisión documental y datos secundarias (identificación, sistematización y análisis) de manera sistemática. UNICEF puede pedir como parte del control de calidad de evaluación que el equipo de evaluación proporciona la sistematización de la revisión de documentos.

LIMITACIONES Y MEDIDAS DE MITIGACIÓN

Por otro lado, se han identificado los siguientes desafíos preliminares y mecanismos de mitigación de estos.

Cuadro. Limitaciones y acciones de mitigación sugeridas:

Tipo	Limitación	Medidas de mitigación
Contexto	La diversidad de actores involucrados en los ámbitos subnacionales del PASMI puede requerir mayor atención al diseñar y realizar la evaluación para asegurarse de que sus objetivos estén bien alineados con las expectativas de los actores.	Se debe asegurar que las partes interesadas estén adecuadamente involucradas en las etapas clave del proceso de evaluación y estén informadas de su desarrollo.
COVID-19	La recolección de información de manera presencial debe resguardar criterios sanitarios, en caso de requerirse.	Se debe anticipar qué acciones pueden ser realizadas de manera remota, considerar tiempo de ejecución ajustados a esta situación. Se debe diseñar y proponer herramientas de recolección de información fiables y que permitan captar la información de manera remota, en caso de requerirse.

NORMAS DE EVALUACION Y CONSIDERACIONES ETICAS

La evaluación se ajustará a las normas y estándares de evaluación de las Naciones Unidas, será de carácter externo e independiente y se llevará a cabo de forma objetiva, imparcial, abierta y participativa, sobre la base de pruebas empíricas válidas y fiables.

La evaluación se guiará por los principios éticos de independencia, imparcialidad, credibilidad, responsabilidad, honestidad e integridad. Se espera que la institución demuestre respeto por los derechos humanos, la equidad y la igualdad de género. La institución preservará la confidencialidad de la información y los datos de todos los implicados, respetando el derecho a proporcionar información de forma confidencial. Este punto es esencial para obtener el consentimiento informado al recoger la información.

La Oficina Regional de UNICEF proporcionará garantía de calidad y apoyo técnico como parte intrínseca del proceso de evaluación. Se entregará apoyo técnico general y la revisión de los productos finales para garantizar que se cumpla con la calidad requerida según lo prescrito en los criterios de evaluación.

PRODUCTOS

La institución seleccionada trabajará bajo la supervisión directa de UNICEF. En función del estudio, se establece la entrega de productos como se detallan a continuación, incluyendo aquí las acciones mínimas. La institución adjudicada podrá complementar con otras acciones necesarias que estime pertinente.

Producto	Contenidos	Acciones	Fecha de entrega	% del pago total
# 1	Inception Report	- Elaborar cronograma de trabajo, detallando los hitos y productos a entregar a lo largo del proceso - Describir la metodología para cada una de las fases del estudio, identificando como responderá a cada objetivo del estudio, y especificando las dimensiones a evaluar. - Revisión documental inicial y entrevistas inicialesElaboración de protocoles de trabajo de campo e instrumentos de recolección de datos Presentación a UNICEF	15 días de corrido desde la firma del contrato	20%
#2	Primer informe con descripción de primera fase	- Entrega de Pre-informe con resultados encontrados sobre implementación y coordinación Presentación a UNICEF	45 días de corrido desde la firma del contrato	20%
#3	Segundo informe con descripción de tercera fase	- Entrega de Pre-informe con resultados encontrados experiencia internacional comparada Presentación a UNICEF	75 días de corrido desde firma de contrato	20%
#4	Informe final con la integración de todas las etapas previas, junto con un resumen ejecutivo en español e inglés.	- El informe final debe contener sistematización de los productos previos, integrando las observaciones elaboradas por equipo de UNICEF en cada presentación. - Resumen ejecutivo de máximo 3.000 palabras en español e inglés.	90 días de corrido desde firma de contrato	40%

Los productos deberán ser enviados al supervisor del contrato por mail en formato Word o PowerPoint. La estructura de los informes debe ser revisado y aprobado por UNICEF y seguir los estándares de calidad de los informes de evaluación de UNICEF:

- Informe de Inicio: vea anexo 2 para un modelo
- Informe Final: UNICEF-Adapted-UNEG-Evaluation-Report-Standards.pdf

El informe final debe incorporar recomendaciones específicas y factibles, cuales deben poder facilitar la formulación de un Management Response de la evaluación por parte de la UNICEF Chile. El informe final debe también incluir un resumen executivo de máximo 5 páginas. El informe no puede superar 70 páginas sin anexos.[3]

[3] El informe debe incorporar una serie de anexos de acuerdo a los estándares de calidad de UNICEF.

UNICEF ha desarrollado un sistema de supervisión para sus informes de evaluación, denominado "Sistema de supervisión de informes de evaluación global" (GEROS) que evalúa la calidad de todos los informes de evaluación según los criterios de calidad estándar.[4] Los informes deberán tomar en cuenta los criterios GEROS. Además, deben considerar el UN SWAP Evaluation Performance Indicator (2018).

Todas las actividades descritas en la tabla arriba se realizarán en estrecha coordinación con el equipo de UNICEF. El equipo de evaluación tendrá reuniones de seguimiento regulares con UNICEF.

El equipo de evaluación debe tener la flexibilidad de presentar los hallazgos, conclusiones y recomendaciones en diferentes reuniones para facilitar el uso de la evaluación. El equipo puede proponer otros productos de diseminación y el uso de métodos (por ejemplo, infographics) para facilitar el uso de la evaluación. En esto caso la propuesta debe indicar claramente su costo en el presupuesto.

El trabajo se realizará desde el hogar (a distancia), excepto mientras dure el trabajo de campo. La propuesta técnica debe indicar quiénes del equipo participará en el trabajo de campo y en qué actividades. Todos los trámites de viaje, incluidos los seguros y los visados, serán gestionados y pagados por la Consultoría. Por lo tanto, los costos de viaje previstos deben incluirse como una partida presupuestaria en la propuesta financiera. Todos los viajes locales deben ser discutidos y aprobados por UNICEF con anticipación.

Tareas transversales relacionadas:

- La institución mantendrá reuniones periódicas con UNICEF Chile y otros actores relevantes para la elaboración del estudio, de al menos 1 por cada producto.

Indicadores:

- Productos de calidad (responder en forma consistente y directa a las necesidades planteadas por la supervisora del contrato).
- Productos de utilidad para UNICEF.
- Productos entregados en fecha y habiendo cumplido los requisitos establecidos en cuanto a contenidos.

Modo de entrega de los productos:

Los productos deberán ser enviados a la supervisora del contrato por mail en formato Word o Power Point de acuerdo a los productos detallados en la tabla anterior.

ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

1. DURACIÓN DEL CONTRATO

La asistencia técnica se prevé para un período aproximado de 3 meses desde la firma del contrato, con dedicación part-time, de forma remota y también presencial en las oportunidades que así se requiera. Dado que este estudio

[4] https://www.unicef.org/evaluation/global-evaluation-reports-oversight-system-geros

transcurre en el período estival, momento en que la población suele vacacionar, por lo que puede ser difícil generar las entrevistas, en caso de ser necesario, la consultoría puede extenderse un mes más.

2. SUPERVISIÓN

Los servicios prestados serán supervisados por la Oficial de Salud y Desarrollo Infantil Temprano, y el equipo de M&E de UNICEF Chile, quien dará la aprobación de la versión final de trabajo y asegurará que el producto cumpla con los lineamientos y estándares definidos por UNICEF para estos contenidos.

a. MODALIDAD DE TRABAJO

La institución seleccionada cumplirá su función de forma externa. UNICEF no proveerá de un espacio para la realización de esta consultoría.

b. DERECHOS DE AUTOR

Todos los productos del proyecto serán de propiedad conjunta de UNICEF, pudiendo ser utilizados y/o reproducidos conforme a las necesidades de cada organización.

RESPONSABILIDADES

UNICEF será responsable de:

- Organizar la reunión de coordinación con la institución seleccionada.
- Establecer las coordinaciones con la institución para conocer los avances de la consultoría, independiente de los informes.
- Facilitar el acceso a la información disponible para el mejor desarrollo de la consultoría.
- Gestionar las comunicaciones y contactos necesarios para el desarrollo de la consultoría.
- Proveer asistencia a la institución seleccionada orientarla respecto de los procesos que debe llevar adelante.

La institución será responsable de:

- Participar en las reuniones de coordinación organizadas por el supervisor del contrato.
- Realizar las acciones necesarias para coordinar su trabajo, incluso sus transportes.
- Participar en actividades de diseminación y maximización de uso de la evaluación.
- Mantener a UNICEF al día respecto de sus avances y dar cumplimiento a la entrega de productos estipulados en estos términos de referencia.
- Contar con el equipamiento necesario para cumplir con los objetivos y tereas encomendadas, como los espacios de trabajo, computadoras, programas estadísticos y teléfonos.

PERFIL DE LA EMPRESA CONSULTORA O INSTITUCIÓN

Dado el alcance y los requerimientos respecto de los métodos necesarios para responder los objetivos y preguntas del análisis, se abre la convocatoria a instituciones (universidades, centros de investigación, etc.) con vasta experiencia en la realización de los estudios innovativos y/o evaluaciones de programas y políticas públicas con énfasis en el bienestar de niños, niñas y adolescentes.

El perfil del supervisor del proyecto es:

- profesional de las ciencias de la investigación, proveniente del área de la salud o de las ciencias sociales
- experiencia probada (al menos 5 años) en la realización de estudios y/o evaluaciones de programas y políticas públicas en países de ingresos medios y altos
- conocimientos en metodología de evaluación, análisis de contribución, y técnicas de colección de datos cualitativos y cuantitativos
- experiencia probada en liderar equipos de investigación
- buena capacidad de redactar informes de manera clara y concisa
- dominio de los idiomas español e inglés

Se valorará experiencia previa en

- estudios en el contexto del ChCC u otros programas y políticas de infancia y adolescencia
- experiencia de trabajo previa con el Sistema de Naciones Unidas, particularmente evaluaciones para UNICEF
- conocimientos de las normas de evaluación de UNEG

Respecto del equipo, se espera que esté compuesto por profesionales:

- de la salud y/o ciencias sociales
- con experiencia en la participación de evaluaciones y/o estudios sobre el funcionamiento de programas y políticas públicas
- con experiencia en conducir entrevistas de campo, revisión documental y análisis cualitativo.

INSTRUCCIONES A LOS PROPONENTES

a) PREGUNTAS Y RESPUESTAS

Consultas

Los proponentes pueden enviar consultas por correo electrónico según cronograma proyectado más abajo

A: chilereclutamiento@unicef.org

Título del correo: **CLE-203/2022 CONSULTA**

Solamente se responderán a consultas presentadas por escrito. Por favor tome nota que, si se considera que la pregunta es de común interés para todos los posibles proponentes, las respuestas podrán ser compartidas con todos los invitados. La compilación de preguntas y respuestas **será enviada por correo electrónico según cronograma proyectado más abajo.**

b) PRESENTACIÓN DE PROPUESTAS

A. Presentación de propuestas de manera electrónica.

Toda la documentación presentada electrónicamente debe indicar claramente el número de referencia de la Solicitud de Propuesta **CLE-203/2022** y el nombre del proponente, bajo el siguiente formato de ejemplo:

Correo
Asunto: **CLE-203/2022 PROPONENTE**
Archivos adjuntos: **CLE-203/2022** PROPONENTE-Envío de Antecedentes.pdf; **CLE203/2022** PROPONENTE-Propuesta técnica.pdf; **CLE-203/2022** PROPONENTE-Propuesta Economica.pdf;

Todos los documentos deben enviarse en **ESPAÑOL** y en formato MS Office (Word, Excel) o PDF Adobe Acrobat.

Los proponentes deben asegurarse de que los archivos enviados como parte de sus propuestas estén libres de virus, no estén dañados, tengan el formato especificado y sean legibles. El incumplimiento de estos requisitos invalidará sus propuestas y evitará que UNICEF acepte la propuesta.

Las propuestas recibidas de cualquier otra manera serán INVALIDADAS. Tenga en cuenta que los envíos pueden enviarse en lotes que no excedan la cuota de tamaño de correo electrónico de UNICEF de cinco (5) megabytes.

B. Envío de Antecedentes profesionales

Enviar el Currículo vitae con los antecedentes del supervisor/líder del equipo de evaluación y de los integrantes del equipo.

C. Envío de Propuesta técnica

La propuesta técnica, de no más de 20 páginas, debe contener la propuesta de:

- Diseño metodológico cualitativo adecuado y concreto para responder a las preguntas y alcance de la evaluación, considerando el análisis y sistematización de entrega de resultados
- Una estrategia detallada y adecuada de recogida y análisis de datos, incluso datos primarios y secundarios, presentando estrategias muestrales preliminares
- Identificación de condiciones, riesgos y limitaciones para la factibilidad de realizar la evaluación.
- Cronograma de trabajo y productos ajustado a los requisitos estipulado por los TdR.

La Propuesta Técnica no deberá contener información alguna acerca del precio.

D. Propuesta Económica

La propuesta económica debe incluir lo siguiente:

a) Carta dirigida a UNICEF, indicando monto total de la propuesta en pesos chilenos, incluyendo IVA.
b) Las tarifas de las propuestas deben ser expresadas en pesos chilenos (CLP).

Además es necesario enviar:

- Antecedentes legales: escritura, certificado de vigencia y personería vigente de la institución. Incluir información de contacto: correo electrónico y teléfono de la principal persona encargada de la propuesta. Incluir formulario N°30 de la Dirección del Trabajo sobre Cotizaciones Previsionales.

c) CRONOGRAMA PROYECTADO

El cronograma del proceso de contratación es el siguiente:
- Inicio de la invitación a postular: 14/11/2022
- Recepción de preguntas: hasta el 29/11/2022
- Publicación final de preguntas y respuestas 30/11/2022
- Plazo final de entrega de propuestas: 5/12/2022
- Adjudicación y firma del contrato: en diciembre 2022

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Toda información que el Proponente considere ser de carácter confidencial deberá estar claramente demarcada incluyendo las palabras "confidencial" en el margen izquierdo, al lado de la parte relevante del texto. El equipo de evaluación de UNICEF tratará tal información según corresponda.

DERECHOS DE UNICEF

UNICEF se reserva el derecho de aceptar cualquier Propuesta, en su totalidad y parcialmente, o, rechazar cualquier o todas las propuestas. UNICEF se reserva el derecho a anular cualquier Propuesta recibida de un Proponente quien, de acuerdo con la opinión de UNICEF, no ha tenido un desempeño adecuado o apropiado o no ha cumplido con un contrato a tiempo previamente, o cualquier propuesta recibida de un Proponente quien, en la opinión de UNICEF, no se encuentra en una situación apropiada para cumplir con los términos de referencia adjuntos a esta propuesta.

No se podrá hacer responsable a UNICEF por ningún costo incurrido por el Proponente en relación con la presente invitación a postular. El Proponente está de acuerdo en estar obligado por la decisión de UNICEF si su Propuesta cumple con los requerimientos expresados en la presente invitación a postular. Sin limitar la generalidad de los derechos establecidos previamente, UNICEF expresamente se reserva el derecho a, y al presentar su Propuesta, el Proponente expresamente acepta el derecho de UNICEF a:

- Contactar cualquiera o todas las referencias mencionadas por (el/los) Proponente(s);
- Solicitar información adicional suplementaria o de apoyo (del/de los) Proponente(s));
- Coordinar entrevistas con cualquier, algunos o con todos los Proponentes, individualmente o colectivamente;
- Rechazar cualquier o todas las Propuestas;
- Aceptar cualquier Propuesta en su totalidad o parcialmente;
- Negociar con el Proponente o los Proponentes que haya o que hayan, según sea el caso, obtenido la mejor calificación en la evaluación de las Propuestas;
- Adjudicar contratos a la cantidad de Proponentes que, en la opinión de UNICEF, sea requerido para lograr los objetivos generales de la presente invitación a postular.

Al presentar una Propuesta, el Proponente está de acuerdo en aceptar la decisión de UNICEF en cuanto a si la Propuesta cumple con los requisitos establecidos en la presente invitación a postular.

PROPIEDAD DE UNICEF

La presente invitación a postular, junto con las respuestas a la misma, deberá ser considerada propiedad de UNICEF y las Propuestas no serán devueltas a los Proponentes.

TÉRMINOS Y CONDICIONES CONTRACTUALES GENERALES

Se adjuntan los Términos y Condiciones Generales Genéricos de UNICEF para empresas (Anexo A). Las disposiciones relevantes de estos Términos y Condiciones Generales Genéricos, junto con cualquier Término y Condiciones Especiales, serán parte integral de cualquier contrato que resulte de esta invitación a postular.

PLENO DERECHO A USAR

El proponente garantiza que no ha celebrado y no celebrará acuerdo o pacto alguno que restrinja o contenga a UNICEF o a cualquier socio de implementación el derecho de usar, disponer de o de otra manera, lidiar con cualquiera de los productos que son objetos de la presente invitación a postular.

CONDICIONES DE PAGO

Pago contra entrega de producto y a satisfacción del supervisor de UNICEF. Para recibir el pago será necesario la entrega de factura de acuerdo a la normativa vigente de Chile o del país donde se emita el documento. Las condiciones de pago son Netas a 30 días, después de la aceptación del trabajo y la recepción de la factura. El pago se efectuará por transferencia bancaria en la moneda del contrato.

Para asegurar equidad ante los Proponentes, el criterio de evaluación técnica establecido será la base para la evaluación; sin embargo, se prevé que la evaluación final podría contener conclusiones que se deriven no solamente de la tabla.

CRITERIO DE EVALUACIÓN DE LA PROPUESTA

PROCESO DE EVALUACIÓN

El proceso de evaluación establecido y los pasos para finalizar esta adquisición son:

(a) Requerimientos obligatorios de la Solicitud de propuesta. UNICEF evaluará solamente las Propuestas que cumplan con los requerimientos establecidos en los siguientes términos de referencia. Las Propuestas que se consideren que no cumplen con todos los requerimientos obligatorios serán consideradas como **no-cumplen**.

(b) Evaluación Técnica de la Propuesta: las propuestas que pasen el puntaje técnico mínimo de pase continuarán a la evaluación económica.

(c) Evaluación económica de la Propuesta: la Propuesta con la tarifa más baja recibirá el puntaje total asignado por concepto de propuesta económica.

(d) Recomendación: la recomendación para la adjudicación del contrato estará basada en la mejor combinación de puntaje por concepto técnico y precio.

(e) Adjudicación final y contratos: basado en las nominaciones verificadas, las negociaciones de los contratos serán iniciadas con uno o más Proponente(s) exitoso(s).

PROCESO DE VERIFICACIÓN

Es de esperar que, durante la evaluación, UNICEF solicite aclaraciones de los Proponentes. UNICEF no revelará ni discutirá las Propuestas excepto con el Proponente que preparó la Propuesta.

PLANTILLA DE EVALUACIÓN GENERAL

Cada Propuesta será evaluada con un puntaje en una escala de 1 a 7, contra asignaciones ponderadas tal como se muestra en el cuadro.

EVALUACIÓN

Criterio	Ponderaciones	
PROPUESTA DE ANTECEDENTES	**% ítem**	**% total**
El supervisor del proyecto debe contar con formación profesional en investigación (postgrado afín con el requerimiento)	5	**20**
El supervisor del proyecto debe contar con 5 o más años de experiencia en diseño, ejecución de estudios y evaluación de programas y/o políticas públicas de carácter nacional el supervisor del proyecto	5	
El equipo debe estar conformado por profesionales con conocimiento en metodología de evaluación y técnicas de recolección de datos cualitativos y cuantitativos	5	
La institución debe contar con experiencia de trabajo en la realización de estudios y/o evaluaciones en el contexto de programas de infancia	5	
PROPUESTA TÉCNICA: Propuesta de las metodologías para:		
Propuesta metodológica de evaluación de programas y/o políticas públicas. Diseño metodológico adecuado y concreto para responder a las preguntas y alcance de la evaluación, considerando las perspectivas retrospectivas y prospectivas, un análisis sistemático de contribución y enfoques sistémico y de genero/equidad/derechos humanos	30	**60**
Estrategia detallada y adecuada de recogida y análisis de datos, incluso datos primarios y secundarios, presentando estrategias muestrales preliminares	15	
Identificación de condiciones, riesgos y limitaciones para la factibilidad de realizar la evaluación	10	
Cronograma de trabajo y productos ajustado a los requisitos estipulado por los TdR, incluso el nivel de esfuerzo previsto (expresado en número de días de trabajo) para cada miembro del equipo en cada fase de la evaluación	5	
PROPUESTA ECONÓMICA		
Monto propuesto	20	**20**
	Total	**100**

El equipo de evaluación de UNICEF seleccionará a la institución que cumpla con los requerimientos establecidos y ofrezca la mejor combinación de puntaje por concepto técnico y de tarifas.

CRITERIO DE APROBACIÓN TÉCNICA

Las propuestas con un puntaje en la presentación de antecedentes igual o superior a 4 puntos ponderado se considerarán aprobadas para pasar a la evaluación económica.

EVALUACIÓN ECONÓMICA

La tarifa más baja recibirá el puntaje total asignado por concepto de propuesta comercial (1.4 puntos).

REFERENCIAS

- Ministerio de Desarrollo Social. (2015). ¿Qué es el Chile Crece Contigo?
- Ministerio de Salud. (2017). Orientación Técnica Programa de apoyo a la salud mental infantil de niños y niñas de 5 a 9 años. Gestión intersectorial y prestaciones.
- Ministerio de Desarrollo Social y Familia. (2021). Panel de Expertos para la Revisión y Recomendación de Mejoras Estratégico-Programáticas.
- Normas y Estándares para evaluación, UNEG, 2016: http://www.uneval.org/document/detail/1914
- Directrices éticas para las evaluaciones de la ONU, 2008: http://www.unevaluation.org/document/detail/102 y Código de conducta para la evaluación en el sistema de la ONU, 2008: http://www.unevaluation.org/document/detail/100
- UNICEF's revised Evaluation Policy (2018): https://www.unicef.org/evaluation/documents/revised-evaluation-policy-unicef-2018
- Integración de los Derechos Humanos y la Igualdad de Género en la Evaluación, 2011: http://www.uneval.org/document/detail/980Procedimiento de UNICEF para las normas éticas de investigación, evaluación, recopilación y análisis de datos, 2021: https://www.unicef.org/evaluation/media/1786/file/UNICEF%20Procedure%20on%20Ethical%20Standards%20in%20Research,%20Evaluation,%20Data%20Collection%20and%20Analysis.pdf

ANEXO. TABLA DE CONTENIDO DE INFORME INICIAL

i. Presentación del contexto y objeto de evaluación
ii. Propósito, objetivos y alcance de la evaluación
iii. Validación de la teoría de cambio
iv. Marco de evaluación (criterios y preguntas de evaluación), con una matriz de evaluación
v. Metodología completa con
   - explicación y justificación del diseño metodológico
   - presentación de los métodos de recolección de datos
   - muestreo y lista de personas a entrevistar y sitios a visitar;
   - instrumentos de recolección de información (cuestionario, pautas de entrevistas, etc.);
   - análisis de los datos (cómo se analizarán los datos, qué técnica se utilizará, software, etc.)
   - limitaciones y medidas de mitigación
   - consideraciones éticas y de control de calidad
   - integración de dimensiones de género, derechos humanos y equidad
vi. Diseminación de la evaluación
vii. Cronograma y descripción del rol y responsabilidades de cada miembro del equipo
viii. Entregables y control de calidad

Anexo 9. Documentación para la aprobación en términos éticos de la evaluación

A continuación, se presentan todos los documentos que fueron revisados y aprobados por el comité de ética externo para el desarrollo de la evaluación (las versiones presentadas fueron en inglés).

Asentimiento informado para niños y niñas participantes (en papel)

Estudio Evaluación de la implementación y coordinación intersectorial del Programa de apoyo a la salud mental infantil de niños y niñas (PASMI) del Subsistema Chile Crece Contigo

(Documento leído por el investigador y entregado a los niños y niñas, para su revisión y firma, en caso de manifestarse de acuerdo)

Nos encontramos haciendo un estudio, donde preguntamos a estudiantes niños y niñas en diferentes colegios y escuelas, cómo los adultos los acompañan cuando tienen algún tipo de problema emocional o psicológico, como tristeza, pena, rabia o angustia.

Los hemos invitado para que conversemos sobre su experiencia en el colegio sobre estos temas.

Haremos una entrevista grupal, que durará cerca de 30 minutos, para lo cual les pedimos que tengan en cuenta lo siguiente:

- **Participación voluntaria**: esto significa que no están obligados a participar de esta actividad. Y también, si la actividad empieza y quieren terminarla, lo pueden hacer en cualquier momento.
- **Ni premios ni castigos**. No hay premios ni castigos de ni ningún tipo por participar de esta actividad.
- **Confidencialidad**. Lo que conversemos será grabado, pero no mostraremos la grabación a ninguna persona. Esto significa que la información es confidencial. La grabación será solamente para que después recordemos lo que nos cuenten.

Si estás dispuesto a participar anota "Sí" más abajo. También, anota tu nombre y si quieres, también tu firma.

Estoy dispuesto (a) a participar: _____ NO estoy dispuesto (a) a participar: _____

Nombre:

Firma:

Nombre y Firma del Investigador Responsable:

Consentimiento informado padres, madres y tutores de niños y niñas participantes (en papel)

Estudio Evaluación de la implementación y coordinación intersectorial del Programa de apoyo a la salud mental infantil de niños y niñas (PASMI) del Subsistema Chile Crece Contigo

Estudios y Consultorías Focus, está realizando la Evaluación de la implementación y coordinación intersectorial del Programa de apoyo a la salud mental infantil de niños y niñas (PASMI) del Subsistema Chile Crece Contigo. La realización de esta evaluación fue adjudicada mediante licitación pública.

Objetivo del estudio: Evaluar el estado actual de la implementación y espacios de mejora del Programa de apoyo a la salud mental infantil de niños y niñas (PASMI).

Participación de su hijo, hija o pupilo en el estudio: Se ha invitado a su hijo, hija o pupilo a participar del estudio mediante una actividad grupal a la que asistirán niños y niñas que hayan sido atendidos en el programa PASMI. La duración de la actividad es de máximo 30 minutos.

Actividad: se realizará un grupo de discusión con niños y niñas participantes del programa. La actividad será acompañada por adultos del establecimiento, y se centrará en el conocimiento general que tienen los niños del proceso, y cómo percibieron aspectos como: la información que recibieron, los tiempos de espera y los espacios en que se desarrolló la atención. **No se consultará sobre su experiencia personal en cuanto sujeto de atención de un servicio de salud mental, es decir, no se indagará en su proceso personal de desarrollo, en sus problemas personales, o en sus necesidades específicas.**

Riesgos y beneficios de la participación: No hay riesgos ni beneficios personales, de carácter económico, o de cualquier otro tipo, asociados a la participación de los niños y niñas en este estudio. Sin embargo, su colaboración será beneficiosa para mejorar aspectos asociados a la implementación del programa PASMI.

Confidencialidad y privacidad de la información: la actividad será grabada solo con audio. En los reportes que se hagan de estas actividades no se individualizarán a el o la informante, ni con su nombre ni con otro dato que lo pueda identificar. Es decir, la información que entregue cada niño o niña será confidencial.

Participación voluntaria: La participación en esta actividad es voluntaria. Usted está en libertad de elegir que su pupilo o pupila no participe. También, su pupilo o pupila puede elegir no participar, y abandonar la actividad en cualquier momento de su desarrollo, sin necesidad de justificar esta decisión.

Preguntas: Si usted tiene preguntas o comentarios, puede contactarse con Krecho Homan, coordinador de la evaluación, al correo electrónico khoman@focus.cl. Si tiene dudas sobre tratamiento en salud mental, llame al Fono Infancia: 800 200 818, o Salud responde: 600 360 7777.

Consentimiento para participar:

Por favor, si usted ha comprendido la información presentada anteriormente, y está de acuerdo, le pedimos que explicite su disposición o no a participar marcando con una X donde corresponda.

Estoy dispuesto (a) a participar: _____

Nombre:

Firma:

Nombre y Firma del Investigador Responsable:

Fecha:

¡Gracias!

Consentimiento informado adultos participantes (actores institucionales) (versión telemática)

Estudio Evaluación de la implementación y coordinación intersectorial del Programa de apoyo a la salud mental infantil de niños y niñas (PASMI) del Subsistema Chile Crece Contigo

Estudios y Consultorías Focus, está realizando la Evaluación de la implementación y coordinación intersectorial del Programa de apoyo a la salud mental infantil de niños y niñas (PASMI) del Subsistema Chile Crece Contigo. La realización de esta evaluación fue adjudicada mediante licitación pública.

Objetivo del estudio: Evaluar el estado actual de la implementación y espacios de mejora del Programa de apoyo a la salud mental infantil de niños y niñas (PASMI) en función de la coordinación intersectorial, mediante la evaluación de nudos críticos detectados por prestadores, intersector y familias usuarias.

Su participación en el estudio: Se le ha invitado a participar del estudio mediante una entrevista individual (grupal), en la etapa inicial del mismo, que busca recabar información por parte de actores clave en la implementación del programa. La duración de la entrevista (grupo focal) es de máximo 60 (90) minutos.

Riesgos y beneficios de su participación: No hay riesgos ni beneficios personales, de carácter económico, o de cualquier otro tipo, asociados a su participación en este estudio. Sin embargo, su colaboración será beneficiosa para mejorar aspectos relativos a la coordinación entre distintos servicios asociados a la implementación del programa PASMI.

Confidencialidad y privacidad de la información: La entrevista será grabada para poder facilitar el análisis posterior de la información. No obstante, la información será resguardada en archivos de acceso restringido, y todas sus respuestas serán confidenciales. ¿Qué significa esto? Que los informes y reportes que se hagan a partir de esta y las demás entrevistas, no individualizarán a el o la informante, ni con su nombre ni con otro dato que lo pueda identificar.

Participación voluntaria: La participación en esta entrevista es voluntaria. Usted está en libertad de no participar, o rehusarse a responder cualquier pregunta sin que esto signifique algún costo o castigo. Además, usted puede abandonar la actividad en cualquier momento de su desarrollo, sin necesidad de justificar esta decisión.

Preguntas: Si usted tiene preguntas o comentarios, puede contactarse con Krecho Homan, coordinar de la evaluación, al correo electrónico khoman@focus.cl.

Consentimiento para participar: Por favor, si usted ha comprendido la información presentada anteriormente, le pedimos que explicite su disposición o no a participar.

¡Gracias!

Consentimiento informado adultos participantes (madres, padres y cuidadores) (versión telemática)

Estudio Evaluación de la implementación y coordinación intersectorial del Programa de apoyo a la salud mental infantil de niños y niñas (PASMI) del Subsistema Chile Crece Contigo

Estudios y Consultorías Focus, está realizando la Evaluación de la implementación y coordinación intersectorial del Programa de apoyo a la salud mental infantil de niños y niñas (PASMI) del Subsistema Chile Crece Contigo. La realización de esta evaluación fue adjudicada mediante licitación pública.

Objetivo del estudio: Evaluar el estado actual de la implementación y espacios de mejora del Programa de apoyo a la salud mental infantil de niños y niñas (PASMI).

Su participación en el estudio: Se le ha invitado a participar del estudio mediante una entrevista individual (grupal), en la etapa inicial del mismo, que busca recabar información por parte de actores clave en la implementación del programa. La duración de la entrevista es de máximo 60 minutos.

Riesgos y beneficios de su participación: No hay riesgos ni beneficios personales, de carácter económico, o de cualquier otro tipo, asociados a su participación en este estudio. Sin embargo, su colaboración será beneficiosa para mejorar aspectos relativos a la coordinación entre distintos servicios asociados a la implementación del programa PASMI.

Confidencialidad y privacidad de la información: La entrevista será grabada para poder facilitar el análisis posterior de la información. No obstante, la información será resguardada en archivos de acceso restringido, y todas sus respuestas serán confidenciales. ¿Qué significa esto? Que los informes y reportes que se hagan a partir de esta y las demás entrevistas, no individualizarán a el o la informante, ni con su nombre ni con otro dato que lo pueda identificar.

Participación voluntaria: La participación en esta entrevista es voluntaria. Usted está en libertad de no participar, o rehusarse a responder cualquier pregunta sin que esto signifique algún costo o castigo. Además, usted puede abandonar la actividad en cualquier momento de su desarrollo, sin necesidad de justificar esta decisión.

Preguntas: Si usted tiene preguntas o comentarios, puede contactarse con Krecho Homan, coordinar de la evaluación, al correo electrónico khoman@focus.cl.

Consentimiento para participar: Por favor, si usted ha comprendido la información presentada anteriormente, le pedimos que explicite su disposición o no a participar.

¡Gracias!

Consentimiento informado adultos participantes (madres, padres y cuidadores) (en papel)

Estudio Evaluación de la implementación y coordinación intersectorial del Programa de apoyo a la salud mental infantil de niños y niñas (PASMI) del Subsistema Chile Crece Contigo

Estudios y Consultorías Focus, está realizando la Evaluación de la implementación y coordinación intersectorial del Programa de apoyo a la salud mental infantil de niños y niñas (PASMI) del Subsistema Chile Crece Contigo. La realización de esta evaluación fue adjudicada mediante licitación pública.

Objetivo del estudio: Evaluar el estado actual de la implementación y espacios de mejora del Programa de apoyo a la salud mental infantil de niños y niñas (PASMI).

Su participación en el estudio: Se le ha invitado a participar del estudio mediante una entrevista individual (grupal), en la etapa inicial del mismo, que busca recabar información por parte de actores clave en la implementación del programa. La duración de la entrevista es de máximo 60 minutos.

Riesgos y beneficios de su participación: No hay riesgos ni beneficios personales, de carácter económico, o de cualquier otro tipo, asociados a su participación en este estudio. Sin embargo, su colaboración será beneficiosa para mejorar aspectos relativos a la coordinación entre distintos servicios asociados a la implementación del programa PASMI.

Confidencialidad y privacidad de la información: La entrevista será grabada para poder facilitar el análisis posterior de la información. No obstante, la información será resguardada en archivos de acceso restringido, y todas sus respuestas serán confidenciales. ¿Qué significa esto? Que los informes y reportes que se hagan a partir de esta y las demás entrevistas, no individualizarán a el o la informante, ni con su nombre ni con otro dato que lo pueda identificar.

Participación voluntaria: La participación en esta entrevista es voluntaria. Usted está en libertad de no participar, o rehusarse a responder cualquier pregunta sin que esto signifique algún costo o castigo. Además, usted puede abandonar la actividad en cualquier momento de su desarrollo, sin necesidad de justificar esta decisión.

Preguntas: Si usted tiene preguntas o comentarios, puede contactarse con Krecho Homan, coordinar de la evaluación, al correo electrónico khoman@focus.cl.

Consentimiento para participar:

Por favor, si usted ha comprendido la información presentada anteriormente, le pedimos que explicite su disposición o no a participar marcando con una X donde corresponda.

Estoy dispuesto (a) a participar: _____ NO estoy dispuesto (a) a participar: _____

Nombre:

Firma:

Nombre y Firma del Investigador Responsable:

Fecha:

¡Gracias!

Protocolo para resguardar la seguridad de los participantes

Para resguardar la seguridad de los participantes en el levantamiento de información, se consideran **3 estrategias diferenciadas**:

I. Guía de conducta de los investigadores

1. **Comportamiento**. El/la profesional tendrá un comportamiento responsable y ético al interior (y exterior) de los espacios en que se realice el levantamiento de información, donde se velará por proteger en todo momento a los participantes, anteponiendo su bienestar a los intereses de la investigación. El/la profesional investigador(a) será respetuoso(a) con los espacios, materiales de trabajo y personas que se encuentren en el espacio en que se realiza la entrevista o grupo focal.

2. **Coordinación**. El profesional coordinará con el Encargado Municipal del Programa (que es la referencia para el contacto con los otros entrevistados) los requerimientos para las entrevistas, y cualquier duda se gestionará a través de este profesional.

3. **Imagen**. El/la profesional siempre mostrará una imagen profesional y apropiada. Consecuentemente, la vestimenta y arreglo personal será coherente con la función que desempeña cada colaborador(a) en el entorno que se desenvuelva.

4. **Lenguaje**. El profesional también tendrá un lenguaje verbal y corporal adecuado.

5. **Respeto por las normas**. El profesional mostrará una actitud de respeto por las normas implícitas de conducta del espacio institucional en que se realiza la entrevista.

6. **Confidencialidad**. El profesional protegerá la confidencialidad de los participantes del estudio. Para ello cada ejercicio investigativo contará con el consentimiento, previo y formal, de los participantes, quienes reconocen los objetivos del estudio y en qué consiste su participación (ver consentimiento informado).

II. Protocolo para la consideración de contingencias e imprevistos

Considerando eventuales contingencias e imprevistos que pueden presentarse durante las distintas etapas del estudio, se proponen las siguientes estrategias para abordar las situaciones más críticas que pudieran afectar el proceso:

1. **Dificultades implementación actividades de campo por condiciones climáticas desfavorables**: Las condiciones climáticas desfavorables podrían afectar negativamente el desarrollo del trabajo en terreno, ya que dificultaría el desplazamiento de los investigadores. Al mismo tiempo, podría afectar la colaboración de los actores participantes. Si se presentara algún evento climático que pusiera en riesgo el trabajo de campo del estudio se evaluará – en conjunto con la contraparte – la búsqueda de un reemplazo en otra comuna que no haya

sufrido la emergencia climática. En conjunto con la contraparte, se evaluará si los equipos y familias de la comuna se encuentran en condiciones de recibir a un investigador en el contexto de una emergencia.

2. Situaciones prolongadas de paros y/o tomas en equipos de las respectivas instituciones: En caso de ocurrir alguna paralización cuando no se haya logrado realizar la etapa de terreno de manera completa, se informará a la contraparte técnica el estado de desarrollo de las actividades, y las posibilidades de continuar con el levantamiento de la información independiente de este contexto. Si en conjunto con la contraparte se considera que es imposible continuar con el proceso de levantamiento de información se utilizará el método de reemplazo definido o se evaluará la posibilidad de alargar la etapa de levantamiento de información cualitativa.
3. Situaciones catastróficas o críticas que afecten a la población y/o el entorno territorial: Ante una situación de esta naturaleza la estrategia de mitigación que se contempla es el reemplazo de las comunas afectados por otras que posean características similares. Este proceso se realizará previa información a la contraparte del estudio.
4. Reemplazo de investigadores: Un riesgo que se presenta en toda investigación es que por causas de fuerza mayor algún miembro del equipo no pueda participar como estaba planificado. Para mitigar los efectos de este riesgo se avisará oportunamente de esta situación a la contraparte y se asegurará que quien reemplace al investigador tenga una cualificación similar al investigador que estaba considerado en la planificación original.

III. Seguridad de los participantes al momento de realizar el levantamiento

1. Consentimiento informado. Se leerá en voz alta a todos los participantes de cada actividad el Consentimiento Informado (ver documento adjunto). En éste, se explicitará que no existen beneficios personales ni riesgos asociados a su participación. También, se indicará que la información levantada es de carácter confidencial, y la voluntariedad de la participación.
2. Seguridad y confidencialidad de la información. El entrevistado será informado, previo al inicio de la entrevista, mediante el consentimiento informado, de la confidencialidad y del procedimiento general de resguardo de la información que se levantará por medio de la entrevista.
3. Seguridad del espacio. Las entrevistas se realizarán en un lugar seguro, en términos de infraestructura, y también asegurando un espacio privado, que permita al participante explayarse con tranquilidad y seguridad sobre la temática de la entrevista.
4. Contingencias durante el desarrollo de la entrevista. Ante contingencias o situaciones que se presenten durante la entrevista y que afecten el bienestar de los participantes (por ejemplo, urgencias de tipo profesional, sensibilidad expresa respecto del abordaje de un tema, o cualquier otro evento que dificulte al entrevistado seguir con la entrevista), el entrevistador ofrecerá de inmediato una pausa o, según sea el caso, terminar la entrevista. Se evaluará la pertinencia de continuar la entrevista en otro momento, o bien reemplazar al informante.

Protocolo Protección de la identidad de los sujetos humanos

Para la protección de la identidad de las personas que participen de las actividades de levantamiento de información, se consideran los siguientes procedimientos:

1. Se leerá el consentimiento informado a todos los participantes, tanto de entrevistas como grupos focales, donde se especificará que la identidad de los informantes será protegida en todo el proceso.

2. La información será inicialmente resguardada en un archivo de audio, en cuyo nombre no se identificará el nombre del o la informante, sino su cargo (si aplica), y el número correlativo a la comuna donde se desempeña.

3. A este archivo tendrá acceso el equipo de transcriptores, por medio de Google Drive, sin la posibilidad de bajar el documento. Este equipo previamente deberá manifestar activamente y de manera expresa su compromiso de no compartir los datos incluidos en el archivo de audio.

4. La transcripción recibida será anonimizada por el equipo consultor, eliminando alusiones que permitan identificar al informante.

5. La generación de los reportes permitirá describir y analizar las dinámicas institucionales en torno al programa PASMI, asociando ciertas percepciones a áreas o departamentos municipales (ya que es el objetivo del estudio), pero no individualizar a los informantes.

6. Al finalizar la consultoría, el jefe de proyecto recopilará toda la información levantada (audios de focus group, audios de entrevistas, transcripciones, etc.), dispuesto tanto en los computadores utilizados como el servidor externo y se encargará de borrar todos los archivos confidenciales. Se guardará un respaldo hasta 6 meses después de la presentación de resultados.

Protocolo de protección de datos

En el caso del levantamiento de información mediante los focus group y entrevistas, se realizarán las siguientes acciones destinadas a la protección de los datos.

Principios generales

Se consideran los siguientes principios generales para los profesionales que levantarán la información y quiénes la analizarán:

1. Los/las profesionales deberán adoptar siempre métodos de trabajo seguros y tomar las debidas precauciones para salvaguardar la seguridad y para protegerse de pérdidas de información, elaborando estrategias adecuadas de obtención de copias de seguridad.

2. Los expedientes y registros originales se pueden copiar o examinar en la propia oficina o el lugar de trabajo del analista, caso en el cual se debe tomar toda precaución razonable para evitar la posibilidad de pérdida, robo o acceso por personas no autorizadas.

3. El acceso a los datos de audio solo estará disponible para el equipo de trabajo, y, de manera anonimizada, para el servicio de transcripción, tal como lo señala el procedimiento más adelante.

4. Toda la información que no sea de conocimiento público deberá ser tratada como información confidencial. En ese sentido, dicha información no podrá ser divulgada ni revelada salvo que se cuente con autorización de la contraparte.

5. Toda actividad de levantamiento de información contará con la aprobación previa de las partes involucradas, quienes acuerdan participar en la investigación y consienten el utilizar los datos obtenidos con fines de cumplir los objetivos estipulados en el estudio.

Procedimiento para el resguardo y protección de los datos

1. Cada entrevista o grupo focal será registrado mediante dos grabadoras, resguardando la pérdida parcial o total de cualquier información recaudada en el proceso.

2. Las grabaciones serán archivadas en un computador determinado para estos archivos y respaldada en servidor externo.

3. Los audios anonimizados serán transcritos para luego archivar las transcripciones en un computador. Estos archivos serán respaldados en servidor externo.

4. Los registros de audios originales serán recopilados y almacenados por el investigador o investigadora correspondiente, quién recopilará y coordinará la transcripción de cada uno de ellos, evitando posibles pérdidas de los registros. Asimismo, será responsable de almacenar las transcripciones, que serán entregadas a la contraparte una vez finalizado el estudio.

5. Al finalizar el proceso de levantamiento de información, el jefe de proyecto recopilará todo el material recogido por los profesionales (audio, transcripciones) dispuesto tanto en los computadores utilizados como el servidor externo y se encargará de borrar todos los archivos confidenciales. Se guardará un respaldo hasta 6 meses después de la presentación de resultados. Después de ese periodo este respaldo se eliminará.

Experiencia del equipo

Los cuatro integrantes del equipo de investigación cuentan con títulos profesionales y maestrías, que incorporan en sus cursos aspectos teóricos y prácticos relacionados con la ética de la investigación social.

- Krecho Homan: Psicólogo, Magíster en Prácticas de Desarrollo
- Joaquín Subercaseaux: Licenciatura en Filosofía, Maestría en Administración y Políticas Públicas
- Joaquín Grez: Psicólogo, Magíster en Psicología Educativa
- Begoña Veloso: Socióloga, Magíster en Administración y Políticas Públicas

Cada miembro del equipo ha trabajado durante al menos 8 años como profesional en la realización de estudios con metodologías cualitativas que han involucrado aspectos éticos: procedimientos de contacto, recolección de información, protocolos de protección de la información, consentimientos y asentimientos, seguridad de los participantes, etc.

Cada miembro del equipo ha desarrollado al menos 5 estudios que incorporan actividades con niños, teniendo en cuenta las consideraciones éticas mencionadas anteriormente.

Anexo 10: Carta de aprobación respecto de las consideraciones éticas para el levantamiento

unicef | for every child

Research Ethics Approval

7 June 2023

Alejandro González Cuevas
Oficial de Monitoreo & Evaluación
Chile CO, LACRO
Av. Vitacura 2969, Piso 5
Las Condes, Santiago CHILE

RE: Ethics Review Board findings for: *Evaluación de la implementación y coordinación intersectorial del Programa de apoyo a la salud mental infantil de niños y niñas (PASMI) del Subsistema Chile Crece Contigo* (HML IRB Review #736CHIL23)

Dear Alejandro González Cuevas,

Protocols for the protection of human subjects in the above study were assessed through a research ethics review by HML Institutional Review Board (IRB) on 26 May – 07 June 2023. This study's human subjects' protection protocols, as stated in the materials submitted, received **ethics review approval.**

You and your project staff remain responsible for ensuring compliance with HML IRB's determinations. Those responsibilities include, but are not limited to:

- ensuring prompt reporting to HML IRB of proposed changes in this study's design, risks, consent, or other human protection protocols and providing copies of any revised materials;
- conducting the research activity in accordance with the terms of the IRB approval until any proposed changes have been reviewed and approved by the IRB, except when necessary to mitigate hazards to subjects;
- promptly reporting any unanticipated problems involving risks to subjects or others in the course of this study;
- notifying HML IRB when your study is completed.

HML IRB is authorized by the United States Department of Health and Human Services, Office of Human Research Protections (IRB #1211, IORG #850, FWA #1102).

Sincerely,

D. Michael Anderson, Ph.D., MPH
Chair & Human Subjects Protections Director, HML IRB

cc: Karen Rivera, Claudia Araya, Penelope Lantz, JD

Health Media Lab, Inc.
1101 Connecticut Avenue, NW Suite 450
Washington, DC 20036 USA
+1.202.246.8504
unicef@hmlirb.com www.hmlirb.com