

UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS FÍSICAS Y MATEMÁTICAS
DEPARTAMENTO DE INGENIERÍA INDUSTRIAL

REDISEÑO DE PROCESOS AL SUBSISTEMA CHILE CRECE CONTIGO PARA LA
ATENCIÓN DE NIÑAS Y NIÑOS CON CONDICIONES DE SALUD MENTAL

MEMORIA PARA OPTAR AL TÍTULO DE INGENIERA CIVIL INDUSTRIAL

MARÍA FRANCISCA ASENJO ROGEL

PROFESORA GUÍA:
MARÍA PÍA MARTÍN MUNCHMEYER

MIEMBROS DE LA COMISIÓN:
LUIS ZAVIEZO SCHWARTZMAN
CARLOS CASTRO GONZÁLEZ

SANTIAGO DE CHILE

2019

RESUMEN DE LA MEMORIA PARA OPTAR AL
TITULO DE: INGENIERA CIVIL INDUSTRIAL
POR: MARÍA FRANCISCA ASENJO ROGEL
FECHA: 21 DE MARZO 2019
PROFESORA GUÍA: MARÍA PÍA MARTÍN

REDISEÑO DE PROCESOS AL SUBSISTEMA CHILE CRECE CONTIGO PARA LA ATENCIÓN DE NIÑAS Y NIÑOS CON CONDICIONES DE SALUD MENTAL

El objetivo general de esta memoria es proponer un rediseño al proceso a través del cual el Subsistema Chile Crece Contigo en su componente de salud detecta, diagnóstica y realiza intervenciones tempranas y de seguimiento a niños y niñas con condiciones de salud mental. De manera tal que la población infantil con estas características mejore su calidad de vida y, que estas atenciones le permitan una mayor inclusión en la sociedad.

Una vez identificado el problema y descrito el proyecto, el trabajo se desarrolla en cinco etapas; I) Diagnóstico de la protección brindada en salud mental a la población infantil, II) Levantamiento de información, III) Análisis de la información levantada, IV) Rediseño de procesos y V) Estimación de recursos para la incorporación de la propuesta de rediseño procesos.

El principal diagnóstico de la primera etapa es que la oferta de atenciones en el Sistema Público para la población infantil con estas características es insuficiente; niños y niñas no pueden acceder a atenciones que apunten a prever alteraciones de desarrollo más profundas o a atenciones para mejorar su pronóstico inicial. Luego, en la segunda y tercera etapa se identifican y analizan las actividades, procesos y apoyos del componente de salud del Subsistema Chile Crece Contigo con el fin de diseñar la propuesta.

La propuesta de rediseño de procesos se plasma en 4 grandes etapas y considera que niños y niñas puedan acceder a una Detección, Diagnóstico, Estimulación Temprana y a una Intervención, dónde niños y niñas entre 0 y 9 años, sin importar las características de su condición de salud mental, pueden acceder a atenciones integrales que le permitan estimular y potenciar su desarrollo a través de sesiones con profesionales y médicos especialistas.

Finalmente, en la última etapa, se estiman los recursos monetarios para el rediseño y, se estima la cantidad de niños y niñas que se verían beneficiados con este. Dónde, para lo primero, al considerar recursos humanos y físicos, se define que, de integrar la propuesta en dos fases, en la fase piloto se requerirían 7.900 millones de CLP y en la segunda fase 15.000 millones de CLP aproximadamente.

*"Mucha gente pequeña, en lugares pequeños, haciendo cosas pequeñas
pueden cambiar el mundo"*

(Eduardo Galeano)

Para los padres y las madres que se esfuerzan y trabajan día a día,
por y para el bienestar de sus hijos e hijas.

AGRADECIMIENTOS

A un paso de terminar mi memoria y titularme, dando por acabada esta etapa de mi vida, me invade principalmente un sentimiento hacia otras personas, gratitud. Siento gratitud hacia todas las personas que han sido parte de las distintas etapas de mi vida, gracias a ellas sé que estoy dónde me encuentro, mis profesores, mis compañeros, las personas que me han acompañado en este proyecto, mis amigas, mis amigos y, por supuesto, mi familia.

Alejarme de todo lo que era conocido para mí en Osorno y adaptarme en un nuevo lugar no fue fácil en mis primeros años de universidad, sin embargo, conté con un gran apoyo de la familia que me hice en Santiago, mis amigas. Dado esto, le agradezco en primer lugar a mis amigas Ali, Cami, Clau, Coni, Tefi y Karol por todos estos años que hemos compartido, los buenos momentos en que hemos estado juntas, el cariño que me han entregado y, por sobre todo su amistad sinigual en estos seis años.

Asimismo, deseo agradecerle a todos mis amigas y amigos de CEUS, ya que, tener un espacio dónde compartir tus opiniones, trabajar en proyectos que te hacen sentido y desarrollarte al mismo tiempo como persona, no se encuentra fácilmente y todo eso me lo han entregado ustedes, estoy muy agradecida del espacio que hemos creado y espero que se extienda por muchos años más.

Le quiero agradecer, además, a todas las personas que me apoyaron para realizar este trabajo, en primer lugar, a mi Profesora María Pía, quién me ayudó en todo este proceso hasta llegar a lo que expongo en esta memoria. Asimismo, le agradezco al equipo humano de ASPAUT, por todo lo que realizan y, en particular a Claudina y a Denisse quienes me ayudaron compartiendo sus conocimientos para interiorizarme en la materia y desarrollar esta propuesta. Igualmente, le agradezco a todas las personas del Ministerio de Salud y de Desarrollo Social que me dieron la oportunidad de plantearles mi proyecto y, me ayudaron en encaminarlo correctamente.

Le agradezco a mi papá, mi mamá y a mi hermana Camila por todo su apoyo, preocupación, cariño y amor que me han entregado en estos 24 años de mi vida. Los amo más allá de lo que puedo expresar y valoro infinitamente que siempre esperen lo mejor de mí y me potencien a convertirme en la mejor versión de mí misma día a día.

Finalmente, le dedico y le agradezco por todo este trabajo a mi hermano Agustín; quién soy, qué quiero, cómo espero desarrollarme en mi vida y, cómo deseo ser como persona es gracias a ti, este trabajo es tuyo.

TABLA DE CONTENIDO

REDISEÑO DE PROCESOS AL SUBSISTEMA CHILE CRECE CONTIGO PARA LA ATENCIÓN DE NIÑAS Y NIÑOS CON CONDICIONES DE SALUD MENTAL.....	ii
AGRADECIMIENTOS.....	iv
ÍNDICE DE TABLAS.....	viii
ÍNDICE DE FIGURAS.....	xi
ÍNDICE DE DIAGRAMAS.....	xii
INTRODUCCIÓN.....	1
1. ANTECEDENTES GENERALES.....	2
1.1. SUBSISTEMA CHILE CRECE CONTIGO.....	2
1.1.1. INICIOS, ORGANIZACIÓN Y PROGRAMAS.....	2
1.1.2. PRESUPUESTO.....	6
1.1.3. REDES COMUNALES.....	6
1.2. SALUD MENTAL.....	9
1.2.1. SALUD MENTAL EN LA NIÑEZ.....	10
1.2.2. CHILE Y LA SALUD MENTAL.....	11
1.2.3. DISCAPACIDAD MENTAL.....	15
1.3. TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA.....	19
1.3.1. PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS.....	21
1.3.2. BENEFICIOS DETECCIÓN TEMPRANA.....	23
2. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO Y OBJETIVOS.....	24
2.1. IDENTIFICACIÓN Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.....	24
2.2. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO.....	25
2.3. OBJETIVOS.....	26
2.3.1. OBJETIVO GENERAL.....	26
2.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	26
2.4. ALCANCES.....	26
3. METODOLOGÍA.....	27
4. MARCO CONCEPTUAL.....	31
4.1. REDISEÑO DE PROCESOS.....	31
4.2. GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA.....	33
5. RESULTADOS.....	35

5.1. DIAGNOSTICO DE LA PROTECCIÓN BRINDADA EN SALUD MENTAL A LA POBLACIÓN INFANTIL	35
5.1.1. PROGRAMAS, ATENCIONES Y APOYOS A LA POBLACIÓN GENERAL CON PROBLEMAS Y TRASTORNOS MENTALES.....	35
5.1.2. ANALISIS DE PROGRAMAS DESTINADOS A LA POBLACIÓN INFANTIL CON REZAGOS MENTALES	44
5.1.3. APOYO BRINDADO A LA POBLACIÓN INFANTIL CON TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA.....	47
5.2. LEVANTAMIENTO DE INFORMACIÓN	53
5.2.1. PROGRAMA DE APOYO AL DESARROLLO BIOPSIICOSOCIAL (PADBP)	53
5.2.2. PROGRAMA DE APOYO A LA SALUD MENTAL INFANTIL (PASMI). 61	
5.2.3. GUÍA PRÁCTICA CLÍNICA DE DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO OPORTUNO DE LOS TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA.....	68
5.3. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN LEVANTADA	70
5.3.1. ACOMPAÑAMIENTO REALIZADO POR EL COMPONENTE DE SALUD DEL SUBSISTEMA CHILE CRECE CONTIGO A LA POBLACIÓN INFANTIL CHILENA.....	70
5.3.2. DETECCIÓN DE REZAGOS, RIESGOS Y RETRASOS EN EL SISTEMA CHILE CRECE CONTIGO	73
5.3.3. ATENCIONES BRINDADAS A LA POBLACIÓN INFANTIL CON REZAGOS, RIESGOS O RETRASOS EN EL SUBSISTEMA CHILE CRECE CONTIGO.....	75
5.3.4. PROCESO UTILIZADO PARA EL DIAGNÓSTICO DE CONDICIONES DE SALUD MENTAL EN EL SUBSISTEMA CHILE CRECE CONTIGO.....	76
5.3.5. ATENCIONES BRINDADAS POR EL SUBSISTEMA CHILE CRECE CONTIGO PARA EL TRATAMIENTO DE CONDICIONES DE SALUD MENTAL EN LA POBLACIÓN INFANTIL	77
5.4. REDISEÑO DE PROCESOS EN EL COMPONENTE DE SALUD DEL SUBSISTEMA CHILE CRECE CONTIGO PARA LA ATENCIÓN DE CONDICIONES DE SALUD.....	78
5.4.1. PROPUESTA PARA LA DETECCIÓN TEMPRANA DE CONDICIONES DE SALUD MENTAL EN LA POBLACIÓN INFANTIL	79
5.4.2. PROPUESTA PARA LA ESTIMULACIÓN TEMPRANA DE LA POBLACIÓN INFANTIL CON CONDICIONES DE SALUD MENTAL.....	81
5.4.3. PROPUESTA PARA EL DIAGNÓSTICO DE CONDICIONES DE SALUD MENTAL EN LA POBLACIÓN INFANTIL.....	84

5.4.4. PROPUESTA PARA LA INTERVENCIÓN EN LA POBLACIÓN INFANTIL CON CONDICIONES DE SALUD MENTAL.....	87
5.4.5. INDICADORES PARA INCORPORAR EN LA PROPUESTA DE REDISEÑO	90
5.4.6. SINTESIS DE LA PROPUESTA DE REDISEÑO.....	91
5.5. ESTIMACIÓN DE RECURSOS PARA LA INCORPORACIÓN DE LA PROPUESTA DE REDISEÑO DE PROCESOS EN EL SUBSISTEMA CHILE CRECE CONTIGO.....	93
5.5.1. DISTRIBUCIÓN DE FONDOS AL COMPONENTE DE SALUD DEL SUBSISTEMA CHILE CRECE CONTIGO.....	93
5.5.2. RECURSOS HUMANOS	97
5.5.3. RECURSOS FÍSICOS E INFRAESTRUCTURAS	101
5.5.4. ESTIMACIÓN DE LA POBLACIÓN INFANTIL BENEFICIADA	104
5.5.5. ESTIMACIÓN DE RECURSOS MONETARIOS	107
6. CONCLUSIONES	110
7. RECOMENDACIONES	114
8. BIBLIOGRAFÍA.....	115
9. ANEXOS	121

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Programas Subsistema Chile Crece Contigo y entidad pública que los ejecuta, Ministerio de Desarrollo Social, Gobierno de Chile.....	5
Tabla 2. Presupuesto Subsistema Chile Crece Contigo años 2016, 2017 y 2018, Ministerio de Hacienda, Gobierno de Chile (Ministerio de Hacienda, 2018) ...	6
Tabla 3. Distribución presupuestaria de los programas del Subsistema ChCC (en miles de CLP), Dirección de Presupuesto, Ministerio de Hacienda, Gobierno de Chile (Ministerio de Hacienda, 2018)	6
Tabla 4. Presupuesto de Salud Mental en el Sistema Público años 2012-2015, Ministerio de Salud, Gobierno de Chile (Ministerio de Salud, 2016)	12
Tabla 5. Porcentaje del Presupuesto Total de Salud del Sistema Público destinado a Salud Mental, Ministerio de Salud, Gobierno de Chile (Ministerio de Salud, 2016)	12
Tabla 6. Características en la comunicación social y en las conductas repetitivas/restrictivas según los niveles de gravedad para el TEA, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5	21
Tabla 7: Metodología utilizada en el desarrollo de la Metodología, Elaboración Propia	30
Tabla 8. Fuentes de información utilizadas en las primeras dos etapas del trabajo, Elaboración Propia	31
Tabla 9. Cobertura Subsidio Discapacidad Mental años 2016 a 2018, Elaboración propia (en base a información del Banco Integrado de Programas Sociales)	36
Tabla 10. Cobertura Programa Apoyo a la Atención en Salud Mental años 2016 a 2018, Elaboración propia (en base a información del Banco Integrado de Programas Sociales)	37
Tabla 11. Cobertura Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil, años 2016 a 2018, Elaboración propia (en base a información del Banco Integrado de Programas Sociales)	38
Tabla 12. Cobertura Programa Habilidades para la Vida I años 2016 a 2018, Elaboración propia (en base a información del Banco Integrado de Programas Sociales)	41
Tabla 13. Cobertura Programa Habilidades para la Vida II años 2016 a 2018, Elaboración propia (en base a información del Banco Integrado de Programas Sociales)	42
Tabla 14. Visión general de los subcomponentes, actividades, unidad y periodo del componente Fortalecimiento del Desarrollo Integral del Niño y Niña del PADBP, Ministerio de Desarrollo Social, Gobierno de Chile (Ministerio de Desarrollo Social, 2017)	54
Tabla 15. Consultas a los que niños y niñas acceden según la Etapa de vida en la que se encuentran entre los 0 y 9 años (Ministerio de Salud, 2017)	55

Tabla 16. Profesionales que ejecutan los controles de salud y los instrumentos que se aplican según la edad de los niños y niñas entre los 0 y 9 años, Elaboración propia (en base a información del Ministerio de Salud)	56
Tabla 17. Categoría de resultados en la evaluación del desarrollo en control de salud, Ministerio de Desarrollo Social, Gobierno de Chile (Chile Crece Contigo, 2013)	57
Tabla 18. Rendimiento de las atenciones en controles de salud y formulario en el Sistema de Registro, Derivación y Monitoreo del Subsistema Chile Crece Contigo (Ministerio de Salud, 2017)	58
Tabla 19. Visión general de los subcomponentes, actividades, unidad y periodo del componente Atención de Niños y Niñas en Situación de Vulnerabilidad del PADBP, Ministerio de Desarrollo Social, Gobierno de Chile (Ministerio de Desarrollo Social, 2017)	58
Tabla 20. Visión general de los subcomponentes, actividades, unidad y periodo del componente Promoción del Bienestar Socioemocional del PASMI, Ministerio de Desarrollo Social, Gobierno de Chile (Ministerio de Desarrollo Social, 2017)	62
Tabla 21. Visión general de los subcomponentes, actividades, unidad y periodo del componente Atención de trastornos y problemas de salud mental del PASMI, Ministerio de Desarrollo Social, Gobierno de Chile (Ministerio de Desarrollo Social, 2017)	63
Tabla 22. Prestaciones Programa Apoyo a la Salud Mental Infantil, Ministerio de Desarrollo Social, Gobierno de Chile (Chile Crece Contigo, 2017)	65
Tabla 23. Beneficiados de los programas del componente de salud del Subsistema Chile Crece Contigo entre los años 2016 y 2018, Elaboración propia (en base a información del Banco Integrado de Programas Sociales)	72
Tabla 24. Pruebas de Evaluación del Desarrollo aplicada en controles de salud a niños y niñas, Elaboración propia (en base a información del Ministerio de Salud)	73
Tabla 25. Cartera de prestaciones de los programas de salud mental dirigidas a la población infantil entre 5 a 9 años, Ministerio de Salud, Gobierno de Chile (Ministerio de Salud, 2017)	77
Tabla 26. Características generales de la propuesta de rediseño para la detección temprana de condiciones de salud mental en la población infantil, Elaboración propia	79
Tabla 27. Rango de tiempo propuesto para que el niño o niña asista a sala de estimulación según el control en el que se detectó el retraso o condición de salud mental, Elaboración propia	81
Tabla 28. Características generales de la propuesta de rediseño para la estimulación temprana de la población infantil con condiciones de salud mental, Elaboración propia	83

Tabla 29. Características generales de la propuesta de rediseño para el diagnóstico de condiciones de salud mental en la población infantil, Elaboración propia	85
Tabla 30. Características generales de la propuesta de rediseño para la intervención en la población infantil con condiciones de salud mental, Elaboración propia	88
Tabla 31. Montos transferidos desde el Ministerio de Desarrollo Social al Ministerio de Salud durante el año 2018 para la ejecución de los programas PADBP, PARN y PASMI, Elaboración propia (en base a información del Ministerio de Desarrollo Social)	95
Tabla 32. Montos transferidos desde el Ministerio de Desarrollo Social a Municipalidades durante el año 2018 para la ejecución de los programas, Elaboración propia (en base a información del Ministerio de Desarrollo Social)	96
Tabla 33. Presupuesto y beneficiarios durante el año 2017 de los programas del componente de salud del Subsistema Chile Crece Contigo, Elaboración propia (en base a información del Ministerio de Desarrollo Social)	96
Tabla 34. Equipo de profesionales para las Modalidades de Apoyo al Desarrollo Infantil, Ministerio de Desarrollo Social, Gobierno de Chile (Ministerio de Desarrollo Social, 2013)	98
Tabla 35. Médicos especialistas y profesionales idóneos para realizar las etapas del rediseño para la atención de niños y niñas con condiciones de salud mental, Elaboración propia	99
Tabla 36. Disponibilidad de horas de profesionales y especialista según el área a que pertenecen y la etapa del rediseño asociada, Elaboración propia	99
Tabla 37. Renta bruta promedio mensual profesionales del área sanitaria del sistema público enero 2017, Elaboración propia (en base a información del portal de Empleos Públicos, Dirección Nacional del Servicio Civil 2017)	100
Tabla 38. Renta bruta promedio mensual profesionales de especialidad del área sanitaria del Hospital San Borja Arriarán enero 2017, Elaboración Propia (en base a información del Ministerio de Salud).....	101
Tabla 39. Cantidad de centros asistenciales de salud por tipo al año 2018, Elaboración propia (en base a información del Departamento de Estadísticas e Información de Salud, Ministerio de Salud 2018)	102
Tabla 40. Cantidad de Modalidades de Apoyo al Desarrollo Infantil año 2018, Elaboración propia (en base a información brindada por el Ministerio de Desarrollo Social)	103
Tabla 41. Tipo de Financiamiento por Modalidad de Apoyo al Desarrollo Infantil año 2018, Elaboración propia (en base a la información brindada por el Ministerio de Desarrollo Social)	104
Tabla 42. Tiempo promedio de las atenciones de profesionales y Médicos especialistas en cada etapa de la propuesta de rediseño, Elaboración propia	105

Tabla 43. Costo total anual por rentas brutas de profesionales y médicos especialistas de la propuesta de rediseño, Elaboración propia.....	107
Tabla 44. Estimación de recursos y beneficiarios en ambas fases de la supuesta implementación de la propuesta de rediseño, Elaboración propia	108

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Distribución de prestaciones Subsistema Chile Crece Contigo, Ministerio de Desarrollo Social, Gobierno de Chile (Ministerio de Desarrollo Social, 2015)	5
Figura 2. Esquema de gestión del Subsistema Chile Crece Contigo, Ministerio de Desarrollo Social, Gobierno de Chile (Ministerio de Desarrollo Social, 2015)	7
Figura 3. Red Comunal Básica Subsistema Chile Crece Contigo, Ministerio de Desarrollo Social, Gobierno de Chile (Ministerio de Desarrollo Social, 2015). .	7
Figura 4. Red Ampliada Subsistema Chile Crece Contigo, Ministerio de Desarrollo Social, Gobierno de Chile (Ministerio de Desarrollo Social, 2015). .	8
Figura 5. Estructura de Soporte del Subsistema Chile Crece Contigo, Ministerio de Desarrollo Social, Gobierno de Chile (Ministerio de Desarrollo Social, 2015)	9
Figura 6: Rediseño de Procesos, Elaboración propia (en base a lo expuesto por Paul Harmon (Harmon, P., 2003))	33
Figura 7. Iniciativas y programas sociales destinadas a la población infantil, según su rango etario, Elaboración propia	44
Figura 8. Proceso de ingreso a sala de estimulación y otras MAD, Elaboración propia	59
Figura 9. Proceso de intervención de las Modalidades de Apoyo al Desarrollo Infantil, Elaboración propia	60
Figura 10. Derivación y reevaluación en Modalidades de Apoyo al Desarrollo Infantil, Elaboración Propia	60
Figura 11. Acciones Subcomponente Atención de salud mental para niños y niñas de 5 a 9 años del Programa Apoyo a la Salud Mental Infantil, Elaboración propia	63
Figura 12. Acciones Subcomponente Apoyo social en casos de vulnerabilidad psicosocial del PASMI, Elaboración propia	64
Figura 13. Articulación entre el Programa Habilidades para la Vida I y el Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil, Elaboración propia	66
Figura 14. Articulación entre el Programa de Salud Escolar y el Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil, Elaboración Propia	67
Figura 15. Rescate niños y niñas durante el PASMI por el Programa de acompañamiento, Elaboración Propia	68

Figura 16. Seguimiento a la trayectoria del desarrollo infantil del Subsistema Chile Crece Contigo, Ministerio de Desarrollo Social, Gobierno de Chile (Ministerio de Desarrollo Social, 2017)	72
Figura 17. Síntesis de la propuesta de rediseño de procesos, dónde se consideran las etapas de Detección, Estimulación Temprana, Diagnóstico e Intervención, Elaboración propia	93
Figura 18. Distribución de fondos desde el Ministerio de Desarrollo Social para la ejecución de los programas a Nivel Comunal, Elaboración propia	94
Figura 19. Lugar idóneo dónde se deberían llevar a cabo las etapas de Detección, Estimulación Temprana, Diagnóstico e Intervención, Elaboración propia	102
Figura 20. Programas del componente de salud dónde se ejecutan las etapas de Detección, Estimulación Temprana, Diagnóstico e Intervención, Elaboración propia	108

ÍNDICE DE DIAGRAMAS

Diagrama 1. Ingreso al PASMI, documento de Orientaciones Técnicas del programa, Ministerio de Salud, Gobierno de Chile (Chile Crece Contigo, 2017)	65
Diagrama 2. Flujograma de Manejo del Niño/a con Sospecha de TEA, Guía de Práctica Clínica de Detección y Diagnóstico Oportuno de los Trastornos del Espectro Autista (TEA), Ministerio de Salud, Gobierno de Chile.....	69
Diagrama 3. Proceso de Detección para niños y niñas entre 0 y 59 meses, Elaboración propia	80
Diagrama 4. Proceso de Detección para niños y niñas entre 5 y 9 años, Elaboración propia	81
Diagrama 5. Proceso de Estimulación Temprana de condiciones de salud mental de niños y niñas entre 0 y 59 meses, Elaboración propia.....	84
Diagrama 6. Proceso de Diagnóstico de niños y niñas con sospecha de condiciones de salud mental entre 0 y 9 años, Elaboración propia.....	86
Diagrama 7. Proceso de Intervención de niños y niñas con condiciones de salud mental entre 0 y 9 años, Elaboración propia	89
Diagrama 8. Propuesta de rediseño de procesos para el componente de salud del Subsistema Chile Crece Contigo, Elaboración propia	93

INTRODUCCIÓN

Este proyecto surge ante el conocimiento entre organizaciones civiles y de personas naturales de la falta de apoyo Estatal hacia la población infantil que vive con problemas y trastornos mentales en el país, de los cuales sus familiares no tienen los medios para acceder de manera temprana a una detección, diagnóstico, tratamiento y/o terapias frente a las psicopatologías que los aquejan.

Este documento comprende siete secciones, siendo la primera, aquella que introduce los antecedentes más relevantes para comprender el trabajo realizado, entre ellos se encuentran una caracterización general de las actividades y programas que ejecuta el Subsistema Chile Crece Contigo y cómo estas se acoplan en el Sistema de Protección Social del país. También, se introduce en qué consiste la salud mental y, cómo está se puede evidenciar en la población infantil desde temprana edad, cual es la situación del país, y el espacio que ocupa en la población la discapacidad mental. Finalmente, se introduce una condición que pueden perdurar durante toda la vida de las personas como es el caso de los Trastornos del Espectro Autista.

Luego de introducir los antecedentes, se continúa con la descripción del proyecto, identificando el problema que se busca abordar, la justificación que este tiene y la descripción del trabajo que se llevará a cabo junto con sus objetivos y alcances.

Las secciones que le siguen son la Metodología utilizada para desarrollar el trabajo y el Marco Conceptual en el que se basa, dónde se abordan dos conceptos, Rediseño de procesos y la Gestión de la Salud Pública.

Tras la descripción del marco conceptual, se prosigue con los resultados del trabajo que incluye el diagnóstico de la protección brindada en salud mental a la población infantil, el levantamiento de información, el análisis de la información levantada, el rediseño de procesos en el componente de salud del Subsistema Chile Crece Contigo para la atención de condiciones de salud mental en la población infantil y la estimación de recursos para la incorporación de la propuesta de rediseño de procesos en el Subsistema Chile Crece Contigo.

El trabajo finaliza con las conclusiones y recomendaciones a partir de la propuesta generada en este proyecto.

1. ANTECEDENTES GENERALES

En esta sección se busca introducir los conceptos más importantes para la comprensión del trabajo realizado, entre ellos, la caracterización del Subsistema Chile Crece Contigo, dónde se enmarca y cuáles son sus componentes. Luego, se introduce cómo es considerada la Salud Mental, haciendo referencia a la salud mental en la niñez y cómo esta se observa en el país, para finalizar, con una de las condiciones que puede poseer la población infantil, Trastornos del Espectro Autista.

1.1. SUBSISTEMA CHILE CRECE CONTIGO

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

1.1.1. INICIOS, ORGANIZACIÓN Y PROGRAMAS

El Sistema Intersectorial de Protección Social es un modelo de gestión constituido por acciones y prestaciones sociales ejecutadas y coordinadas por distintos organismos del Estado, destinadas a la población nacional más vulnerable socioeconómicamente y que requieren de diversas acciones por parte de los organismos para acceder a mejores condiciones de vida (Ley N° 20379, 2009).

En ese contexto, el Subsistema Chile Crece Contigo (ChCC) se encuentra inserto, teniendo como misión acompañar, proteger y apoyar integralmente a los niños, niñas y sus familias (Chile Crece Contigo, 2018) siendo el Ministerio de Desarrollo Social, la entidad que cumple las funciones de administrar, coordinar, supervisar y evaluar el subsistema.

Durante el año 2007 se implementó el Sistema de Protección Integral a la Infancia, denominado Chile Crece Contigo, en la búsqueda, por parte del Estado de cumplir con los compromisos suscritos el año 1990 en la Convención de los Derechos del Niño, siendo este Sistema el encargado de acompañar, proteger y apoyar integralmente a la población infantil y sus familias a través de acciones y servicios de carácter universal, así como apoyos focalizados especiales a aquellos que presentasen mayores vulnerabilidades (Chile Crece Contigo, 2018). El objetivo de dichas acciones y servicios es igualar las oportunidades de desarrollo de los niños y niñas independientemente de su origen social, género, la conformación de su hogar u cualquier otro factor potencial de inequidad.

El Subsistema Chile Crece Contigo se institucionalizó en el año 2009, a partir de la Ley 20.379, dónde a su vez se creó el Sistema Intersectorial de

Protección Social (Ley N° 20379, 2009). En ese momento este Sistema, ya contaba con distintos subsistemas, los cuales ejecutaban acciones y prestaciones sociales, coordinadas intersectorialmente por los diversos organismos del Estado.

Entre las evidencias que sustentaron la implementación de ChCC y realizar una inversión para gestionar las distintas prestaciones para la población infantil, se encontraban (Ministerio de Desarrollo Social, 2015):

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

Es así como uno de los pilares de ChCC es que este considera que el desarrollo infantil no solo contempla el crecimiento físico y cognitivo de las niñas y niños, sino, que entiende el desarrollo infantil desde una perspectiva multidimensional, en la cual influyen aspectos biológicos, físicos, psíquicos y sociales de los niños.

Dado lo anterior, con la implementación del ChCC en el año 2007, se inició la oferta en el sistema público de un apoyo intensivo al control, vigilancia y promoción de la salud de los niños desde su gestación hasta los 4 años de vida. Dónde, en el nivel primario de salud, se enfatizan las acciones de desarrollo integral del niño, particularmente el desarrollo psicomotor y la educación para los padres respecto a la crianza de sus hijos e hijas.

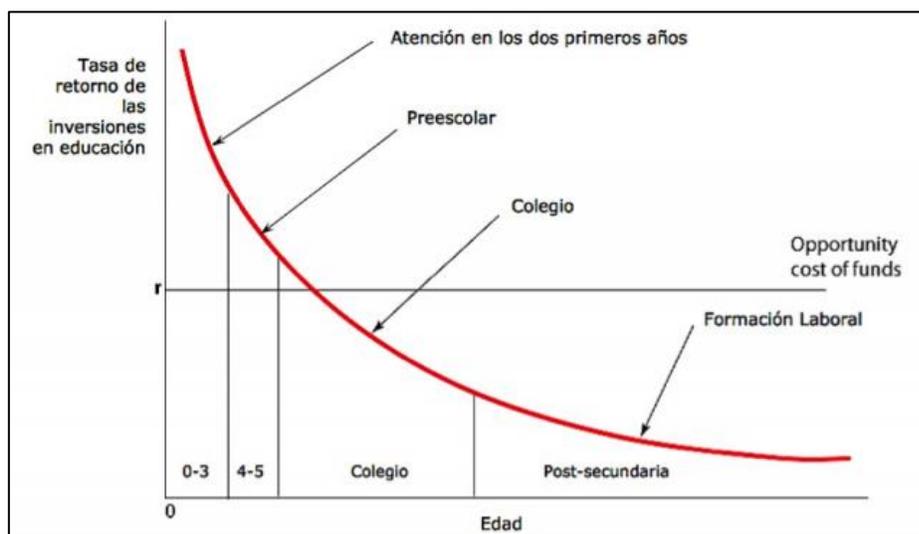


Gráfico 1. Tasa de retorno de inversión en años de vida (Carneiro, P. M., & Heckman, J. J., 2003)

Si bien en sus inicios ChCC acompañaba a los niños y niñas sólo desde el primer control de embarazo de la madre hasta los 4 años, desde el año 2016 se decidió extender gradualmente la cobertura de este acompañamiento, de manera tal que para el año 2018 se realizara un seguimiento a la población infantil hasta el término del primer ciclo básico, es decir, hasta los 8 y 9 años.

Para llevar a cabo sus tareas, ChCC se encarga de articular iniciativas de distintos sectores, con prestaciones y programas orientados a la infancia, con el objetivo de generar una red de apoyo para los niños durante su crecimiento (Chile Crece Contigo, 2018). Así, una misma niña o un mismo niño se le entrega apoyo simultáneo en las distintas áreas que engloban su desarrollo, es decir, salud, educación, contexto familiar, contexto de su entorno, barrio y comunidad. Por ejemplo, en el área de salud, ChCC ofrece un acompañamiento en la trayectoria del desarrollo de niños y niñas que se tratan en el Sistema Público de Salud, lo que corresponde a aproximadamente el 75% del total de niños del país y, al mismo tiempo, garantiza apoyos diferenciados a los hogares de Chile que corresponden al 60% más vulnerable en otras áreas.

Actualmente, son 18 los programas que componen ChCC, los cuales presentan distintos objetivos, población a la cual están dirigidos, entre otras características. En Anexo 1 se identifican cada uno de estos programas y se

entrega una breve descripción de sus objetivos y la población a la cual están dirigidos.

De estos programas, algunos son dirigidos a toda la población del país, otros destinados solo a la población infantil que se atiende en la Sistema Público de Salud, y otros enfocados en aquellos hogares que pertenecen al 60% más vulnerable del país, lo que se puede observar en la Figura 1.

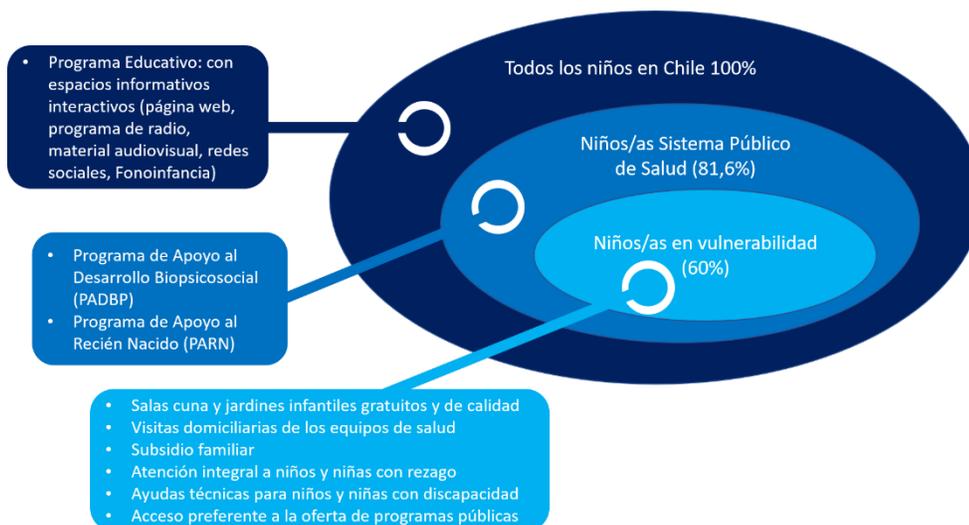


Figura 1. Distribución de prestaciones Subsistema Chile Crece Contigo, Ministerio de Desarrollo Social, Gobierno de Chile (Ministerio de Desarrollo Social, 2015)

Asimismo, es relevante mencionar que, si bien estos programas son gestionados por el Ministerio de Desarrollo Social, no es la entidad que tiene la labor de ejecutarlos. Este ministerio solo se encarga de ejecutar directamente el Programa Educativo y el Programa de Apoyo al Aprendizaje Integral, mientras que, para los otros programas hay distintas entidades que se encargan de su ejecución. En la Tabla 1 se presentan los algunos de los programas de ChCC con su entidad ejecutora asociada.

Programa	Entidad ejecutora
Fonoinfancia	Fundación Integra
Programa de apoyo al Desarrollo Biopsicosocial	Ministerio de Salud
Programa de Apoyo al Recién Nacido	Ministerio de Salud
Educación Prebásica	Junta Nacional de Jardines Infantiles (JUNJI)
Fondo de Intervenciones de Apoyo al Desarrollo Infantil	Municipalidades
Fondo Concursable de Iniciativas para la Infancia	Municipalidades
Programa de Fortalecimiento Municipal	Municipalidades
Programa Diagnóstico de Vulnerabilidad en Preescolares	Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB)
Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil	Ministerio de Salud
Ayudas Técnicas Chile Crece Contigo	Instituto nacional de Rehabilitación – Pedro Aguirre Cerda INRPAC

Tabla 1. Programas Subsistema Chile Crece Contigo y entidad pública que los ejecuta, Ministerio de Desarrollo Social, Gobierno de Chile

1.1.2. PRESUPUESTO

El presupuesto con el cual cuenta ChCC lo recibe desde el Ministerio de Desarrollo Social, más específicamente desde la Subsecretaría de Servicios Sociales por medio de la Ley de Presupuestos. El presupuesto de los últimos tres años, 2016, 2017 y 2018 se observa en la Tabla 2, el cual durante el año 2018 superó los \$51.000.000.000 CLP (Ministerio de Hacienda, 2018):

Año	Presupuesto
2016	\$45.948.526.000
2017	\$48.586.294.000
2018	\$51.369.950.000

Tabla 2. Presupuesto Subsistema Chile Crece Contigo años 2016, 2017 y 2018, Ministerio de Hacienda, Gobierno de Chile (Ministerio de Hacienda, 2018)

La distribución presupuestaria entre los programas de ChCC, según el presupuesto mostrado en la Tabla 4, se presenta en la Tabla 3:

Programa	2016	2017	2018
Fonoinfancia	\$93.874	\$96.690	\$99.204
Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial	\$17.877.774	\$18.414.107	\$18.892.874
Programa de Apoyo al Recién Nacido	\$13.916.103	\$14.333.586	\$14.706.259
Educación Prebásica – JUNJI	\$4.652.448	\$4.792.021	\$4.916.614
Fondo de Intervenciones de Apoyo al Desarrollo Infantil	\$2.563.294	\$2.640.193	\$2.708.838
Fondo Concursable de Iniciativas para la Infancia	\$425.354	\$438.115	\$449.506
Programa de Fortalecimiento Municipal	\$2.595.184	\$2.673.040	\$2.742.539
Programa Diagnóstico de Vulnerabilidad en Preescolares	\$90.090	\$92.793	\$95.206
Programa Educativo	\$2.503.968	\$2.572.635	\$2.563.601
Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil	\$421.428	\$868.142	\$1.193.642
Programa de Apoyo al Aprendizaje Integral	\$808.239	\$1.664.972	\$2.562.392
Ayudas Técnicas Chile Crece Contigo	\$415.200	\$427.656	\$438.775

Tabla 3. Distribución presupuestaria de los programas del Subsistema ChCC (en miles de CLP), Dirección de Presupuesto, Ministerio de Hacienda, Gobierno de Chile (Ministerio de Hacienda, 2018)

Dónde se observa como para cada uno de los programas, sus distintos presupuestos han ido en aumento a medida que han transcurrido los años.

1.1.3. REDES COMUNALES

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

En la Figura 2 se observa el esquema de gestión de ChCC, dónde resalta la existencia de una Red Básica y una Red Ampliada para brindarle apoyo a los niños y niñas en el país. Además, una institucionalidad en los niveles nacional, regional y provincial, que brindan soporte técnico para la gestión del Subsistema a nivel comunal.



Figura 2. Esquema de gestión del Subsistema Chile Crece Contigo, Ministerio de Desarrollo Social, Gobierno de Chile (Ministerio de Desarrollo Social, 2015)

La Red Básica, está compuesta por (ver Figura 3), representantes de las diversas unidades municipales responsables de los servicios, beneficios o programas de apoyo al desarrollo infantil y familiar, representantes que conforman la red de prestadores de servicios de salud a nivel comunal y representantes de las entidades del área de Educación Parvularia en la comuna.



Figura 3. Red Comunal Básica Subsistema Chile Crece Contigo, Ministerio de Desarrollo Social, Gobierno de Chile (Ministerio de Desarrollo Social, 2015)

Las municipalidades en este Nivel Comunal tienen un rol clave, pues entre sus atribuciones se encuentra la articulación de políticas locales para el desarrollo de la primera infancia.

Por otro lado, la Red Ampliada está integrada por las siguientes personas e instituciones:

- A. Encargado de la Oficina de Protección de Derechos
- B. Encargado Oficina Municipal de Información Laboral
- C. Encargado de programas de integración de personas con discapacidad
- D. Encargado del Departamento de Vivienda
- E. Encargado de Fichas de Protección Social
- F. Encargado de Programas de habitabilidad
- G. Encargado Departamento de organizaciones comunitarias
- H. Otras instancias públicas, privadas y/o comunitarias

Los beneficios o prestaciones de las instancias que integran a la Red Ampliada se van activando a medida que los niños y niñas así lo van necesitando durante su desarrollo. En la Figura 4 se observa un diagrama con la Red Ampliada ChCC.

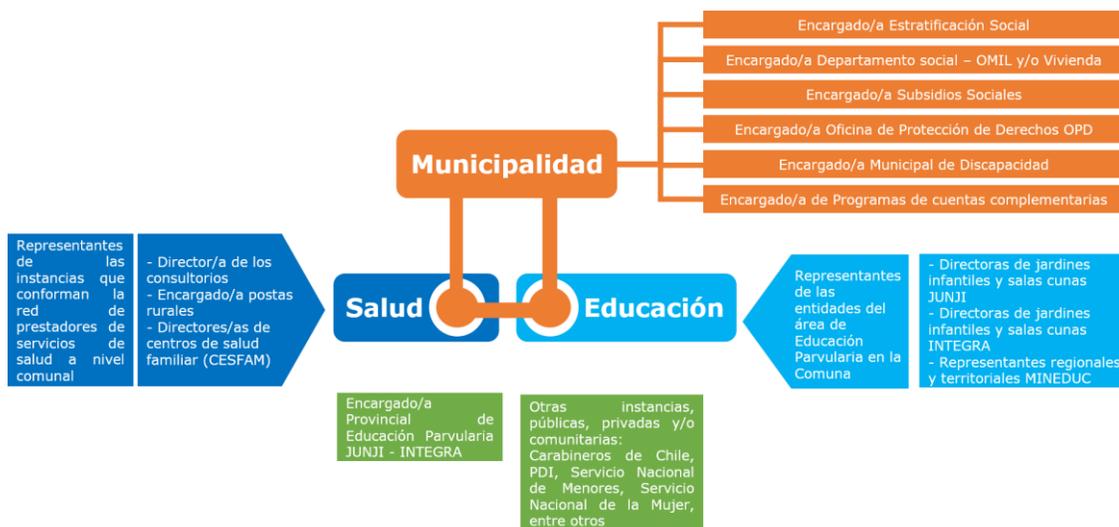


Figura 4. Red Ampliada Subsistema Chile Crece Contigo, Ministerio de Desarrollo Social, Gobierno de Chile (Ministerio de Desarrollo Social, 2015)

Finalmente, en la Figura 5 se observa la Estructura de Soporte de ChCC, dónde se representa gráficamente como interactúan los componentes de las redes y las distintas institucionalidades que participan desde un nivel nacional a un nivel comunal.

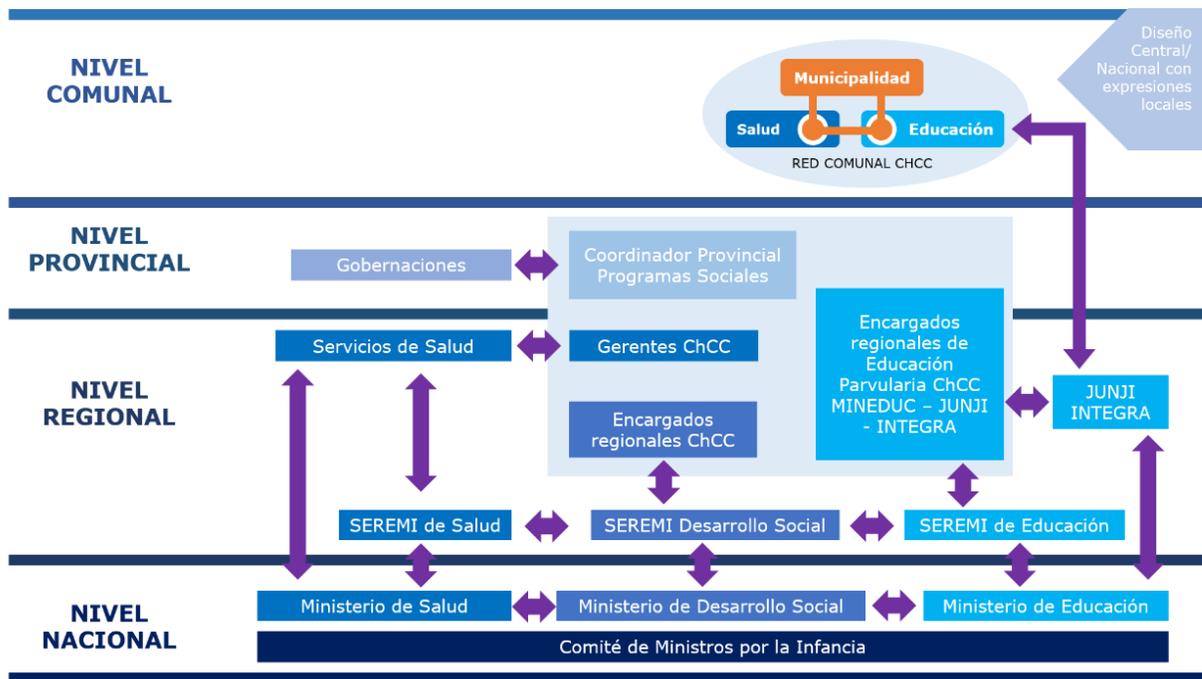


Figura 5. Estructura de Soporte del Subsistema Chile Crece Contigo, Ministerio de Desarrollo Social, Gobierno de Chile (Ministerio de Desarrollo Social, 2015)

1.2. SALUD MENTAL

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud mental, abarca una amplia gama de actividades directa o indirectamente relacionadas con el componente de bienestar mental, también incluido en la definición de salud que da la misma organización, “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. La salud mental está relacionada tanto con la promoción del bienestar, con la prevención de trastornos mentales, como con el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por dichos trastornos (World Health Organization, 2018).

En los últimos años, la prevalencia de trastornos mentales ha aumentado, causando efectos considerables en la salud de las personas y causando graves consecuencias a nivel socioeconómico y en el ámbito de los Derechos Humanos alrededor del mundo (World Health Organization, 2018). Estas múltiples consecuencias se deben a que los trastornos mentales no solo representan una gran carga psicológica, social y económica para la sociedad, si no que igualmente aumentan el riesgo de enfermedades físicas en la población que posee dichas condiciones.

Se estima que, a nivel mundial alrededor de 450 millones de personas padecen trastornos mentales y de conducta, además, se calcula que una de cada cuatro personas desarrolla uno o más trastornos mentales a lo largo de su vida (World Health Organization, 2004).

Existe una gran variedad de trastornos mentales, y cada uno de ellos con distintas manifestaciones, sin embargo, en general se caracterizan por una combinación de alteraciones del pensamiento, percepción, emociones, conductas y las relaciones con otros (World Health Organization, 2018). Entre las diversas condiciones de salud mental que existen se encuentran:

- A. Depresión
- B. Trastorno afectivo bipolar
- C. Esquizofrenia y otras psicosis
- D. Demencia
- E. Discapacidades intelectuales
- F. Trastornos del desarrollo

Para algunos de estos trastornos, existen estrategias para prevenirlos como la depresión, sin embargo, en otros solo se dispone de tratamientos y medidas que permiten aliviar el sufrimiento que causan.

1.2.1. SALUD MENTAL EN LA NIÑEZ

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

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

Según distintos estudios, dados los distintos trastornos que puede poseer la población infantil, las intervenciones que se les brinden durante su desarrollo son relevantes y justificadas gracias al efecto positivo tener para su desarrollo integral. En el caso de las intervenciones para prevenir los problemas de salud mental, estas están dirigidas tanto a contrarrestar los factores de riesgo como en reforzar los factores protectores a lo largo de la vida de los niños, y potencialmente, modificar los procesos que contribuyen a una condición mental. De esta manera, mientras más influencia tengan los factores individuales sobre el desarrollo de los trastornos mentales y la salud mental, mayor será el efecto preventivo que se pueda esperar cuando se implementen

correctamente intervenciones en la población infantil (Irrarázaval, M., Prieto, F., & Armijo, J., 2016).

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

Hay diversos tipos de trastornos mentales que pueden aparecer durante la infancia y adolescencia, los cuales no presentan las mismas características de prevalencia y gravedad. Siendo la prevalencia, según la epidemiología¹, la proporción de individuos de una población que presenta un determinado trastorno en un momento dado (Hospital Universitario Ramón y Cajal, 2018), aquellos trastornos mentales que presentan una mayor prevalencia en la población infantil y adolescente son los Trastornos ansiosos, Trastornos por comportamientos disruptivos y Trastornos por déficit atencional (Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A., & Rohde, L. A., 2015).

Por otro lado, los trastornos mentales graves son aquellos que engloban una serie de patologías que pueden aparecer en la infancia o adolescencia y que, dada su gravedad, comprometen la evolución, el aprendizaje, el desarrollo personal y la inserción social y laboral de aquellos niños o adolescentes que lo padezcan (Bardón, C., 2005). Un trastorno mental grave contempla tres dimensiones: diagnóstico clínico, duración del trastorno (cronicidad) y el nivel de discapacidad social, familiar y laboral de la persona afectada (Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, 2010). Entre los diagnósticos de trastornos mentales que pueden suponer un nivel alto de gravedad son los siguientes:

- A. Autismo
- B. Psicosis en la primera infancia
- C. Esquizofrenia de inicio infantil o adolescente
- D. Trastornos Generalizados del Desarrollo
- E. Trastornos Afectivos Graves
- F. Trastornos Paranoides
- G. Trastornos de personalidad de tipo límite o antisocial

1.2.2. CHILE Y LA SALUD MENTAL

En Chile, el II Estudio Nacional de Discapacidad aplicado durante el 2015 arrojó que, del total de personas con discapacidad, un 59% posee trastornos mentales y del comportamiento, y en la población de niños, niñas y

¹ La Epidemiología es el estudio de la frecuencia, distribución y determinantes de las enfermedades y condiciones de morbilidad en las poblaciones humanas. Se utiliza la epidemiología para conocer el estado de la salud de una población y diseñar intervenciones.

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

En la Tabla 4, para los años 2012-2015, se presente el presupuesto estatal destinado a salud mental incluyendo y excluyendo los fondos destinados al SENDA, Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (Ministerio de Salud, 2016).

Ítem presupuestario	2012	2013	2014	2015
Presupuesto Total para Salud Mental sin SENDA	\$70.956.894.061	\$76.061.470.340	\$81.248.411.062	\$87.786.819.760
Presupuesto Total SENDA	\$20.906.403.077	\$29.240.183.561	\$33.756.380.544	\$38.619.480.522
Presupuesto Total para Salud mental	\$91.863.297.138	105.301.653.901	\$115.004.791.606	\$126.406.300.282
Presupuesto Total de Salud del Sistema Público	\$4.301.644.923.000	\$4.713.209.055.000	\$5.217.428.088.000	\$6.059.568.716.000
Presupuesto Total de Salud del Sistema Público con SENDA	\$4.322.551.326.077	\$4.742.449.238.561	\$5.251.184.468.544	\$6.098.188.196.522

Tabla 4. Presupuesto de Salud Mental en el Sistema Público años 2012-2015, Ministerio de Salud, Gobierno de Chile (Ministerio de Salud, 2016)

Se observa que durante el periodo 2010-2015 hubo un aumento creciente en el presupuesto total destinado para la salud del Sistema Público y en particular en el presupuesto para la salud mental en el país. Sin embargo, el porcentaje del presupuesto total de salud destinado cada año a salud mental no varió de manera considerable en ese periodo, lo que se puede observar en la Tabla 5, dónde, no sobrepaso el 2,22% del año 2013.

Ítem presupuestario	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Porcentaje del Presupuesto Total de Salud del Sistema Público, destinado a Salud Mental	1,83	1,73	2,13	2,22	2,19	2,07
Porcentaje del Presupuesto Total de Salud del Sistema Público, destinado a Salud Mental sin SENDA	1,37	1,27	1,65	1,61	1,56	1,45

Tabla 5. Porcentaje del Presupuesto Total de Salud del Sistema Público destinado a Salud Mental, Ministerio de Salud, Gobierno de Chile (Ministerio de Salud, 2016)

En el año 2017 Chile gastó 7,8% del Producto Interno Bruto (PIB) en salud, mientras que en promedio los países del mundo gastaron un 9,9% de su PIB según el Banco Mundial (Instituto de Políticas Públicas en Salud - USS, 2017),

ese mismo año, el porcentaje del presupuesto destinado a salud mental del presupuesto total de salud en Chile llegó al 2,4% (Ministerio de Salud, 2017).

El bajo gasto en salud mental ocasiona, entre otras cosas, que se reduzca la cobertura, que existan grandes gastos en las personas al buscar atención en el sector privado, que aumente la automedicación con psicofármacos y que exista una sobrecarga a los equipos de salud primaria y especializada (Ministerio de Salud, 2017).

Recientemente, el Ministerio de Salud generó un Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría en el que se proponen objetivos estratégicos y metas a cumplir entre los años 2017 y 2025. Las siete líneas de acción que tiene propuestas este plan son Regulación y Derechos Humanos, Provisión de Servicios de Salud Mental, Financiación, Gestión de la Calidad, Sistemas de Información e Investigación, Recursos Humanos y Formación y, Participación e Intersectorialidad

Lo anterior, con el fin de mejorar la salud y calidad de vida de las personas, ante el compromiso del Estado de brindar cuidado y protección de la salud mental de la población y de la atención de las personas con enfermedades mentales y/o con discapacidades de causa mental (Ministerio de Salud, 2017).

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

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

restringen su participación plena y efectiva en la sociedad, mejorando así su calidad de vida

Entre otras cosas que declara el plan, se encuentran (Ministerio de Salud, 2017):

- A. La desigualdad de oportunidades afecta a la salud de niños y niñas, quienes poseen las mayores cifras de pobreza y tienen menos acceso a atención especializada
- B. Un 23,2% de los años de vida perdidos por discapacidad o muerte en el país están determinados por condiciones neuropsiquiátricas, y que en niñas y niños entre 1 y 9 años este valor es de 30,3% mientras que es de un 38,3% en niños y adolescentes entre 10 y 19 años
- C. Problemas en los niños y niñas de distintos aspectos del desarrollo, como dificultades en el desarrollo del lenguaje, psicomotricidad, cognición, apego, aspectos emocionales, funcionamiento interpersonal, problemas conductuales, anomalías en el electroencefalograma, de malnutrición y neurociencias, pueden estar asociados a la depresión en la madre durante la gestación y en el periodo posparto
- D. El 69,1% de niños, niñas y adolescentes en protección de derechos presenta al menos un trastorno mental (45,3% riesgo de suicidio, 40% dependencia de drogas, 25,7% trastornos de conducta disocial, y 23,5% trastorno negativista desafiante)
- E. Existe una escasa oferta de atención en salud mental para niños, niñas y adolescentes
- F. El Estado ha fallado en el principio de igualdad y no discriminación, especialmente en el resguardo de niños, niñas y adolescentes que presentan enfermedades mentales
- G. No existe información diferenciada respecto al gasto en salud mental para niños, niñas y adolescentes con otros grupos de personas.

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

1. Reducción de listas de espera
2. Reforma a la salud primaria: consultorios y Centros de Salud Familiar (CESFAM) modernos y resolutivos
3. Reforma al modelo de atención: salud digna y oportuna
4. Modernización a la infraestructura sanitaria
5. Rebaja del precio de medicamentos: más competencia y transparencia
6. Bienestar y cultura sana

En el sexto objetivo, está incluido el fortalecimiento de los tratamientos de salud mental, a través de la formación de profesionales adecuados revisando

los actuales protocolos de prevención y atención, cómo único enfoque en la materia.

1.2.3. DISCAPACIDAD MENTAL

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

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

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

- A. Afecciones secundarias: condiciones que acompañan a la enfermedad primaria en las personas con discapacidad y que están relacionadas entre sí, normalmente son previsibles y evitables si se siguen las indicaciones
- B. Comorbilidad: son afecciones que se agregan a la enfermedad primaria de las personas con discapacidad, pero que no tiene directa relación con su condición. El problema con la comorbilidad es que la interacción de ambas enfermedades puede empeorar la evolución de ambas (National Institute on Drug Abuse, 2017)
- C. Enfermedades relacionadas con la edad: ocurre que en ciertos grupos de personas con discapacidad su proceso de envejecimiento empieza antes de lo normal, mostrando los primeros signos de este envejecimiento entre los cuarenta y cincuenta años
- D. Adopción de comportamientos nocivos para la salud: las personas con discapacidad tienden a adoptar comportamientos perjudiciales para su salud, que le conllevan a adquirir otros problemas de salud. Entre estos comportamientos nocivos se encuentran el tabaquismo, mala alimentación y falta de actividad física

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

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

- A. Altos costos: muchas personas con discapacidad no reciben los cuidados que necesitan debido a que la asequibilidad de los servicios de salud y de transporte es baja dado los altos costos, mayormente en los países de bajos ingresos
- B. Oferta limitada de servicios: existe una falta de servicios sanitarios para las personas con discapacidad, lo que les impide acceder a las ayudas y tratamientos que requieren durante su vida
- C. Obstáculos físicos: ya sea en establecimientos o en las calles, las personas con discapacidad tienen problemas de acceso, el equipo médico es inaccesible, no hay señalizaciones, las zonas de estacionamiento tienen obstáculos, entre otros problemas
- D. Falta de conocimiento en el personal sanitario: con frecuencia el personal de salud que atiende a las personas con discapacidad no tiene la capacitación suficiente para cubrir sus requerimientos, asimismo, suelen ser maltratados por el personal y otras veces se les niega la posibilidad de asistencia.

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

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition), herramienta de diagnóstico y clasificación publicada por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría, APA (American Psychiatric Association), los Trastornos Mentales se dividen en 22 categorías principales (Confederación de Adolescencia y Juventud de Iberoamérica y el Caribe, 2013).

Cada una de estas 22 categorías de trastornos mentales, poseen subcategorías, que incluyen distintos diagnósticos de salud mental, y entre estos se encuentra la Discapacidad Intelectual.

La Discapacidad Intelectual, anteriormente denominada por el DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition) como Retraso Mental, sigue los planteamientos definidos por la Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales AAIDD (American Association of

Intellectual and Developmental Disabilities), que incluye 3 criterios básicos para el diagnóstico (Confederación de Adolescencia y Juventud de Iberoamérica y el Caribe, 2013), el primero, déficits en el funcionamiento intelectual, como rezagos en el razonamiento, solución de problemas, planificación, entre otros; el segundo, los déficits en el funcionamiento adaptativo, donde se consideran la no consecución de los estándares sociales y culturales para la independencia personal y la responsabilidad social, y el tercero, que el inicio de los déficits intelectuales y adaptativos surge durante el período de desarrollo.

La Discapacidad Intelectual o Trastorno Intelectual del Desarrollo, se especifica en función de su gravedad, más específicamente en base al funcionamiento adaptativo, de allí existe la Discapacidad Intelectual de nivel leve, moderado, grave y profundo.

En Chile, gracias a la estimación de la OMS sobre la cantidad de personas en el mundo que posee discapacidad, se ha proyectado una cifra del total de habitantes que posee una o más discapacidades, llegando a aproximadamente 2,5 millones de personas (Fundación Nacional de Discapacitados, 2018).

El Primer Estudio Nacional de la Discapacidad en Chile (ENDISC), fue realizado por el Servicio Nacional de Discapacidad y el Instituto de Estadísticas el año 2004, estudió arrojó que la prevalencia en personas en situación de discapacidad era en ese momento en el país de 12,9%. Es decir, que 1 de cada 8 personas presentaban esta condición, cerca de 2.000.000 de habitantes.

Durante el año 2010, el Gobierno de Chile estableció las Normas sobre Igualdad de Oportunidades e Inclusión de personas con Discapacidad, el 10 de febrero de 2010 se publicó la Ley 20.422 que tiene como objetivo asegurar el derecho a igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad, con el fin de que estas puedan obtener una plena inclusión social, asegurando de tal forma que disfruten de sus derechos y eliminar cualquier forma de discriminación fundada en la discapacidad (Ley N° 20422, 2010).

Según el artículo 5 de esta ley, una persona con discapacidad es aquella que teniendo una o más deficiencias físicas, mentales, sea por causa psíquica o intelectual, o sensoriales, de carácter temporal o permanente, al interactuar con diversas barreras presentes en el entorno, se ve impedida o restringida a participar plena y efectivamente en la sociedad en igualdad de condiciones con las demás.

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

A. Establecer medidas contra la discriminación

- B. Adoptar las medidas necesarias para asegurar a las mujeres con discapacidad y a las personas con discapacidad mental, tengan pleno goce y ejercicio de sus derechos en condiciones de igualdad con los demás
- C. Adoptar las medidas necesarias para evitar las situaciones de violencia, abuso y discriminación de que puedan ser víctimas las mujeres y niños con discapacidad y las personas con discapacidad mental
- D. Promover la autonomía personal y la atención a las personas en situación de dependencia a través de prestaciones o servicios de apoyo, los que se entregarán considerando el grado de dependencia y el nivel socioeconómico del postulante
- E. Proporcionar información pública, permanente y actualizada sobre las medidas, planes y programas de prevención adoptados respecto a los factores de riesgo de discapacidad
- F. Fomentar preferentemente la rehabilitación con base comunitaria, así como la creación de centros públicos o privados de prevención y rehabilitación integral
- G. Impulsar y aplicar medidas de acción positiva para fomentar la eliminación de barreras arquitectónicas y promover la accesibilidad universal.

El Servicio Nacional de la Discapacidad, fue creado como una nueva institucionalidad pública a partir de la Ley N°20.422, el cual es funcionalmente descentralizado y desconcentrado territorialmente, que tiene como fin promover el derecho a la igualdad de oportunidades de las personas en situación de discapacidad, que estas obtengan inclusión social y puedan realizar un disfrute pleno de sus derechos. Logra esto, a través de coordinación del accionar del Estado, en la ejecución de políticas y programas, en el marco de estrategias de desarrollo local inclusivo (Servicio Nacional de Discapacidad, 2018).

El II Estudio Nacional de Discapacidad (ENDISC) del año 2015 determinó que el 16,7% de la población vive con una condición de discapacidad, es decir, cerca de 2.900.000 personas (Corporación Ciudad Accesible, 2018). Respecto a la población infantil y adolescente, el estudio arrojó la siguiente información (Servicio Nacional de Discapacidad, 2015):

- A. La prevalencia nacional en la población de niños, niñas y adolescentes (NNA) en situación de discapacidad es de un 5,8% que poseen entre 2 y 17 años
- B. De los NNA en situación de discapacidad, el 62,7% corresponde a hombres y el 37,3% a mujeres
- C. El 9,3% de la población de NNA en situación de discapacidad vive en zonas rurales, mientras que el 90,7% reside en zonas urbanas

- D. El 54,6% declara poseer Trastornos mentales y del comportamiento
- E. Con respecto al tipo de condición de salud permanente y/o de larga duración, el 21,5% declara poseer Dificultad mental o intelectual, 15,6% Mudez o dificultad del habla, 9,6% Dificultad física y el 3,6% Dificultad psiquiátrica

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

1.3. TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA

El Trastorno del Espectro Autista (TEA), es un trastorno neurobiológico del desarrollo que se manifiesta desde los primeros años de vida en las niñas y niños, y perdura durante todo su ciclo de vida (Autismo La Garriga, 2016).

El Autismo fue descrito por primera vez como un síndrome específico en el año 1943 por el Doctor Leo Kranner de la Universidad John Hopkins (Psicodiagnos, 2018), en ese entonces, el Dr. Kranner identificó a un grupo de niños que diferían cualitativamente de otras poblaciones clínicas y poseían ciertas características conductuales que los hacían similares entre sí:

- A. Incapacidad para desarrollar interacciones con otras personas
- B. Retraso en la adquisición del lenguaje
- C. Alteraciones en la comunicación verbal y no verbal
- D. Actividades de juego repetitivas y estereotipadas
- E. Baja tolerancia a los cambios del entorno

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

Según la DSM-5 los criterios diagnósticos del Trastorno del Espectro Autista son los siguientes:

- A. Déficits persistentes en la comunicación social y la interacción social a través de múltiples contextos, manifestadas actualmente o en el pasado por medio de las siguientes características:
 - a. Déficits en la reciprocidad socioemocional
 - b. Déficits en las conductas de comunicación no verbal empleadas para la interacción social

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

Asimismo, según la DSM-5 hay tres niveles de gravedad para el TEA, en la Tabla 6 se presentan las características que poseen los niños y niñas de estos tres niveles en cuanto a su comunicación social y en sus conductas repetitivas y restrictivas (Confederación de Adolescencia y Juventud de Iberoamérica y el Caribe, 2013).

Nivel de gravedad	Comunicación social	Conductas repetitivas y restrictivas
Nivel 3: Requiere apoyo muy sustancial	Graves déficits en las habilidades de comunicación social verbal y no verbal causa graves limitaciones en el funcionamiento, iniciación de las interacciones sociales muy limitadas, y mínima respuesta a las aperturas sociales de los demás.	Inflexibilidad en la conducta, extrema dificultad para cambiar, u otras conductas repetitivas/restrictivas que interfieren marcadamente el funcionamiento en todas las esferas. Gran malestar/dificultad para cambiar la acción o el objetivo
Nivel 2: Requiere apoyo sustancial	Marcados déficits en las habilidades de comunicación social verbal y no verbal, las limitaciones sociales aparecen	Inflexibilidad de la conducta, dificultades para cambiar, u otras conductas repetitivas/restrictivas que son

	incluso en situaciones con apoyos; las iniciaciones de las situaciones sociales son muy limitadas; y tiene una respuesta a las aperturas sociales de los demás reducida o anormal.	suficientemente obvias para cualquier observador e interfieren el funcionamiento en una variedad de contextos. Produce malestar o dificultad para cambiar la acción o el objetivo
Nivel 1: Requiere apoyo	En lugares sin apoyo, los déficits en la comunicación social causa limitaciones significativas. Dificultades para iniciar las interacciones sociales, y claros ejemplos de respuestas atípicas o no exitosas para las aperturas sociales de otros. Puede parecer tener un menor interés en las interacciones sociales	Inflexibilidad en la conducta que causa interferencia significativa en el funcionamiento en uno o más contextos. Las dificultades para cambiar de conductas. Los problemas para organizar y planificar interfieren el funcionamiento independiente

Tabla 6. Características en la comunicación social y en las conductas repetitivas/restrictivas según los niveles de gravedad para el TEA, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5

1.3.1 PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS

Las personas con el Trastorno del Espectro Autista, puede presentar los siguientes comportamientos (National Institute of Mental Health, 2016):

- A. Repetir ciertas conductas o tener comportamientos inusuales
- B. Tener demasiado interés en ciertas cosas, como en objetos en movimiento o partes de objetos
- C. Tener un interés intenso y prolongado en ciertos temas, como números, detalles o datos
- D. Molestarse por algún cambio leve de rutina o por estar en un entorno nuevo o que los estimule demasiado
- E. Hacer poco contacto visual o hacerlo de manera errática
- F. Tender a mirar o escuchar menos a las personas a su alrededor
- G. Rara vez intentar compartir los objetos o actividades que les gustan señalándolos o mostrándolos a otros
- H. Responder de forma inusual cuando otras personas muestran ira, angustia o afecto
- I. No responder o demorarse para responder a su nombre u otros intentos verbales para captar su atención
- J. Tener dificultad para seguir las conversaciones
- K. A menudo, hablar por largo tiempo sobre un tema favorito, pero sin permitir que otros tengan la oportunidad de responder o sin darse cuenta cuando los demás reaccionan con indiferencia
- L. Repetir palabras o frases que escuchan, un comportamiento llamado ecolalia
- M. Usar palabras que parecen extrañas, fuera de lugar o que tienen un significado especial que solo entienden los que conocen la forma de comunicarse de esa persona

- N. Tener expresiones faciales, movimientos y gestos que no coinciden con lo que están diciendo
- O. Tener un tono inusual de voz que puede sonar como si estuvieran cantando o un tono monótono y similar al de un robot
- P. Tener problemas para comprender el punto de vista de otra persona, lo que les impide predecir o entender las acciones de otras personas

También, las personas con TEA pueden presentar otras dificultades como (National Institute of Mental Health, 2016):

- A. Sensibilidad sensorial (sensibilidad a los ruidos, luz, texturas, temperatura)
- B. Trastornos del sueño
- C. Problemas de digestión
- D. Irritabilidad

Asimismo, las personas con este trastorno pueden tener muchas fortalezas y habilidades como (National Institute of Mental Health, 2016):

- A. Tener una inteligencia superior a la media
- B. Ser capaces de aprender cosas en detalle y recordarlas
- C. Tener una gran memoria audiovisual
- D. Sobresalir en áreas como matemáticas, ciencias, arte y música

Dado esto, el TEA posee el término "espectro", porque se refiere a una gama de síntomas, fortalezas y grados de deterioro que puede tener la población con este trastorno.

Según la Organización Mundial de la Salud, el Autismo está incluido entre los Trastornos Mentales, dado que la condición está incluida en los Trastornos del Desarrollo, que abarcan la discapacidad intelectual y los Trastornos Generalizados del Desarrollo (World Health Organization, 2018).

Con respecto a la detección del TEA, esta posee diversos rasgos que el círculo cercano del niño o niña podrían detectar a una temprana edad. Algunos de estos se presentan a continuación:

- A. En la etapa preescolar o escolar los menores presentan falta de interés por los otros niños a su alrededor
- B. No acostumbran a compartir sus intereses con otros, por ejemplo, no señalan con el dedo aquellas cosas que le llaman su atención y así no la comparten con los demás
- C. No realizan los típicos juegos simbólicos con sus juguetes, por ejemplo, darle de comer a animales o muñecas o bien jugar con coches como si estos fueran reales

- D. El contacto visual que establecen con otras personas, ya sean familiares o cercanos, es muy menor, no observan la expresión de la cara de quién sea que le hable
- E. El lenguaje, si es que existe en el menor, es literal, no comprenden bromas, chistes, metáforas o frases con doble sentido (Yañez, C., & García, R., 2013).

1.3.2 BENEFICIOS DETECCIÓN TEMPRANA

La detección temprana del TEA en la población infantil tiene múltiples beneficios para su desarrollo, lo que no solo beneficia a los niños y niñas, sino que igualmente a las familias. Es un hecho aceptado que la detección e intervención en la etapa infantil de TEA tiene efectos positivos sobre el pronóstico de los niños y niñas. Si, a la detección temprana y al diagnóstico le sigue una intervención temprana, el pronóstico de los niños y niñas será mejor en aspectos como el control del comportamiento, las dificultades de comunicación y habilidades funcionales de los infantes (Canal Bedia, R., García Primo, P., Touriño Aguilera, E., Cilleros, M., Victoria, M., Ferrari, M., ... & Fuentes Biggi, J., 2006). Distintos trabajos sugieren que, si las intervenciones en los niños se realizan antes de los tres años, se lograrán en ellos efectos más beneficiosos en su acompañamiento en comparación a si la intervención inicia después de los cinco años.

Por otro lado, diversas investigaciones sugieren que intervenciones centradas en el niño o niña con TEA y su familia, que abordan problemas generales de la condición como deficiencias comunicacionales, deficiencias de interacción social o repertorios restringido de intereses, sumado al apoyo prestado por servicios sanitarios especializados de tratamientos y otros actores activos en el proceso, pueden producir en el niño múltiples resultados positivos, como incremento de posibilidades adaptativas del niño y su familia y fortalecimiento de redes de apoyo y de recursos comunitarios al servicios de ellos.

Otro beneficio que se puede identificar de la intervención temprana en los niñas y niños con TEA es que, las actuales metodologías de intervención temprana pueden ser rentables en cuanto a su costo y beneficio, dado que tratar a los niños desde pequeños permite ahorrar en el futuro en costos asociados a servicio de apoyo y educación especial que, por ejemplo. en España alcanza cerca de un millón de dólares por personas para un periodo de edad entre los 3 y 55 años (Canal Bedia, R., García Primo, P., Touriño Aguilera, E., Cilleros, M., Victoria, M., Ferrari, M., ... & Fuentes Biggi, J., 2006).

Tanto la detección como las terapias de niños y niñas con TEA no son vistas y consideradas como procedimientos para corregir o compensar el curso de desarrollo que ha tenido el infante hasta el inicio de su acompañamiento, ya que, como se mencionó anteriormente, el TEA es una condición que perdura durante todo el ciclo de vida. En su lugar, la detección y la atención a través

de terapias temprana permite prever alteraciones de desarrollo más profundas o condiciones de discapacidad más severas, de manera tal de brindarle a ellos la ayuda necesaria para mejorar su pronóstico y calidad de vida para el futuro (Fundación Autismo Diario, 2017).

2. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO Y OBJETIVOS

En esta sección se identifica y justifica el problema en el cual se enmarca el proyecto, describiendo en qué consiste este, luego, se expone el objetivo general y los objetivos específicos que posee, para finalizar con la presentación de los alcances del proyecto.

2.1. IDENTIFICACIÓN Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

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

Dicho problema se puede justificar por distintas aristas, por una parte, se ha demostrado que aquellos niños y niñas que poseen trastornos mentales, y no reciben el apoyo necesario de manera precoz luego, en el futuro tienen menos probabilidades de integrarse efectivamente a la sociedad. Siendo este apoyo, una detección, diagnóstico y plan de intervención, ya sean por medio de un tratamiento o terapias, según las características que tenga el niño o niña.

Asimismo, existe un constante miedo, angustia e impotencia entre las familias que no poseen los medios para acceder a la ayuda que requieren sus hijos e hijas como, por ejemplo, controles médicos, atenciones con especialistas, terapias y tratamientos o medicamentos. Luego, las familias al percatarse que no podrán acceder a la ayuda que requieren en el sistema público de salud, en el caso de poseer recursos, el sistema privado terminará siendo su única opción para acudir y recibir el acompañamiento que requieren sus hijos o hijas, sin embargo, en el caso de no poseer recursos, las familias no tendrán posibilidad para ayudar a sus seres queridos.

Por otro lado, a pesar del buen trabajo que ha realizado el Subsistema Chile Crece Contigo en el acompañamiento, protección y apoyo a la población infantil desde su creación, actualmente posee sólo un programa destinado a los niños y niñas con condiciones de salud mental, el Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil (PASMI), que viene a complementar el apoyo brindado por la Atención Primaria. El PASMI brinda acceso a un diagnóstico y tratamiento a niños y niñas que poseen trastornos de comportamiento disruptivo, trastornos ansiosos o trastornos afectivos, debido a que estos poseen alta prevalencia y

existe la posibilidad de tratamiento ambulatorio. Sin embargo, hay varias restricciones en este programa, en primer lugar, está destinado a solo niños y niñas entre 5 y 9 años, en segundo lugar, cubre solo estos tres tipos de trastornos, siendo que hay otros como el TEA que se pueden detectar desde temprana edad en los niños y, en tercer lugar, el programa actualmente solo se encuentra en 24 de las 346 comunas de país.

Por último, otra arista que justifica el problema identificado es la cobertura que tiene el Programa de Salud Mental Integral (PSMI) de la atención primaria, el cual fue diseñado para cubrir solo el 17% de la población entre 5 a 9 años que demanda por tratamientos y/o terapias dadas sus psicopatologías, lo que por supuesto, no da abasto debido al incremento en los últimos años de las condiciones de salud mental en la población en general.

No obstante, se identifica un gran potencial en el Subsistema Chile Crece Contigo para que este pueda incluir un nuevo enfoque entre sus prestaciones, un enfoque destinado a apoyar niños y niñas con condiciones de salud mental, sin importar cuales estas sean, y dónde se vea beneficiada toda población infantil entre 0 y 9 años que asiste al Sistema Público de Salud.

Finalmente, se estima lo anterior factible, gracias a la estructura de soporte a nivel nacional que tiene el Subsistema, así como los programas que posee, entre ellos, el Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial (PADBP) perteneciente al componente de salud que entrega, entre otras cosas, un seguimiento integral a la población infantil durante su desarrollo y, atenciones diferenciadas a los niños y niñas que en caso de que detectarle rezagos, riesgos o retrasos en su desarrollo. El segundo programa que tiene amplio potencial es el PASMI que, como se mencionó anteriormente realiza acciones para brindarle apoyo a niños con ciertos trastornos mentales en ciertas comunas a nivel nacional. En consecuencia, así como se espera que el programa se extienda a más comunas, este podría expandirse a más condiciones de salud mental con el fin de brindar la atención que verdaderamente requiere la población infantil con condiciones de salud mental.

2.2. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

Considerando las cuatro aristas que justifican el problema y el potencial que tiene ChCC en su componente de salud con el PADBP y el PASMI, el proyecto de trabajo de título consiste en proponer un rediseño al proceso a través del cual el Subsistema ChCC con sus programas del componente de salud, Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial (PADBP) y el Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil (PASMI), realiza detecciones, diagnósticos, seguimientos, tratamientos y terapias a niñas y niños con condiciones de salud mental en el rango etario que considera ChCC, es decir, a la población entre 0 y 9 años. De manera tal que, sin importar dónde se encuentre un niño o niña, su condición socioeconómica y la gravedad de su condición de salud mental,

este gracias a ChCC, implementado a nivel nacional, pueda acceder a las prestaciones que requiere y a la ayuda necesaria para mejorar su pronóstico y para que tenga una mejor esperanza de calidad de vida para el futuro.

2.3. OBJETIVOS

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

2.3.1. OBJETIVO GENERAL

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

2.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Los objetivos específicos de este proyecto son los siguientes:

1. Identificar los apoyos que brinda actualmente el Estado a la población infantil con rezagos mentales en cuanto a detección, diagnóstico, tratamiento y terapias
2. Establecer los procesos que se deberían incorporar en el Subsistema ChCC de manera tal de integrar universalmente detección temprana, diagnóstico y acompañamiento a niños y niñas con trastornos mentales en los programas que pertenecen al Subsistema
3. Estimar los recursos necesarios para integrar la detección, diagnóstico y acompañamiento a los niños, niñas y sus familias si es que poseen condiciones en su salud mental en todos los grupos etarios que considera ChCC, es decir, a la población infantil entre 0 y 9 años.

2.4. ALCANCES

Debido a las áreas en las cuales se encuentra inserto el proyecto, son diversos los alcances que presenta esta memoria, los cuales se explican a continuación.

En primer lugar, si bien el problema que aborda el trabajo de título está directamente relacionado con el área sanitaria y disciplinas en la línea de psicología, psiquiatría y pediatría, el trabajo no considera la elaboración de procedimientos o herramientas en la materia para llevar a cabo los procesos de detección, diagnóstico, tratamiento y terapias hacia los niños o niñas, dicho aspecto debería ser estudiado, evaluado y aprobado por el Subsistema junto las distintas unidades el Ministerio de Salud que se encargan de ello.

En su lugar, el problema es abordado desde la perspectiva de Ingeniería Civil Industrial, considerando para ello metodologías y conceptos de dicha área, como el diseño de procesos y la gestión de recursos en el Sistema Público.

En el caso de la propuesta de rediseño de procesos, esta no considera la modificación e integración de actividades en todos los programas el ChCC, sino, que está dirigida al programa que actualmente realizan actividades de acompañamiento a niños y niñas en cuanto a su salud, el Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial (PADBP) y al programa que realiza actividades para brindar atenciones a la población infantil que posee ciertos trastornos mentales, el Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil (PASMI).

Asimismo, dado que la propuesta de trabajo no solo considera una propuesta de rediseño de procesos, sino que también una evaluación de los recursos que se le deberían inyectar al Subsistema para integrar la propuesta en el futuro, no se puede evadir el hecho de que la inyección de recursos está sujeta distintos aspectos. Uno de estos aspectos es que está sujeta al porcentaje del presupuesto total del país que es destinado al Ministerio de Desarrollo Social y, más específicamente a ChCC, sus componentes y programas, presupuesto que se distribuye cada a partir de la Ley de Presupuesto. Otro aspecto del cual depende la inyección de recursos es que está sujeto a la agenda política del gobierno, las problemáticas que se encuentran en debate en la agenda pública nacional y que de una forma u otra la sociedad civil le exige al gobierno que las solucione.

Por otro lado, cabe destacar que el problema abordado y la solución planteada en la propuesta, está destinada al beneficio de la población infantil con condiciones de salud mental y, a pesar de que no se desea olvidar los problemas que también le aquejan a la población de otros rangos etarios en cuanto a su salud mental, la propuesta en si no los considera.

Finalmente, el último alcance que tiene este trabajo es que este se desarrolla durante el año 2018, por lo que los resultados obtenidos se encuentran en base a los programas existentes, las actividades realizadas al interior del Subsistema y la situación socioeconómica en Chile en dicho año.

3. METODOLOGÍA

De manera tal de llevar a cabo el objetivo general y los objetivos específicos del presente proyecto, la metodología contó con cinco etapas, las cuales se explican a continuación.

Etapa 1: Con el fin de realizar un diagnóstico del apoyo que brinda el Estado a la población infantil que poseen problemas o trastornos mentales, en la primera etapa se procedió a identificar y describir los distintos programas e iniciativas que prestan las instituciones públicas a la población con rezagos mentales, utilizando como instrumentos el análisis de documentos gubernamentales, el análisis de Leyes y entrevistas a actores que participan del diseño y ejecución de políticas públicas en la materia.

Entre las fuentes primarias de información se encuentran el análisis de documentos gubernamentales y leyes, mientras que, entre las fuentes secundarias, se encuentran las entrevistas realizadas a las familias beneficiarias de los programas del Subsistema y el Sistema Público de Salud, la información recabada en la Asociación de Padres y Amigos de los Autistas (ASPAUT) institución que propicia acciones para mejorar la calidad de vida de personas con TEA.

Etapa 2: Para cumplir con el segundo objetivo específico y establecer los procesos que se deberían incorporar en el Subsistema ChCC para la atención de la población infantil con problemas en su salud mental, en esta etapa se investigó en profundidad el funcionamiento de los programas del componente de salud de ChCC, en particular del PADBP y PASMI. Se describieron, entre otras cosas, las prestaciones que ofrecen los programas, los componentes que poseen, los procesos que llevan a cabo a nivel local para entregar atenciones a la población infantil y, las interacciones que existen entre estos y otros programas del Subsistema y del Sistema Público de Salud. De esta manera, con el levantamiento de procesos, se identificaron como ChCC lleva a cabo detecciones, atenciones diagnósticas, tratamiento y/o terapias a la población infantil en su interior.

Entre las fuentes primarias utilizadas para realizar levantamiento de procesos se encuentran el análisis de documentos gubernamentales sobre los programas que son parte del Subsistema con las actividades, como de orientaciones técnicas y guías prácticas, dónde se identificaron las instituciones públicas que se ven involucradas, las interacciones y complementariedades que existen entre los distintos programas de estatales ligados a la salud mental, el personal que integra el Subsistema, entre otras informaciones.

Asimismo, otras fuentes primarias que se utilizaron para realizar el levantamiento de procesos fueron entrevistas a distintos actores que se ven involucrados en los procesos de ChCC desde la generación hasta la implementación de sus programas. Entre ellos, funcionarios de los Servicios de Salud Metropolitano Norte, Metropolitano Sur Oriente y Metropolitano Central, encargados de la integración del componente de salud en los centros asistenciales y funcionarios del Ministerio de Salud, más específicamente del Departamento de Salud Mental de la División de Prevención y Control de Enfermedades (DIPRECE) y del Departamento de Modelo de Atención Primaria de Salud de la División de Atención Primaria (DIVAP), quienes también desarrollan actividades para el correcto funcionamiento de ChCC al nivel nacional. En el Ministerio de Desarrollo Social igual se entrevistó a personal de ChCC, quienes tenían entre sus actividades gestionar y coordinar las prestaciones de los programas a nivel nacional.

Etapa 3: Una vez realizado el levantamiento de procesos, en la tercera etapa se efectuó un análisis de los programas, las herramientas y las prestaciones brindadas por el PADBP y el PASMI.

Para esto se utilizaron herramientas similares a las de la etapa anterior, por un lado, fuentes primarias como el análisis de documentos gubernamentales del Ministerio de Salud y del Subsistema Chile Crece Contigo y, por otro lado, se realizaron nuevas entrevistas para verificar que la información levantada sea acorde lo que en realidad sucede.

Etapa 4: En la cuarta etapa se procedió a realizar el rediseño del proceso de detección, diagnóstico, tratamiento y/o terapias de psicopatologías de la infancia. Identificando las actividades necesarias para garantizar que la población infantil vulnerada en cuestión reciba el acompañamiento y apoyo que requiere dadas las características de su condición. Para el desarrollo de esta etapa uno de los instrumentos que se utilizó fue la modelación a través de Business Procesos Model and Notacion (BPMN) que permite de manera gráfica modelar procesos considerando un formato de flujo de trabajo, asimismo, se utilizaron herramientas como documentos gubernamentales del área de salud como referencia, para el rediseño de los procesos que actualmente se llevan a cabo para la detección, atención diagnóstica y tratamiento de niños y niñas.

Etapa 5: Una vez realizada la propuesta de rediseño de procesos, en la etapa final se procedió a generar una evaluación cuantitativa de los recursos que se le deberían proveer a ChCC para que este pueda implementar la propuesta a lo largo de Chile en el futuro. Para esto se identificó como se realiza la distribución de fondos desde el Ministerio de Desarrollo Social al Ministerio de Salud, se cuantificaron los recursos humanos necesarios para efectuar las actividades del rediseño de procesos y las rentas que en promedio tienen en el mercado, los recursos físicos, establecimientos de salud, que se necesitarían y, además, se estimó la población infantil que potencialmente se vería beneficiada.

Las herramientas que se utilizaron fueron, por un lado, el análisis de mercado para estimar los sueldos del personal sanitario consultando las rentas brutas que actualmente tienen los profesionales en el Sistema Público de Salud; análisis de leyes, como la de dotación, para saber bajo que alcances, profesionales y médicos de especialidad son contratados, análisis de documentos gubernamentales, para identificar los recursos con que cuenta la red asistencial nacional, se realizaron entrevistas a profesionales, psicólogas, terapeutas ocupacionales y fonoaudiólogas, para conocer según su área de experiencia, qué atenciones se le deberían brindar a los niños y niñas con condiciones de salud mental.

En la Tabla 7 se presenta un resumen con los instrumentos utilizados en cada etapa del desarrollo del trabajo, considerando los objetivos específicos y el objetivo general que se busca lograr con la propuesta de trabajo.

Objetivo General	Objetivos específicos	Etapas del proyecto	Instrumentos utilizados
Proponer un rediseño al proceso a través del cual el Subsistema Chile Crece Contigo en su componente de salud detecta, diagnóstica, trata y realiza terapias de manera temprana a niños y niñas con rezagos en su salud mental o que poseen problemas o trastornos mentales	Diagnosticar los apoyos entregados actualmente por el Estado a la población infantil con rezagos mentales en cuanto a detección, diagnóstico, tratamiento y terapias	Etapas 1	Análisis de documentos gubernamentales, leyes. Entrevistas
	Establecer los procesos que se deberían incorporar en el Subsistema ChCC de manera tal de integrar universalmente detección temprana, diagnóstico y acompañamiento a niños y niñas con trastornos mentales en los programas que pertenecen al Subsistema	Etapas 2	Entrevistas a personal del Subsistema Chile Crece Contigo en DIVAP, DIPRECE Entrevistas a gerentes de ChCC en Servicio de Salud. Análisis de documentos gubernamentales
		Etapas 3	Análisis de documentos gubernamentales, análisis de estadísticas del área de salud, entrevistas a personal de ChCC
		Etapas 4	Análisis de documentos del área sanitaria, BPMN
	Estimar los recursos necesarios para integrar la detección, diagnóstico y acompañamiento a los niños, niñas y sus familias si es que poseen trastornos en su salud mental en todos los grupos etarios que considera el Subsistema ChCC, es decir, entre 0 y 9 años	Etapas 5	Análisis de mercado, análisis de documentos gubernamentales, leyes, portales de empleos, entrevistas a profesionales del Área Sanitaria

Tabla 7: Metodología utilizada en el desarrollo de la Metodología, Elaboración Propia

Por otro lado, en la Tabla 8 se presentan las distintas fuentes utilizadas para la revisión cuantitativa y cualitativa de información a través de documentos y entrevistas en el desarrollo del trabajo, en particular para las etapas 1 y 2 de este.

Revisión Cualitativa	Revisión Cuantitativa
Documentos públicos de ChCC <ul style="list-style-type: none"> - Catálogo de prestaciones - Orientaciones Técnicas - Notas Metodológicas - Normas Técnicas de atención - Manuales - Formato de evaluaciones - Resoluciones de presupuestos Documentos públicos del Ministerio de Salud <ul style="list-style-type: none"> - Programa Nacional de Salud de la Infancia - Salud Mental en la Atención Primaria de Salud: Orientaciones - Guías de Práctica Clínica - Informes anuales - Normas Administrativas 	Boletines estadísticos con las atenciones en la Red Asistencial Pública (REM 2016) Oferta de Centros Asistenciales en el sistema Público de Salud Oferta de Modalidades de Apoyo al Desarrollo Infantil Poblaciones potenciales, objetivo y beneficiarios de programas e iniciativas sociales Presupuesto Ministerio de Desarrollo Social Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN 2017) Estudio Nacional de la Discapacidad en Chile (ENDISC I y II) Rentas Brutas profesionales área sanitaria

<p>Leyes N° 20.379, N° 19.378, N° 20.422, N° 19.966, N°19.937, N°19.490 Otros documentos</p> <p>Entrevistas a actores involucrados</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gerentes de ChCC en los Servicios de Salud Metropolitano Norte, Sur Oriente, Central y Central - Personal División de Prevención y Control de Enfermedades (DIPRECE) del Departamento de Salud Mental - Personal de la División de Atención Primaria (DIVAP) encargados de ChCC - Personal de ChCC de la Subsecretaría de Servicios Sociales - Ex funcionarios ChCC <p>Entrevistas de otros actores:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Padres y apoderados de niños y niñas con TEA - Profesionales de las áreas psicología, terapia ocupacional y fonoaudiología 	
---	--

Tabla 8. Fuentes de información utilizadas en las primeras dos etapas del trabajo, Elaboración Propia

4. MARCO CONCEPTUAL

De manera tal de ayudar al lector a comprender la estrategia utilizada para abordar el problema identificado en este proyecto, se introducen dos conceptos en esta sección, rediseño de proceso y gestión de la salud pública. Ambos conceptos tienen características que permiten realizar las etapas de la metodología y, en consecuencia, definir y describir la propuesta de este trabajo para el Subsistema Chile Crece Contigo.

4.1. REDISEÑO DE PROCESOS

Para explicar en qué consiste un Rediseño de procesos, primero se definirá qué es un proceso y en qué radica el mejoramiento de estos.

Según la Real Academia Española, un proceso se define como una acción de ir hacia adelante, un transcurso de tiempo o un conjunto de fases sucesivas de un fenómeno natural o de una operación artificial (Real Academia Española, 2018).

Asimismo, en una organización se puede definir que un proceso es una secuencia de acciones y actividades llevadas a cabo, preferentemente, en el mismo orden, involucrando un intercambio de información y de datos, conducidos por una persona o un grupo (HEFLO, 2017).

Una organización, ya sea pública o privada, lleva a cabo una serie de procesos para cumplir con sus objetivos cada día, sin embargo, puede ocurrir que los procesos ejecutados no estén entregando los resultados esperados, y estén provocando ineficiencias en lo largo de la cadena de procesos.

Luego, la mejora de procesos se define como el análisis de los procesos que actualmente se ejecutan, de manera tal de detectar las actividades que se pueden mejorar, como ineficiencias y obstáculos, con el objetivo de definir sus metas y objetivos, el flujo de trabajo, los controles y la integración con otros procesos, para que, estos cambios puedan contribuir significativamente en la entrega de valor al cliente final (HEFLO, 2017).

Existen diversas metodologías y modelos de mejoramientos de procesos que se han aplicado en el tiempo, por ejemplo, se afirma que organizaciones japonesas fueron las pioneras en aplicar mejoramiento de procesos a mediados del siglo XX (Davenport, T. H., 1993) y, que luego de esto llegaron otros movimientos, como el ciclo de mejoramiento PHVA, popularizado por Edward Deming (Singh, S. A. R. V., 1997) que consiste en ejecutar una serie de actividades como planificar, hacer, verificar y actuar sobre los procesos (ISOtools, 2017), y le siguieron otros como Michael Porter, quién creó una base conceptual para el entendimiento de la organización en términos de procesos con cadena de valor (Porter, M. E., 1985).

Algunas de las metodologías de mejoramiento de procesos que existen son la Reingeniería, el Mejoramiento continuo de procesos, Seis Sigma, BPM y el Rediseño de procesos.

El Rediseño de procesos, tiene la particularidad de que con estos se realizan cambios importantes en los procesos críticos de las organizaciones y, además, se diseñan nuevos procesos para soportar nuevos servicios o líneas de productos (Mayorga, S. A., 2007).

Las áreas en las que se puede generar un Rediseño de procesos son las siguientes:

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

El Rediseño de procesos se aplica en un amplio rango de situaciones, por ejemplo, antes de la implementación de sistemas ERP, introducción de nuevos productos, innovación en el servicio, entre otros (Mayorga, S. A., 2007). Dado esto, de ser aplicado, puede provocar cambios profundos en la estructura organizacional de una organización, pero, realizado en pasos incrementables.

Los pasos de la metodología de Rediseño de procesos son cinco (Harmon, P., 2003):

- A. Planear el proyecto
- B. Analizar los procesos

- C. Diseñar o rediseñar el proceso
- D. Desarrollar los recursos para el proceso mejorado
- E. Gestionar la transición hacia el nuevo proceso

Entonces, con el Rediseño de procesos se logra establecer los cambios que se le deberían aplicar a una organización ante una situación inicial, y se detallan cómo los nuevos procesos se deberían ejecutar en el futuro para aplicar los cambios que la organización necesita.

Una de las etapas importantes del rediseño de procesos es identificar cuál o cuáles serán las líneas de cambio en la organización, esto en base a cuál de estas líneas genere un mayor aporte al rediseño. Las líneas de acción pueden ser cuatro:

1. Innovar (cambiar paradigmas)
2. Mejorar coordinación
3. Reestructurar (cambiar relaciones)
4. Mejorar programación y control

En la Figura 6 se presenta la metodología de Rediseño de Procesos.



Figura 6: Rediseño de Procesos, Elaboración propia (en base a lo expuesto por Paul Harmon (Harmon, P., 2003))

4.2. GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA

El concepto de Gestión proviene del latín *gestio* que hace referencia a la acción y a la consecuencia de administrar o gestionar algo. En esa línea, la acción de administrar abarca las ideas de gobernar, disponer, dirigir, ordenar u organizar una determinada cosa a situación, mientras que la acción de gestionar algo se define como llevar a cabo diligencias que hacen posible la realización de una operación comercial o de un anhelo cualquiera (Definicion.de, 2019).

Según la definición de la EFQM (European Foundation for Quality Management), un proceso, es una organización de recursos, tanto humanos como materiales, que están implantados dentro de las organizaciones y que están orientados a las necesidades y expectativas de los clientes (Maderuelo Fernández, J. A., 2002).

Dado lo anterior, la de gestión se extiende hacia el conjunto de tramites que se llevan a cabo para resolver una situación o concretar un proyecto y,

asimismo, como la dirección o administración de una compañía o de un negocio (Definición.de. 2019).

Luego, este concepto se integra en el área sanitaria pública, como un proceso dinámico, integral, sistemático y participativo bajo el liderazgo y la conducción de la autoridad sanitaria, el cual se encuentra orientado a que las políticas, los planes, programas y proyectos de salud pública se realicen de manera efectiva, coordinada y organizada en todo el Sistema de Salud Pública a nivel nacional (Ministerio de Salud y Protección Social – Republica de Colombia, 2019).

Por otro lado, al interior de las organizaciones públicas, se entienden los procesos asistenciales como el conjunto de actividades de los proveedores de atención sanitaria que tienen como fin incrementar el nivel de salud y el grado de satisfacción de la población que recibe los servicios, entendidos en un amplio sentido (Junta de Andalucía, 2001).

Es así como el Subsistema Chile Crece Contigo en su reglamento identifica entre otros aspectos, el modelo de gestión y administración que posee, que contempla la coordinación y complementariedad en los distintos niveles de la administración nacional, regional y comunal, a efectos de que el Subsistema se gestione como una red integrada de servicios (Diario Oficial de la República de Chile, 2018).

Dado esto, para este trabajo se considera la definición de modelo de gestión en el área sanitaria como una herramienta útil que permite conducir a la gestión de calidad total y aporta las herramientas necesarias para planificar el proceso de acuerdo con el entorno y los recursos disponibles, normalizar la actuación y la transferencia de información entre todo el equipo que participa en los procesos, garantizando eficiencia, efectividad y calidad al servicio (Rojas González, A. A., 2014).

5. RESULTADOS

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

5.1. DIAGNOSTICO DE LA PROTECCIÓN BRINDADA EN SALUD MENTAL A LA POBLACIÓN INFANTIL

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

5.1.1. PROGRAMAS, ATENCIONES Y APOYOS A LA POBLACIÓN GENERAL CON PROBLEMAS Y TRASTORNOS MENTALES

Según Banco Integrado de Programas Sociales entre el año 2012 y el año 2017 se han desarrollado una serie de programas en el ámbito de la salud mental en el país, los cuales se presentan a continuación con los años en que se implementaron (Banco Integrado de Programas Sociales, 2018).

1. Subsidio Discapacidad Mental (2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017)
2. Piloto Salud Mental (2014, 2015)
3. Programa de Apoyo a la Atención de Salud Mental (2016, 2017)
4. Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil (2016, 2017)

Asimismo, hay otros programas, iniciativas o complementos que aportan a la atención de la salud mental en el país, los cuales son:

5. Programa de Salud Mental Integral
6. Programa Habilidades para la Vida I
7. Programa Habilidades para la Vida II
8. Garantías Estatales en Salud
9. Programa de acompañamiento a niños, niñas, adolescentes y jóvenes de familias con alto riesgo psicosocial

A continuación, se describen brevemente cada una de estos nueve programas o iniciativas, identificando sus principales características y como le aporta a la población infantil con condiciones de salud mental.

5.1.1.1. SUBSIDIO DISCAPACIDAD MENTAL

La entrega de este beneficio está a cargo de la Subsecretaría de Previsión Social del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, el cual consiste en un beneficio monetario que se paga mensual, hacía las personas que están a cargo de menores de 18 años que poseen discapacidad intelectual. El objetivo de este beneficio es ayudar a las familias a cubrir parte de las necesidades que poseen debido a la condición de sus hijos e hijas. En el año 2018 el Subsidio de Discapacidad Mental fue de igual a 67.347 CLP (Banco Integrado de Programas Sociales, 2018).

Este subsidio está dirigido a personas menores de 18 años en situación de discapacidad que no tienen previsión y que son de escasos recursos, dónde los requisitos para acceder al subsidio son estar dentro del 20% más vulnerable de la población, según la clasificación socioeconómica del Registro Social de Hogares, tener residencia continua en el país, a lo menos, tres años inmediatamente anteriores a la fecha de presentación de la solicitud, tener una resolución aprobada por la Comisión de Medicina Preventiva de Invalidez (COMPIN) y que no tengan previsión social, ni tampoco que estén recibiendo algún tipo de subsidio.

La cobertura del Subsidio de Discapacidad Mental se presenta en la Tabla 9, considerando la población potencial², objetivo y beneficiarios, así como la cobertura efectiva y la brecha de cobertura³ para los años 2016, 2017 y 2018 de la iniciativa.

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

Tabla 9. Cobertura Subsidio Discapacidad Mental años 2016 a 2018, Elaboración propia (en base a información del Banco Integrado de Programas Sociales)⁴

5.1.1.2. PILOTO DE SALUD MENTAL

Durante los años 2014 y 2015 se desarrolló un Piloto de Salud Mental el cual estaba enfocado en personas mayores de 18 años en situación calle que requerían atención de salud mental en las comunas de Recoleta, Santiago, Estación Central y San Bernardo. Asimismo, estaba dirigido a todos los niños,

² Tanto para esta iniciativa como para los otros programas, los datos referentes a la población potencial, población objetivo y beneficiarios fue procurada al Banco Integrado de Programas Sociales por las instituciones que se encargan de la implementación de estos. Las fuentes de información utilizadas por las instituciones provienen de distintos registros, los cuales se exponen como nota en cada uno de los casos

³ La brecha de cobertura corresponde al porcentaje de personas de la población potencial que no recibe el beneficio.

⁴ La fuente de información para la población potencial, objetivo y beneficiarios es el Registro de emisión de pagos de beneficiarios/as del Subsidio

niñas y jóvenes con un adulto significativo privado de libertad, entre 4 y 19 años, que requerían atención de salud mental en las comunas de Maipú y Colina, y todas aquellas personas que cumplían con el perfil de Calle y Abriendo Caminos. El programa tenía como propósito atender los problemas de salud mental a través de una modalidad específica otorgada en la red de salud pública a los grupos de personas anteriormente nombrados. Tuvo en total 303 beneficiarios el año 2014 y 254 el 2015, año en que contó con un presupuesto de 320.000.000 CLP (Banco Integrado de Programas Sociales, 2018).

5.1.1.3. PROGRAMA DE APOYO A LA ATENCIÓN DE SALUD MENTAL

El programa que le siguió al Piloto de Salud Mental fue el Programa de Apoyo a la Atención de Salud Mental, enfocado también personas en situación de calle mayores de 18 años, y en niñas, niños y adolescentes (NNA), entre 10 y 19 años y sus cuidadores, que residen en la Región Metropolitana y que requieren atención de salud mental. En este programa son atendidas personas con trastornos o problemas de salud mental diagnosticados según criterios clínicos en centros de salud, se atienden NNA con trastornos emocionales y conductuales, adaptativos y ansiosos y, adultos con depresión, trastorno bipolar, dependencias, esquizofrenia y algunas demencias, según los cupos que haya disponibles (Banco Integrado de Programas Sociales, 2016).

La cobertura del Programa de Apoyo a la Atención en Salud Mental se presenta en la Tabla 10, considerando la población potencial, objetivo y beneficiarios, así como la cobertura efectiva y la brecha de cobertura para los años 2016, 2017 y 2018.

Resalta negativamente el hecho que la brecha de cobertura es superior al 90% en cada uno de estos años en que se ha implementado el programa.

	2016	2017	2018
Población potencial	6640	4922	6977
Población objetivo	354	354	354
Beneficiarios	296	429	389
Cobertura efectiva	83,6%	121,2%	109,9%
Brecha de cobertura	95,5%	91,3%	94,5%

Tabla 10. Cobertura Programa Apoyo a la Atención en Salud Mental años 2016 a 2018, Elaboración propia (en base a información del Banco Integrado de Programas Sociales)⁵

5.1.1.4. PROGRAMA DE APOYO A LA SALUD MENTAL INFANTIL

El Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil (PASMI) tiene como propósito aumentar la proporción de niños y niñas entre 5 y 9 años con trastornos de salud mental que acceden a un diagnóstico y tratamiento. Actualmente, a través de los Centros de Atención Primaria de Salud, se entrega un tratamiento a niños que presenten trastornos por comportamiento disruptivos, trastornos

⁵ Las fuentes de información para la población potencial, objetivo y beneficiarios son el Segundo Catastro Nacional de Calle 2011, el informe emitido por Gendarmería de Chile con potenciales beneficiarios de programa Abriendo Caminos e informes técnicos iniciales y finales del programa.

ansiosos y trastornos afectivos, atención de acuerdo con las orientaciones técnicas de atención integral en salud mental en Atención Primaria de Salud del Ministerio de Salud (Banco Integrado de Programas Sociales, 2018).

El PASMI considera un tratamiento integral que incluye acceso a atenciones por parte de médicos, psicólogos y asistentes sociales, así como a visitas domiciliarias y sesiones grupales para el fomento de competencias parentales (Chile Crece Contigo, 2018).

Niñas y niños para acceder al PASMI, deben tener entre 5 y 9 años, ser beneficiarios de FONASA, estar inscritos a un centro de salud y deben pertenecer a las comunas seleccionadas con el programa, las cuales actualmente son 24 de las 326 comunas del país.

La cobertura del PASMI se presenta en la Tabla 11, considerando la población potencial y objetivo, beneficiarios, cobertura efectiva y la brecha de cobertura para los años 2016, 2017 y 2018.

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

Tabla 11. Cobertura Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil, años 2016 a 2018, Elaboración propia (en base a información del Banco Integrado de Programas Sociales)⁶

5.1.1.5. PROGRAMA DE SALUD MENTAL INTEGRAL

Aprobado en febrero de 2011, el programa se enfoca en que la APS efectúe actividades de promoción, prevención, detección precoz y tratamiento temprano de los problemas de salud mental de baja a moderada severidad, en una relación de continuidad de cuidados con los equipos comunitarios de especialidad, dando cuenta de la riqueza de la interacción entre estos niveles de resolutivez y el beneficio que esto representa para las personas en término de acceso, oportunidad y calidad de atención (Ministerio de Salud, 2011).

El programa cuenta con 6 componentes, los cuales se presentan a continuación junto con el o los segmentos de la población que participan.

1. Depresión:
 - a. Personas mayores de 15 años
2. Violencia intrafamiliar:
 - a. Mujeres mayores de 15 años víctimas de violencia intrafamiliar

⁶ Las fuentes de información para la población potencial, objetivo y beneficiarios son la población inscrita validada por FONASA en Establecimientos de Atención Primaria, el estudio epidemiológico realizado el año 2012 por Vicente y De La Barra, los datos del Departamento de estadística e información en salud y los Registros Estadísticos Mensuales del (DEIS).

- b. Agrupaciones de autoayuda que se constituyen como una red de apoyo psicosocial para mujeres que viven violencia intrafamiliar
 - c. Organizaciones comunitarias que participan en el Programa de prevención de la violencia intrafamiliar
3. Prevención y tratamiento integral de alcohol y drogas
- a. Personas mayores de 10 años con consumo riesgoso de alcohol y/o drogas reciben intervenciones preventivas
 - b. Personas mayores de 10 años con consumo problema o dependiente de alcohol y/o drogas reciben intervenciones terapéuticas
 - c. Agrupaciones de autoayuda que se constituyen como una red de apoyo psicosocial para el tratamiento y el seguimiento de las personas con consumo problema y dependencia de alcohol y/o drogas
4. Consumo perjudicial y dependencia de alcohol y drogas en población menor de 20 años (GES)
- a. Personas menores de 20 años acceden al Plan Ambulatorio Básico por el GES Alcohol y Drogas recibiendo tratamiento y atención de seguimiento
5. Salud Mental Infanto-Juvenil
- a. Niños, niñas y adolescentes son atendidos por Trastorno Hipercinético y de la Atención, por Trastornos emocionales o conductuales de la infancia y la adolescencia
 - b. Niños y niñas son atendidos por Maltrato Infantil
 - c. Organizaciones de padres y organizaciones comunitarias participan en programa de prevención de problemas de salud mental de niños, niñas y adolescentes
 - d. Profesores de establecimientos educacionales participan en programa de promoción de salud mental de niños, niñas y adolescentes
6. Aumento de la resolutivez de la APS en salud mental
- a. Considera mejorar la resolución de la Atención Primaria mediante consultorías de salud mental y del tratamiento ambulatorio, oportuno y de calidad, de personas con patologías de salud mental de moderada a alta severidad a través de un equipo comunitario de especialidad

Las patologías consideradas son las siguientes:

- 1. Trastorno Bipolar, de moderada a alta severidad
- 2. Depresión, de moderada a alta severidad
- 3. Trastornos de Ansiedad y del Comportamiento, de moderada a alta severidad
- 4. Demencia y Trastornos Mentales Orgánicos

5. Esquizofrenia y Psicosis No Orgánica
6. Trastornos Generalizados del Desarrollo
7. Trastornos Hipercinéticos, de moderada a alta severidad
8. Trastornos del Comportamiento Emocionales de la Infancia y adolescencia, de moderada a alta severidad
9. Violencia Intrafamiliar, de moderada a alta severidad
10. Maltrato infantil, de moderada a alta severidad
11. Plan Ambulatorio Intensivo – OH y Drogas
12. Plan Ambulatorio Comunitario – OH y Drogas

Más específicamente, el componente de Salud Mental Infanto-Adolescente del programa considera realizar detección precoz, prevención del daño e intervención temprana en salud mental, de acuerdo con las necesidades específicas de los niños, niñas y adolescentes, por ciclo vital, de forma cercana al domicilio del niño y su familia, que fomente y mantenga vínculo familia-niño/niña, con acceso oportuno, sin exclusión, asegurando atención integral e integrada y con estándares de calidad (Ministerio de Salud, 2011).

Es así, que este componente está dirigido a la promoción, prevención e intervención temprana de problemas y trastornos de salud mental de la población infantil y adolescente, tales como maltrato infantil, trastornos hipercinéticos y de la atención, emocionales y conductuales. Su estrategia es intersectorial, especialmente con el sector Educación y en sinergia con el Programa Habilidades para la Vida desarrollado por JUNAEB. Por lo tanto, sus actividades deben contemplar acciones en el ámbito comunitario, en las escuelas, los barrios, con grupos de niños, adolescentes, padres y profesores (Ministerio de Salud, 2011).

Entre las actividades del programa para este componente se consideran:

1. Detección y evaluación diagnóstica
2. Consejería y educación a los padres
3. Tratamiento: intervenciones psicosociales individuales, familiares y de grupo, prescripción de fármacos
4. Visita domiciliaria integral
5. Educación de promoción y prevención de salud mental a padres y profesores
6. Capacitación del equipo de salud

No obstante, el PSMI fue diseñado para cubrir solo el 17% de la demanda por parte de la población entre 5 a 9 años con condiciones de salud mental, quienes necesitan tratamientos y/o terapias dadas sus psicopatologías.

5.1.1.7. PROGRAMA HABILIDADES PARA LA VIDA I

Este programa se estructura en base a la idea de que la salud mental de los niños y niñas es esencial para una trayectoria educativa exitosa, así como la

promoción de habilidades sociales y emocionales de los estudiantes (Chile Crece Contigo, 2018). Su objetivo es buscar contribuir a aumentar el éxito en el desempeño escolar, observable en altos niveles de aprendizaje y escasa deserción de las escuelas y, a largo plazo, persigue elevar el bienestar psicosocial, las competencias personales y disminuir daños en salud (Banco Integrado de Programas Sociales, 2018).

El programa es ejecutado a partir de un convenio entre JUNAEB y los municipios, que se orienta a disminuir los daños de salud mental elevar el bienestar, competencias y habilidades personales (relacionales, afectivas y sociales).

El programa realiza distintas modalidades de intervención simultáneamente:

1. Actividades promoción de salud mental
2. Aplicación de instrumentos de detección de riesgo psicosocial
3. Realización de talleres de prevención de conductas de riesgo
4. Derivación de niños con riesgo crítico en salud mental
5. Sensibilización y dinamización de red local

El programa Habilidades para la Vida I (HpV I) está dirigido a niños y niñas que cursan desde pre-kínder hasta cuarto básico, sus padres y el equipo docente, que provengan de establecimientos educacionales municipales o particulares subvencionados con alto índice de vulnerabilidad socioeconómica y psicosocial.

La cobertura del Programa HpV I se presenta en la Tabla 12, considerando la población potencial, objetivo y beneficiarios, así como la cobertura efectiva y la brecha de cobertura para los años 2016, 2017 y 2018.

	2016	2017	2018
Población potencial	1193767	1244544	1193767
Población objetivo	423043	439842	441458
Beneficiarios	417663	441458	441458
Cobertura efectiva	98,7%	100,4%	100%
Brecha de cobertura	65,1%	64,5%	63,1%

Tabla 12. Cobertura Programa Habilidades para la Vida I años 2016 a 2018, Elaboración propia (en base a información del Banco Integrado de Programas Sociales)⁷

5.1.1.8. PROGRAMA HABILIDADES PARA LA VIDA II

El propósito de este programa es fortalecer las competencias sociales, cognitivas y afectivas en estudiantes de quinto a octavo básico, de manera tal de lograr una convivencia escolar positiva y un mayor bienestar psicosocial (Banco Integrado de Programas Sociales, 2018).

⁷ Las fuentes de información para la población potencial, objetivo y beneficiarios son la base de datos oficial de matrícula emitida por Ministerio de Educación, las proyecciones realizadas por el Sistema de Información de Gestión Educacional (SIGE) y, la matrícula de los establecimientos participantes del HPV I en esos años.

El programa se desarrolla basado en un modelo de intervención psicosocial, desarrollando acciones continuas, progresivas y recurrentes. Algunas de las acciones que lleva a cabo el programa se presentan a continuación:

1. Promoción de la convivencia escolar positiva
2. Promoción del autocuidado de la salud mental de los profesores y equipos directivos
3. Promoción del clima positivo en las aulas
4. Promoción del compromiso escolar familiar
5. Prevención para estudiantes con conductas de riesgo
6. Derivación a atención especializada en casos identificados con problemas de salud mental

La población que puede acceder a este programa son estudiantes matriculados de establecimientos municipales y particulares subvencionados que cursan entre quinto y octavo básico, siendo las acciones de intervención del tipo promocional y preventiva de acceso universal.

En la Tabla 13 se presenta la cobertura del Programa Habilidades para la Vida II (HpV II), considerando la población potencial, objetivo y beneficiarios, así como la cobertura efectiva y la brecha de la cobertura para los años 2016, 2017 y 2018.

	2016	2017	2018
Población potencial	912323	880105	892093
Población objetivo	117284	138256	162874
Beneficiarios	121417	138443	162874
Cobertura efectiva	103,5%	100,1%	100%
Brecha de cobertura	13,3%	15,7%	18,3%

Tabla 13. Cobertura Programa Habilidades para la Vida II años 2016 a 2018, Elaboración propia (en base a información del Banco Integrado de Programas Sociales)⁸

5.1.1.9. GARANTÍAS ESTATALES EN SALUD

Las Garantías Estatales en Salud (GES), son garantías relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad con que deben ser otorgadas las prestaciones asociadas a un conjunto priorizado de programas, enfermedades o condiciones de salud que señala la Ley 19.966 (Superintendencia de Salud, 2018). El Fondo Nacional de Salud (FONASA) y las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES) deben asegurar obligatoriamente dichas garantías a sus respectivos beneficiarios, pues constituye un beneficio legal.

En salud mental el AUGÉ o GES cubre las siguientes psicopatologías:

1. Esquizofrenia
2. Depresión en personas de 15 años o más

⁸ Las fuentes de información para la población potencial, objetivo y beneficiarios son la base de datos oficial de matrícula emitida por el Ministerio de Educación, las proyecciones realizadas por el SIGE y, la matrícula de los establecimientos participantes del HPV II en esos años.

3. Consumo perjudicial o dependencia de riesgo bajo a moderado de alcohol y drogas en personas menores de 20 años
4. Trastorno Bipolar en personas de 15 años y más

Según el Boletín Estadístico año 2017 de ISAPRES de la Superintendencia de Salud, entre el número total de prestaciones otorgadas por estas instituciones, un 20,8% corresponde a procedimientos de apoyo clínico y/o terapéuticos. En ese grupo, aquellas prestaciones que se pueden relacionar con salud mental son las siguientes atenciones:

1. Psiquiatría
2. Psicología clínica
3. Otros procedimientos psiquiátricos
4. Neurología y neurocirugía.

5.1.1.10. PROGRAMA DE ACOMPAÑAMIENTO A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES DE FAMILIAS CON ALTO RIESGO PSICOSOCIAL

El propósito de este programa es mejorar el nivel de salud mental de niños, niñas y adolescentes, y jóvenes de familias con alto riesgo psicosocial, asegurando el acceso, oportunidad y calidad de la atención de salud mental. Dado ello, el programa está centrado en realizar actividades de vinculación, articulación, seguimiento y monitoreo, en el contexto del modelo de atención de salud integral con enfoque familiar y comunitario.

Los objetivos del programa son:

- Desarrollar acciones de vinculación de niños, niñas, adolescentes y jóvenes de familias con alto riesgo psicosocial, con los servicios de atención integral de salud mental del establecimiento de atención primaria, los establecimientos y dispositivo de la red de salud y comunitaria, según corresponda su nivel de compromiso y complejidad
- Coordinar acciones de articulación dentro del establecimiento, con los dispositivos de la red de salud y atención psicosocial de la red local, e intersectorial, con foco en la continuidad de los cuidados del usuario
- Realizar acciones de seguimiento, monitoreo y evaluación de niños, niñas, adolescentes, y jóvenes de familias con alto riesgo psicosocial

La población objetivo del programa son niños, niñas, adolescente y jóvenes entre 0 a 24 años, de familias con alto riesgo psicosocial. Se presentan a continuación los subgrupos de personas a los cuales está destinado el programa:

1. Mujeres adolescentes y jóvenes gestantes, y puérperas con hijos menores de 1 año que poseen depresión perinatal
2. NNA y jóvenes, víctimas de violencia, y/o maltrato
3. NNA, y jóvenes, víctimas de abuso sexual

4. NNA y jóvenes que consultan en urgencias por morbilidades médicas, o en controles de salud en APS por intentos de suicidio,
5. Accidentes debido al consumo problemático y/o dependencia de Alcohol y/o drogas vistos en las urgencias de APS
6. NNA con trastornos psiquiátricos severos, incluyendo Trastornos del Desarrollo
7. NNA y jóvenes con vulneración de derechos, incluyendo población de NNA con atención en SENAME
8. NNA y jóvenes migrantes en situación de vulnerabilidad (refugiados, víctimas de trata de personas, entre otros)
9. NNA y jóvenes con condiciones priorizadas según diagnóstico local.

5.1.2. ANALISIS DE PROGRAMAS DESTINADOS A LA POBLACIÓN INFANTIL CON REZAGOS MENTALES

De los programas, atenciones y apoyos recién identificados y descritos, aquellos que están destinados en parte o por completo a la población infantil del país entre 0 y 9 años, que es el rango etario que considera ChCC son los siguientes:

- Subsidio de discapacidad mental
- Programa de Salud Mental Integral (PSMI)
- Programa de apoyo a la atención de salud mental
- Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil (PASMI)
- Programa Habilidades para la Vida I (HpV I)
- Programa de acompañamiento a niños, niñas, adolescentes y jóvenes de familias con alto riesgo psicosocial

En la Figura 7 se presentan gráficamente los programas recién identificados junto con el rango de edad a los que están dirigidos en la actualidad.



Figura 7. Iniciativas y programas sociales destinadas a la población infantil, según su rango etario, Elaboración propia

Se observa que no todos los programas están pensados en todo el rango etario de la población infantil, es decir, en todos los niñas y niños con condiciones de salud mental entre los 0 y 9 años.

Asimismo, de todos los programas expuestos, no todos tienen considerado entre sus componentes actividades como la detección, diagnóstico o tratamiento de condiciones de salud mental en la población infantil, ya que, son varios los que tienen puesto su foco en la prevención y promoción de la salud mental de niños y niñas.

Dado lo anterior, los únicos programas que consideran la detección de condiciones de salud mental son:

- Programa Habilidades para la Vida I
- Programa de apoyo a la atención de salud mental
- Programa de acompañamiento de niños, niñas, adolescentes y jóvenes de familias con alto riesgo psicosocial
- Programa Salud Mental Integral (PSMI)

Mientras que los que consideran el diagnóstico y el tratamiento de condiciones de salud mental son:

- Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil (PASMI)
- Programa Salud Mental Integral (PSMI)

En el caso del PASMI, las condiciones de salud mental que considera en el tratamiento son:

- Trastornos de comportamiento disruptivo
- Trastornos ansiosos
- Trastornos afectivos

El PSMI, por otro lado, en su componente de Salud Mental Infanto-Juvenil, considera para tratamiento a NNA con el Trastorno Hipercinético y de la Atención y, los Trastornos emocionales o conductuales. Mientras que, en su componente de aumento de la resolutivez de la APS en salud mental, considera las siguientes condiciones de mayor severidad:

- Trastorno Bipolar, de moderada a alta severidad
- Depresión, de moderada a alta severidad
- Trastornos de Ansiedad y del Comportamiento, de moderada a alta severidad
- Esquizofrenia y Psicosis No Orgánica
- Trastornos Generalizados del Desarrollo
- Trastornos Hipercinéticos, de moderada a alta severidad
- Trastornos del Comportamiento Emocionales de la Infancia y adolescencia, de moderada a alta severidad

Es así, que considerando que aproximadamente el 80% de la población se atiende en el Sistema Público de Salud siendo su previsión FONASA (ver Gráfico 2), es importante evidenciar que actualmente y, ante el inminente aumento de demanda por atenciones en salud mental, la atención primaria y los programas que trabajan en el área no están preparados para brindar la atención integral que requieren los niños y niñas que dadas sus condiciones socioeconómicas, dependen directamente de las prestaciones que les pueda brindar el Estado.

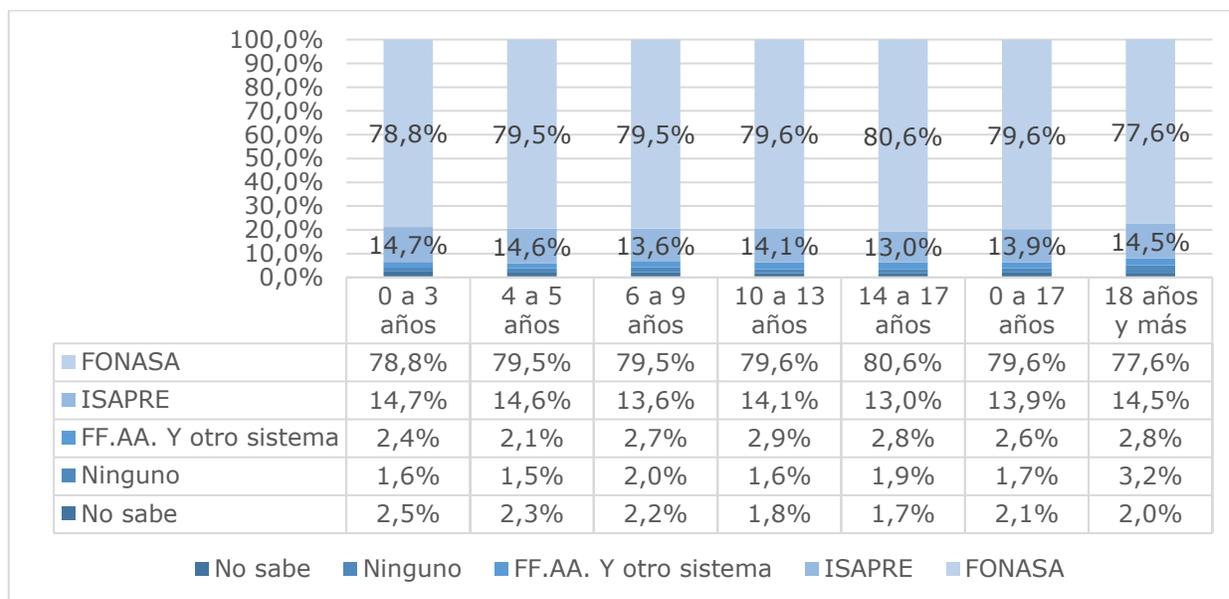


Gráfico 2. Distribución de la población según afiliación a sistema provisional de salud por tramo de edad, CASEN (2017)⁹, (Ministerio de Desarrollo Social, 2017)

No obstante, se observa potencial en ChCC dado que hoy, con sus programas del componente de salud, le brinda distintas prestaciones a la población infantil que es atendida en el Sistema Público de Salud. Por un lado, el Programa de Apoyo al desarrollo Biopsicosocial (PADBP), que es el programa eje del Subsistema, realiza acompañamiento a toda la población de niños y niñas desde su gestación hasta los 9 años. Entre las prestaciones del se encuentran los controles de salud, la entrega de implementos y materiales de apoyo y, ayudas específicas a niños con rezagos, riesgos o retrasos.

Dadas sus distintas prestaciones, los controles de salud en particular, tienen la capacidad de detectar de manera temprana tanto rezagos, riesgos o retrasos psicosociales en la población infantil. Además, el porcentaje de niños y niñas que asiste controles de salud es alto, según los datos entregados para los años 2015 y 2017 (ver Gráfico 3). El porcentaje de asistencia de niños y niñas es

⁹ *Al 95% de confianza, entre 2015 y 2017, NO se encuentran diferencias significativas en ningún quintil para cada uno de los sistemas previsionales de salud, exceptuando el quintil III en Isapre, el quintil V en ninguno y los quintiles I y II en "No sabe". *Se excluye el servicio doméstico puertas adentro y su núcleo familiar

sobre el 70% durante su primer año de vida, y sobre un 40% cuando poseen entre los 2 y 3 años, sin embargo, dicho porcentaje de asistencia disminuye a medida que crecen, siendo el porcentaje de asistencia menor al 10% cuando tienen entre 7 a 9 años.

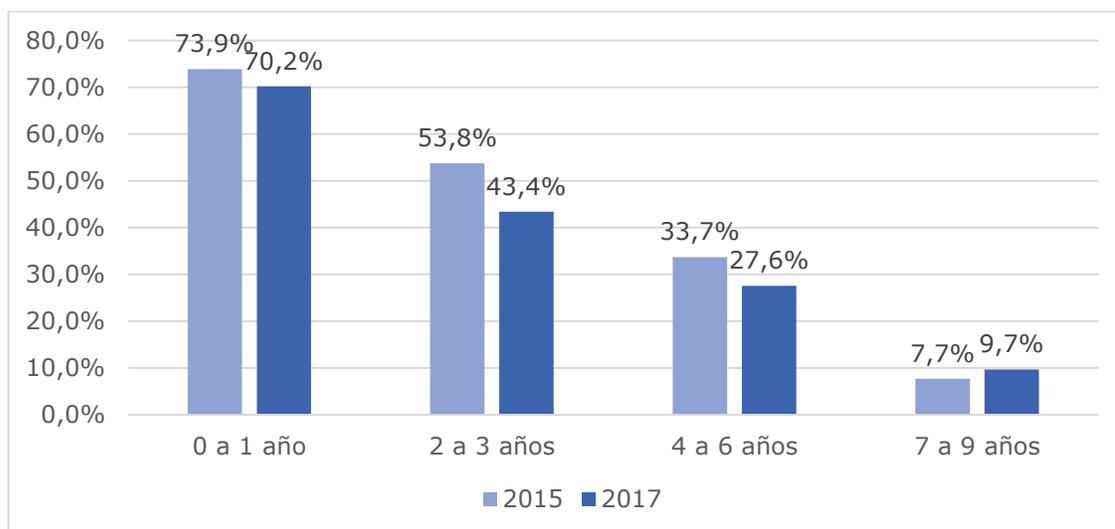


Gráfico 3. Porcentaje de niños y niñas de 0 a 9 años que se realizaron el control del niño sano en los últimos 3 meses, por tramo de edad (2015-2017)¹⁰, (Ministerio de Desarrollo Social, 2017)

Finalmente, también se estima que ChCC tiene un amplio potencial en materia de salud mental infantil, ya que, ya se encuentra trabajando en ello con su Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil (PASMI), el cual le brinda prestaciones a la población infantil con condiciones de salud mental en ciertas comunas del país, como se mencionó anteriormente.

5.1.3. APOYO BRINDADO A LA POBLACIÓN INFANTIL CON TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA

Tal como se mencionó en la sección de Antecedentes Generales, el Trastorno del Espectro Autista es una condición que pueden poseer niños, niñas, adolescentes y adultos, la cual les perdura durante toda su vida. El TEA posee distintas manifestaciones, con diferentes niveles de afectación lo que puede complejizar la detección, diagnóstico y tratamiento de la condición. Sin embargo, una detección temprana puede llevar a una intervención temprana, que se traducirá en múltiples beneficios para el niño o niña que posea TEA, gracias a que con las distintas terapias tendrá mayores posibilidades de integrarse en la sociedad en su futuro.

Actualmente, niños y niñas que poseen TEA pueden acceder a las prestaciones que brinda el PSMI para el diagnóstico y tratamiento de la condición, como consultorías y tratamiento ambulatorio a través del equipo comunitario de

¹⁰ * Al 95% de confianza, las diferencias entre las estimaciones 2015 y 2017 SON significativas en cada tramo de edad y a nivel total. * Al 95% de confianza, las diferencias entre tramos de edad SON significativas en 2017. * Se excluye categoría "No sabe/No responde"

especialidad que exista y esté disponible. Esto gracias a que su componente, Aumento de la resolutiveidad de la APS en salud mental, incluye la atención de personas con la patología de Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD), dónde está incluido el TEA. Sin embargo, tal como se mencionó anteriormente, el programa solo cubre el 17% de la demanda por atenciones que tienen niños, niñas y adolescentes menores 5 y 9 años, cuando el TEA se puede evidenciar en la población infantil desde aproximadamente, los 3 años y los TGD son solo 1 de las 12 patologías que tiene dicho componente del PSMI como objetivo a atender.

Con la ayuda de la Asociación de Padres y Amigos de los Autistas (ASPAUT) se levantó información acerca de la situación que viven muchas familias de niños y niñas que poseen TEA en la región Metropolitana, siendo una de sus principales dificultades el acceso a un diagnóstico con profesionales capacitados para realizar la acción, asimismo, dificultades para acceder a terapias con profesionales específicos y, posteriormente, poseen problemas en todo lo que conlleva la educación de los niños y niñas desde edad temprana en establecimientos educacionales regulares y especiales.

De manera tal de conocer las experiencias de familias de niños y niñas que poseen TEA, el proceso que vivieron y las atenciones que recibieron sus hijos o hijas, se conversó por un lado con padres y madres de niños y niñas con TEA y, asimismo, se efectuó una encuesta a los apoderados o tutores de niños que asisten a las Escuelas ASPAUT ubicadas en las comunas de San Miguel y Maipú, escuelas especializadas en TEA.

De las conversaciones mantenidas con padres de niños y niñas con TEA, se obtuvieron distintas informaciones respecto al proceso por el que pasaron en cuanto a la detección, diagnóstico y tratamiento de los niños y niñas, entre ellas son importantes de resaltar los siguientes aspectos:

- Detección:
 - La detección se hizo manera temprana en niños con TEA de moderado a severo, lo que se pudo evidenciar para las familias en los bajos o nulos niveles de lenguaje de los niños y/o con sus comportamientos distintos a otros niños o niñas de la misma edad
 - En niños y niñas con TEA de moderado a severo la detección se pudo realizar desde los 18 meses hasta aproximadamente los 3 años
 - En el caso de los niños con TEA leve a moderado, la detección no fue tan evidente a temprana edad, si no que fue durante su ingreso a la pre-escolaridad, dónde sus cuidadores o educadoras detectaron diferencias y se lo compartieron a los padres para que estos los llevaran dónde profesionales del área sanitaria para que ellos le realizaran un diagnóstico

- Diagnostico:
 - Entre los profesionales del área sanitaria que realizan el diagnóstico se encuentran, en primera línea Neuropsiquiatras infantiles y Neurólogos, mientras que, en segundo lugar, Pediatras y Psiquiatras, esto tanto para los casos que asistieron al Sistema Público de Salud como para los que fueron al Sistema Privado
 - Asimismo, resaltó negativamente que, en más de un caso, los padres o apoderados de los niños, los tuvieron que llevar a más de un profesional sanitario debido a que este no pudo realizar un diagnóstico enseguida, ya sea por la corta edad del niño o niña, o su desconocimiento en la materia
 - Los padres o apoderados que acudieron al Sistema Público de Salud a realizar el diagnóstico de sus hijos encontraron dificultades en conseguir una hora de atención con alguno de los profesionales anteriormente mencionados
- Tratamiento:
 - El tratamiento que recibieron los niños y niñas diagnosticados con TEA dependió directamente de la capacidad económica de las familias para acudir a más o menos sesiones
 - Aquellas familias con suficiente capacidad económica pudieron llevar a sus hijos o hijas a sesiones con Terapeutas Ocupacionales, Psicopedagogos(as), Fonoaudiólogos(as) y otros profesionales dependiendo las características de los niños
 - En el caso de aquellas familias sin suficiente capacidad económica, algunos lograron proveerles atenciones a los niños gracias al equipo de profesionales existentes en sus centros de salud, mientras que, en otros casos, ante la inexistencia o indisponibilidad de los profesionales, los niños no pudieron acceder a ningún tipo de ayuda en el Sistema Público de Salud
- Educación:
 - Varias familias acudieron a escuelas de lenguaje en primer lugar ante la detección de diferencias en sus hijos, previo al diagnóstico como bajos o nulos niveles de comunicación por parte de los niños o niñas
 - Una vez que fue realizado el diagnóstico de TEA, los padres de niños o niñas que buscaban ingresar a sus hijos a escuelas de lenguaje tuvieron problemas para llevar a cabo el proceso, esto debido a que estos establecimientos según la normativa que las regula¹¹ no aceptan el ingreso de niños diagnosticados con TEA lo que, por supuesto, genera un problema a las familias que a corta

¹¹ El Decreto N°170, señala que niños con trastornos específicos del lenguaje pueden asistir a estos tipos de establecimientos, pero aquellos niños que tengan discapacidades cognitivas, auditivas, visuales u otras no pueden ingresar a estos

- edad (niños o niñas con menos de 3 años) no tienen establecimientos educacionales a dónde llevarlos
- Cuando ocurren casos como el anterior, dónde los niños o niñas no son aceptados en ciertos establecimientos dado su diagnóstico, sumado a su corta edad, a las familias no les queda otra opción que resguardar a sus hijos en sus hogares hasta que cumplan la edad suficiente para que asistan a escuelas especiales o establecimientos convencionales según el nivel de severidad de su diagnóstico
 - Los padres resaltaban la existencia de jardines con integración dónde podrían llevar a sus hijos pero que, además de no existir muchos, al menos en la región Metropolitana, se encuentran a máxima capacidad
 - Por otra parte, hay ciertos requisitos que solicitan los jardines convencionales para admitir el ingreso de niños y niñas de corta edad, por ejemplo, que hayan abandonado los pañales, cosa que a los niños a corta edad con TEA o sin esta condición, dificulta enormemente su ingreso, lo que les pone a los padres un obstáculo adicional para que sus hijos puedan acceder a las atenciones que requieren
 - Por último, otra cosa que comentan los padres es que los distintos establecimientos educacionales como escuelas, colegios o jardines jugaron un importante papel en la detección de la condición en los niños, dado que desde allí se les derivó para realizar diagnóstico a niños y niñas con TEA de gravedad leve a moderada.

Por otro lado, se obtuvieron 31 respuestas de una encuesta aplicada en las Escuelas ASPAUT, a padres y apoderados de niños y niñas de a lo más 11 años con TEA (ver Anexo 2 con la encuesta aplicada).

De forma general se obtuvo que:

1. El 80,6% de los niños y niñas se atiende en el Sistema Público de Salud
2. Los encuestados pertenecen a las comunas de San Miguel, Huechuraba, Estación Central, San Ramón, San Bernardo, Lo Espejo, Quilicura, Quinta Normal, Lo Prado, Maipú, Pudahuel, Padre Hurtado, Cerrillos y Cerro Navia
3. En promedio los niños tienen 6,9 años, mínimo 3 y máximo 11, pueden asistir a estas escuelas desde los 3 años.

Respecto al proceso de detección por el que pasaron:

4. A los niños se les detectó su condición en promedio a los 2,9 años, siendo la mínima edad de detección 1,5 años y la máxima 5 años

5. El TEA fue detectado en los niños debido a diversas características, entre ellas sus cambios conductuales, lenguaje, juegos, formas de caminar, mover su cuerpo, patrones y actividades repetitivas, falta de interés en ciertas actividades, entre otros.

En cuanto al diagnóstico:

6. Varios de ellos asistieron a atenciones con especialistas como Neurólogos, Pediatras o Psiquiatras, a centros públicos de alta especialidad como hospitales o clínicas
7. Existió dificultad de acceder a las atenciones clínicas para el diagnóstico, dada la baja disponibilidad de profesionales para llevar a cabo la actividad,

para el tratamiento:

8. Una vez que recibieron el diagnóstico, de los entrevistados solo el 25% acudió a centros de salud para recibir apoyo, apoyo que no todos encontraron dadas las diferencias de oferta de profesionales en las distintas redes asistenciales
9. De aquellos que buscaron apoyo en el Sistema Público de Salud en la APS para atender a sus hijos, y recibieron apoyo, este se tradujo en terapias con Psicopedagogos(as), Terapeutas Ocupacionales, Psicólogos(as), o Fonoaudiólogos(as), según la disponibilidad de estos profesionales
10. Otros tipos de apoyo a los que accedieron, ya sea de forma particular o en el Sistema Público, fueron terapias psicológicas, terapias psiquiátricas, y terapias de relajación
11. Asimismo, los encuestados contestaron que aquellos que fueron atendidos en primer lugar en centros de atención primaria, fueron derivados a centros de mayor nivel de especialidad, como hospitales, para acceder a las atenciones que requerían sus hijos o hijas.

Finalmente, también se les preguntó a los encuestados respecto a su conocimiento de ChCC, dado que, debido a la edad de los niños (menos de 11 y más de 3 años), aquellos que asisten al Sistema Público de Salud son beneficiados de este, al haber nacido posterior o durante el año 2007, año que entró en vigor ChCC a nivel nacional. En la encuesta respondieron lo siguiente:

12. El 52% dice conocer el Subsistema Chile Crece Contigo, de todos los encuestados solo 4 dicen recibir algún tipo de beneficio
13. Entre los beneficios que reciben se encuentran atenciones con Terapeutas Ocupacionales, Fonoaudiólogos(as) y materiales de estimulación
14. Por otro lado, el 68% de los encuestados dice haber asistido a controles de salud, a CESFAM antes del nacimiento de su hijo o hija

15. Donde dichos controles fueron realizados por matronas, médicos, ginecólogos y nutricionistas, los cuales consistieron en controles de desarrollo y monitoreo prenatal mientras que, a las mujeres embarazadas se les realizó controles de peso, presión arterial y salud bucal
16. El 71% respondió que sus hijos o hijas nacieron en hospitales y luego, del total de encuestados el 74% respondió que después de nacer llevó a sus hijos a controles de salud a CESFAM
17. Los controles a los que asistieron fueron los de Diada (antes de los 10 días de nacido), evaluación del estado nutricional, peso, talla, evaluación del desarrollo psicosocial con los avances sociales, afectivos, de lenguaje y motor, entre otros. Además, tuvieron acceso a la aplicación de vacunas y visitas domiciliarias
18. A medida que crecieron algunos de los niños y niñas, tuvieron acceso a salas de estimulación y, asimismo, algunos accedieron a atenciones por parte de Fonoaudiólogos(as), Terapeutas Ocupacionales, Kinesiólogos(as) y Psicopedagogos(as).

A partir de lo recién expuesto, se puede decir que el apoyo que le brinda el Estado a la población infantil con TEA tiene actualmente grandes falencias en la detección, diagnóstico y tratamiento. Estas falencias se encuentran principalmente en el tratamiento e intervenciones a los cuales los niños y niñas deberían acceder, dado que hoy muchos de ellos tienen dificultades para obtener dichas atenciones con los distintos profesionales del área sanitaria, debido a su disponibilidad y existencia en los centros de salud en el nivel primario y en especialidad.

No obstante, se hace evidente el potencial que tiene ChCC para brindarle atenciones a los niños y niñas que poseen TEA, por un lado, está el hecho de que la mayor parte de la población infantil se controla en el Sistema Público de Salud y, asimismo muchos reciben de las diversas prestaciones que posee ChCC, dado que este se encuentra establecido a nivel nacional. Una de estas prestaciones son las salas de estimulación que se encuentran también a lo largo del país, y que tienen el potencial de proveer a niños y niñas atenciones atingentes con profesionales que les puedan brindar la atención que requieren durante su desarrollo de manera tal de estimular sus capacidades desde temprana edad (se profundizará en qué consisten estas salas en la siguiente subsección).

Por otro lado, el PASMI de ChCC también tiene el potencial de brindarle atenciones de diagnóstico y a través de terapias a los niños y niñas que poseen TEA, dado que, el sistema de atención de este programa ya se encuentra establecido y este requeriría de una ampliación para llegar a la atención integral que requiere la población con TEA.

Si bien en este caso se analizó el TEA y el apoyo que recibe la población infantil con esta condición, las potenciales modificaciones que se le podrían realizar a ChCC para lograr atender a la población con esta condición, también se podrían extrapolar a las diversas condiciones de salud mental que pueden poseer los niños y niñas durante su desarrollo que, como en el caso del TEA, le pueden perdurar durante toda su vida.

5.2. LEVANTAMIENTO DE INFORMACIÓN

En esta subsección de los Resultados, se presenta la información recabada respecto de los programas ChCC en los cuales se enfoca este proyecto, el Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial (PADBP) y el Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil (PASMI). Se presentan distintos aspectos técnicos de estos programas, los componentes que poseen, como estos se relacionan con otros programas, entre otros antecedentes. En el caso del PASMI, la información presentada en esta subsección, a diferencia de lo presentado en la subsección anterior, es más específica en cuanto a las actividades, componentes, recursos, entre otros que posee este programa.

Asimismo, se presentan los principales aspectos de la Guía de Práctica Clínica para la detección y diagnóstico de TEA creada por el Ministerio de Salud el año 2011, que introduce, entre otras cosas, los procesos que se deberían llevar a cabo en la atención primaria para llevar a cabo estas actividades en niños y niñas con sospechas de esta condición.

5.2.1. PROGRAMA DE APOYO AL DESARROLLO BIOPSIICOSOCIAL (PADBP)

El PADBP es el programa eje de ChCC, y tiene como propósito lograr un desarrollo integral de los niños desde su primera infancia, mediante la consolidación de un sistema de protección integral para la población infantil, de cobertura nacional y con presencia en todas las comunas (Banco Integrado de Programas Sociales., 2018).

El programa actualmente está enfocado en niños y niñas entre 0 y 9 años que se asisten al Sistema Público de Salud y las gestantes que realizan sus controles prenatales en el mismo.

Son cinco los componentes que tiene el programa, dónde cada uno presenta diferentes características y enfoques de atención, dichos componentes son los que siguientes (Ministerio de Desarrollo Social, 2017):

1. Fortalecimiento del Desarrollo Prenatal
2. Atención Personalizada del Proceso de Nacimiento
3. Atención al Desarrollo Integral del Niño y Niña Hospitalizado
4. Fortalecimiento del Desarrollo Integral del Niño y Niña
5. Atención de niños y niñas en situación de Vulnerabilidad.

Tanto el cuarto como el quinto componente del PADBP, son importantes de identificar y especificar, debido a que las actividades que abarcan, las unidades dónde se llevan a cabo y el periodo de vida de la población infantil que consideran, son aptas para la integración de nuevos procesos y recursos para la propuesta de rediseño de procesos que se presentará en la siguiente subsección.

El componente, Fortalecimiento del Desarrollo Integral del Niño y Niña, se centra en brindar atención a la madre, al padre y a su hijo o hija para evaluar el estado de salud de ambos, las condiciones familiares que poseen, el cuidado que reciben los niños o niñas, el proceso de ajuste inicial entre la madre, el padre y el niño o niña, así como el fomento de la lactancia materna, entre otros aspectos.

Gracias a lo anterior, los niños y niñas tienen acceso a controles de salud, evaluaciones de desarrollo y seguimiento, así como a otras prestaciones, por ejemplo, talleres de promoción temprana de desarrollo.

En la Tabla 14 se presentan los subcomponentes, actividades, unidad dónde se lleva a cabo y periodo de vida que considera este componente.

Componente	Subcomponente	Actividades	Unidad	Periodo
Fortalecimiento del Desarrollo Integral del Niño y Niña	A. Fortalecimiento del control de salud del niño y niña para el desarrollo integral.	A.1. Primer control de salud madre, padre y/o cuidador-hijo, hija de ingreso a la atención primaria	APS	0 a 4 años
		A.2. Ingreso al control de salud del niño y niña sano(a)		
		A.3. Control de salud con evaluación y seguimiento del desarrollo integral del niño y niña.		
	B. Intervenciones educativas de apoyo al desarrollo y la crianza.	B.1. Intervención psicoeducativa grupal o individual para el desarrollo de competencias parentales para la crianza: taller Nadie es Perfecto.		
		B.2. Taller de promoción temprana del desarrollo del lenguaje		
		B.3. Taller de promoción temprana del desarrollo motor		

Tabla 14. Visión general de los subcomponentes, actividades, unidad y periodo del componente Fortalecimiento del Desarrollo Integral del Niño y Niña del PADBP, Ministerio de Desarrollo Social, Gobierno de Chile (Ministerio de Desarrollo Social, 2017)

Resaltan, entre las actividades que realiza este componente, los controles de salud, debido a que estos evalúan distintas áreas del desarrollo de los niños y niñas entre los 0 y 9 años. Algunas de estas evaluaciones son (Ministerio de Salud, 2017) la psicosocial, nutricional, oftalmológica, auditiva, ortopédica, bucal, evaluación del desarrollo puberal y toma de presión arterial.

Si bien la mayoría de los controles son brindados a la población infantil en los centros de salud de atención primaria, los controles de salud de niños y niñas con 5 o más años pueden ser ejecutados ya sea en centros de salud o en establecimientos educacionales.

En la Tabla 15, se presentan los distintos tipos de consultas a las que pueden acceder niños y niñas entre los 0 y 9 años, estas pueden ser de salud, nutricionales y odontológicas, las cuales se encuentran establecidas para cada etapa de vida.

Etapa de vida	Edad
Recién nacido y recién nacida	Diada, antes de los 10 días de vida
	Control de Salud 1 mes
Lactante menor	Control de Salud 2 meses
	Control de Salud 3 meses
	Control de Salud 4 meses
	Consulta nutricional al 5 mes
Lactante	Control de Salud 6 meses
	Consulta Odontológica 6 meses
	Control de Salud 8 meses
Lactante mayor	Control de Salud 12 meses
	Consulta Odontológica 12 meses
	Control de Salud 18 meses
Preescolar	Control de Salud 2 años
	Consulta Odontológica 2 años
	Control de Salud 3 años
	Consulta Odontológica 3 años
	Consulta Nutricional 3 años 6 meses
	Control de Salud 4 años
	Consulta Odontológica 4 años
	Control de Salud 5 años
Consulta Odontológica 5 años	
Escolar	Control de Salud 6 años
	Consulta Odontológica GES 6 años
	Control de Salud 7 años
	Control de Salud 8 años
	Control de Salud 9 años

Tabla 15. Consultas a las que niños y niñas acceden según la Etapa de vida en la que se encuentran entre los 0 y 9 años (Ministerio de Salud, 2017)

En cada uno de los controles de salud se aplican diversos instrumentos para evaluar las áreas anteriormente mencionadas durante el crecimiento de los niños y niñas. Estos instrumentos les permiten a los profesionales identificar rezagos, riesgos, retrasos y otras características en los niños de manera temprana, para luego, en caso de obtener evaluaciones positivas con estos instrumentos, derivarlos a atenciones pertinentes de manera tal de que reciban la ayuda que necesitan.

En la Tabla 16 se presentan los profesionales a cargo de realizar los controles de salud, junto con los instrumentos que se aplican en cada uno de los controles según la edad de los niños y niñas.

Control de salud por edad	Profesional que lo realiza	Instrumentos que aplican
Diada, antes de los 10 días de vida	Matrón(a) o Médico General	- Score IRA
1 mes	Médico general	- Score IRA - Protocolo de evaluación de neurodesarrollo
2 meses	Enfermero(a) o Médico general	- Score IRA - Escala de Edimburgo
3 meses	Médico general	- Score IRA
4 meses	Enfermero(a) o Médico general	- Score IRA - Pauta breve de desarrollo psicomotor - Escala de Massie-Campbell - Pauta de factores condicionantes de riesgo de malnutrición por exceso
6 meses	Enfermero(a)	- Score IRA - Escala de Edimburgo
8 meses	Enfermero(a)	- Score IRA - Escala Evaluación del Desarrollo Psicomotor (EEDP) - Pauta de seguridad infantil - Pauta de evaluación bucodentaria
12 meses	Enfermero(a)	- Score IRA - Pauta breve de desarrollo psicomotor - Pauta de factores condicionantes de riesgo de malnutrición por exceso
18 meses	Enfermero(a)	- Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (EEDP) - Pauta de evaluación bucodentaria
2 años	Enfermero(a) / Médico general	- Pauta breve de desarrollo psicomotor - Pauta de factores condicionantes de riesgo de malnutrición por exceso
3 años	Enfermero(a) / Médico general	Test de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (TEPSI)
4 años	Enfermero(a)	
5 años	Enfermero(a)	
6 años	Enfermero(a)	
7 años	Enfermero(a)	
8 años	Enfermero(a)	
9 años	Enfermero(a)	

Tabla 16. Profesionales que ejecutan los controles de salud y los instrumentos que se aplican según la edad de los niños y niñas entre los 0 y 9 años, Elaboración propia (en base a información del Ministerio de Salud)

Por otro lado, a partir de los resultados que obtienen niños y niñas de las evaluaciones de desarrollo que se les aplican en los controles de salud, en el Sistema Público de Salud, se utilizan distintas categorías para definir las atenciones adicionales que se le debería brindar a la población infantil, que así lo necesite. En la Tabla 17 se presentan las categorías que se utilizan junto a la definición de cada una de estas ellas según las características que poseen niños y niñas.

Categoría	Definición
Normal	Niños(as) con test del desarrollo cuyo promedio total de puntajes y de todas las sub áreas arroja resultado normal

Normal con Rezago		Niños(as) que obtuvieron como resultado en la evaluación de la prueba de desarrollo la categoría Normal, pero que en una o más de las sub áreas de la prueba presentan la categoría de Déficit; ya sea riesgo o retraso. Esta condición implica que el niño(a) tiene un desarrollo heterogéneo, es decir un área con desarrollo adecuado y otra en déficit, por lo tanto, debe ingresar a la modalidad para prevenir el curso negativo del desarrollo en el futuro
Déficit	Riesgo	Niños(as) que obtuvieron como resultado de la evaluación de la prueba de desarrollo la categoría Riesgo, es decir, el puntaje total de todas las sub áreas está 1 desviación estándar bajo el promedio. Esta condición implica una considerable desviación del promedio por lo que debe recibir apoyo para el desarrollo
	Retraso	Niños(as) que obtuvieron como resultado de la evaluación de la prueba de desarrollo la categoría Retraso, es decir, el puntaje total de todas las sub áreas está 2 desviaciones estándar bajo el promedio. Esta condición implica una gran desviación del promedio por lo tanto se considera de mayor gravedad, debe recibir apoyo para el desarrollo y derivación a médico
Otra vulnerabilidad O Normal con riesgo biopsicosocial		Niños(as), que obtuvieron como resultado de la evaluación de la prueba de desarrollo la categoría Normal, pero presentan Riesgo Biopsicosocial, que podría alterar su normal desarrollo futuro. Esta condición implica una amenaza al desarrollo futuro, por la alta asociación que existe entre el o los riesgos detectados y resultados negativos en el desarrollo infantil. Por lo tanto, debe ingresar a modalidad para prevenir alteraciones en su desarrollo posterior.

Tabla 17. Categoría de resultados en la evaluación del desarrollo en control de salud, Ministerio de Desarrollo Social, Gobierno de Chile (Chile Crece Contigo, 2013)

Finalmente, cada control de salud tiene asociado un rendimiento promedio en minutos de duración dado el enfoque de cada uno tiene y los instrumentos de evaluación que se aplican en ellos. En el caso de los controles de salud a niños y niñas desde los 5 años, estos se le pueden aplicar ya sea en centros de salud o en establecimientos educacionales, y en cada lugar tienen un rendimiento distinto. En la Tabla 18 se presenta para cada control de salud, el rendimiento en minutos que tienen en los centros de salud, mientras que, para los controles desde los 5 años, además se presenta el rendimiento que poseen estos en establecimientos educacionales.

Tipo de control	Rendimiento en centros de salud	Rendimiento en establecimientos educacionales
Control Diada	60 minutos	
Control 1 mes	30 minutos	
Control 2 meses	30 minutos	
Control 3 meses	30 minutos	
Control 4 meses	30 minutos	
Control 6 meses	30 minutos	
Control 8 meses	45 a 60 minutos	
Control 12 meses	30 minutos	
Control 18 meses	45 a 60 minutos	
Control 2 años	30 minutos	
Control 3 años	45 a 60 minutos	
Control 4 años	30 minutos	
Control 5 años	30 minutos	12 a 20 minutos
Control 6 años	30 minutos	12 a 20 minutos
Control 7 años	30 minutos	12 a 20 minutos
Control 8 años	30 minutos	12 a 20 minutos

Control 9 años	30 minutos	12 a 20 minutos
----------------	------------	-----------------

Tabla 18. Rendimiento de las atenciones en controles de salud y formulario en el Sistema de Registro, Derivación y Monitoreo del Subsistema Chile Crece Contigo (Ministerio de Salud, 2017)

El quinto componente, Atención de niños y niñas en situación de Vulnerabilidad, se centra en las acciones que reciben los niños, niñas y sus familias que presentan factores de riesgo psicosociales y/o rezagos, riesgos o retrasos en su desarrollo, a través de la realización de planes de intervención personalizado y la activación de los servicios de educación o protección social según sus necesidades. También, este componente le brinda atención a los niños que presentan alteraciones en su desarrollo psicomotor, ya sea a través de las distintas modalidades de estimulación, donde se fomenta su recuperación y desarrollo, o bien, a través de visitas domiciliarias integrales, en caso de que los niños presenten situaciones de vulnerabilidad que puedan afectar su desarrollo biopsicosocial.

En la Tabla 19, se presentan los subcomponentes, actividades, unidad y periodo de este último componente del PADBP.

Componente	Subcomponente	Actividades	Unidad	Periodo
Atención de Niños y Niñas en Situación de Vulnerabilidad	A. Fortalecimiento de las intervenciones en niños y niñas en situación de vulnerabilidad, rezago y/o déficit en su desarrollo integral.	A.1. Atención de salud al niño y niña en situación de vulnerabilidad y/o rezago en su desarrollo integral	APS	0 a 4 años
		A.2. Atención de salud al niño y niña con déficit en su desarrollo integral		
		A.3. Visita Domiciliaria Integral (VDI) para las familias de niños y niñas menores de cuatro años en situación de vulnerabilidad para su desarrollo biopsicosocial.		
		A.3. Modalidad de apoyo al desarrollo infantil en centros de salud (Sala de Estimulación)		

Tabla 19. Visión general de los subcomponentes, actividades, unidad y periodo del componente Atención de Niños y Niñas en Situación de Vulnerabilidad del PADBP, Ministerio de Desarrollo Social, Gobierno de Chile (Ministerio de Desarrollo Social, 2017)

Para fortalecer las intervenciones de los niños y niñas en situación de vulnerabilidad, rezago, riesgo o retraso en su desarrollo integral, existen en este componente del PADBP las Modalidades de Apoyo al Desarrollo Infantil (MADI).

El objetivo general de las MADI es apoyar las prestaciones de ChCC, a través de la oferta local de intervenciones adaptadas para una adecuada estimulación¹² del desarrollo infantil con el fin de que tanto niños como niñas puedan desplegar al máximo sus potencialidades y capacidades.

¹² Por estimulación se entienden todas las acciones dirigidas a favorecer el dominio gradual en niños y niñas de habilidades cognitivas, motoras, socioemocionales y comunicacionales, a través de estrategias

Las MADI ofrecen los siguientes tipos de atenciones:

- Salas de estimulación en el centro de salud o en las comunidades
- Servicios de estimulación itinerante
- Atención domiciliaria
- Ludotecas

La sala de estimulación es una intervención técnica y psicoeducativa de tipo promocional y preventivo en el ámbito del desarrollo infantil, realizado por una o un profesional especializado en desarrollo infantil en una sala implementada en un establecimiento de APS. Las funciones principales de esta intervención son la prevención secundaria del déficit y rezagos en el desarrollo, y la promoción del desarrollo con énfasis en el primer año de vida.

Las MADI están destinadas actualmente a la población de niñas y niños con déficit en su desarrollo:

1. Niños y niñas con algún rezago en su desarrollo (categoría normal en test de desarrollo, pero con una subárea alterada)
2. Niños y niñas normales con presencia de factor de riesgo (o vulnerabilidad) psicosocial
3. Niños y niñas con desarrollo normal, sin los criterios anteriores, para la promoción del desarrollo, según disponibilidad de recursos

En la Figura 8 se muestra el proceso que siguen los niños para ingresar a las MADI dónde, a partir de un control de salud, en el que se les detecta rezagos, riesgos o retrasos en su desarrollo, o bien riesgos biopsicosociales, se les deriva a las modalidades para ser estimulados.

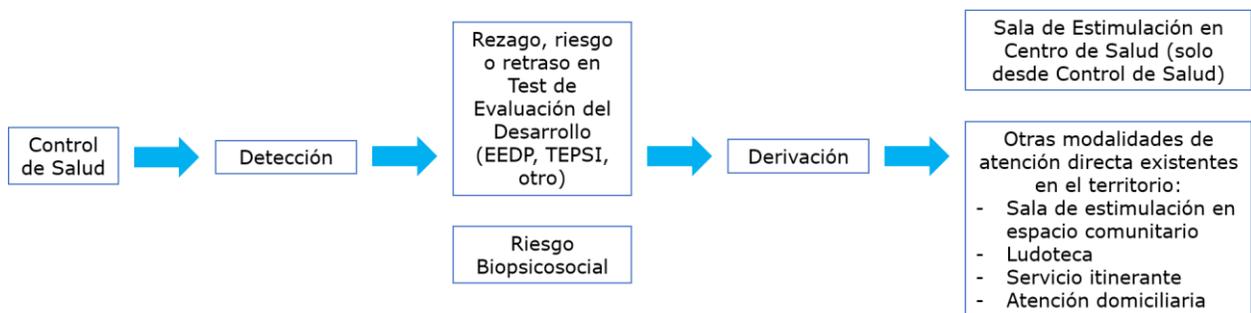


Figura 8. Proceso de ingreso a sala de estimulación y otras MADI, Elaboración propia

En la Figura 9 se presenta el proceso que un niño o niña pasa al interior de las MADI, ya que, una vez que ingresa, debe pasar por una evaluación, a partir de la cual se le elabora plan de trabajo focalizado. Cuando este plan haya sido

que le permitan la exploración autónoma de un ambiente enriquecido, en donde encuentra estímulos apropiados para desplegar y consolidar sus capacidades, de acuerdo con su propio ritmo de desarrollo y sus características individuales.

ejecutado, la intervención se da por finalizada y se le efectúa una reevaluación para verificar si necesita o no intervenciones adicionales.



Figura 9. Proceso de intervención de las Modalidades de Apoyo al Desarrollo Infantil, Elaboración propia

Una representación más completa de estos procesos se puede observar en la Figura 10, dado que esta muestra desde que niños y niñas ingresan a las MADI, especificando las distintas categorías en las cuales pueden quedar a partir de las evaluaciones, la derivación y reevaluación que reciben, y lo que sigue una vez obtenido el nuevo resultado.

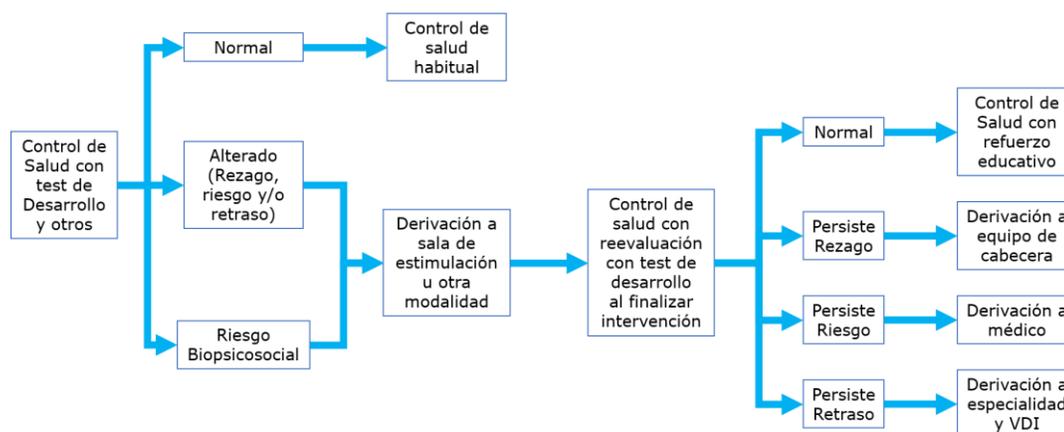


Figura 10. Derivación y reevaluación en Modalidades de Apoyo al Desarrollo Infantil, Elaboración Propia

Los programas que se complementan al PADBP son los siguientes:

- Programa de Apoyo al Recién Nacido(a) (PARN)

El propósito de este programa es aportar a que todos los niños y niñas nacidos en el Sistema Público de Salud cuenten con las condiciones mínimas de bienestar que requieren para su desarrollo. Es así como el programa busca apoyar a las familias en el momento de nacimiento de un hijo, debido a los cambios psicológicos, físicos y familiares que esta situación implica, lo que puede presentar mayor significancia en los casos de familias que no cuentan con los conocimientos suficientes para el cuidado de los recién nacidos, sin olvidar, la carga financiera que le puede implicar a las familias acceder a los implementos básicos de cuidado infantil.

Dado lo anterior, el PARN entrega diversas prestaciones a las familias y los niños a través del Ministerio de Salud, más específicamente en los hospitales dónde nacen los niños, entre esas prestaciones se encuentran los sets de implementos para los niños recién nacidos, paquete de cuidados, cuna corral y la educación sobre uso de implementos y cuidados básicos de crianza temprana.

- Programa de Fortalecimiento Municipal (PFM)

El PFM entrega recursos a los municipios para la contratación de un Encargado Comunal de ChCC, profesional que coordina los sectores e instituciones que se ven involucradas en la provisión de servicios y apoyos a los niños y niñas del Subsistema, y además coordina la difusión de la política de infancia en la comunidad. Las actividades que realice este encargado permitirán, finalmente, articular y activar la oferta de prestaciones de acuerdo con los factores de riesgo detectados por el programa en la población infantil de la comuna.

- Programa Fondo de Intervenciones para el Apoyo al Desarrollo Infantil (FIADI)

Este programa tiene como propósito que tanto niñas como niños puedan participar de alguna de las Modalidades de Apoyo al Desarrollo Infantil (MADI), y así puedan recuperar la condición de normalidad en su desarrollo. Gracias al FIADI el PADBP logra ofrecer las diversas modalidades de estimulación que existen, según las características territoriales que hay a lo largo del país.

5.2.2. PROGRAMA DE APOYO A LA SALUD MENTAL INFANTIL (PASMI)

El PASMI tiene como propósito aumentar la proporción de niños y niñas entre 5 y 9 años con trastornos de salud mental que acceden a diagnóstico y tratamiento. Dado esto, atiende a la alta proporción de niños y niñas con trastornos de salud mental que no reciben atenciones diagnósticas ni se encuentran bajo control alguno, con el fin de que estos niños alcancen su máximo potencial de desarrollo biopsicosocial. Para ello a través de los Centros de Atención Primaria de Salud, se entrega un tratamiento integral a niños que presenten trastornos por comportamiento disruptivos, trastornos ansiosos y trastornos afectivos, atención de acuerdo con las orientaciones Técnicas de Atención Integral en Salud Mental en Atención Primaria de Salud del Ministerio de Salud.

Niños y niñas ingresan al programa por medio 4 vías:

- Derivación desde el Programa de Habilidades para la Vida (JUNAEB)
- Derivación desde el Programa de Salud Escolar
- Derivación desde otro profesional de salud o red comunal: Por ejemplo; Programa Vida Sana, Sembrando Sonrisas, Promoción de Salud, entre otros.
- Demanda espontánea

El PASMI tiene dos componentes, los cuales se introducen a continuación:

1. Promoción del Bienestar Emocional
2. Atención de Trastornos y Problemas de Salud Mental,

el primero componente, de Promoción del Bienestar Emocional, tiene como foco realizar actividades de índole promocional de manera tal de difundir en la población herramientas y contenidos en cuanto a los problemas de salud mental que pueden tener niños y niñas entre 5 y 9 años.

En la Tabla 20 se presentan los subcomponentes, actividades, unidad y periodo de tiempo en que se desarrolla este primer componente del PASMI.

Componente	Subcomponente	Actividades	Unidad	Periodo
Promoción del Bienestar Socioemocional	A. Difusión de contenidos educativos sobre promoción del bienestar socioemocional en niños y niñas de 5 a 9 años	A.1. Difusión del desarrollo normativo de niños y niñas desde los 5 hasta los 9 años	APS	5 a 9 años
		A.2. Difusión de contenidos educativos que promueven el bienestar socioemocional y la salud mental en niños y niñas de 5 a 9 años.		
		A.3. Difusión de contenidos educativos para la sensibilización y desestigmatización de problemas de salud mental en niños y niñas de 5 a 9 años.		
		A.3. Difundir la oferta programática comunal de recreación y hobbies para niños y niñas de 5 a 9 años		

Tabla 20. Visión general de los subcomponentes, actividades, unidad y periodo del componente Promoción del Bienestar Socioemocional del PASMI, Ministerio de Desarrollo Social, Gobierno de Chile (Ministerio de Desarrollo Social, 2017)

El segundo componente del PASMI, tiene como objetivo, por un lado, brindar a la población infantil, con condiciones de salud mental, la atención que requieren dadas sus características y, por otro lado, apoyar a los padres en sus competencias parentales, por medio de talleres y la entrega de materiales educativos durante el crecimiento de sus hijos e hijas cuando tienen entre 5 a 9 años y, brindar apoyo social a niños y niñas que poseen vulnerabilidad psicosocial.

Es importante resaltar este componente, dado que es en este dónde los niños y niñas se ven beneficiados del programa, ya que, reciben la atención que necesitan a partir de una evaluación diagnóstica y se le brinda un plan de tratamiento integral personalizado.

En la Tabla 21 se presentan los subcomponentes, actividades, unidad y periodo de tiempo en que se desarrolla el componente de Atención de Trastornos y Problemas de Salud Mental del programa.

Componente	Subcomponente	Actividades	Unidad	Periodo
Atención de trastornos y	A. Atención de salud mental para niños y	A.1. Ingreso de niños y niñas derivados de JUNAEB – HpV, salud escolar y otros	APS	5 a 9 años
		A.2. Evaluación diagnóstica integral		

problemas de salud mental	niñas de 5 a 9 años	A.3. Diseño y ejecución del Plan de tratamiento integral		
		A.4. Alta y seguimiento		
	B. Fomento de competencias parentales en familias con niños y niñas de 5 a 9 años	B.1. Taller de Nadie es Perfecto -PASMI, para familias con niños y niñas con problemas de conducta: 4 sesiones para padres, madres y cuidadores		
		B.2. Entrega de díptico de disciplina positiva		
		B.3. Material de padres, madres y cuidadores Nadie es Perfecto - PASMI		
		B.4. Manual del facilitador de Nadie es Perfecto - PASMI		
	C. Apoyo social en casos de vulnerabilidad psicosocial	C.1. Activar la red comunal en casos de riesgo biopsicosocial		
		C.2. Visita Domiciliaria Integral		
		C.3. Visita establecimiento educacional: equipo de convivencia escolar y profesores		

Tabla 21. Visión general de los subcomponentes, actividades, unidad y periodo del componente Atención de trastornos y problemas de salud mental del PASMI, Ministerio de Desarrollo Social, Gobierno de Chile (Ministerio de Desarrollo Social, 2017)

El primer subcomponente, Atención de salud mental para niños y niñas de 5 a 9 años, considera distintas actividades para la atención de la población infantil, en la Figura 11 se muestra el proceso que siguen desde su ingreso al PASMI hasta su alta del programa.

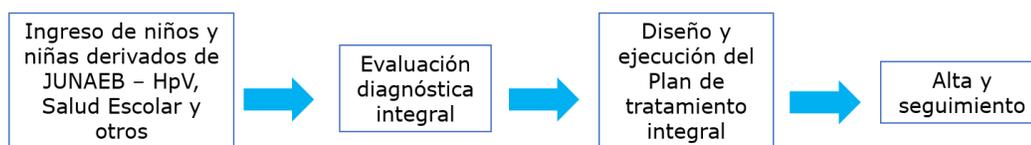


Figura 11. Acciones Subcomponente Atención de salud mental para niños y niñas de 5 a 9 años del Programa Apoyo a la Salud Mental Infantil, Elaboración propia

Para la implementación de este subcomponente se tienen los siguientes alcances:

- Evaluación diagnóstica integral debe ser realizada por al menos dos profesionales, los cuales pueden ser Psicólogos(as), Médicos y trabajadores sociales
- Aquellos niños que ingresen al programa tendrán acceso a 2 consultas con Médicos, ambas con énfasis en el trabajo junto a la familia
- Asimismo, los niños tendrán acceso a un reforzamiento de 9 consultas de salud mental adicionales por un Psicólogo(a) o un Trabajador(a) Social
- Pueden ingresar al programa niños y niñas entre 5 y 9 años que posean trastornos disruptivos, ansiosos o trastornos afectivos

- Solo se considera utilizar consultorías de salud mental infantil cuando sea necesario

El tiempo de intervención que considera el PASMI a niños y niñas que poseen trastornos por comportamiento disruptivos, ansiosos o trastornos afectivos es de en promedio 9 meses, con un mínimo de 6 meses en intervención y un máximo de 12 meses con eventual posibilidad de derivación. Para egresar del programa los beneficiarios del programa deben recibir la alta clínica por parte de su médico tratante.

La cantidad y la frecuencia de las sesiones depende exclusivamente de los resultados de la evaluación diagnóstica, es decir, del tipo de problema o trastorno, las características de este, los antecedentes del paciente y del plan de tratamiento con los objetivos que se acuerden con la familia y el niño o niña, entre otros factores. Se le sugiere a los equipos agendar las sesiones con una frecuencia semanal con un total de 12 sesiones como ideal, lo que implica una intervención o tratamiento de tres meses.

El segundo subcomponente, denominado Fomento de competencias parentales en familias con niños y niñas de 5 a 9 años, les brinda a las familias herramientas para potenciar sus destrezas en la educación que le brindan a sus hijos y, asimismo, le ofrece a padres y apoderados asistir a talleres para trabajar aspectos como este.

Por último, el tercer subcomponente, denominado Apoyo social en casos de vulnerabilidad psicosocial, considera actividades como visitas domiciliarias integrales y visitas a los establecimientos educacionales por equipos de convivencia escolar y profesores. En la Figura 12 se presentan las actividades que se llevan a cabo gracias a este subcomponente en el PASMI.



Figura 12. Acciones Subcomponente Apoyo social en casos de vulnerabilidad psicosocial del PASMI, Elaboración propia

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

Prestación	Cantidad	Rendimiento en minutos
Evaluación diagnóstica integral de Médico	1	45
Evaluación diagnóstica integral de Psicólogo(a) o Trabajador(a) Social	1	45
Consulta Salud Mental realizada por Médico	1	20

Consulta Salud Mental realizada por Psicólogo	8	45
Consulta Salud Mental realizada por trabajador social u otro profesional	1	30
Consulta Salud Mental Grupos (Taller de competencias parentales Nadie es Perfecto - Convivencia)	4	90
Visita domiciliaria integral / ámbito escolar	1	90
Consultoría en salud mental infantil	3	20

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

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

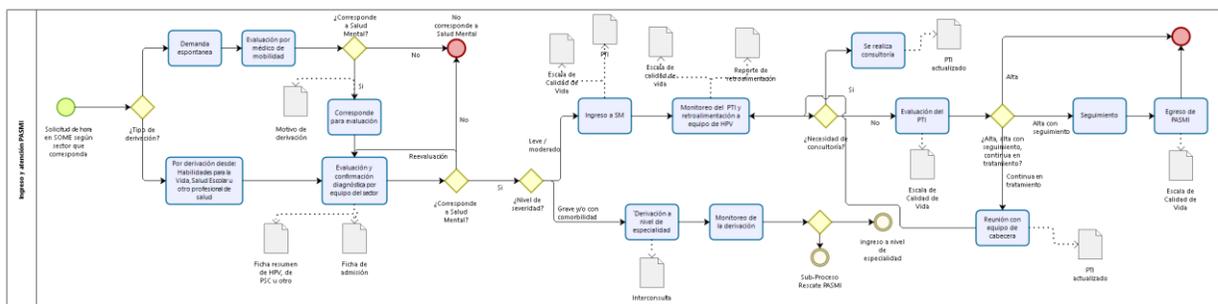


Diagrama 1. Ingreso al PASMI, documento de Orientaciones Técnicas del programa, Ministerio de Salud, Gobierno de Chile (Chile Crece Contigo, 2017)

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

No obstante, resalta del flujograma el hecho que incorpora compuertas básicas para separar la atención a la cual pueden efectivamente acceder los niños en el PASMI según la severidad de la condición que se les haya diagnosticado, lo que permite representar claramente, qué prestaciones no puede brindar el programa. Por otra parte, en el flujograma se incluyen correctamente objetos de datos para representar los documentos e informaciones que se adjuntan entre las distintas atenciones para, por ejemplo, corroborar las derivaciones o diagnósticos realizados.

Dado lo anterior, el flujograma tiene alto potencial para ser mejorado con objeto de representar las actividades que ejecuta el PASMI en el

subcomponente de Atención de salud mental para niños y niñas de 5 a 9 años de manera concreta para que pueda ser comprendido por cualquier persona que lo observe o estudie.

5.2.2.1. ARTICULACIONES DEL PROGRAMA

Los programas que se articulan con PASMI son los siguientes:

- Programa Habilidades Para la Vida I (HpV I)

El programa HpV I, ejecutado por la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB), se articula con el PASMI debido a que este tiene entre sus actividades la aplicación de dos instrumentos de tamizaje de salud mental el Pediatric Symptom Checklist (PSC) y el Teacher Observation of Classroom Adaptation – Revised (TOCA-R) en el contexto escolar, que permiten observar factores de riesgo de salud mental y así realizar una detección de condiciones de salud mental en los preescolares y escolares (Chile Crece Contigo, 2017).

El HPV I se encarga de derivar a niños y niñas que presenten factores de riesgos a los centros de salud donde exista PASMI, de allí el equipo de salud del centro realiza una evaluación diagnóstica integral, genera un plan de intervención y luego se le brinda el tratamiento a los niños y niñas acorde al diagnóstico médico establecido.

Es así como, la interacción principal entre el programa HpV I y PASMI, es la derivación de los niños(as) con screening positivo que requieren de una evaluación integral, confirmación diagnóstica y tratamiento. En la Figura 13 se presenta cómo el Programa HpV I se articula con el PASMI.

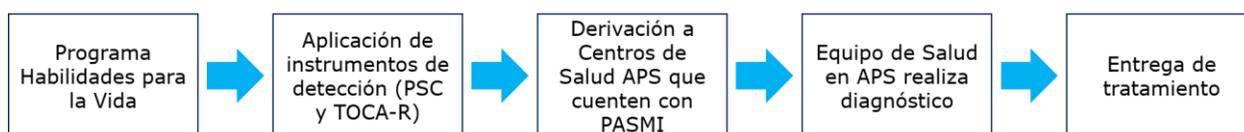


Figura 13. Articulación entre el Programa Habilidades para la Vida I y el Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil, Elaboración propia

- Programa de Salud Escolar - Ministerio de Salud

El Programa de Salud Escolar realiza un control de salud anual a todos los niños desde los 5 a los 9 años edad, en el caso de que se presenten sospechas de problemas o trastornos mentales, el programa deriva a los niños o niñas al PASMI. Desde allí, el equipo del centro de salud con PASMI se encarga de realizar la evaluación diagnóstica integral y brindará el tratamiento a los niños o niñas de acuerdo con el diagnóstico médico establecido (Chile Crece Contigo, 2017). En la Figura 14, se presenta cómo el Programa de Salud Escolar se articula con el PASMI.

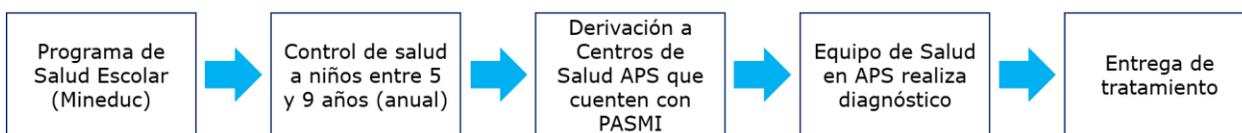


Figura 14. Articulación entre el Programa de Salud Escolar y el Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil, Elaboración Propia

5.2.2.2. PROGRAMAS COMPLEMENTARIOS

Los programas que complementan al PASMI son externos, ya que, son coordinados por instituciones o servicios distintos a ChCC, estos son los siguientes:

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

Como se mencionó anterior, el PSMI busca reforzar las prestaciones que entrega el PASMI a niños y niñas de 5 a 9 años, dado esto se suman las prestaciones de ambos programas para otorgar una atención de mayor calidad y extensión a la población infantil (Chile Crece Contigo, 2017).

Ambos programas se complementan de diversas maneras en el Sistema Público de Salud, sin embargo, algunas de las características que los diferencian son el tiempo de las sesiones, el PASMI por un lado brinda terapias de aproximadamente 30 minutos, mientras que el PSMI brinda sesiones de 45 a 60 minutos. En cuanto al periodo en el cual se realiza el tratamiento, PASMI entre este por un periodo breve de tiempo (a lo más 1 año), mientras que en el PSMI el periodo de seguimiento es más largo. Para ver otras características que los diferencian o igualan consultar Anexo 3.

- Programa de acompañamiento a niños, niñas, adolescentes y jóvenes de familias con alto riesgo psicosocial

El Programa de acompañamiento ofrece una intensificación en el tratamiento en de niños y niñas con problemas o trastornos de salud mental de mayor complejidad, dicha intensificación se traduce en los servicios de acompañamiento telefónico y visitas domiciliarias (Chile Crece Contigo, 2017).

Con ambos programas, se pretende dar continuidad al acompañamiento de la trayectoria de niños, niñas y sus familias, manteniendo el foco preventivo y promocional, pero brindando apoyo directo a la intervención temprana de trastornos externalizantes (Trastorno de Déficit Atencional con o sin Hiperactividad, entre otros) e internalizantes (trastornos que incorporan síntomas depresivos/ansioso que pueden favorecer el suicidio) de la infancia, entre otros.

Dado que el programa de acompañamiento se focaliza en niños y niñas que tiene alto riesgo psicosocial, pueden tener problemas de adherencia a su Plan de Tratamiento Individualizado (PTI), es así como que el programa apoya en

el rescate de niños y niñas que, durante su tratamiento en el PASMI, tienen problemas de adherencia.

En la Figura 15 se presenta el procedimiento de rescate de niños y niñas que tienen problemas de adherencia durante su intervención en el PASMI, donde el Programa de acompañamiento participa enmendando la situación.

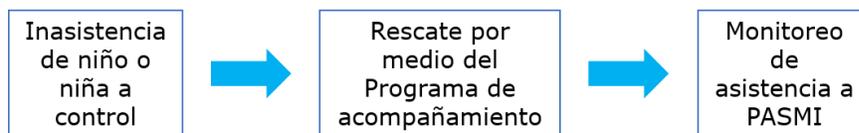


Figura 15. Rescate niños y niñas durante el PASMI por el Programa de acompañamiento, Elaboración Propia

5.2.2.3. OTRAS INTERACCIONES DEL PROGRAMA

El PASMI también interactúa con otros programas de salud mental, realizando derivaciones para el bienestar de los niños mientras ellos reciben atenciones en el programa. Por ejemplo, el programa realiza derivaciones al Programa Vida Sana Alcohol y Drogas, cuando el padre, madre o adulto significativo del niño o niña tiene necesidades de atención de esa índole. Asimismo, el PASMI también puede derivar al PSMI cuando se sospeche de algún problema de salud mental de padre, madre y cuidador (Chile Crece Contigo, 2017).

Al contrario, el PASMI también recibe derivaciones desde el Programa Vida Sana Alcohol y Drogas, cuando este último programa observe que hijos e hijas de sus pacientes bajo control, tienen necesidad de ser evaluados y tratados, y se encuentren en el rango de edad de atención del PASMI.

El PASMI también se conecta con la atención del nivel secundario para la derivación de casos de complejidad grave, y/o comorbilidad. Sin embargo, el nivel secundario también podrá derivar a hijos e hijas de sus pacientes bajo control que se encuentren en este rango de edad y tengan la necesidad de ser evaluados y tratados.

5.2.3. GUÍA PRÁCTICA CLÍNICA DE DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO OPORTUNO DE LOS TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA

El año 2011, el Departamento de Discapacidad y Rehabilitación, en la División de Prevención y Control de Enfermedades (DIPRECE) de la Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud, elaboró una Guía de Práctica Clínica para la detección y el diagnóstico de los Trastornos del Espectro Autista (TEA) en niños y niñas. En este documento se profundiza en la descripción y epidemiología de la condición y, asimismo, se nombran recomendaciones para la detección de señales de alerta en niñas y niños en los controles de salud, así como el proceso para realizar un diagnóstico integral de la condición y recomendaciones para iniciar intervenciones en rehabilitación en los niños y niñas diagnosticados.

En la guía se presentan distintos flujogramas para el manejo de niñas y niños que pueden poseer la condición, el primero que se muestra allí es el proceso para la detección de señales de alerta, el segundo, es el proceso para la confirmación diagnóstica, mientras que el tercero y último, es el proceso para la intervención inicial en rehabilitación de niños y niñas con TEA (Ministerio de Salud, 2011).

En el Diagrama 2, se puede observar la representación del Flujograma de manejo del niño o niña con sospecha de TEA, incluido en la Guía de Práctica Clínica de Detección y Diagnóstico Oportuno de los Trastornos del Espectro Autista (TEA). Este flujograma incluye los tres procesos anteriormente mencionados, es decir, desde la detección de señales hasta la intervención inicial en rehabilitación.

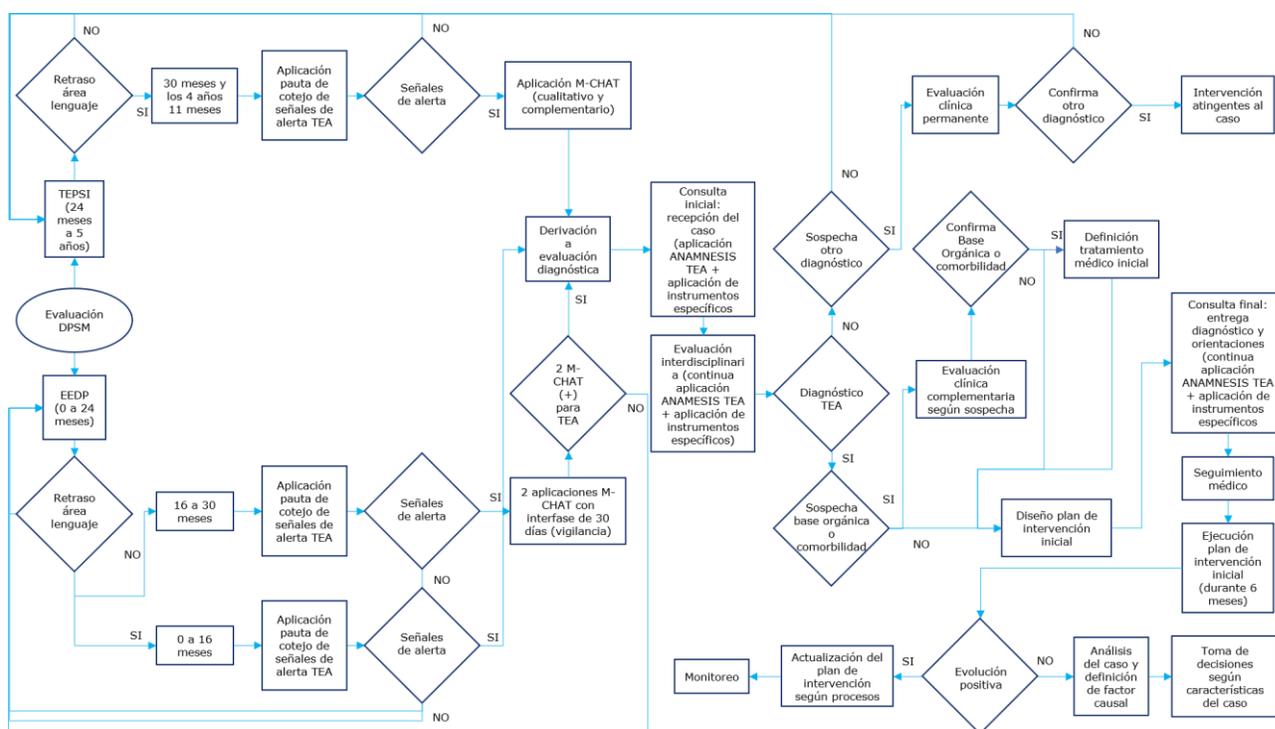


Diagrama 2. Flujograma de Manejo del Niño/a con Sospecha de TEA, Guía de Práctica Clínica de Detección y Diagnóstico Oportuno de los Trastornos del Espectro Autista (TEA), Ministerio de Salud, Gobierno de Chile

En el Diagrama 2 se puede observar, en primer lugar, que la detección de señales de alerta en niños se inicia a partir de las evaluaciones del Desarrollo Psicomotor (DPSM), entre los 0 a 24 meses con la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (EEDP) y entre los 24 meses y los 5 años con la prueba de Desarrollo Psicomotor (TEPSI). En ambas aplicaciones se observa en el niño o niña, si este posee un retraso en el área de lenguaje y/o en el área social, dado que en el caso de que exista un retraso en dichas áreas, se procederá a aplicar la Pauta de cotejo de señales de alerta de TEA.

Si la aplicación de esta pauta se realiza en niños o niñas entre los 0 a 16 meses, o entre los 16 y 30 meses o bien entre los 30 meses y los 4 años y 11 meses, se procede a verificar si existen señales de alerta de TEA. En el primer caso, cuando el niño o niña tiene entre 0 y 16 meses y presenta señales de alerta de TEA, se procede a derivarlo a una evaluación diagnóstica. En el caso de que el niño o niña tenga entre los 16 y 30 meses, y se obtienen 2 resultados positivos en la aplicación de M-CHAT¹³, se les deriva a la evaluación diagnóstica. Por último, en el caso de que el niño o niña tenga señales de TEA y posea entre 30 meses y 4 años y 11 meses se les aplicará un M-CHAT y se le derivará a una evaluación diagnóstica.

La principal crítica que se le realiza a esta guía es que, a pesar de plantear múltiples recomendaciones para los profesionales en los distintos procesos de atención a los niños y niñas que pueden tener TEA, en cuanto a conceptos, procesos, descripciones, y otros aspectos, la guía no establece cómo estas recomendaciones se implementado en los distintos centros de salud de atención primaria y cómo ChCC ha incorporado las distintas pruebas para detectar de manera temprana el TEA en niños y niñas. Por otro lado, de manera más técnica, se critica que el Flujograma de manejo del niño o niña con sospecha de TEA no se encuentre correctamente realizado, ya que, por un lado, no se diferencian los actores que participan y las actividades que cada uno de ellos realiza y, por otro lado, no se utilizan bien las representaciones de tareas, ya que, se ocupan en algunos casos para representar periodos de tiempo, cosa que no debería ocurrir en un flujo de procesos.

5.3. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN LEVANTADA

En esta subsección de Resultados se presenta un análisis de los programas, herramientas y prestaciones anteriormente identificadas de ChCC, de manera tal de plantear posteriormente el rediseño de procesos que se le podría realizar a estas con el fin de que niños y niñas con condiciones de salud mental puedan acceder en el Sistema Público de Salud a las atenciones que necesitan para su desarrollo.

5.3.1. ACOMPAÑAMIENTO REALIZADO POR EL COMPONENTE DE SALUD DEL SUBSISTEMA CHILE CRECE CONTIGO A LA POBLACIÓN INFANTIL CHILENA

Tal como se expuso, ChCC realiza un amplio acompañamiento y seguimiento a los niños y niñas del país, no sólo en el área de salud, si no que igualmente en las áreas social y de educación, las cuales resultan esenciales para el completo desarrollo biopsicosocial de la población infantil entre los 0 y 9 años.

¹³ El M-CHAT o Modified Checklist for Autism in Toddlers, es un instrumento de detección temprana del Trastorno del Espectro Autista, que permite la detección de síntomas relacionados con TEA. Este instrumento pretende ayudar a padres y profesionales en la primera detección en los niños y niñas de TEA en el caso de que posean, antes de un formal diagnóstico (Fundación Lovaas, 2013).

En el área de salud de ChCC, los programas PADBP, PARN y PASMI, realizan diversas actividades en sus componentes y subcomponentes para brindarle la atención y ayuda que necesitan niños y niñas durante su crecimiento.

Entre las actividades ejecutadas por los programas, resaltan los controles de salud, que se realizan desde la gestación de las madres, hasta cuando los niños y niñas tienen 9 años. Estas acciones permiten efectivamente acompañar a la población infantil, teniendo estos controles de salud una mayor frecuencia durante las etapas del nacimiento y Lactancia que durante las etapas preescolar y escolar.

Asimismo, resaltan de estos programas los implementos, materiales y talleres que se le brindan a los padres y apoderados de los niños y niñas partes de ChCC, dado que con estos reciben herramientas para entregarle a sus hijos e hijas los cuidados, estimulación y educación que requieren durante sus primeros años de vida.

Por otro lado, resalta el hecho de que niños y niñas con rezagos, riesgos o retrasos en su desarrollo y aquellos que poseen riesgos psicosociales, reciben asistencia a través de las distintas modalidades de apoyo que oferta el Subsistema, donde pueden asistir según la disponibilidad de estas que existan en los centros de salud de atención primaria y los recursos que existan a nivel local.

También resalta el hecho de que niños y niñas entre 5 y 9 años, que presentan trastornos por comportamiento disruptivo, trastornos ansiosos y trastornos afectivos, gracias al PASMI, logran tener acceso a mayores atenciones dado su diagnóstico, en comparación a las que podrían acceder solo asistiendo al PSMI de la atención primaria. Lo anterior es positivo, considerando que, al cuidar la salud mental de niños y niñas desde una edad temprana, se evita que dichas condiciones puedan agravarse en el futuro de no ser tratadas con tiempo.

En la Figura 16 se puede observar como los tres programas del componente de salud de ChCC brindan atenciones a lo largo del desarrollo infantil en las cuatro etapas que se observan, Gestación, Nacimiento, de 0 a 4 años y de 5 a 9 años. Asimismo, en esta se señalan como los distintos componentes de estos programas se ven involucrados en el acompañamiento de la población infantil.

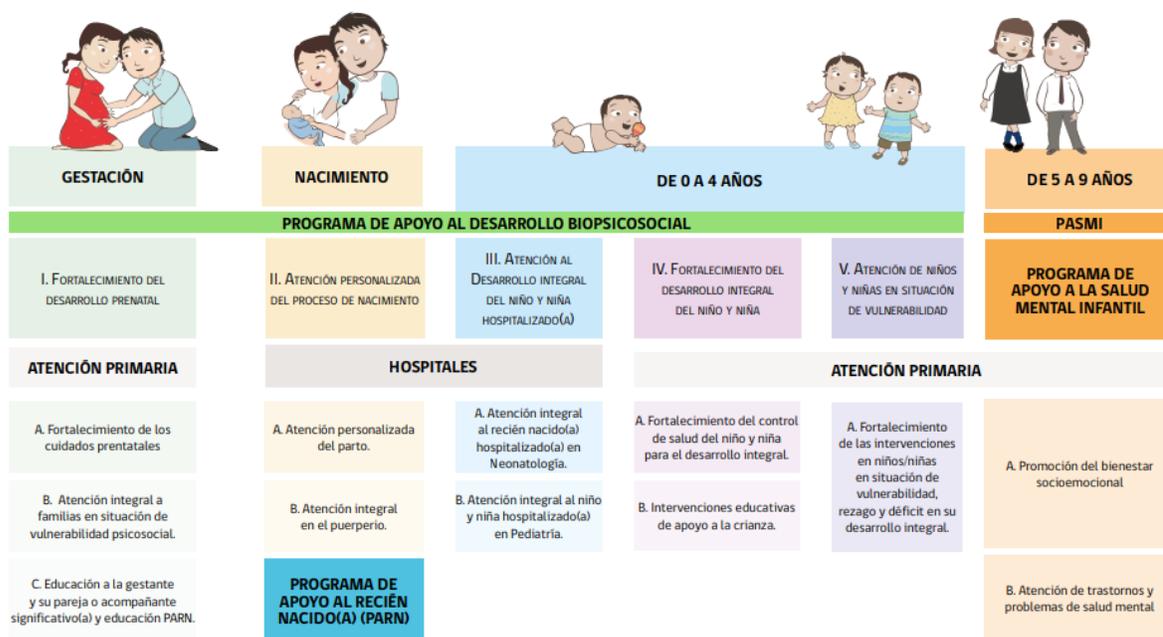


Figura 16. Seguimiento a la trayectoria del desarrollo infantil del Subsistema Chile Crece Contigo, Ministerio de Desarrollo Social, Gobierno de Chile (Ministerio de Desarrollo Social, 2017)

Cuantitativamente, se destaca del componente de salud de ChCC, la cantidad de niños y niñas que se ven beneficiados con sus programas. Por ejemplo, el PADBP durante los años 2016, 2017 y 2018 ha tenido más de 820.000 beneficiarios por año y, en el caso del PARN, este ha tenido más de 145.00 por año. En la Tabla 23, se pueden observar los beneficiados de los programas entre los años 2016 y 2018.

Programa	Beneficiados		
	Año 2016	Año 2017	Año 2018 (estimado)
Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial (PADBP)	824.208	828.967	828.967
Programa de Apoyo al Recién Nacido(a) (PARN)	145.195	145.195	140.000
Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil (PASMI)	9.300	18.600	18.600

Tabla 23. Beneficiados de los programas del componente de salud del Subsistema Chile Crece Contigo entre los años 2016 y 2018, Elaboración propia (en base a información del Banco Integrado de Programas Sociales)

No obstante, se critica el hecho de que la cantidad de beneficiados del PASMI es mucho menor a la población potencial de niños y niñas que requieren las atenciones que entrega el programa (ver Tabla 11), con lo que existe una gran brecha que debería ser cerrada en el tiempo si lo que promueve ChCC es la entrega de un acompañamiento y apoyo integral a toda la población infantil.

5.3.2. DETECCIÓN DE REZAGOS, RIESGOS Y RETRASOS EN EL SISTEMA CHILE CRECE CONTIGO

Una de las características destacables del PADBP, es que gracias a sus controles de salud y las evaluaciones que realiza para medir las distintas áreas de desarrollo de niños y niñas durante su crecimiento, logra detectar rezagos, riesgos y retrasos en su desarrollo psicomotor, así como los riesgos psicosociales que puedan poseer.

Son múltiples las pruebas que se le aplican a los niños y niñas durante sus controles de salud para detectar los factores de riesgos, las que se pueden observar en la Tabla 16. Aquellas pruebas que sirven para la detección de rezagos, riesgos y retrasos en los niños son las siguientes:

- Escala de Evaluación de Desarrollo Psicomotor (EEDP)
- Test de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (TEPSI)
- Pauta breve de desarrollo psicomotor: se aplica en aquellos controles de salud en que no se realiza el EEDP o el TEPSI, si sale alterada se debe realizar un control con estos instrumentos antes de los siguientes 15 días
- Protocolo de evaluación neurodesarrollo: protocolo aplicado en el primer mes de vida por médicos para descartar signos y síntomas sospechosos de algún daño neurológico (reflejos, órganos de los sentidos y examen físico) que puedan afectar negativamente su desarrollo

Estas pruebas se aplican en las distintas etapas de vida de niños y niñas, según los controles de salud a los que asisten durante su crecimiento como se puede observar en la Tabla 24.

Etapas de vida	Edad	Instrumentos
Recién nacido y recién nacida	1 mes	Protocolo de evaluación de neurodesarrollo
Lactante Menor	4 meses	Pauta breve de desarrollo psicomotor
Lactante	8 meses	Escala Evaluación Desarrollo Psicomotor (EEDP)
Lactante mayor	12 meses	Pauta breve de desarrollo psicomotor
	18 meses	Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (EEDP)
Preescolar	2 años	Pauta breve de desarrollo psicomotor
	3 años	Test de evaluación del Desarrollo Psicomotor (TEPSI)

Tabla 24. Pruebas de Evaluación del Desarrollo aplicada en controles de salud a niños y niñas, Elaboración propia (en base a información del Ministerio de Salud)

Sin embargo, hay dos aspectos que se critican de estas pruebas, en primer lugar, se amonesta el hecho de que se encuentran estipuladas claramente las pruebas a aplicar a la población infantil entre los 0 y 3 años (ve Tabla 24) y, al contrario, no hay pruebas establecidas a realizar en los controles de salud

de niños y niñas entre 4 y 9 años, ya sean estas relativas al desarrollo psicomotor o relacionadas a otras áreas.

Dado esto, se pierde la oportunidad en niños y niñas entre 4 y 9 años de detectarles condiciones específicas que pueden presentarse en dicha edad como, por ejemplo, condiciones de salud mental. Ya que, puede ocurrir que pasen desapercibidas las señales que apunten a condiciones de salud mental en los niños, como en sus hogares y/o en los establecimientos educacionales a los cuales acuden. Señales que, de no ser tratadas de manera temprana, pueden agravarse con el tiempo, y tener efectos negativos en el desarrollo de los niños y niñas.

En el caso del TEA, hay varias pruebas que se pueden aplicar a los niños y niñas para detectar la condición mientras crecen, algunas de estas pruebas son:

- Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R), aplicable entre los 2 y 9 años
- Escala de Observación Diagnóstica del Autismo – Genérica (ADOS-G), aplicable entre los 4 y 9 años
- Social Communication Questionnaire (SCQ), aplicable entre los 4 y 9 años
- Escala de Evaluación del Autismo Infantil (CARS), aplicable entre los 3 y 9 años
- Entrevista Autismo Padres (PIA), aplicable entre los 0 y 4 años
- Autism Behavior Checklist (ABC), aplicable entre los 0 y 4 años.

Es así como, con estas pruebas adicionales, la detección del TEA no solo dependería de las evaluaciones que se aplican para medir el desarrollo psicomotor, sino que, estarían disponibles para el equipo de la atención primaria, nuevas herramientas para apoyar a la población infantil en quienes se les detecte rezagos, riesgos o retrasos.

Además, esto se podría extrapolar a otras condiciones de salud mental que pueden poseer los niños y niñas a dicha edad, con lo que se tendría a mano una mayor gama de herramientas y pruebas a utilizar durante los controles de salud de la población infantil entre 4 y 9 años, para realizar la detección de condiciones de salud mental de manera asertiva.

En segundo lugar, otro aspecto que se critica de las pruebas que actualmente se aplican es el hecho de que, tras la detección de rezagos, riesgos o retrasos en el desarrollo psicomotor, no se aplican pruebas adicionales, para acercarse de una forma u otra, a una detección más completa de lo que podría tener el niño o niña.

Por ejemplo, la Guía de Práctica Clínica para la Detección y Diagnóstico Oportuno de los Trastornos del Espectro Autista (TEA) plantea que tras la

detección de retrasos en las áreas de lenguaje y/o social en las pruebas EEDP o TEPSI, se debe proceder a aplicarle a los niños una Pauta de cotejo se señales de TEA (ver Diagrama 2), cosa que actualmente solo se encuentra señalado en dicha guía, pero, en el proceso oficial de detección de rezagos, riesgos o retrasos en los controles de salud, no se encuentra estipulado que tras la aplicación y detección de factores de riesgo, se apliquen escalas adicionales. Si no que, en su lugar, el siguiente paso que sigue el Enfermero(a) o Médico tras detectar un rezago o riesgo, es derivar a MADi, y en caso de detectar un retraso, derivará al niño tanto a un especialista para un diagnóstico como a las MADi.

5.3.3. ATENCIONES BRINDADAS A LA POBLACIÓN INFANTIL CON REZAGOS, RIESGOS O RETRASOS EN EL SUBSISTEMA CHILE CRECE CONTIGO

Actualmente las MADi, son el principal apoyo que reciben los niños y niñas en quienes se les detecta rezagos, riesgos y retrasos en su desarrollo, o bien si poseen riesgos psicosociales.

Tal como se comentó anteriormente, son cuatro las modalidades que existen y a las que pueden acceder los niños y niñas que posean estas características en su desarrollo. Aspectos administrativos como, el rango máximo de tiempo de la intervención, total de sesiones, frecuencia de sesiones, entre otros, se encuentran señalados para cada tipo de modalidad en el documento Orientaciones técnicas para las modalidades de apoyo al desarrollo infantil: guía para los equipos locales (en el Anexo 4 se pueden observar los aspectos administrativos de las intervenciones en salas de estimulación).

Sin embargo, estos rezagos, riesgos o retrasos en el desarrollo, no contemplan condiciones de alta severidad como, por ejemplo, las relacionadas con salud mental, con lo que niños y niñas que presenten retrasos, y sean derivados inmediatamente a MADi y a una atención con especialista, tendrá acceso a las MADi solo hasta que el profesional realice el diagnóstico, ya que, de hacerlo y resultar positivo para salud mental, el niño o niña en cuestión no podrá seguir asistiendo a las modalidades al no contar estos con el equipo humano que requieren los niños diagnosticados dadas sus características o el enfoque de tratamiento.

Dado lo anterior, hay una buena oportunidad de brindarle atención a los niños o niñas que tengan condiciones de alta severidad a través de las MADi, como el caso de las condiciones de salud mental. Ya sea, mientras se encuentra a la espera de una atención para el diagnóstico, o bien, antes de que inicie su plan de intervención. Porque tal como se mencionó antes, mientras más temprano reciba la ayuda que necesita el niño o niña, mayores posibilidades tendrá de integrarse a la sociedad con las herramientas que les hayan sido brindadas.

5.3.4. PROCESO UTILIZADO PARA EL DIAGNÓSTICO DE CONDICIONES DE SALUD MENTAL EN EL SUBSISTEMA CHILE CRECE CONTIGO

Actualmente el PASMI atiende a todos aquellos niños y niñas que son derivados desde programas como HpV I y Salud Escolar y, a aquellos que hayan sido derivados por profesionales del área de salud desde controles de salud, mientras cumplan con tener entre 5 y 9 años y, estar inscritos en un centro de salud en el que esté vigente el programa.

El PASMI resulta fundamental para la atención diagnóstica, dado que está le provee a las comunas profesionales, como médicos, psicólogos y trabajadores sociales, para le realicen a niños y niñas estas atenciones que requieren después que se le han detectado factores de riesgo en su salud mental.

La realización de un diagnóstico es de suma importancia para la población infantil, ya que, mientras más temprano este sea ejecutado en los niños o niñas, mayores posibilidades tendrán de sobrellevar la condición que poseen o bien de potenciar sus habilidades con una posterior intervención.

Sin embargo, en el proceso de diagnóstico del PASMI (ver Diagrama 2) no se especifica que especialidad debería tener el profesional médico que ejecuta el diagnóstico, ya que, este podría ser un Neurólogo, un Neuropsiquiatra Infantil, un Psiquiatra, o un Pediatra que tenga conocimiento de las distintas condiciones que pueden poseer los niños y niñas en su salud mental durante su desarrollo.

Asimismo, el diagnóstico que ofrece el PASMI, considera que sea ejecutado por profesionales adicionales al médico, como un psicólogo o trabajador social, cosa que, dependiendo de las características de la condición a diagnosticar, puede no ser suficiente para posteriormente generar el plan de intervención que efectivamente requiere el niño o niña.

Es así, que no solo se necesitan especialistas con amplios conocimientos en las condiciones de salud mental que pueden experimentar niños y niñas durante su crecimiento, si no, que se necesitan profesionales adicionales como Terapeutas Ocupacionales, Fonoaudiólogos(as) y Kinesiólogos(as), que permitan realizar un diagnóstico integral de la condición que posee el niño o niña, un equipo multidisciplinario

Los centros de salud, con mayor dotación de especialistas enfocados retrasos o condiciones de salud, y nuevos equipos multidisciplinarios tendrían el potencial de brindar a la población infantil mayores y más completos diagnósticos de las condiciones que los aquejan. Asimismo, niños y niñas que se les detecten rezagos a temprana edad (antes de los 5 años) en los controles de salud, como condiciones de salud mental, tendrían la posibilidad de acceder a atenciones diagnósticas con profesionales brindados por el PASMI, y así, niños y niñas en quienes se les detecten retrasos en su desarrollo no solo se

les derivará a modalidades de estimulación, si no que igualmente a atenciones con especialistas y equipos profesionales de PASMI, que le entregarán la ayuda que realmente necesitan.

5.3.5. ATENCIONES BRINDADAS POR EL SUBSISTEMA CHILE CRECE CONTIGO PARA EL TRATAMIENTO DE CONDICIONES DE SALUD MENTAL EN LA POBLACIÓN INFANTIL

El PASMI es el programa de ChCC encargado de brindarle intervenciones a niños y niñas con condiciones de salud mental, son varios los aspectos que se pueden resaltar de este, pero sin duda el más importante es que el programa llega a apoyar las prestaciones brindadas por PSMI en atención primaria y, asimismo, apoya las prestaciones que brinda el Programa de Acompañamiento a niños y niñas con alto riesgo psicosocial.

En la Tabla 25 se muestran la cartera de prestaciones de los programas de salud mental anteriormente nombrados y que están dirigidos a la población infantil entre 5 a 9 años.

Programa de Salud Mental Integral (PSMI)	Programa de Acompañamiento a niños y niñas con alto riesgo psicosocial	Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil (PASMI)
5 a 6 consultas de salud mental (1 realizada por un médico y las otras por psicólogos y asistentes sociales)	4 a 5 Visitas Domiciliarias Integrales (VDI)	Evaluación diagnóstica integral por médico, psicólogo y/o trabajador social
Medicamentos	Seguimiento telefónico y mensajería	9 consultas de salud mental adicional realizadas por psicólogo y asistente social
2 sesiones de intervención grupal con padres	Evaluación integral ingreso/egreso	1 consulta de salud mental realizada por médico, con énfasis en el trabajo con la familia
Taller con profesores (prevención)	Reuniones de coordinación intersectorial por cada caso ingresado	4 sesiones Taller grupal de competencias parentales para padres, madres y cuidadores de niñas y niños con problemas de conducta
Consultas psiquiátricas		1 visita establecimiento educacional

Tabla 25. Cartera de prestaciones de los programas de salud mental dirigidas a la población infantil entre 5 a 9 años, Ministerio de Salud, Gobierno de Chile (Ministerio de Salud, 2017)

De esta manera, en caso de que un niño o niña sea beneficiado de los tres programas, sumando todas las prestaciones que se ofrecen estos, tendrá acceso al menos a:

- 3 consultas realizadas por un médico
- 13 consultas de salud mental realizadas por psicólogos o trabajadores sociales
- 6 sesiones de talleres grupales para padres
- 4 VDI

A pesar de estas numerosas atenciones, son diversas las críticas que se le realizan a este programa.

En primer lugar, se encuentra el hecho de que el PASMI sólo le brinda atenciones a niños que poseen trastornos por comportamiento disruptivos, trastornos ansiosos o trastornos afectivos, dejando de lado otras condiciones de salud mental que pueden perturbar el desarrollo de los niños y niñas. En la primera sección de este documento, más específicamente en la subsección de Salud Mental, se presentaron los diversos trastornos que pueden afectar a la población infantil, se nombraron nada menos de 15 trastornos mentales, de los cuales, actualmente solo el 20% considera el PASMI. Por ejemplo, el TEA es una de las condiciones de salud mental que no considera el programa.

La segunda crítica que se le realiza al programa es la cantidad de comunas dónde actualmente se encuentra vigente, las cuales son 22 de las 346 comunas que existen a lo largo de Chile (ver Anexo 5). Sin embargo, al menos una comuna por región se ve beneficiada por el PASMI¹⁴.

La duración de la intervención es la tercera gran crítica que se le realiza a este programa, esto porque el PASMI estipula que la duración máxima de la intervención y, por lo tanto, de la atención que se le brinda a los niños y niñas, sea de 12 meses. El tiempo de intervención que considera el PASMI para los niños y niñas que poseen los tres trastornos anteriormente mencionados, es de en promedio 9 meses, con un mínimo de 6 meses en intervención y un máximo de 12 meses con eventual posibilidad de derivación en casos de mayor severidad.

Lo anterior se traduce en que los niños y niñas del PASMI tienen un tiempo estipulado para "recuperarse" de la condición de salud mental que los aqueja, ya que, en caso de superar el tiempo máximo de intervención, ya sea, porque su diagnóstico era de alta severidad, no podía asistir a ciertas sesiones, no tenía los medios para llegar a las terapias o cualquier otra causa, lo más probable es que sea derivado a otro equipo que no es parte de ChCC, sino que de atención primaria dónde tendrá mayor dificultades para acceder a atenciones con los profesionales idóneos.

5.4. REDISEÑO DE PROCESOS EN EL COMPONENTE DE SALUD DEL SUBSISTEMA CHILE CRECE CONTIGO PARA LA ATENCIÓN DE CONDICIONES DE SALUD MENTAL EN LA POBLACIÓN INFANTIL

A partir del levantamiento de información y el análisis realizado de este, en la presente subsección de Resultados se introduce la propuesta de rediseño para el componente de salud del Subsistema Chile Crece Contigo, con el foco de

¹⁴ Los datos que se presentan en el Anexo 5, respecto a las comunas beneficiadas con el PASMI se remontan a inicios del año 2018, cuando la XVI región de Ñuble aún no se encontraba vigente.

brindarle la atención integral que requieren niños y niñas entre los 0 y 9 años con condiciones de salud mental, sin importar características esta tenga.

5.4.1. PROPUESTA PARA LA DETECCIÓN TEMPRANA DE CONDICIONES DE SALUD MENTAL EN LA POBLACIÓN INFANTIL

Actualmente, los controles de salud de niños y niñas cumplen con prestar un acompañamiento a la trayectoria en su desarrollo entre los 0 y 9 años. Sin embargo, dado que se realizan detecciones de rezagos, riesgos y retrasos, se podrían incorporar en la misma línea detecciones de condiciones de salud mental que pueden presentar niños y niñas desde una temprana edad.

Esta incorporación se traduciría en que, en todos aquellos controles de salud dónde se aplican evaluaciones de desarrollo y se detectan rezagos, riesgos y retrasos, también se detectarían condiciones en cuanto a la salud mental de niños y niñas, con herramientas hechas para esto.

Lo anterior resultaría factible dado que, hoy existe una serie de pruebas que se aplican a la población infantil para detectar factores de riesgo en el desarrollo (ver Tabla 16). Sin embargo, estas solo se aplican a niños entre los 0 y 3 años, con lo que además de aplicarle a ellos nuevas herramientas para detectar condiciones de salud mental, habría que incorporar a los controles de salud que asisten niños y niñas entre 4 y 9 años, herramientas para detectar estas condiciones y otras.

De esta manera, la detección de rezagos, riesgos, retrasos y condiciones de salud mental lograría ser más efectiva y beneficiaría a un mayor número de niños y niñas. Ya que, al contar los centros de salud de atención primaria, con profesionales tales como Médicos y Enfermeros(as), ellos se encargarían de aplicar diversas pruebas a no solo niños entre 0 y 3 años de desarrollo psicomotor, si no que igualmente, las aplicarían a niños y niñas entre 4 y 9 años con el fin de que la detección no dependa principalmente de lo que los establecimientos educacionales reporten, si no que la atención primaria también lograría cumplir un rol fundamental con estas atenciones.

En la Tabla 27 se presentan las características generales que tiene esta propuesta, como el lugar dónde se debería desarrollarse, los profesionales que debería incluir, y la población infantil que se vería beneficiada con esta.

Etapa	Lugar	Profesionales	Edad población asistida
Detección	Centros de salud de atención primaria	Médicos y enfermeros(as)	Niños y niñas entre 0 y 9 años

Tabla 26. Características generales de la propuesta de rediseño para la detección temprana de condiciones de salud mental en la población infantil, Elaboración propia

En el Diagrama 3 se presenta la primera parte del proceso para la detección de retrasos y condiciones de salud mental en niños y niñas entre 0 y 59 meses (4 años y 11 meses).

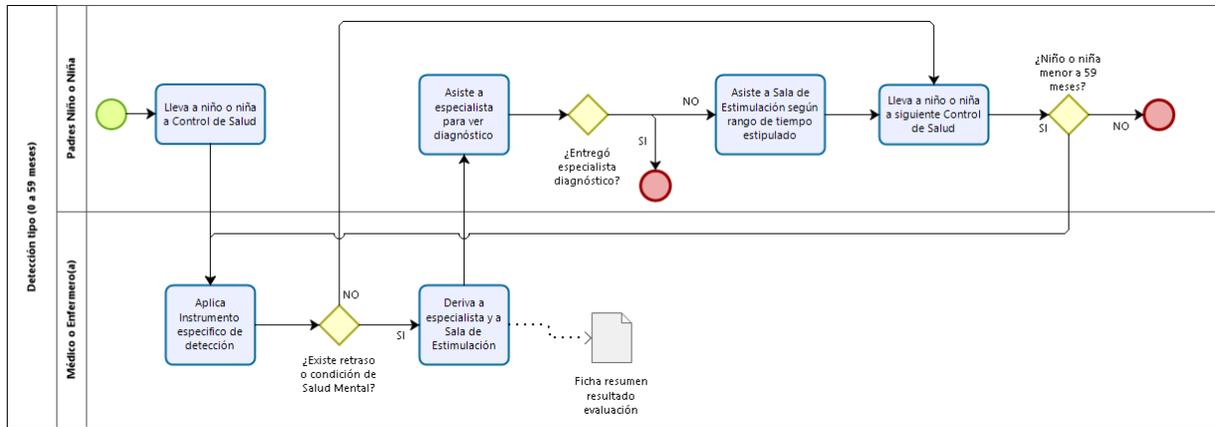


Diagrama 3. Proceso de Detección para niños y niñas entre 0 y 59 meses, Elaboración propia

De este Diagrama resaltan los siguientes aspectos:

1. Los actores que participan son los Padres del niño o niña y el Médico o Enfermero(a)
2. Los Padres del niño o niña llevan a sus hijos a los controles de salud
3. Médicos o enfermeros(as) aplican en los controles de salud herramientas de detección
4. En caso de detectarse un retraso o una condición de salud mental se deriva el niño o niña a una atención diagnóstica con especialista y a sala de estimulación
5. Si el niño no recibió diagnóstico, este asiste a sala de estimulación según el rango de tiempo que esté estipulado para su edad. Pero, si el niño si recibió diagnóstico, termina el proceso
6. Una vez que el niño o niña ha asistido a la sala de estimulación, este debe asistir al siguiente control de salud
7. Este proceso no finaliza mientras el niño o niña tenga menos de 59 meses
8. El objeto de datos que se transmite en este proceso es la Ficha resumen con el resultado de la evaluación aplicada para la detección.

Sin embargo, en este Diagrama no se especifican las herramientas que se aplican en cada uno de los controles, lo que, si se puede observar en el Anexo 6, allí se encuentra el proceso de Detección para niños entre 0 y 23 años, y el proceso para niños entre 24 y 59 meses, con las herramientas y controles.

Otro aspecto que falta señalar es el rango de tiempo propuesto al cual podrían acceder niños y niñas a las salas de estimulación, este rango propuesto se presenta en la Tabla 27, según el control a que asistan y en el cual se detecte el retraso o condición de salud mental.

Control en el que se detecta retraso o condición de salud mental	Rango de tiempo propuesto para que el niño o niña asista a sala de estimulación
Control de salud de 4 meses	4 meses

Control de salud de 8 meses	4 meses
Control de salud de 12 meses	6 meses
Control de salud de 18 meses	6 meses
Control de salud de 2 años	1 año
Control de salud de 3 años	1 año
Control de salud de 4 años	1 año

Tabla 27. Rango de tiempo propuesto para que el niño o niña asista a sala de estimulación según el control en el que se detectó el retraso o condición de salud mental, Elaboración propia

La segunda parte del proceso de detección se presenta en el Diagrama 4, ya que, en este caso se muestra la situación por la que pasarían niños y niñas entre 5 y 9 años para detectarles retrasos o condiciones de salud mental a esa edad. En el Anexo 7 se presenta el proceso con más detalles.

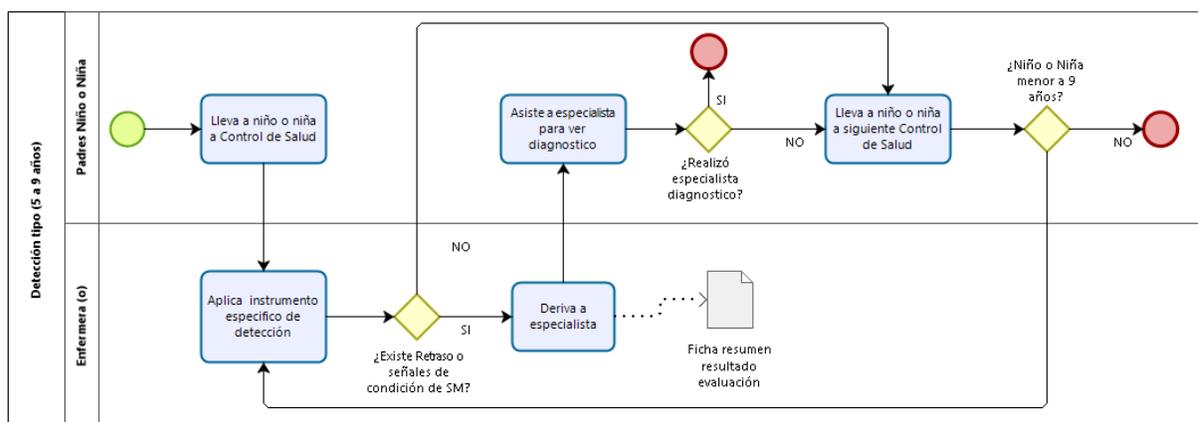


Diagrama 4. Proceso de Detección para niños y niñas entre 5 y 9 años, Elaboración propia

Este último Diagrama comparte con el Diagrama 3 varios aspectos, sin embargo, no son idénticos. A continuación, se muestran aquellos aspectos en los que se diferencian:

1. En este proceso, en el caso de detectarse un retraso o una condición de salud mental se deriva el niño o niña solo a la atención diagnóstica con especialista
2. El niño o niña en este proceso no accede a sala de estimulación
3. Si el niño o niña no recibió diagnóstico, su siguiente paso es asistir al próximo control de salud, pero, si el niño si recibió diagnóstico, termina el proceso
4. Este proceso no finaliza mientras el niño o niña tenga menos de 9 años

Actualmente no hay herramientas establecidas para la detección de rezagos, riesgos o retrasos en el desarrollo o retrasos y condiciones de salud mental en niños y niñas en sus controles de salud cuando poseen entre 5 y 9 años.

5.4.2. PROPUESTA PARA LA ESTIMULACIÓN TEMPRANA DE LA POBLACIÓN INFANTIL CON CONDICIONES DE SALUD MENTAL

Tras la detección de rezagos, riesgos y retrasos, actualmente niños y niñas tienen la posibilidad de asistir a MADÍ y acceder a la atención de distintos

profesionales quienes le brindan apoyos para potenciar las características que no le permiten tener un desarrollo como otros niños neurotípicos.

Sin embargo, no está estipulado el acceso de niños y niñas con condiciones de salud mental a las MADIs esto, por un lado, porque las modalidades tienen el enfoque de ayudar a superar rezagos específicos en los niños y no condiciones de mayor severidad que realmente nunca se podrán eliminar y con las cuales los niños y niñas siempre vivirán.

Por otro lado, el equipo de profesionales que trabaja en las MADIs varía entre una y otra modalidad y, las salas de estimulación, que presentan el más variado equipo de profesionales, no siempre se encuentra con las mismas características en todo el país.

Dado lo anterior, las salas de estimulación que son parte de los centros de salud serán las modalidades en las cuales se enfocará la propuesta de rediseño. Esto debido a que ellas son las que prestan actualmente mayores atenciones a la población infantil al contar con un equipo variado de profesionales, ubicarse al interior de los centros de salud donde asisten los niños a sus controles de salud y, presentarse en múltiples centros a lo largo del país.

Asimismo, la propuesta de rediseño considera que el equipo de profesionales que convendría tener disponible en las salas de estimulación debería considerar la permanencia de profesionales de las áreas de fonoaudiología, psicopedagogía, terapia ocupacional y kinesiología, con el objeto de brindarle a los niños la ayuda que necesitan a una edad temprana.

Finalmente, la población infantil que se vería beneficiada con este rediseño serían niños y niñas entre 0 y 5 años que presentan condiciones de salud mental, pero que, dadas sus características, aún no han recibido un diagnóstico final y necesitan estimulación temprana antes de obtener el diagnóstico y de acceder posteriormente a una intervención apropiada.

Se considera este rango de edad para que niños y niñas accedan a estimulación temprana, debido a que es más común en niños de corta edad que no se le brinde un diagnóstico claro a diferencia de la población infantil entre 5 y 9 años, en quienes es más factible realizar un diagnóstico final en base a su edad y desarrollo cognitivo.

En la Tabla 28 se presentan las características generales que tiene esta propuesta, como el lugar donde se debería desarrollarse, los profesionales que debería incluir y la población infantil que se vería beneficiada.

Etapa	Lugar	Profesionales	Edad población asistida
Estimulación Temprana	Salas de estimulación presentes en los	Terapeutas ocupacionales, psicopedagogos(as),	Niños y niñas entre 0 y 5 años (idealmente)

	Centros de Salud de atención primaria	fonoaudiólogos(as) y kinesiólogos(as)	
--	---------------------------------------	---------------------------------------	--

Tabla 28. Características generales de la propuesta de rediseño para la estimulación temprana de la población infantil con condiciones de salud mental, Elaboración propia

El proceso de la Estimulación se observa en el Diagrama 5 (ver Anexo 8 con el diagrama a mayor escala), dónde resaltan los siguientes aspectos:

1. Los actores que participan son Padres de niño o niña, funcionario(a) del SOME y el Equipo Multidisciplinario de estimulación
2. Los Padres del niño o niña tienen la labor de solicitar las atenciones en las salas de estimulación y llevarlos a las atenciones en las salas de estimulación
3. El funcionario(a) del SOME es el encargado de recibir la solicitud de los Padres y asignarle horas y días de atención a salas de estimulación según el rango de tiempo al que haya sido derivado
4. Sin embargo, el funcionario(a) del SOME no le asignará horas a los niños y niñas que no posean derivación desde controles de salud y que, además, ya hayan asistido a atenciones diagnósticas y tenga un diagnóstico de sus condiciones
5. El Equipo Multidisciplinario, por otro lado, es el encargado de diseñar el plan de estimulación temprano para cada niño o niña y ejecutarlo
6. Dependiendo del rango de tiempo de derivación (ver Tabla 27) se realizará o no una reevaluación mientras el plan de estimulación temprano se ejecuta. En el caso de que el rango de tiempo de derivación es de 12 meses, el Equipo Multidisciplinario se encarga de aplicar la reevaluación
7. Lo relevante de esta reevaluación es que el Equipo Multidisciplinario se encargan de evaluar si el niño o niña que asistió durante 6 meses a salas de estimulación obtuvo una evaluación positiva a través del plan de estimulación temprano
8. En caso de que la evaluación sea positiva, el Equipo Multidisciplinario actualiza el plan de estimulación temprano, en cambio, de obtener una evaluación negativa, se continúa con el plan de estimulación diseñado inicialmente
9. Los objetos de datos que se comparten en este proceso son Fichas de admisión, Ficha con motivo de derivación, Ficha de admisión a Estimulación Temprana, Plan de Estimulación Temprano, Ficha resumen reevaluación, Plan de Estimulación Temprano actualizado y Ficha resumen Estimulación Temprana ejecutada.

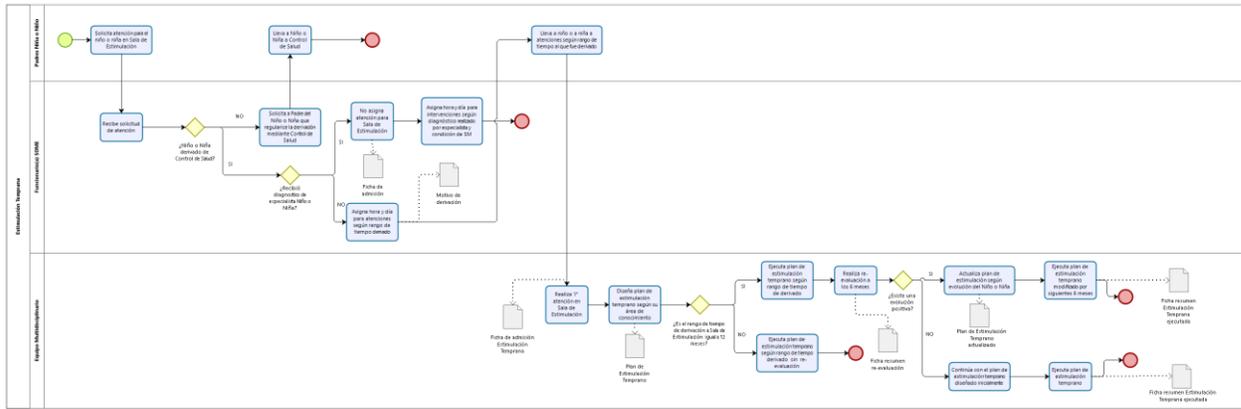


Diagrama 5. Proceso de Estimulación Temprana de condiciones de salud mental de niños y niñas entre 0 y 59 meses, Elaboración propia

Finalmente, respecto al Equipo Multidisciplinario que realiza el plan de estimulación temprano a cada niño o niña, dado que este está dirigido a la población infantil con condiciones de salud mental, se propone que este compuesto por al menos, un Terapeuta Ocupacional, un Psicopedagogo(a), un Fonoaudiólogo(a) y un Kinesiólogo(a).

5.4.3. PROPUESTA PARA EL DIAGNÓSTICO DE CONDICIONES DE SALUD MENTAL EN LA POBLACIÓN INFANTIL

El PASMI le brinda actualmente atenciones diagnósticas a niños y niñas entre 5 y 9 años ante la sospecha de condiciones de salud mental en niños y niñas. En consecuencia, la población infantil entre 0 y 4 años con estas mismas o similares características no pueden acceder a esta prestación debido a que no posee la edad que contempla el programa.

Es por ello por lo que el rediseño propone que no solo Médicos, Trabajadores Sociales y Psicólogos realicen el diagnóstico, sino que, para brindar un diagnóstico integral a la población infantil, de este debe participar por un lado un Médico especialista (Neurólogo, Neuropsiquiatra infantil, Psiquiatra o Pediatra) y, por otro lado, debe participar un equipo multidisciplinario, compuesto por profesionales de las áreas de psicología, terapia ocupacional, fonoaudiología, y kinesiología.

El lugar idóneo dónde deberían ejecutarse estas intervenciones son los centros de salud de atención primaria, dado que es allí donde niños y niñas asisten a sus controles de salud. No obstante, dado que, en el caso de los Neurólogos, Neuropsiquiatras Infantiles, Psiquiatras y Pediatras, son parte de la dotación de especialidad, puede sus atenciones no sean ejecutadas en centros de atención primaria, sino que, en su lugar, sean llevados a cabo en centros de mayor complejidad como hospitales.

Por último, la propuesta de rediseño considera que las atenciones diagnósticas se le realicen a toda la población entre 0 y 9 años, que así lo requiera una vez

que fueron derivados desde controles de salud programas escolares u otras instancias.

En la Tabla 29 se presenta una síntesis de esta propuesta con sus principales características.

Etapas	Lugar	Profesionales	Edad población asistida
Diagnostico	Centros de salud de atención primaria y Hospitales	Médicos especialistas: Neurólogos(as), Neuropsiquiatras infantiles, Psiquiatras o Pediatras Profesionales: Psicólogos(as), Terapeutas Ocupacionales, Fonoaudiólogos(as), Kinesiólogos(as)	Niños y niñas entre 0 y 9 años

Tabla 29. Características generales de la propuesta de rediseño para el diagnóstico de condiciones de salud mental en la población infantil, Elaboración propia

En el Diagrama 6, se presenta el proceso del Diagnóstico (ver Anexo 9 con el diagrama a mayor escala), del cual destacan los siguientes aspectos:

1. Los actores que participan son Padres de niño o niña, funcionario(a) SOME, Médico General, Médico Especialista y Equipo Multidisciplinario
2. El Padre del niño o niña se encarga de solicitar horas de atención diagnóstica con Médico Especialista y Equipo Multidisciplinario, asimismo, se encarga de llevar a su hijo a dichas atenciones diagnósticas según las horas que se le hayan asignado
3. El Diagnóstico considera dos etapas, la primera ejecutada por un Médico especialista y la segunda por un Equipo Multidisciplinario
4. El funcionario(a) del SOME recibe las solicitudes de atención diagnóstica por parte del Padre del niño para Médicos especialistas y el Equipo Multidisciplinario, y se encarga de asignar las horas si hay disponibilidad y el niño o niña cumple ciertos criterios
5. El criterio que considera el funcionario del SOME para asignar las horas con Médicos especialistas es que el niño o niña haya sido derivado desde programas como HpV, Salud Escolar o controles de salud
6. Por otro lado, el criterio que considera el funcionario para asignar atenciones diagnósticas con el Equipo Multidisciplinario es que el niño o niña haya sido derivado desde un médico especialista para la segunda parte del diagnóstico
7. En el caso de que el Padre haya solicitado atención diagnóstica con especialista, pero el niño no haya sido derivado por un programa o un control de salud, el funcionario le asignará una atención con un Médico General
8. El Médico General se encargará de realizar una evaluación inicial, verificará si existe comorbilidad y realizará pruebas para detectar si el niño presenta rezagos, riesgos, retrasos o condiciones de salud mental,

- en el caso de detectar una de las anteriores, derivará al niño a salas de estimulación y a especialista según corresponda
9. Una vez que el niño asiste a una atención diagnóstica, el Médico especialista realiza primero una evaluación inicial y dependiendo si el niño posee o no edad suficiente, ejecuta el diagnóstico
 10. En el caso de que el niño no tenga la edad suficiente, el Médico especialista le solicita al Padre que continúe asistiendo a salas de estimulación y a los controles de salud
 11. Al contrario, si el niño posee la edad suficiente y a través de pruebas confirma que el niño posee condiciones de salud mental, realiza la confirmación diagnóstica y deriva al Equipo Multidisciplinario para que este realice la segunda parte del diagnóstico y complementa el que él haya ejecutado
 12. Cuando el niño asiste a la segunda parte del diagnóstico con el Equipo Multidisciplinario, los integrantes de este equipo se encargan de realizar una evaluación inicial con las características del niño y complementan la confirmación diagnóstica que realizó el Médico especialista
 13. El Equipo Multidisciplinario, además de complementar el diagnóstico realizado por el Médico especialista, se encarga de derivar al niño diagnosticado a los profesionales que lo ameriten para estos realicen la intervención
 14. Los objetos de datos que se comparten en este proceso son Fichas con motivo de derivación, Fichas resumen con resultado de evaluación, Ficha resumen con derivación desde HpV I, PSC u otro, Ficha de admisión médico especialista y Ficha de admisión equipo multidisciplinario

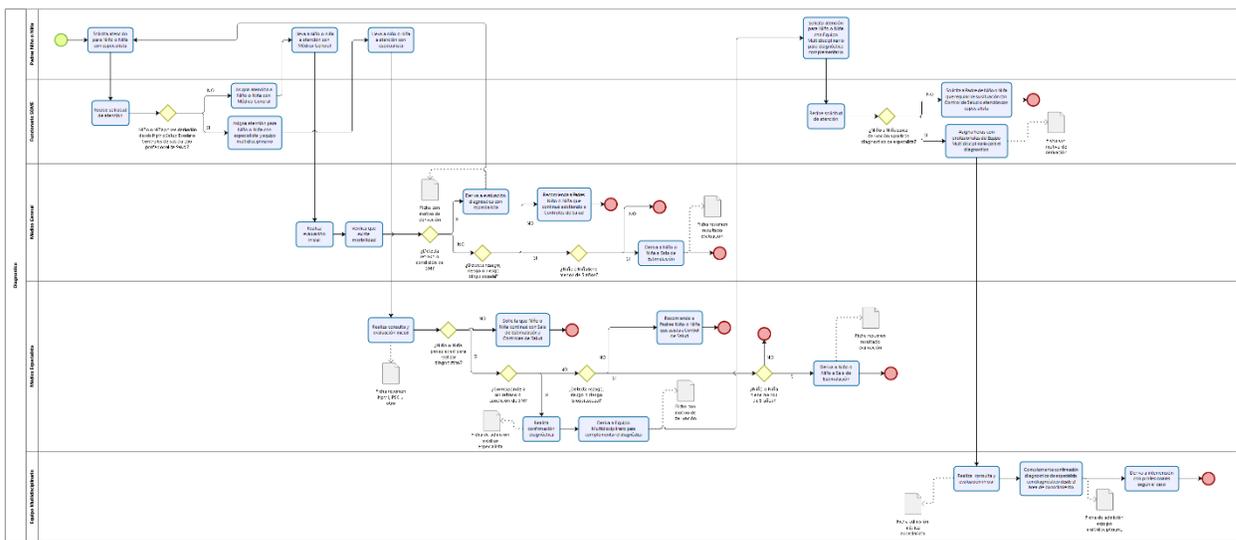


Diagrama 6. Proceso de Diagnóstico de niños y niñas con sospecha de condiciones de salud mental entre 0 y 9 años, Elaboración propia

Por último, respecto a los profesionales que participan de esta etapa, estos deberían ser Médicos Generales, Médico de especialidad y un Equipo Multidisciplinario.

El Médico Especialista que se propone que realice la atención diagnóstica es un Neurólogo(a), un Neuropsiquiatra infantil, un Psiquiatra o un Pediatra, mientras que el Equipo Multidisciplinario que se espera que realice la segunda parte de la evaluación diagnóstica, está compuesto por un Psicólogo(a), un Terapeuta Ocupacional, un Fonoaudiólogo(a) y un Kinesiólogo(a).

5.4.4. PROPUESTA PARA LA INTERVENCIÓN EN LA POBLACIÓN INFANTIL CON CONDICIONES DE SALUD MENTAL

Una vez que se les brinda un diagnóstico a los niños y niñas con sospechas de condiciones de salud mental, la prestación que se les debería entregar a continuación, sin importar el diagnóstico que se les haya realizado, es una intervención integral. Pero, actualmente la intervención del PASMI considera la atención de solo ciertos trastornos mentales y un tiempo máximo intervención de 12 meses.

Dado esto, la presente propuesta de rediseño considera que la intervención le sea brindada a todos los niños y niñas que hayan recibido un diagnóstico positivo para salud mental y, que este les sea entregado por el tiempo que requiera para mejorar su condición o hasta el momento que el niño o niña cumpla 9 años, y ya no sea parte del rango etario que considera ChCC.

Además, como este rediseño considera la atención de más condiciones de salud mental¹⁵, se requieren otros profesionales adicionales para brindar la ayuda que necesita la población infantil beneficiada. Los especialistas y profesionales que adicionalmente se necesitan para el PASMI son Psiquiatras, Terapeutas Ocupacionales, Fonoaudiólogos(as) y Psicopedagogos(as), quienes llegarían a reforzar el equipo que ya existe compuesto por Psicólogos(as) y Trabajadores sociales.

Por último, el lugar idóneo dónde deberían ejecutarse estas intervenciones son los centros de salud de atención primaria, dado que es allí donde niños y niñas asisten a sus controles de salud. No obstante, dado que los Psiquiatras son parte de la dotación de especialidad, puede que las atenciones de ellos sean ejecutadas en centros de mayor complejidad como hospitales.

En la Tabla 30 se presentan las principales características de esta propuesta.

Etapa	Lugar	Profesionales	Edad población asistida
Intervención	Centros de salud de atención	Psicólogos(as), Psiquiatras, Terapeutas Ocupacionales,	Niños y Niñas entre 0 y 9 años

¹⁵ Actualmente solo se atiende a niños y niñas con trastornos por comportamiento disruptivo, trastornos ansiosos y trastornos afectivos

	primaria y Hospitales.	Fonoaudiólogos(as), Psicopedagogos(as),	
--	---------------------------	--	--

Tabla 30. Características generales de la propuesta de rediseño para la intervención en la población infantil con condiciones de salud mental, Elaboración propia

En el Diagrama 7, se presenta el proceso de Intervención (ver Anexo 10 con el diagrama a mayor escala), de este destacan los siguientes aspectos:

1. Los actores que participan son Padres del niño o niña, funcionario SOME y el Equipo Multidisciplinario de Intervención
2. El Padre del niño o niña tiene el rol de solicitar atenciones con profesiones para sus hijos y llevarlos a las horas que le hayan sido asignadas con estos profesionales
3. El funcionario(a) del SOME recibe las solicitudes de atenciones por parte de los padres de los niños y asignárselas según la disponibilidad de profesionales y horas de los centros asistenciales
4. El funcionario asignará las horas con profesionales intervención, si el niño o niña posee derivación desde un Médico especialista y el Equipo Multidisciplinario y, además, si el niño o niña tiene menos de 9 años
5. Si el niño o niña no posee derivación desde Médico especialista y el Equipo Multidisciplinario, el funcionario le solicita que regularice su situación a través de una atención diagnóstica o a través de un control
6. Asimismo, si el niño o niña tiene más de 9 años, el funcionario le solicita al Padre del niño que regularice su situación a través del PSMI para que a través de APS pueda su hijo acceder a atenciones
7. Cuando al niño o niña asiste a las horas que le hayan sido asignadas para la intervención, los distintos integrantes del Equipo Multidisciplinario inician la atención de los niños
8. Lo primero que realizan los integrantes del Equipo Multidisciplinario es generar una evaluación del niño en su primera sesión a partir del diagnóstico que haya realizado el Médico especialista y el Equipo Multidisciplinario del Diagnóstico
9. Luego de esto, el Equipo Multidisciplinario diseña un Plan inicial de Intervención y posterior a esto lo ejecuta
10. El proceso también incluye una etapa de evaluación del Plan inicial de Intervención, el que mide si el niño o niña ha obtenido una evolución positiva a partir de este
11. En el caso de que el niño tenga una evolución positiva, el equipo se encargará de actualizar el Plan de Intervención, y mientras el niño continúe teniendo menos de 9 años y siga necesitando estas intervenciones, continuará asistiendo a intervenciones y se evaluará su progreso periódicamente
12. Al contrario, si el niño no tiene una evolución positiva, el Equipo Multidisciplinario hace un análisis del caso, no modifica el Plan de Intervención Inicial y, mientras el niño tenga menos de 9 años y requiera

la intervención, se continua con la ejecución de las sesiones de intervención

13. Los objetos de datos que se comparten en este proceso son Fichas con motivo de derivación, Fichas de admisión a intervención, Plan inicial de Intervención, Ficha resumen evaluación, Plan Intervención Actualizado, Reporte análisis del caso y Ficha resumen intervención ejecutada.

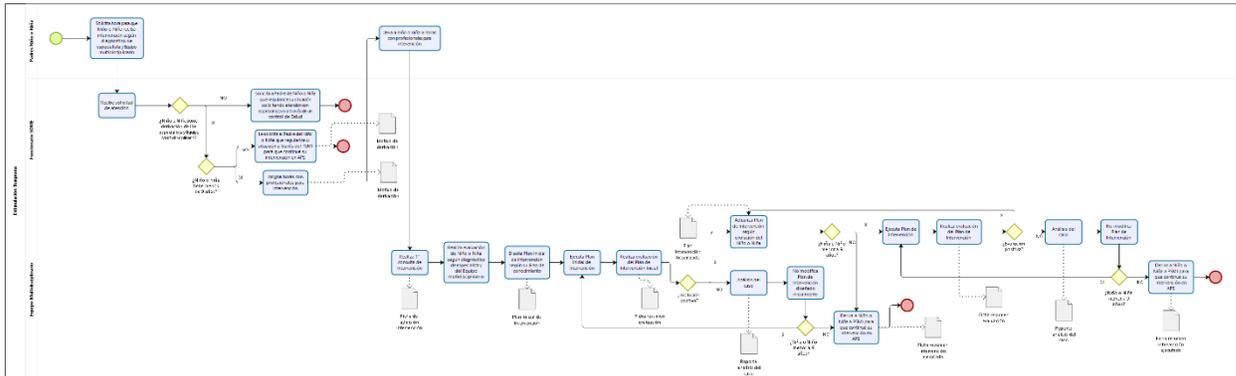


Diagrama 7. Proceso de Intervención de niños y niñas con condiciones de salud mental entre 0 y 9 años, Elaboración propia

Un aspecto en el que no se profundiza en el Diagrama mostrado, es el tiempo de intervención al que debería acceder cada niño o niña dada su condición de salud mental diagnosticada.

Como se expuso antes, características como la severidad y prevalencia de una condición de salud mental, pueden variar considerablemente de un diagnóstico a otro, debido a esto, el Equipo Multidisciplinario será el encargado de establecer el tiempo de intervención según las características específicas que posea cada niño o niña, sin embargo, esta intervención que recibirá el niño o la niña no tendrá un plazo máximo, solo dependerá de que los niños tengan menos de 9 años.

En el caso de niños y niñas con TEA, gracias a la información brindada por profesionales de ASPAUT, se conoció la cantidad ideal de terapias a las cuales debería acceder la población con esta condición dado su diagnóstico. Por ejemplo, niños y niñas con TEA y nivel de gravedad 1 (ver Tabla 6), idealmente deberían asistir a terapias con Psicopedagogos(as), Terapeutas Ocupacional, Fonoaudiólogos(as) y Psicólogos(as) al menos 2 veces por mes con cada profesional. Mientras que niños con nivel de gravedad de 2 a 3 deberían asistir a sesiones con Psicopedagogos(as), Terapeutas Ocupacional y Fonoaudiólogos(as) al menos 1 vez a la semana con cada profesional. Lo anterior da un total aproximado de 96 sesiones al año hacia niños y niñas con nivel de gravedad 1 y 144 sesiones hacia aquellos con nivel de gravedad 2 a 3.

5.4.5. INDICADORES PARA INCORPORAR EN LA PROPUESTA DE REDISEÑO

En el Sistema Público de Salud, la definición que es utilizada para definir un indicador es que este corresponde a una medición que describe una situación determinada, evalúa su comportamiento en el tiempo, su desempeño y constituye una fuente de información para la toma de decisiones (Superintendencia de Salud, 2016).

Habitualmente en el área de la calidad y seguridad asistencial se utilizan tres tipos de indicadores, indicadores de estructura¹⁶, de procesos¹⁷ y de resultados¹⁸, clasificación propuesta por Avedis Donabedian médico e investigador de la calidad en salud (Donabedian, A.,1966).

Actualmente los programas PADBP y PASMI tienen una serie de indicadores para evaluar las prestaciones entregadas en sus distintos componentes, los cuales miden la cantidad de atenciones realizadas como diagnósticos brindados y sesiones con profesionales entregadas, pero, no incluyen indicadores que podrían ayudar a tomar decisiones de dotación y de disponibilidad espacios para el futuro. Es decir, los indicadores están focalizados en los procesos y la estructura en lugar de en los resultados.

Dado esto, se diseñaron una serie de indicadores para este rediseño de procesos en los programas PADBP Y PASMI, los que podrían ayudar a tomar mejores decisiones en las cuatro grandes etapas que contempla la propuesta, es decir, para la Detección, la Estimulación Temprana, el Diagnóstico y la Intervención, ya que están enfocados en los resultados. A continuación, se presentan los indicadores para cada una de estas cuatro etapas:

1. Indicadores PADBP:

a. Detección:

- i. Cantidad de niños y niñas en quienes se les detecta condiciones de salud mental por tipo control
- ii. Cantidad de aplicaciones de pruebas adicionales a las básicas para el control del desarrollo psicosocial

b. Estimulación Temprana:

- i. Niños y niñas que asisten a salas de estimulación (por rezagos o riesgos) y que después no requieren Diagnóstico

¹⁶ Describen el tipo y la cantidad de los recursos utilizados por los proveedores de servicios de salud para entregar sus servicios y prestaciones, por ejemplo, Proporción de médicos especialistas

¹⁷ Este indicador se refiere a lo que el prestador realiza por el paciente y a cuantas de estas actividades adhieren a lo establecido en la institución como "buena práctica", por ejemplo, Proporción de pacientes a quienes se les realizó una evaluación

¹⁸ Evalúan los cambios, favorables o no, en el estado de salud actual o potencial de las personas, grupos o comunidades que pueden ser atribuidos a la atención de salud, por ejemplo, Tasa de mortalidad de pacientes ingresados con Infarto Agudo al Miocardio

- ii. Niños y niñas que asisten a salas de estimulación (por rezagos, riesgos o retrasos) y que después no requieren Intervención
- iii. Niños que asisten a todas las sesiones que se le asignaron
- iv. Niños y niñas que asisten una vez a salas de estimulación y que luego no asisten nuevamente

2. Indicadores PASMI:

a. Diagnóstico:

- i. Cantidad de veces que niños y niñas que asisten con especialistas para un Diagnóstico
- ii. Porcentaje de niños que son atendidos primero por Médicos Generales y luego son derivados a atenciones diagnósticas con Médicos Especialistas

b. Intervención:

- i. Evaluaciones positivas obtenidas en Intervención
- ii. Niños que asisten a todas las sesiones que le fueron asignadas
- iii. Rango de tiempo promedio a que niños y niñas asisten a intervenciones por edad

Como se observa, estos indicadores se dirigen a medir las atenciones de los programas a partir de aspectos más profundos que la simple cantidad de atenciones que se realizan. A diferencia de esto último, que es lo que normalmente se contabiliza, el foco de estos indicadores es medir la evolución que tienen los niños y niñas al interior del PADBP y PASMI con respecto a su salud mental gracias a las diversas atenciones que le son brindadas.

Entonces, así como se busca medir los resultados, se espera ver cuál es el impacto de las acciones brindadas por los programas PADBP y PASMI en la población infantil con condiciones de salud mental.

5.4.6. SINTESIS DE LA PROPUESTA DE REDISEÑO

La propuesta de rediseño de procesos presentada considera la atención integral de niños y niñas que poseen condiciones de salud mental por medio de cuatro grandes etapas.

La primera etapa que contempla la propuesta de rediseño es la de Detección de condiciones de salud mental, la cual se lleva a cabo en los Centros de Salud Primaria, dado que allí es donde acude la población infantil durante su crecimiento para recibir controles de salud. En estos controles de salud, Enfermeros(as) y Médicos, le aplican una serie de pruebas a niños y niñas para medir su desarrollo psicomotor, pruebas que, esta propuesta propone complementar con otras dirigidas a detectar condiciones de salud mental. Luego, en esta etapa del rediseño, la población infantil entre 0 y 9 años se vería beneficiadas con ella, porque, con la detección temprana tendrán la

posibilidad de acceder a otras atenciones dadas las características que poseen. El programa a cargo de la primera etapa es el PADBP de ChCC.

La segunda etapa es la Estimulación temprana, dirigida a niños menores de 5 años en quienes se les ha detectado condiciones de salud mental, pero que, dadas sus características, como por ejemplo su edad, no han recibido un diagnóstico directo y definitivo. Los profesionales que se encargan de realizar la estimulación a los niños son Terapeutas Ocupacionales, Fonoaudiólogos(as), Psicopedagogos(as) y Kinesiólogos(as), quienes realizarán las atenciones en los centros de atención primaria que poseen salas de estimulación, asociadas a las MADI. El programa a cargo de efectuar esta etapa de Estimulación Temprana es también el PADBP.

La tercera etapa, denominada Diagnóstico, tiene como foco brindarle a todos los niños y niñas entre 0 y 9 años, a quienes se les hayan detectado factores de riesgo de salud mental, un diagnóstico integral. Este diagnóstico contempla la participación de un Médico Especialista, es cual realizará la primera parte del diagnóstico, quien puede ser un Neurólogo, un Neuropsiquiatra Infantil, un Psiquiatra o un Pediatra. Mientras que, la segunda parte del diagnóstico la realiza un equipo de profesionales, compuesto por un Psicólogo(a), un Terapeuta Ocupacional, un Fonoaudiólogo(a) y un Kinesiólogo(a). El lugar donde se debería realizar esta etapa es en los centros de salud de atención primaria, sin embargo, los Médicos Especialistas normalmente no atienden en establecimientos de salud del nivel primario, con lo que la primera parte de la atención diagnóstica se debería llevar en cabo en establecimientos de mayor complejidad, como en hospitales. El programa encargado de ejecutar la tercera etapa de la propuesta del rediseño es el PASMI.

Por último, la cuarta etapa del rediseño de procesos se denomina Intervención, la cual es realizada por un equipo multidisciplinario de profesionales y especialistas, según el diagnóstico que se le haya entregado al niño o niña. Esta etapa se ejecuta en centros de salud primaria, pero en el caso de las atenciones con especialistas, las sesiones se realizan también en establecimientos de salud de mayor complejidad. La intervención se realiza por el tiempo que requiere el niño o niña, según las características de la condición mental que posee, sin embargo, dado que esta etapa la ejecuta el PASMI, el cual es parte de ChCC, los niños pueden acceder a esta intervención hasta que cumplen 9 años.

En la Figura 17, se representa gráficamente la síntesis de la propuesta de rediseño para el componente de salud del ChCC, la cual integra las cuatro etapas anteriormente mencionadas.



Figura 17. Síntesis de la propuesta de rediseño de procesos, dónde se consideran las etapas de Detección, Estimulación Temprana, Diagnostico e Intervención, Elaboración propia

Mientras que, en el Diagrama 8 se presenta como las distintas etapas se conectan entre sí para brindarle a los niños y niñas la atención que requieren.

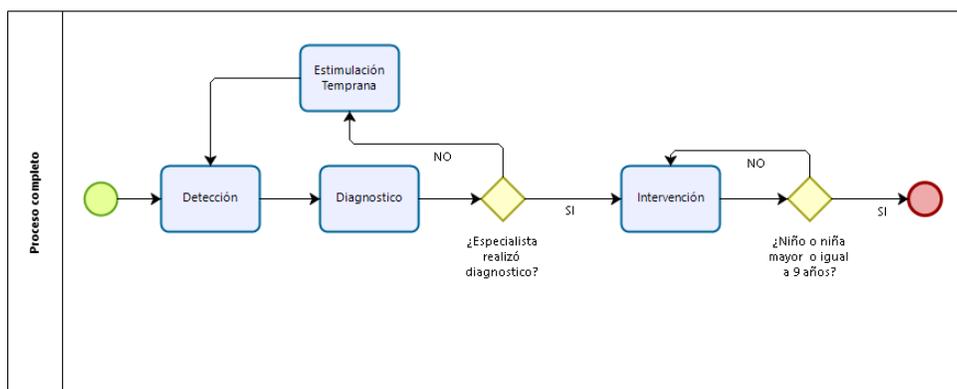


Diagrama 8. Propuesta de rediseño de procesos para el componente de salud del Subsistema Chile Crece Contigo, Elaboración propia

5.5. ESTIMACIÓN DE RECURSOS PARA LA INCORPORACIÓN DE LA PROPUESTA DE REDISEÑO DE PROCESOS EN EL SUBSISTEMA CHILE CRECE CONTIGO

De manera de cuantificar los recursos que se deberían incorporar al Subsistema Chile Crece Contigo, se procede en esta subsección de los Resultados a identificar los recursos humanos, recursos físicos y monetarios, necesarios para la incorporación de la propuesta de rediseño planteada.

5.5.1. DISTRIBUCIÓN DE FONDOS AL COMPONENTE DE SALUD DEL SUBSISTEMA CHILE CRECE CONTIGO

Como se mencionó anteriormente, el Ministerio de Desarrollo Social es la entidad que cumple las labores de administrar, coordinar, supervisar y evaluar

ChCC, sin embargo, no es la encargada de ejecutar todos sus programas, como lo son los del componente de salud PADBP, PARN y PASMI.

Dado ello, esta entidad distribuye recursos desde el Nivel Nacional hacia el Nivel comunal, dónde en este las municipalidades, hospitales y centros de salud primaria en APS le brindan prestaciones a la población infantil con los tres programas gracias a los recursos que reciben.

En la Figura 18, se presenta para cada uno de los programas, la distribución de fondos que se lleva a cabo desde el Nivel Nacional hacia el Nivel Comunal para la ejecución de los programas.

Por un lado, para el PADBP, la distribución de fondos inicia en el Ministerio de Desarrollo Social, desde dónde se envían al Ministerio de Salud, quién por medio de la Subsecretaría de Redes Asistenciales distribuye los fondos a nivel regional en los 29 Servicios de Salud que existen. Una vez allí, los Servicios de Salud son los encargados de distribuir los recursos en los centros asistenciales de su red, en este caso en los Centros de Salud Primaria y Hospitales dónde se ejecutan las distintas prestaciones del programa.

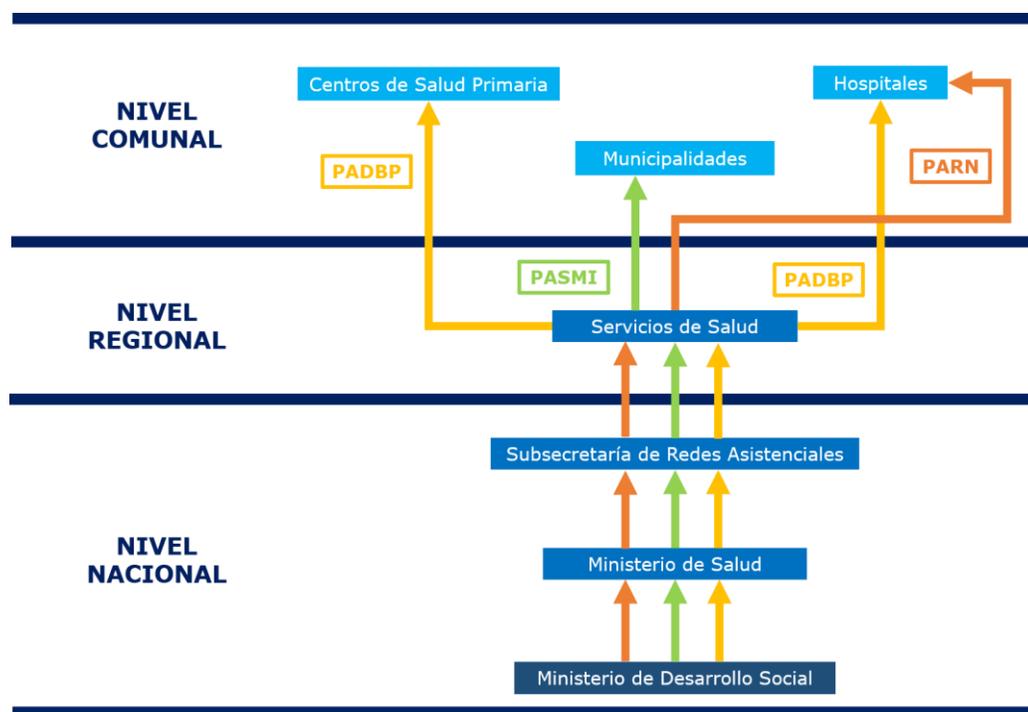


Figura 18. Distribución de fondos desde el Ministerio de Desarrollo Social para la ejecución de los programas a Nivel Comunal, Elaboración propia

En el caso del PARN, la distribución de fondos en si no ocurre, dado que esta corresponde al componente instrumental del programa que reciben los hospitales en el área de maternidad, para brindárselos a las madres una vez que son dadas de alta con sus hijos o hijas recién nacidos. Dado lo anterior, la distribución que se presenta es más bien una solicitud programada con la

cantidad de set de implementos que se solicitan desde un nivel comunal en los hospitales hacia el nivel nacional. Luego, la respuesta ante estas solicitudes inicia en el Ministerio de Desarrollo Social, siguiendo en el Ministerio de Salud en la Subsecretaría de Redes Asistenciales, quien, con la ayuda de los Servicios de Salud, distribuyen los implementos en los hospitales de cada comuna.

Por último, para el PASMI, al igual que en los otros dos programas, la distribución inicia en un nivel nacional en el Ministerio de Desarrollo Social, desde dónde se envían los recursos al Ministerio de Salud. Una vez allí, la Subsecretaría de Redes Asistenciales es la entidad encargada de distribuir los recursos a los Servicios de Salud, quienes, en el último nivel a través de un convenio que realizan con las municipalidades, distribuyen los recursos para que las comunas ejecuten el programa en APS.

Durante el año 2018 el monto que fue transferido desde el Ministerio de Desarrollo Social al Ministerio de Salud fue de aproximadamente \$34.793 millones de CLP. En la Tabla 31 se puede observar el monto total transferido durante el 2018, así como la cantidad de fondos que se destinaron para cada uno de los tres programas.

Programa	Monto transferido año 2018	Monto total trasferido año 2018
Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial (PADBP)	\$18.892.874.000	\$34.792.775.000
Programa de Apoyo al Recién Nacido (PARN)	\$14.706.259.000	
Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil (PASMI)	\$1.193.642.000	

Tabla 31. Montos transferidos desde el Ministerio de Desarrollo Social al Ministerio de Salud durante el año 2018 para la ejecución de los programas PADBP, PARN y PASMI, Elaboración propia (en base a información del Ministerio de Desarrollo Social)

Sin embargo, estos no son los únicos fondos que se reciben a un nivel comunal para llevar a cabo las prestaciones, esto debido a que, el Ministerio de Desarrollo Social también le destina fondos a las municipalidades del país para que estas ejecuten algunas prestaciones a nivel local.

En la Tabla 32 se presenta el monto total transferido desde el Ministerio de Desarrollo a las municipalidades durante el 2018, de esta es importante resaltar el monto que recibe el FIADI, ya que, con este fondo las municipalidades se encargan de destinar recursos para el funcionamiento de las MADI en los centros de salud de atención primaria.

Programa	Monto transferido año 2018	Monto total trasferido año 2018
Fondo de Intervenciones de Apoyo al Desarrollo Infantil (FIADI)	\$2.708.838.000	\$5.900.883.000
Fondo Concursable de Iniciativas para la Infancia	\$449.506.000	
Programa de Fortalecimiento Municipal (PFM)	\$2.742.539.000	

Tabla 32. Montos transferidos desde el Ministerio de Desarrollo Social a Municipalidades durante el año 2018 para la ejecución de los programas, Elaboración propia (en base a información del Ministerio de Desarrollo Social)

Como se mostró en la Tabla 3, los programas PADBP, PARN y PASMI poseen distintos presupuestos cada año, lo que genera que la cantidad de beneficiados también sea distinta año a año. En la Tabla 33 se puede observar el presupuesto destinado a cada uno de estos tres programas durante el año 2017, junto con la población beneficiada para dicho año.

Programa	Presupuesto año 2017	Población beneficiada año 2017
Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial (PADBP)	\$18.414.107.000	824.208
Programa de Apoyo al Recién Nacido(a) (PARN)	\$14.333.586.000	145.195
Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil (PASMI)	\$868.142.000	18.600

Tabla 33. Presupuesto y beneficiarios durante el año 2017 de los programas del componente de salud del Subsistema Chile Crece Contigo, Elaboración propia (en base a información del Ministerio de Desarrollo Social)

A partir de esta Tabla se puede calcular que aproximadamente se le destina a cada niño o niña del PADBP \$22.240 CLP, a los beneficiados del PARN \$98.720 CLP y los del PASMI \$46.670 CLP.

Dado lo anterior, un cálculo que se podría hacer para estimar los recursos que requiere el PASMI, para brindarle atenciones a toda la población potencial infantil con condiciones de salud mental que lo requiere, sería aplicar una regla de tres, entre la población potencial de beneficiarios del programa y la cantidad de dinero que destina actualmente el programa por niño.

En la Tabla 11 se muestra que la población potencial calculada del PASMI es 253.641 niños y niñas¹⁹, con lo que una estimación de recursos que se podría hacer al programa equivaldría a \$11.837.425.470 CLP. No obstante, esto significaría que el programa seguiría realizando las mismas actividades que hoy ejecuta, que estarían disponibles la misma clase de profesionales, que los niños tendrían acceso al mismo tipo de intervención y, que solo el número de beneficiados crecería.

En cambio, la estimación que se busca realizar en esta subsección es en base a la propuesta de rediseño que se expuso, la cual, entre otras cosas, busca apoyar a toda la población infantil entre los 0 y 9 años con condiciones de salud mental, considera el acceso de niños y niñas a estimulaciones e intervenciones tempranas y, se ejecuta gracias al PADBP y PASMI.

Es así como, para la estimación de recursos, se estudiaron primero los recursos humanos y los recursos físicos necesarios para ejecutar la propuesta de

¹⁹ Población potencial calculada por ChCC en base a las siguientes fuentes de información: Datos de población inscrita validada por FONASA en Establecimientos de Atención Primaria y el estudio epidemiológico realizado el año 2012 por Vicente y De La Barra.

rediseño, y luego se calcularon los recursos monetarios que se deberían añadir a los dos programas.

5.5.2. RECURSOS HUMANOS

Anteriormente, en la subsección de Rediseño de procesos, se expuso para cada etapa la cantidad de profesionales, según su área de conocimiento, que se requieren para ejecutar las actividades de atención de niños y niñas con condiciones de salud mental entre los 0 y 9 años.

En primer lugar, los profesionales requeridos para la etapa de Detección no sufren cambios, ya que, actualmente Médicos y Enfermeros(as) son los encargados de llevar a cabo los controles de salud de niños y niñas entre los 0 y 9 años con lo que no se requerirían nuevos tipos de profesionales en esta etapa. Ambos profesionales cumplen un rol importante en el rediseño, debido a que ellos son quienes aplican las distintas pruebas de detección y pueden aplicar otras complementarias para profundizar los resultados obtenidos en una primera instancia. Sin embargo, se hace necesario que estos profesionales puedan tener algún tipo de capacitación²⁰ en área de salud mental infantil, porque de esa manera, tendrán los conocimientos necesarios para detectar con una mayor certeza aspectos que se translucen en los niños y niñas y, tendrán bases para decidir qué pruebas adicionales se les podría aplicar para complementar la detección.

En cuanto a la etapa de Estimulación Temprana, dado que se espera que se realice en las salas de estimulación que son parte de las MADi, los profesionales necesarios se ajustan a lo que expone el documento Orientaciones técnicas para las modalidades de apoyo al desarrollo infantil. Este documento muestra que la conformación óptima de recursos humanos para las MADi es un equipo mixto de profesionales que pertenecen al área de salud, educación preescolar y social y, que además poseen formación en neurodesarrollo, desarrollo infantil integral, atención temprana y/o habilidades para el trabajo con niñas, niños y familias.

En la Tabla 34 se identifican por área y especialidad los profesionales que deberían conformar el equipo mixto de las MADi según el documento de ChCC.

Profesional	Área	Especialidad
Educadora de Párvulos Educadora Diferencial	Educación	Desarrollo infantil temprano y estimulación en primera infancia
Kinesióloga(o) Terapeuta Ocupacional Fonoaudióloga(o)	Salud	Desarrollo infantil temprano
Psicóloga(o) Trabajador(a) social	Social	Primera infancia, desarrollo socioemocional y apego

²⁰ En el Anexo 11 se muestra una serie de programas que existen actualmente en establecimientos de educación superior de Chile dirigidos a profesionales del área de salud y focalizados en capacitarlos en conceptos y características que puede poseer la población infantil con condiciones de salud mental; los valores no bajan de \$500.000 CLP por programa.

Tabla 34. Equipo de profesionales para las Modalidades de Apoyo al Desarrollo Infantil, Ministerio de Desarrollo Social, Gobierno de Chile (Ministerio de Desarrollo Social, 2013)

No obstante, como la propuesta de rediseño está enfocada en la atención de condiciones de salud mental, el equipo que se considera solo para la atención de niños con estas características está conformado por un Terapeuta Ocupacional, un Kinesiólogo(a), un Fonoaudiólogo(a) y un Psicopedagogo(a), lo que modifica con un profesional el actual equipo mixto idóneo de las MADI.

En la etapa de Diagnóstico, hay tres grupos de profesionales que participan, Médicos Generales y Médicos Especialistas para la primera parte y un Equipo Multidisciplinario para realizar una segunda parte de la atención diagnóstica integral.

La primera parte del diagnóstico, se espera que sea ejecutada por un Médico General en el caso de que el niño o niña no fue derivado desde un programa, un control de salud u otra instancia, mientras que, si el niño tuvo una derivación formal, a través de una de esas instancias, un Médico Especialista será el encargado de ejecutar la atención diagnóstica. El Médico Especialista puede ser un Neurólogo(a), un Neuropsiquiatra Infantil, un Psiquiatra o un Pediatra, no obstante, idealmente se espera que sea un Neuropsiquiatra Infantil, ya que, este posee mayores conocimientos respecto a las psicopatologías que puede tener la población infantil.

Por otro lado, la segunda parte del Diagnóstico se propone que sea ejecutada por un Equipo Multidisciplinario compuesto por un Psicólogo(a), un Terapeuta Ocupacional, un Fonoaudiólogo(a) y un Kinesiólogo(a), a partir de las recomendaciones brindadas en entrevistas con profesionales del área sanitaria.

Por último, el equipo multidisciplinario que se propone que esté disponible para la Intervención es uno compuesto por un Neuropsiquiatra infantil, un Psicólogo(a), un Terapeuta Ocupacional, un Fonoaudiólogo(a) y un Psicopedagogo(a). Lo anterior, es algo distinto a lo que actualmente oferta el PAsMI, ya que, actualmente este programa considera que los profesionales con que deben contar los centros asistenciales para el desarrollo de las atenciones a niños y niñas son Médicos, Psicólogos(as) y Trabajadores Sociales.

Finalmente, los profesionales que se proponen para la ejecución de las cuatro etapas del rediseño se muestran en la Tabla 3, separados entre Médicos especialistas y Profesionales.

Etapa del rediseño	Médicos especialistas	Profesionales
Detección	Médico general	Enfermero(a)
Estimulación Temprana		Terapeuta Ocupacional Psicopedagogo(a) Fonoaudiólogo(a)

		Kinesiólogo(a)
Diagnóstico	Médico General y Médico especialista (Neurólogo(a), Neuropsiquiatra infantil, Psiquiatra o Pediatra)	Terapeuta Ocupacional Psicólogo(a) Fonoaudiólogo(a) Kinesiólogo(a)
Intervención	Neuropsiquiatra Infantil o Psiquiatra	Psicólogo Terapeuta Ocupacional Fonoaudiólogo(a) Psicopedagogo(a)

Tabla 35. Médicos especialistas y profesionales idóneos para realizar las etapas del rediseño para la atención de niños y niñas con condiciones de salud mental, Elaboración propia

La cantidad idónea del grupo, entre Médicos especialistas y profesionales es de 15 para que lleven a cabo las cuatro etapas. El grupo está compuesto por 1 Médico General, 1 Enfermero(a), 2 Kinesiólogos(as), 3 Terapeutas Ocupacionales, 3 Fonoaudiólogos(as), 1 Neuropsiquiatra Infantil, 2 Psicólogos(as) y 2 Psicopedagogos(as). En el caso del Médico General, este divide sus horas entre la etapa de Detección y Diagnóstico, mientras que el Neuropsiquiatra Infantil las divide entre las etapas de Diagnóstico e Intervención. Asimismo, uno de los Terapeutas Ocupacionales y uno de los Fonoaudiólogos(as) dividen sus horas entre las etapas Diagnóstico e Intervención.

En términos de horas semanales, los profesionales y los médicos especialistas brindan la cantidad de horas que se muestra en la Tabla 36, por cada etapa del rediseño.

Etapas del rediseño	Área de especialización	Disponibilidad de horas a la semana
Detección	Medicina general	22 horas
	Enfermería	44 horas
Estimulación Temprana	Terapia Ocupacional	44 horas
	Psicopedagogía	44 horas
	Fonoaudiología	44 horas
	Kinesiología	44 horas
Diagnóstico	Medicina general	22 horas
	Neuropsiquiatra Infantil	22 horas
	Fonoaudiología	22 horas
	Kinesiología	22 horas
	Terapia Ocupacional	22 horas
	Psicología	22 horas
Intervención	Neuropsiquiatra Infantil	22 horas
	Psicología	66 horas ²¹
	Fonoaudiología	66 horas
	Terapia Ocupacional	66 horas
	Psicopedagogía	44 horas

Tabla 36. Disponibilidad de horas de profesionales y especialista según el área a que pertenecen y la etapa del rediseño asociada, Elaboración propia

La separación entre Médicos especialistas y Profesionales se realiza debido a que según la Ley N° 19.378 que establece el Estatuto de Atención Primaria de

²¹ Las 66 horas corresponde a que un profesional o un médico especialista dispone de 44 horas únicamente para la etapa de Intervención, mientras que otro profesional o médico especialista dispone de 22 horas para la etapa y otras 22 horas para otra etapa.

Salud Municipal, la estructura de dotación se clasifica en seis categorías, siendo la primera la conformada por Médicos cirujanos, Farmacéuticos, Químicos farmacéuticos, Bioquímicos y Cirujano dentistas y, la segunda categoría, la conformada por otros profesionales tradicionales en salud como profesores de educación física, educadoras de párvulo, terapeutas ocupacionales, fonoaudiólogos, entre otros.

Una vez que se tuvo la cantidad idónea de recursos humanos para desarrollar las actividades de las cuatro etapas del rediseño de procesos, el siguiente paso fue realizar una investigación de las rentas a las que acceden los Médicos especialistas y profesionales anteriormente mencionados en el Sistema Público de Salud.

En la Tabla 37 se pueden observar las rentas bruta promedio de los profesionales según su tipo de jornada, estos promedios fueron obtenidos a partir de las ofertas de empleos ofrecidas durante el segundo semestre de 2018 desde el portal Empleos Públicos de la Dirección Nacional del Servicio Civil. Sin embargo, para el caso de la renta bruta promedio del Psicopedagogo(a), esta fue obtenida desde las ofertas de entidades privadas de salud.

Profesional	Tipo de jornada	Renta bruta promedio mensual
Terapeuta Ocupacional	Media jornada	\$578.249
	Jornada completa	\$1.162.765
Psicopedagogo (a)	Jornada completa	\$1.215.504
Psicólogo (a)	Media jornada	\$509.467
	Jornada completa	\$1.255.124
Kinesiólogo (a)	Media jornada	\$548.748
	Jornada completa	\$998.811
	Jornada completa	\$998.811
Fonoaudiólogo(a)	Media jornada	\$553.296
Enfermero(a)	Jornada completa	\$1.129.651

Tabla 37. Renta bruta promedio mensual profesionales del área sanitaria del sistema público enero 2017, Elaboración propia (en base a información del portal de Empleos Públicos, Dirección Nacional del Servicio Civil 2017)²²

Cabe destacar, que la jornada completa a la que se hace referencia, también denomina jornada ordinaria, comprende un máximo de cuarenta y cuatro horas semanales, la cual se distribuye de lunes a viernes, en horario diurno y continuo, comprendido entre las 08:00 y 20:00 horas y, con tope de nueve horas diarias²³.

²² Las rentas brutas promedio mostradas fueron encontradas en ese portal a excepción de la renta del Psicopedagogo(a).

²³ Esta distribución no es aplicable a aquellos funcionarios cuya jornada ordinaria de trabajo, por la naturaleza de servicios que prestan, deba aplicarse fuera de los horarios precitados. En tal caso, estará sujeta su distribución a lo que el funcionario haya pactado en su contrato así, el horario de trabajo se adecua a las necesidades de funcionamiento de los establecimientos y las acciones que se brindan en la atención primaria de salud.

Por otro lado, también se calculó la renta bruta promedio de los distintos Médicos Especialistas que se ven involucrados en las distintas etapas del rediseño. En este caso, los promedios fueron obtenidos de las rentas que durante enero de 2017 obtuvieron estos profesionales en el Hospital San Borja Arriarán, centro asistencial asociado al Servicio de Salud Metropolitano Central.

En la Tabla 38 se presentan las rentas brutas promedio de los Médicos Especialistas según el tipo de jornada a la cual asisten.

Médicos especialistas		Tipo de jornada	Renta bruta promedio mensual
Pediatra		11 horas	\$972.960
		22 horas	\$2.120.702
		28 horas	\$2.966.895
Neurólogo (a)	Neurología Adultos	11 horas	\$1.069.147
		22 horas	\$2.245.103
	Neurología Pediátrica	11 horas	\$1.165.627
Psiquiatra	Neuropsiquiatría Infantil	11 horas	\$1.100.692
		22 horas	\$2.264.234
	Psiquiatría Adultos	11 horas	\$1.089.778
		22 horas	\$2.204.968
Médico General Pediatría		11 horas	\$990.093
		22 horas	\$1.996.436
		28 horas	\$2.825.093

Tabla 38. Renta bruta promedio mensual profesionales de especialidad del área sanitaria del Hospital San Borja Arriarán enero 2017, Elaboración Propia (en base a información del Ministerio de Salud)

Por último, hay dos alcances en cuanto al uso de las rentas promedio mensuales expuestas, el primero es que, en los valores mostrados no se consideran algunos de los conceptos utilizados para la asignación de remuneraciones en el Sistema Público de Salud, los cuales son: Sueldo base, Asignación de atención primaria municipal, Asignación de responsabilidad directiva, Asignación por desempeño en condiciones difíciles, Asignación de zona, Asignaciones especiales transitorias y Asignación anual de mérito. Conceptos que, por supuesto, varían significativamente entre los profesionales y médicos especialistas que se puedan contratar a lo largo del país.

El segundo alcance es el hecho de que las remuneraciones se incrementan durante los meses de marzo, junio, septiembre y diciembre según la Ley de metas sanitarias N°19.937 y existen bonificaciones según la Ley de asignaciones y bonificaciones del sector salud N°19.490.

5.5.3. RECURSOS FÍSICOS E INFRAESTRUCTURAS

El segundo aspecto que se estudió en la estimación de recursos, fueron los recursos físicos e infraestructuras que se requieren en la Red Asistencial a nivel nacional de manera tal que niños y niñas con condiciones mentales, puedan acceder a las prestaciones de las cuatro etapas del rediseño.

En la subsección anterior se expusieron los lugares idóneos dónde deberían ejecutarse las cuatro etapas de la propuesta de rediseño, las cuales se resumen en la Figura 19.



Figura 19. Lugar idóneo dónde se deberían llevar a cabo las etapas de Detección, Estimulación Temprana, Diagnóstico e Intervención, Elaboración propia

Se observa en la figura que, para todas las etapas del rediseño, se contempla que las atenciones a la población infantil sean llevadas a cabo en centros de salud de atención primaria o en su lugar en hospitales en el caso de las etapas de Diagnóstico e Intervención, esto porque, en estas etapas se contempla las atenciones de Médicos Especialistas quienes comúnmente atienden en estos tipos de establecimientos.

Actualmente, la cantidad total de centros asistenciales de salud al año 2018, supera los 2700 a nivel nacional, siendo estos de distintos tipos, capacidad y de nivel de complejidad (primaria, secundaria y terciaria). En la Tabla 39 se muestra la cantidad de centros asistenciales de salud por tipo y nivel de atención al año 2018.

Tipo de Centro Asistencial de Salud	Nivel de Atención	Cantidad
Centro Comunitario de Salud Familiar (CECOSF)	Primario	267
Clínica Dental Móvil	Primario	30
Consultorio de Salud Mental (COSAM)	Secundario	90
Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU)	Primario	240
Centro de Referencia de Salud	Secundario	10
Centro de Salud Familiar (CESFAM)	Primario	573
Consultorio	Primario	15
Hospitales	Terciario	187
Hospitales de Campaña	-	9
Postas de Salud Rural (PSR)	Primario	1162
Servicio de Atención Primaria de Urgencia de Alta Resolutividad (SAR)	Primario	45
Otros	-	91

Tabla 39. Cantidad de centros asistenciales de salud por tipo al año 2018, Elaboración propia (en base a información del Departamento de Estadísticas e Información de Salud, Ministerio de Salud 2018)

En el caso de los centros de salud de atención primaria²⁴, existen distintos tipos de establecimientos como se observa en la Tabla 39; están los CESFAM,

²⁴ Los centros de salud de atención primaria son administrados normalmente por las municipalidades, sin embargo, existen algunos casos en que los Servicios de Salud son los encargados de administrarlos.

CECOSF, PSR, entre otros, donde todos ellos tienen como foco de brindar atención ambulatoria a la población.

No obstante, no todos los Centros de Salud Primaria tienen el mismo enfoque de atención, por ejemplo, en el caso de los CESFAM estos proporcionan cuidados básicos, con acciones de promoción, prevención, curación, tratamiento, cuidados domiciliarios y rehabilitación de salud. En cambio, los CECOSF brindan atenciones básicas de salud y dependen de establecimientos más grandes como CESFAM para prestaciones más complejas. Mientras que las PSR, brindan atención a la población en zonas rurales, derivando a otros establecimientos de la Red Asistencial en el caso de que las situaciones no puedan ser resueltas en dicho nivel.

Cabe destacar, que los CESFAM son los establecimientos que actualmente lideran las atenciones que se les realizan a los niños y niñas periódicamente durante su crecimiento, esto debido a que asisten a la población infantil que vive tanto en zonas urbanas como rurales y, asimismo, poseen equipos de cabecera más completos que los otros establecimientos, para atender a la población según sus necesidades. Como se muestra en la Tabla 39, existen a nivel nacional 573 CESFAM y, entre Postas de Salud Rural y consultorios hay 1.170 establecimientos, al año 2018.

De esta manera, existen 573 establecimientos donde se podrían llevar a cabo las etapas de Detección, Estimulación Temprana, Diagnóstico e Intervención, y hay 187 hospitales donde se podrían brindar atenciones de Médicos Especialistas correspondientes a las etapas Diagnóstico e Intervención.

Por otro lado, el número de MADIs que existen a nivel nacional es otro dato necesario con el cual contar dado que, se requieren estos espacios para la etapa de Estimulación Temprana.

En la Tabla 40 se muestra la cantidad de MADIs existentes al año 2018, las cuales son 1.278 a nivel nacional, sin embargo, las salas de estimulación que se encuentran en los centros de salud de atención primaria son las relevantes para la propuesta de rediseño, de las cuales existen en Chile un total 752.

Tipo de Modalidad de Apoyo al Desarrollo Infantil	Cantidad
Atención Domiciliaria de Estimulación	160
Sala de Estimulación	752
Sala Itinerante de Estimulación	366

Tabla 40. Cantidad de Modalidades de Apoyo al Desarrollo Infantil año 2018, Elaboración propia (en base a información brindada por el Ministerio de Desarrollo Social)

En esta parte, no se profundizará en el costo de los establecimientos que se necesitan para la ejecución de las cuatro etapas del rediseño, ya que esta, no considera la creación de nuevos establecimientos como CESFAM a nivel nacional.

No obstante, si es importante ahondar en las vías que existen para financiar las MADI, los cuales son los programas FIADI y PADBP.

Por un lado, el FIADI del Ministerio de Desarrollo Social, permite financiar servicios itinerantes de estimulación, atenciones domiciliarias de estimulación, ludotecas y salas de estimulación en sedes comunitarias.

La segunda vía de financiamiento es a través de los recursos del PADBP que, por medio de un convenio de transferencia entre el Ministerio de Desarrollo Social y el Ministerio de Salud, permite la implementación de salas de estimulación ubicadas en los centros de salud.

En la Tabla 41, se observa que de las MADI vigentes al año 2018, un 65% tienen un tipo de financiamiento Mixto, es decir, que reciben recursos desde el PADBP y el FIADI, un 15% son financiadas por el FIADI y el 20% por el PADBP.

Dado que el PADBP solo financia salas de estimulación, a partir de la información de la Tabla 40 y 41, se tiene que solo 251 de las 752 Salas de Estimulación reciben únicamente financiamiento desde el PADBP.

Tipo de Financiamiento Modalidades de Apoyo al Desarrollo Infantil	Cantidad	Porcentaje
FIADI	192	15%
Mixto	835	65%
PADBP	251	20%

Tabla 41. Tipo de Financiamiento por Modalidad de Apoyo al Desarrollo Infantil año 2018, Elaboración propia (en base a la información brindada por el Ministerio de Desarrollo Social)

En base a lo anterior, eventualmente se requeriría una mayor disponibilidad de Salas de Estimulación ante la incorporación de nuevos profesionales y médicos especialistas a la dotación en los establecimientos de salud. ya que, con este incremento, un mayor porcentaje de niños y niñas con condiciones de salud mental tendrá la opción de demandar las atenciones de estos y se necesitará una infraestructura consecuente para entregar dichas ayudas.

5.5.4. ESTIMACIÓN DE LA POBLACIÓN INFANTIL BENEFICIADA

El cálculo de los potenciales beneficiados con la propuesta de rediseño se realizó en dos partes, la primera, dónde se cuantificó la cantidad de atenciones que puede brindar un equipo compuesto por los 15 profesionales y Médicos especialistas, y la segunda, la cantidad de niños que asistirían a estas atenciones y, en consecuencia, se verían beneficiados.

De esta manera, la cantidad potencial de atenciones que se pueden obtener en un año, de contar con estas 15 personas en la dotación serían, en la etapa de Detección 3.300 detecciones, en la Estimulación Temprana 11.000 sesiones, en el Diagnóstico 6.000 atenciones diagnósticas y, por último, en la Intervención 16.750 terapias.

Lo anterior suma un total de 37.050 atenciones entre los 15 profesionales y médicos que participan de las cuatro etapas del rediseño, lo que fue calculado con los siguientes supuestos:

1. Tanto los profesionales como los médicos especialistas contratados trabajan jornada completa, es decir, 44 horas por semana, a excepción de uno de los Kinesiólogos(as) quien cumple 22 horas
2. Cada día de la semana, los profesiones y médicos tiene aproximadamente 8 horas hábiles para atender a niños y niñas
3. Las atenciones realizadas por ellos tienen una duración promedio tal como se muestra en la Tabla 42 para cada etapa del rediseño

Etapa	Profesional o Médico especialista	Tiempo promedio de la atención
Detección	Médico o Enfermero(a)	60 minutos
Estimulación Temprana	Terapeuta Ocupacional	30 minutos
	Psicopedagogo(a)	
	Fonoaudiólogo(a)	
	Kinesiólogo(a)	
Diagnóstico	Médico general	60 minutos
	Neurólogo(a), Neuropsiquiatra infantil, Psiquiatra o Pediatra	
	Terapeuta Ocupacional	
	Psicólogo(a)	
	Fonoaudiólogo(a)	
Intervención	Kinesiólogo(a)	45 minutos
	Psiquiatra	
	Psicólogo	
	Terapeuta Ocupacional	
	Fonoaudiólogo(a)	
	Psicopedagogo(a)	

Tabla 42. Tiempo promedio de las atenciones de profesionales y Médicos especialistas en cada etapa de la propuesta de rediseño, Elaboración propia

4. La cantidad de días disponibles que tienen los profesionales y Médicos especialistas para que lleven a cabo sus atenciones son 250 días²⁵ por año

Para realizar la segunda parte de la estimación de beneficiarios, se utilizaron los siguientes supuestos:

1. La cantidad de niños y niñas beneficiarias de ChCC es proporcional entre una y otra edad. Así, por cada niño beneficiario entre 0 y 1 años, hay uno que tiene entre 1 y 2 años, otro que tiene entre 2 y 3 años, etc.
2. En la etapa de Detección se considera que niños y niñas entre 0 y 9 años no asisten con la misma frecuencia a controles de salud, sino que, niños y niñas entre 0 y 1 año asisten a siete controles al año, niños y niñas entre 1 y 2 años asisten a tres controles por año y, niños entre 3 y 9 años asisten a un control al año (esto en función a lo expuesto en la

²⁵ Este número de días hábiles es el que tendrá el año 2019

- Tabla 15). Entonces, por cada 17 atenciones que se realizan, la cantidad de beneficiarios es 9 niños o niñas
3. Los niños y niñas que asisten a salas de estimulación tienen un rango de tiempo asignado para asistir dependiendo del control desde que se le haya derivado (ver Tabla 27), sin embargo, se toma que como promedio el rango de tiempo que se les asigna a los niños son 6 meses
 4. Aquellos niños y niñas que son derivados a salas de estimulación tienen acceso a sesiones con los 4 profesionales que componen el Equipo Multidisciplinario, y la frecuencia de estas por profesional será de 1 por semana, con un máximo de 4 por mes. Se llega entonces a que cada 16 sesiones que se realizan, 1 niño se ve beneficiado por mes y, por consiguiente, cada 96 atenciones que efectúan los profesionales y médicos especialistas, 1 niño se ve beneficiado
 5. En la etapa del Diagnóstico, niños y niñas pueden llegar a recibir atenciones tanto de médicos generales, médicos especialistas y el Equipo Multidisciplinario. No obstante, para el cálculo solo se consideran las ejecutas por el Médico especialista y el Equipo multidisciplinario, esto debido a que, entre ambos realizan la atención diagnóstica integral, con lo que por cada 5 atenciones que se realicen 1 niño o niña se ve beneficiado
 6. En la etapa de Intervención, niños y niñas asisten con distinta frecuencia a los profesionales, 1 vez por semana con Terapeutas Ocupacionales, Fonoaudiólogos(as), Psicopedagogos(as) y Psicólogos(as) (4 atenciones máximo por mes con cada uno), y 2 veces al mes con Neuropsiquiatra Infantil
 7. El rango de tiempo del Plan de Intervención es de 12 meses, dado que la estimación de recursos está pensada para 1 año
 8. Se considera que no todos los niños y niñas entre 0 y 9 reciben el mismo tipo de plan de intervención y, por lo tanto, no acceden a los cinco profesionales y médicos especialistas disponibles en esta etapa al mismo tiempo. Dado esto, se separan las intervenciones disponibles entre las que brinda el Neuropsiquiatra infantil, el Psicólogo(a) y los otros 3 profesionales juntos
 9. Las intervenciones que realiza el Neuropsiquiatra infantil están dirigidas a niños y niñas entre 5 y 9 años, mientras que el Psicólogo atiende a niños de todas las edades, pero con foco en el mismo rango etario
 10. Un niño que asiste al Neuropsiquiatra infantil también asistirá a terapias con un Psicólogo(a), obteniendo de esta manera 6 sesiones al mes entre ambos
 11. En el caso de los niños que van con Terapeutas ocupacionales, Fonoaudiólogos(as) y Psicopedagogos(as), lo hacen en el mismo rango de tiempo de derivación que tuvieron, por lo que, de cada 3 atenciones

del total que sean realizadas por estos 3 profesionales, 1 niño se ve beneficiado

Finalmente, los niños y niñas que se ven beneficiados por cada etapa, gracias a un grupo de 15 profesionales y médicos especialistas, es de aproximadamente 1747 en la etapa de Detección, 115 en Estimulación Temprana, 1000 en Diagnóstico y 177 en la etapa de Intervención.

5.5.5. ESTIMACIÓN DE RECURSOS MONETARIOS

Considerando los distintos aspectos anteriormente planteados, se generó una estimación de los recursos monetarios que se deberían destinar a ChCC de manera de integrar el rediseño de procesos propuesto a nivel nacional, para la atención integral de la población infantil con condiciones de salud mental.

El primer cálculo realizado fue respecto al costo que significaría integrar el grupo de 15 profesionales y médicos especialista a un centro de salud primaria y a un hospital. Este costo se observa en la Tabla 43, dónde el valor llega a aproximadamente \$273.000.000 CLP al año.

Profesional o Médico especialista	Renta Bruta Promedio en un año	Cantidad de profesionales	Costo Total
Médico General	\$47.914.464	1	\$47.914.464
Enfermero(a)	\$13.555.812	1	\$13.555.812
Kinesiólogo(a)	\$11.985.732	2	\$17.978.598
Terapeuta Ocupacional	\$13.953.180	3	\$41.859.540
Fonoaudiólogo(a)	\$13.169.952	3	\$39.509.856
Neuropsiquiatra Infantil	\$52.833.216	1	\$52.833.216
Psicólogo(a)	\$15.061.488	2	\$30.122.976
Psicopedagogo(a)	\$14.586.048	2	\$29.172.096
Total		15	\$272.946.558

Tabla 43. Costo total anual por rentas brutas de profesionales y médicos especialistas de la propuesta de rediseño, Elaboración propia

Sin embargo, en esta estimación de recursos monetarios, no se opta por extrapolar el costo que significa contar con este grupo de 15 profesionales y médicos especialistas, a la cantidad que hay de centros de salud de atención primaria o de CESFAM a nivel nacional. Ya que, el valor sería superior a \$150.000 millones de CLP (aproximadamente 3 veces el presupuesto total de ChCC del año 2018), en el caso que cada CESFAM incorporara a su dotación estas 15 personas.

En cambio, se opta por estimar cual sería el costo de integrar la propuesta de rediseño en 2 fases, en un intervalo de 2 a 3 años entre ambas. La primera, una fase piloto, dónde se integra el grupo de 15 profesionales y médicos especialistas en cada uno de los 29 Servicios de Salud y, en la segunda fase, dónde aumenta la dotación en ciertos Servicios de Salud que tienen bajo su

jurisdicción 2 o más comunas que pertenecen al grupo de 55 comunas más pobladas²⁶ del país (ver Anexo 11).

La primera fase necesitaría alrededor de \$7.916.000.000 CLP y beneficiaría aproximadamente a 50.600 niños y niñas con detecciones, 3.300 podrían recibir estimulaciones tempranas, 29.000 recibirían atenciones diagnósticas integrales y 5.130 niños accederían a una intervención, gracias al equipo de 15 profesionales y médicos especialistas distribuidos en los distintos establecimientos asociados a un Servicio de Salud.

Para la segunda fase, se necesitaría aproximadamente \$15.012.000.000 CLP, y beneficiaría a alrededor de 96.000 niños con detecciones, 6.320 con estimulaciones tempranas, a 55.000 con diagnósticos integrales y a 9.700 con intervenciones.

En la Tabla 44, se presenta la estimación realizada en recursos y beneficiarios potenciales para la propuesta de rediseño, dónde la posible implementación podría realizarse en 2 fases.

Estimación	Fase I	Fase II
Recursos	\$7.915.450.182	\$15.012.060.690
Beneficiados con Detección	50.663	96.085
Beneficiados con Estimulación Temprana	3.335	6.325
Beneficiados con Diagnóstico	29.000	55.000
Beneficiados con Intervención	5.133	9.735

Tabla 44. Estimación de recursos y beneficiarios en ambas fases de la supuesta implementación de la propuesta de rediseño, Elaboración propia

Dado que los programas PADBP y PASMI recibirían su presupuesto de manera separada para la integración de la propuesta de rediseño de procesos (ver Figura 21), el presupuesto adicional que se le debería brindar al PADBP para que ejecute las etapas de Detección y Estimulación Temprana, sería de \$2.645.030.724 CLP en la Fase I, y \$5.016.437.580 CLP en la Fase II. Al PASMI, por otro lado, se le debería brindar un presupuesto adicional igual a \$5.270.419.458 CLP en la Fase I y \$9.995.623.110 CLP en la Fase II.



Figura 20. Programas del componente de salud dónde se ejecutan las etapas de Detección, Estimulación Temprana, Diagnóstico e Intervención, Elaboración propia

²⁶ Las comunas más pobladas del país corresponden a aquellas con más de 100.000 habitantes según el CENSO 2017.

La idea de que la propuesta de rediseño sea implementada en dos fases, inicialmente, es que en el intervalo de tiempo entre ambas (2 a 3 años²⁷) permitiría, por un lado, estudiar los distintos indicadores de los programas y se podría analizar si el enfoque que se está aplicando está obteniendo los resultados esperados, o si se alcanzó a proveer con la oferta de profesionales las prestaciones que la población infantil con condiciones mentales requería, se analizarían los recursos físico utilizados, si dieron abasto, además, este intervalo permitiría escalar gradualmente a un nuevo y mayor presupuesto tras la implementación de la segunda fase.

Se obtiene que, para la implementación de la fase piloto de la propuesta de rediseño, se le deberían brindar \$2.645.030.724 CLP al PADBP, aproximadamente 1/6 adicional a su presupuesto para el año 2018 y, \$5.270.419.458 CLP al PASMI, aproximadamente 5 veces el presupuesto que tiene al año 2018. Dónde se verían beneficiados durante un año 3.300 niños y niñas con estimulaciones tempranas y, 5130 niños y niñas recibirían la intervención integral que requieren.

Finalmente, cabe destacar que esta estimación de recursos monetarios es escalable para otras fases donde, por ejemplo, se considere incorporar el equipo de 15 profesionales a las siguientes 45 comunas con mayor población, abarcando en ese punto a 100 comunas del país, para luego alcanzar en algún momento, de existir la demanda y la disponibilidad de profesionales, las 346 comunas de Chile. De alcanzar esto, se le brindarían a niños y niñas con condiciones de salud mental las atenciones que requieren y así, darles la oportunidad de mejorar su pronóstico inicial y, entregarles las herramientas y acompañamiento para que tengan una mejor calidad de vida en su futuro.

²⁷ Rango de tiempo considerado para que en el caso de que la Fase I de la propuesta del rediseño sea implementada el 2020, antes o durante el 2025 el Estado le brinde las atenciones que requiere la población infantil según sus condiciones de salud mental, a través de las cuatro etapas.

6. CONCLUSIONES

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

Resaltan positivamente las prestaciones que brinda el PADBP con controles de salud, evaluaciones de desarrollo y las atenciones en Modalidades de Apoyo al Desarrollo Infantil (MADI) hacia niños o niñas que presentan rezagos, riesgos, retrasos en su desarrollo o riesgo psicosocial. Del PASMI, por otro lado, resalta el apoyo que este le brinda a los niños que poseen problemas o trastornos mentales, a quienes les da acceso a atenciones diagnósticas, y asimismo le brinda atenciones terapéuticas a niñas y niños diagnosticados con ciertas condiciones de salud mental.

Se identifica un amplio potencial en ambos programas para que puedan integrar nuevas acciones con el objetivo de atender a la población infantil con condiciones de salud mental. Por un lado, el PADBP apoya a niños entre 0 y 5 años que poseen rezagos, riesgos o retrasos en su desarrollo, dándoles la posibilidad de asistir a las distintas MADI que se encuentran disponibles a nivel comunal. Sin embargo, para condiciones de salud más severas, como problemas y trastornos mentales que pueden evidenciarse a temprana edad, por ejemplo, los Trastornos del Espectro Autista (TEA), el acceso a MADI no está estipulado y solo está disponible para ciertos casos dónde los centros de salud primaria tienen los recursos monetarios suficientes para contratar profesionales específicos.

Por otro lado, el PASMI brinda tratamiento a niños y niñas entre 5 y 9 años que han sido diagnosticados con trastornos por comportamiento disruptivo, trastornos ansiosos y afectivos, excluyendo otras condiciones de salud mental que puede poseer la población infantil y, además, deja de lado a la población entre 0 y 4 años quienes también pueden poseer estas características.

Dado esto, el proyecto se centra en realizar un rediseño al proceso a través del cual el Subsistema ChCC le brinda atenciones a la población infantil que pueden poseer condiciones de salud mental, sin importar la edad en que se les detecte, las atenciones que requieran a temprana edad, las características de la condición y las intervenciones a las que deban acceder.

El proyecto no se plasmó en el Programa de Salud Mental Integral (PSMI) de la atención primaria porque, ChCC tiene una serie de ventajas con respecto a la población infantil. Entre ellas, que gracias al PADBP se le realiza un acompañamiento a toda esa población durante su desarrollo, dónde además de aplicárseles ciertas pruebas durante su desarrollo, también se les puede detectar de manera temprana condiciones de salud mental. Asimismo, el PADBP les brinda atenciones tempranas a niños con rezagos, riesgos o retrasos en su desarrollo con las MADI, lo que se podría extrapolar a condiciones de salud mental. Por otro lado, ChCC ya tiene implementado el PASMI, el cual, a pesar de no brindar las atenciones que se esperaría, presenta un antecedente que muestra que el Subsistema es capaz de entregarle atenciones diagnósticas y complementarias a niños y niñas con problemas o trastornos mentales apoyando, actividad que actualmente realiza el PSMI, pero, que no es suficiente ante la demanda actual y la que se prevé para el futuro.

Ante estas premisas, y el hecho de que las personas con condiciones de salud mental a cualquier edad necesitan un amplio apoyo si lo que se desea es mejorar su pronóstico y calidad de vida, se rediseñó el proceso de atención para la población infantil en cuatro etapas: Detección, Estimulación Temprana, Diagnóstico e Intervención.

La primera etapa, denominada Detección, tiene la participación de profesionales del área de salud, Médicos y Enfermeros(as) quienes ejecutan los distintos controles de salud a niños y niñas durante su desarrollo. En estos controles, actualmente, se realizan una serie de evaluaciones para medir el desarrollo psicomotor, entre otros aspectos de la población infantil, no obstante, podrían existir pruebas adicionales a las que están estipuladas para complementar la detección de condiciones a temprana edad, entre 0 y 4 años y, dado que no existen controles específicos para detectar condiciones de salud mental en niños y niñas entre 5 y 9 años, podrían estipularse otros.

Dado esto, la Detección contempla que, en los controles de salud, aplicados por uno de los dos profesionales, en los centros de atención de primaria, se apliquen pruebas adicionales tras la detección de retrasos o condiciones de salud mental, de manera tal que el posterior diagnóstico se tenga un antecedente más claro de qué es lo que tiene el niño o niña. Esta etapa no requiere de profesionales diferentes a los que ya trabajan realizando los controles, sin embargo, la correcta aplicación de instrumentos dependerá de ellos y mientras más asertivas sean estas, mayores posibilidades tendrán ellos de brindarle a los padres del niño o niña un antecedente más claro de las características de sus hijos o hijas, lo que beneficiará su posterior estimulación temprana, si accede a esta y, además, beneficiará su posterior diagnóstico.

Tras la Detección, la etapa que sigue es la Estimulación Temprana, dónde una vez que los niños han sido detectados con condiciones de salud mental, tengan

entre 0 y 5 años y no tengan aún un diagnóstico de la condición que poseen, podrán acceder a atenciones con profesionales del área sanitaria en salas de estimulación de los centros de atención primaria por un rango de tiempo estipulado según el control en el cual se le hayan detectado condiciones de salud mental.

La tercera etapa es el Diagnóstico, dónde niños y niñas entre 0 y 9 años podrán acceder a atenciones diagnósticas ante características de condiciones de salud mentales que se les haya detectado, ya sea, en controles de salud, o en los programas que articulan actualmente al PASMI (HpV I, PSC, etc.). Estas atenciones diagnosticas, se realizará en dos partes, la primera ejecutada por un médico especialista del área de psiquiatría quién tras realizar un diagnóstico derivará al niño o niña a un equipo multidisciplinario para complementar el diagnóstico inicial. El equipo multidisciplinario, compuesto por un Psicólogo(a), un Fonoaudiólogo(a), un Kinesiólogo(a) y un Terapeuta Ocupacional, tendrán la tarea de complementar el diagnóstico inicial, de manera tal de identificar lo que necesita el niño o niña para su posterior intervención.

La última etapa, denominada Intervención, tiene como objetivo brindarle a la población infantil entre 0 y 9 años que haya sido diagnosticada con problemas o trastornos mentales la atención que requieren dadas las características que poseen. A través del PASMI, se proveerá una serie de profesionales entre los cuales se encuentran Psicólogos(as), Fonoaudiólogos(as), Psicopedagogos(as), Terapeutas Ocupacionales y médicos especialistas del área de psiquiatría quienes, dependiendo del problema o trastorno detectado, le brindarán las atenciones que requieren los niños por el rango de tiempo que se haya estipulado en la atención diagnóstica.

Las etapas de Diagnóstico e Intervención deberían desarrollarse en los centros de atención primaria, donde esté presente el equipo multidisciplinario, sin embargo, ante el hecho que la disponibilidad de los médicos especialistas es más común en hospitales, cabe la posibilidad que una parte de la atención diagnóstica y de las intervenciones sea ejecutada en estos establecimientos.

Para evaluar estas etapas, se establecieron indicadores de resultado, los cuales tienen como objetivo medir como es la evolución de la población infantil gracias a las atenciones que se les brindan, Se espera que con ellos posteriormente se puedan tomar decisiones respecto a la disponibilidad de recursos humanos y físicos por parte del Subsistema a medida que se integre la propuesta en el país.

En síntesis, el rediseño de procesos considera 4 etapas en las cuales niños y niñas entre 0 y 9 años accederán a atenciones que le permitan de manera temprana potenciar sus capacidades, calidad de vida y tener mejores expectativas para su futuro. Las etapas consideran en un equipo de 15

profesionales y médicos especialistas, que las atenciones sean realizadas en centros de salud primaria y en hospitales en casos específicos. Mientras que las etapas de Detección y Estimulación Temprana pertenecerán a las prestaciones del PADBP, y al PASMI las prestaciones del Diagnóstico y la Intervención.

Para la estimación de recursos monetarios, se procedió primero a calcular cuantas atenciones brindarían un grupo de 15 profesionales durante un año de ser integrado a un Servicio de salud, llegando a que se ejecutarían 48.300 atenciones en total, donde 3.300 corresponderían a detecciones, 11.000 sesiones de estimulaciones tempranas, 6.000 atenciones diagnósticas y, 16.750 sesiones de terapias. No obstante, este número no es igual al de niños y niñas que se verían beneficiados, el cual se estimó a partir de ciertos supuestos, llegando a que durante un año 1.747 niños se verían beneficiados en la etapa de Detección, 115 en Estimulación Temprana, 1000 en Diagnóstico y 177 en la etapa de Intervención con este equipo de 15 integrantes.

Luego, la estimación de recursos monetarios se hizo considerando las rentas de los profesionales a integrar a los centros de salud, y no considerando, los recursos físicos necesarios, dado que estos últimos se presentan en gran número a nivel nacional y a partir de la demanda por atenciones junto con la disponibilidad de espacios para ejecutarlos, tendría que estudiarse la necesidad de crear nuevos establecimientos y salas de estimulación.

El costo de contar con un equipo de 15 profesionales asociado a un Servicio de Salud es de aproximadamente 273 millones de CLP al año entonces, se propone que el rediseño de procesos sea implementado en dos fases, dónde en la Fase I o Fase Piloto, se integre este equipo en cada uno de los 29 Servicios de Salud del país y, en la Fase II que aquellos Servicios de Salud que tienen bajo su jurisdicción 2 o más de las 55 comunas más pobladas del país, se encuentre integrado este equipo en cada una de ellas. Lo anterior requeriría un presupuesto adicional al actual aproximado de 7.916 millones de CLP y 15.012 millones de CLP en las Fase I y II respectivamente para los programas PADBP y PASMI que, terminaría beneficiando a cerca de 3.000 niños y niñas con estimulaciones tempranas y 5.100 con intervenciones en la Fase I y, 6.300 estimulaciones tempranas y 9.700 intervenciones en la Fase II.

Finalmente, se concluye que a pesar de que la población infantil con condiciones de salud mental no recibe las atenciones que debería en el Sistema Público de Salud, si existe el espacio de potenciar el Sistema para que se integren nuevas prestaciones a través del componente de salud de ChCC al destinarle a este, recursos adicionales. Lo anterior consideraría la aplicación de nuevos procesos en las cuatro etapas, que se traduciría en múltiples beneficiarios y en un mayor bienestar en la población infantil con problemas o trastornos de salud mental en el país.

7. RECOMENDACIONES

Habiendo presentado los resultados y conclusiones de este proyecto de rediseño de procesos en el Subsistema Chile Crece Contigo, no se puede olvidar el hecho de que hay varios factores que gatillan que este reciba o no el presupuesto adicional que requeriría para brindar las prestaciones propuestas. Entre estos factores se encuentra la agenda política del Gobierno, lo que se esté debatiendo en la agenda pública y lo que demande la sociedad civil con mayor apremio.

Entonces, ¿por qué en este proyecto se propone que el Estado invierta en este segmento de la población, cuando hay otros grupos de personas, comunidades y sectores con otros problemas y los mismos o menores apoyos?

Las razones pueden ser variadas, desde que es lo mínimo que tiene que hacer el Estado si se comprometió a darle las mismas oportunidades a toda la población infantil o bien porque, son múltiples las consecuencias negativas que pueden sufrir niños y niñas con condiciones de salud mental al tener falta de apoyo o porque, como se expuso anteriormente, de brindarle de manera precoz herramientas a la población infantil con estas características podrán tener un bienestar temprano y mejor calidad de vida junto a sus familias.

De la misma manera, no hay que olvidar que una de las razones que fundamentaron en un principio la inversión en el Subsistema, fue el hecho de que invertir en primera infancia y la intervención temprana presenta una alta tasa de retorno y es estratégica para el desarrollo del país. En consecuencia, si el Estado decide invertir en brindarles a niños y niñas con condiciones de salud mental las atenciones que requieren a través de ChCC, no solo se estarán potenciando las capacidades momentáneas de ellos, sino que igualmente se les estarán entregando herramientas para su futuro.

Entonces sí, este proyecto recomienda invertir en el segmento de la población infantil con condiciones de salud mental del país, porque, más allá de las consecuencias negativas que podría traer el no hacerlo, invertir directamente en ellos traerá consigo mejores expectativas para su futuro y un mayor bienestar para la sociedad de Chile, dado que como se ha dicho innumerables veces, los niños y las niñas son el futuro, es decir, ellos son el futuro de todos.

8. BIBLIOGRAFÍA

Autismo La Garriga. (2016). Qué es el autismo. Recuperado de <https://www.autismo.com.es/autismo/que-es-el-autismo.html>

Banco Integrado de Programas Sociales. (2016). Piloto Salud Mental. Recuperado de <http://www.programassociales.cl/programas/59213/2016/3>

Banco Integrado de Programas Sociales. (2018). Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial – ChCC. Recuperado de <http://www.programassociales.cl/programas/63583/2018/3>

Banco Integrado de Programas Sociales. (2018). Fondo de Intervenciones de Apoyo al Desarrollo Infantil – ChCC. Recuperado de <http://www.programassociales.cl/programas/1330/2018/3>

Banco Integrado de Programas Sociales. (2018). Guía de Programas Sociales del Estado de Chile. Recuperado de <http://www.programassociales.cl/programas>

Banco Integrado de Programas Sociales. (2018). Habilidades para la Vida. Recuperado de <http://www.programassociales.cl/programas/571/2018/3>

Banco Integrado de Programas Sociales. (2018). Habilidades para la Vida II. Recuperado de <http://www.programassociales.cl/programas/575/2018/3>

Banco Integrado de Programas Sociales. (2018). Programa Apoyo a la Atención en Salud Mental. Recuperado de <http://www.programassociales.cl/programas/59213/2018/3>

Banco Integrado de Programas Sociales. (2018). Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil – ChCC. Recuperado de <http://www.programassociales.cl/programas/60312/2018/3>

Banco Integrado de Programas Sociales. (2018). Programa de Apoyo al Recién Nacido– ChCC. Recuperado de <http://www.programassociales.cl/programas/60637/2018/3>

Banco Integrado de Programas Sociales. (2018). Subsidio de Discapacidad Mental. Recuperado de http://www.programassociales.cl/programas_otrasinic/59972/2018/4

Bardón, C. (2005). Los trastornos mentales graves en la infancia y en la adolescencia. *Interrogant*. (6), 8-15.

Canal Bedia, R., García Primo, P., Touriño Aguilera, E., Cilleros, M., Victoria, M., Ferrari, M., ... & Fuentes Biggi, J. (2006). La detección precoz del autismo. *Psichosocial Intervention*, 15(1), 29-47.

Carneiro, P. M., & Heckman, J. J. (2003). Human capital policy (No. w9495). National Bureau of Economic Research

Centro de Atención Especializado al niño y adolescente. (2018). Tipos de trastornos en la infancia / trastornos psicológicos/psiquiátricos en la infancia. Recuperado de <http://www.psiquiatriainfantilyjuvenil.es/importante-2/tipos-de-trastornos-en-la-infancia/>

Chile Crece Contigo. (2013) ¿Qué es Chile Crece Contigo?. Santiago, Chile.: Autor

Chile Crece Contigo. (2017). Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil de niños y niñas de a 9 años – Gestión intersectorial y prestaciones. Santiago, Chile.: Autor

Chile Crece Contigo. (2018). ¿Qué es Chile Crece Contigo (ChCC)?. Recuperado de: <http://www.crececontigo.gob.cl/acerca-de-chcc/que-es/>

Chile Crece Contigo. (2018). Acerca de Chile Crece Contigo. Recuperado de <http://www.crececontigo.gob.cl/acerca-de-chcc/>

Chile Crece Contigo. (2018). Apoyo para una salud mental integral. Recuperado de <http://www.crececontigo.gob.cl/beneficios/apoyo-para-una-salud-mental-integral/>

Chile Crece Contigo. (2018). Programa Habilidades para la Vida Recuperado de <http://www.crececontigo.gob.cl/beneficios/programa-habilidades-para-la-vida/>

Confederación de Adolescencia y Juventud de Iberoamérica y el Caribe. (2013). DSM 5 Novedades y Criterios Diagnósticos.pdf. Recuperado de <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/DSM%205%20%20Novedades%20y%20Criterios%20Diagn%C3%B3sticos.pdf>

Corporación Ciudad Accesible. (2018). Estadísticas de Discapacidad. Recuperado de http://www.ciudadaccesible.cl/?page_id=26

Davenport, T. H. (1993). Process innovation: reengineering work through information technology. Harvard Business Press.

Definición.de. (2019). Concepto de Gestión. Recuperado de <https://definicion.de/gestion/>

Diario Oficial de la República de Chile. (2018). Decreto 14. Aprueba Reglamento del Subsistema de Protección Integral a la Infancia “Chile Crece Contigo” de la Ley N° 20.379

Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. The Milbank memorial fund quarterly, 44(3), 166-206.

Fundación Autismo Diario. (2017). La Evaluación y Detección Temprana de los Trastornos del Espectro del Autismo. Recuperado de <https://autismodiario.org/2017/03/03/la-evaluacion-y-deteccion-temprana-de-los-trastornos-del-espectro-del-autismo/>

Fundación Nacional de Discapacitados. (2018). Discapacidad en Chile. Recuperado de <http://www.fnd.cl/discapacidadenchile.html>

Harmon, P. (2003). Business process change: a manager's guide to improving, redesigning, and automating processes. Morgan Kaufmann.

Heflo. (2018). ¿Qué es la mejora de procesos?. Recuperado de [http://www.heflo.com/es/bpm\(que-es-mejora-de-procesos/](http://www.heflo.com/es/bpm(que-es-mejora-de-procesos/)

Hospital Universitario Ramón y Cajal. (2018). Prevalencia. Recuperado de http://www.hrc.es/bioest/Medidas_frecuencia_2.html

Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. (2010). Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Recuperado de <http://www.guiasalud.es/egpc/tmg/completa/index.html>

Instituto de Políticas Públicas en Salud - USS. (2017). Gasto en salud como porcentaje del PIB - IPSUSS. Recuperado de <http://www.ipsuss.cl/ipsuss/gasto-en-salud-como-porcentaje-del-pib/2017-10-31/174415.html>

Irrarázaval, M., Prieto, F., & Armijo, J. (2016). Prevención e intervenciones tempranas en salud mental: una perspectiva internacional. *Acta bioethica*, 22(1), 37-50.

ISOtools. (2017). La norma ISO 9001 2015 ¿En que se basa el ciclo PHVA?. Recuperado de <http://www.isotools.com.co/la-norma-iso-9001-2015-se-basa-ciclo-phva/>

Junta de Andalucía. (2001). Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales. Sevilla, Andalucía, España.: Autor

LA REFORMA, C. C. P. P., & DE LAS POLÍTICAS, D. I. (2006). El futuro de los niños es siempre hoy: Propuestas del concejo Asesor Presidencial para la Reforma de las Políticas de Infancia. Santiago de Chile.

Ley N° 20379 Diario Oficial de la República de Chile, Santiago, Chile, 12 de septiembre de 2009

Ley N° 20422 Diario Oficial de la República de Chile, Santiago, Chile, 10 de febrero de 2010

Maderuelo Fernández, J. A. (2002). Gestión de la calidad total: El modelo EFQM de excelencia. *Medifam*, 12(10) 41-4.

Mayorga, S. A. (2007). Maco metodológico para el desarrollo de proyectos de mejoramiento y rediseño de procesos. *AD-minister*, (10), 21-32.

Mehregan, H., Najmabadi, H., & Kahrizi, K. (2016). *Genetic Studies in Intellectual Disability and Behavioral Impairment*.

Ministerio de Desarrollo Social. (2013) Orientaciones técnicas para las modalidades de apoyo al desarrollo infantil: guía para los equipos locales

Ministerio de Desarrollo Social. (2017). Catálogo de Materiales Chile Crece Contigo. Recuperado de http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2017/10/Catalogo-de-Materiales-ChCC_2017-OK.pdf

Ministerio de Desarrollo Social. (2018). Ministerio de Desarrollo Social. Recuperado de <http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/proteccionsocial>

Ministerio de Hacienda. (2018). Evaluación de Programas e Instituciones. Recuperado de <http://www.dipres.gob.cl/597/>

Ministerio de Salud. (2011). Aprueba Programa de Atención Integral de Salud Mental en Atención Primaria. Recuperado de <https://www.araucanianorte.cl/images/PDF-WORD/RES.-PROGRAMA-N45-DE-07.02.11-SALUD-MENTAL-INTEGRAL.pdf>

Ministerio de Salud. (2011). Guía de Práctica Clínica: Detección y Diagnóstico Oportuno de los Trastornos del Espectro Autista (TEA). Santiago, Chile.: Autor

Ministerio de Salud. (2016). Discapacidad Mental en Chile. Recuperado de <https://www.camara.cl/pdf.aspx?prmID=52952&prmTIPO=DOCUMENTOCOMISION>

Ministerio de Salud. (2017). Cuaderno de Salud de niñas y niños entre 0 y 8 años. Santiago, Chile.: Autor

Ministerio de Salud. (2017). Modelo de Gestión: Red Temática de Salud Mental, como parte de la Red General de Salud. Santiago, Chile.: Autor

Ministerio de Salud. (2017). Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025. Santiago, Chile.: Autor

Ministerio de Salud. (2018). Plan de Salud 2018-2022. Santiago, Chile.: Autor

Ministerio de Salud y Seguridad Pública – República de Colombia. (2019). Gestión de la salud pública. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/Paginas/gestion-de-la-salud-publica.aspx>

National Institute of Mental Health. (2016). Trastornos del espectro autista. Recuperado de

<https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastornos-del-espectro-autista/index.shtml>

National Institute on Drug Abuse. (2017). La comorbilidad. Recuperado de <https://www.drugabuse.gov/es/temas-relacionados/la-comorbilidad>

Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A., & Rohde, L. A. (2015). Annual Research Review: a meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(3), 345-365.

Porter, M. E., (1985). *Competitive advantage: creating and sustaining superior performances*. 1985. New York: FreePress, 43, 214.

Psicodiagnosis. (2018). Autismo Clásico. Recuperado de <https://psicodiagnosis.es/areaclinica/trastornossocialesintelectuales/autismo-clasico/index.php>

Real Academia Española. (2018). Proceso. Recuperado de <http://www.dle.rae.es/?id=UFbxsxz>

Rojas González, A. A. (2014) Modelos de gestión por procesos integrados en salud. *Ene*, 8(3), 0-0.

Servicio Nacional de Discapacidad. (2015). Estudio de la discapacidad 2015. Recuperado de <http://endisc.senadis.cl/infografianinos/>

Servicio Nacional de Discapacidad. (2018). Quiénes Somos. Recuperado de <https://www.senadis.gob.cl/pag/2/1144/introduccion>

Singh, S. A. R. V. (1997). *Control de calidad total. Claves, metodologías y administración para el éxito*.

Superintendencia de Salud. (2018). Garantías Explícitas en Salud (AUGE o GES). Recuperado de <http://www.supersalud.gob.cl/difusion/665/w3-propertyvalue-1962.html>

Superintendencia de Salud. (2016). Indicadores de Calidad. Recuperado de http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/671/articles-14437_recurso_1.pdf

World Health Organization. (2004). *Prevention of mental disorders*. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/evidence/Prevention_of_mental_disorders_spanish_version.pdf

World Health Organization. (2011). *Informe mundial sobre la discapacidad*. Recuperado de http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/es/

World Health Organization. (2018). Discapacidad y salud. Recuperado de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>

World Health Organization. (2018). Discapacidades. Recuperado de <http://www.who.int/topics/disabilities/es/>

World Health Organization. (2018). Salud mental. Recuperado de http://www.who.int/topics/mental_health/es/

World Health Organization. (2018). Trastornos mentales. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/es/>

Yañez, C., & García, R. (2013). Instrumentos actuales para la medición de la bipolaridad en la infancia y adolescencia: análisis de sus aspectos metodológicos. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 51(3), 211-220.

9. ANEXOS

ANEXO 1: PROGRAMAS DEL SUBSISTEMA CHILE CRECE CONTIGO, SEGÚN POBLACIÓN Y OBJETIVOS, MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL, GOBIERNO DE CHILE (2017)

Población	Nombre	Objetivos
Programas dirigidos a toda la población	Programa Educativo	Informar, educar y sensibilizar sobre crianza respetuosa y desarrollo infantil
	Fonoinfancia	Servicio telefónico y chat gratuito de cobertura nacional que acompaña a niños, niñas y familias; en temas de crianza y desarrollo infantil
Programas dirigidos a niños(as) que se atienden en la Red Pública de Salud	Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial (PADBP)	Acompañar y seguir la trayectoria del desarrollo de niños y niñas, desde su gestación hasta los 4 años
	Programa de Apoyo al Recién Nacido(a) (PARN)	Fortalecer a través de apoyo instrumental y educación, las condiciones mínimas de cuidado adecuado del recién nacido(a)
	Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil (PASMI)	Aumentar la proporción de niños(as) entre 5 y 9 años con trastornos de salud mental que acceden a diagnóstico y tratamiento
Programas de la Red Comunal	Habilitación de Espacios Públicos para la Crianza (HEPI - Crianza)	Habilitar espacios públicos en entornos comunitarios para promover crianza respetuosa y apoyo comunitario
	Habilitación de Espacios Públicos Infantiles Comunitario (HEPI-C)	Habilitar y mejorar espacios públicos de recreación infantil y fomentar la participación social en el territorio
	Fondo de Intervenciones de Apoyo al Desarrollo Infantil (FIADI)	Apoyar el desarrollo infantil a niños y niñas con riesgo biopsicosocial y/o alteración en instrumentos de evaluación del desarrollo
	Programa de Fortalecimiento Municipal (PFM)	Apoyar la gestión de las Redes Comunes que coordinan las municipalidades para fortalecer la implementación de Chile Crece Contigo
	Centros para niños y niñas con cuidadores principales temporeros (CAHMT)	Apoyar oferta de cuidado infantil para hijos e hijas de personas que realizan labores de temporeros
Otros Programa Extensión	Programa Diagnóstico de Vulnerabilidad	Realizar un diagnóstico de la condición de vulnerabilidad de niños y niñas entre 4 y 5 años, en el nivel de educación Parvularia
	Programa de Apoyo al Aprendizaje Integral (PAAI)	Aumentar la disponibilidad de espacios y materiales de juego y estimulación en hogares de niños(as) de 4 años
	Habilidades para la Vida (HPV)	Pesquisa oportuna de problemas de salud mental y generación de clima positivo en el aula y reuniones de apoderados
	Servicios Médicos	Pesquisa y tratamiento de problemas de columna, visión y audición
	Sembrando Sonrisas	Promoción de salud oral en niños y niñas en niveles parvularios
	Salud Oral	Prevención, tratamiento y atención de urgencia en salud bucal

	Escuelas Saludables para el Aprendizaje Vida Sana Obesidad	Promoción de hábitos de vida saludable en la escuela Tratamiento a niños(as) y familias con sobrepeso u obesidad
	Salud Escolar	Control Preventivo de Salud Infantil en la Escuela y derivación a atención de salud según corresponda
Programas de soporte para la gestión	Aulas de bienestar	Estrategia cuyo objetivo es propiciar la coordinación de programas psicosociales extracurriculares

ANEXO 2: CUESTIONARIO APLICADO A PADRES Y APODERADOS DE NIÑOS DE ASPAUT

Cuestionario sobre la experiencia con el TEA en el Sistema de Salud Público chileno.

El presente cuestionario se enmarca en un trabajo de investigación de salud pública, acerca de la realidad que viven las familias al tener algún integrante de su núcleo familiar con TEA y el apoyo o acompañamiento que reciben en la atención de salud pública en Chile.

30 preguntas se consideran en este cuestionario, de las cuales algunas son dicotómicas (SI / NO) y otras de desarrollo para que escriba su respuesta.

Si no tiene suficiente espacio para responder la o las preguntas de desarrollo, lo puede hacer en la parte trasera de la hoja.

Desde ya muchas gracias por sus respuestas.

María Francisca Aserjo Rogel
Estudiante Ingeniería Civil Industrial
Universidad de Chile

Pregunta 1:

¿Qué edad tiene su hijo o hija? _____ años

Pregunta 2:

¿Se atiende en el sistema público de salud? (Marque con una X) SI / NO

Pregunta 3:

¿En qué comuna vive? _____

Pregunta 4:

¿En que Centro de Salud Familiar (CESFAM) está inscrita su familia? _____

Pregunta 5:

¿Asiste a ese Centro de Salud Familiar desde antes del nacimiento de su hijo o hija? (Marque con una X) SI / NO

Pregunta 6:

¿Conoce el Programa Chile Crece Contigo? (Marque con una X) SI / NO

Pregunta 7:

¿Recibe algún beneficio del Programa Chile Crece Contigo? (Marque con una X) SI / NO

Pregunta 8:

Si su respuesta anterior fue, SI, ¿Cuál o cuales beneficios recibe o ha recibido?

Pregunta 9:

Antes del nacimiento de su hijo o hija, ¿tuvo controles de salud en un Centro de Salud Familiar (CESFAM)? (Marque con una X) SI / NO

Pregunta 10:

¿En qué consistieron esos controles?

Pregunta 11:

¿Nació su hijo o hija en un hospital? (Marque con una X) SI / NO

Pregunta 12:

¿En qué hospital? _____

Pregunta 13:

Después de nacer, ¿su hijo o hija tuvo controles de salud en el Centro de Salud (CESFAM)? (Marque con una X) SI / NO

Pregunta 14:

¿En qué consistían esos controles? (Marque con una X todas las opciones que recuerde)

___ Atención Diada (10 días de nacido)
___ Evaluación del estado nutricional, peso, talla, etc.
___ Vacunaciones
___ Visitas domiciliarias

___ Evaluación del desarrollo psicosocial con los avances sociales, afectivos, de lenguaje y motor del niño
___ Otros

Pregunta 15:

Si marcó la alternativa OTROS, ¿Qué otras atenciones recibieron?

Pregunta 16:

Después de nacer, y a medida que creció su hijo o hija ¿recibió otros tipos de apoyo? (Marque con una X) SI / NO

Pregunta 17:

¿Qué otros tipos de apoyo recibió su hijo o hija en los controles a medida que fue creciendo?

Pregunta 18:

¿Hasta qué edad le realizaron esos controles a su hijo o hija? _____ años

Pregunta 19:

Actualmente, ¿lleva a su hijo o hija a controles al Centro de Salud Familiar (CESFAM)? (Marque con una X) SI / NO

Pregunta 20:

¿Cómo le detectó o le detectaron la condición a su hijo o hija?

Pregunta 21:

¿A qué edad se lo detectaron? _____ años

Pregunta 22:

¿A dónde acudió tras la detección de la condición de su hijo o hija? _____

Pregunta 23:

¿Allí le realizaron el diagnóstico? (Marque con una X) SI / NO

Pregunta 24:

Si su respuesta anterior fue NO, ¿dónde le realizaron el diagnóstico?

Pregunta 25:

¿Fue al CESFAM tras la detección o diagnóstico de su hijo o hija? (Marque con una X) SI / NO

Pregunta 26:

¿Le ofrecieron apoyo de algún tipo? (Marque con una X) SI / NO

Pregunta 27:

Si la respuesta anterior fue SI, ¿en qué consistió dicho apoyo?

Pregunta 28:

¿Lo derivaron a otro centro asistencial? (Marque con una X) SI / NO

Pregunta 29:

¿A qué centro asistencial?

Pregunta 30:

¿Cuáles fueron sus opciones para apoyar a su hijo o hija en ese momento?

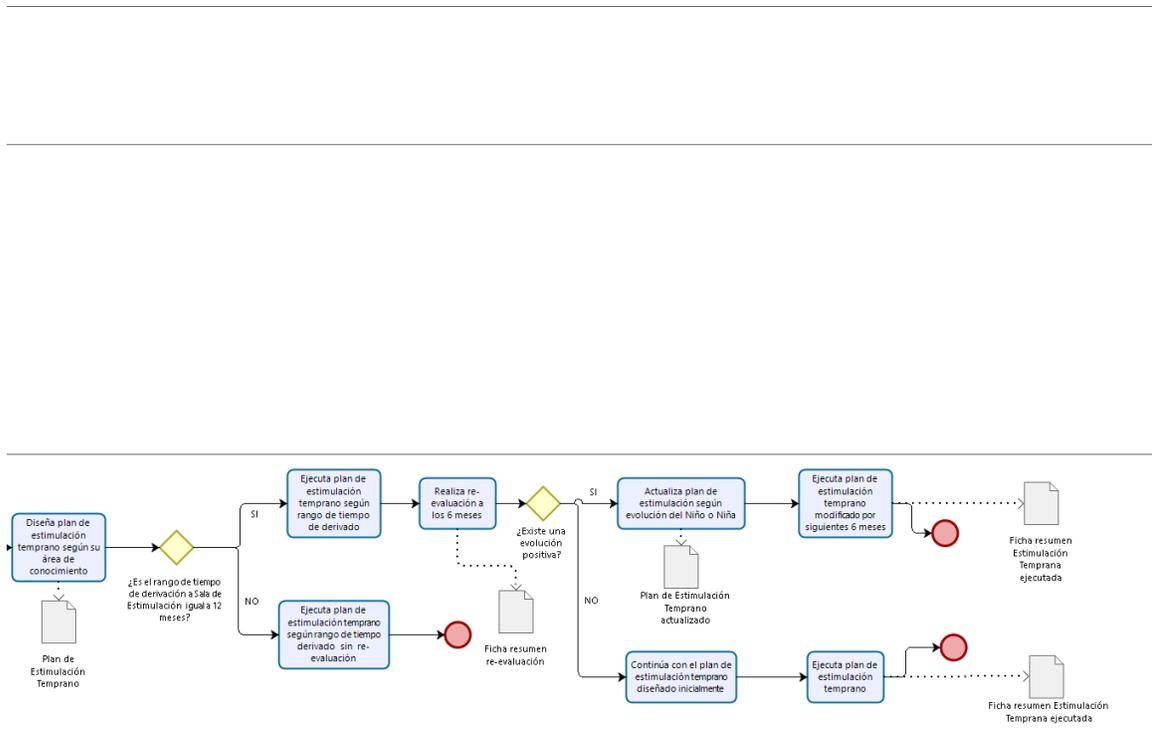
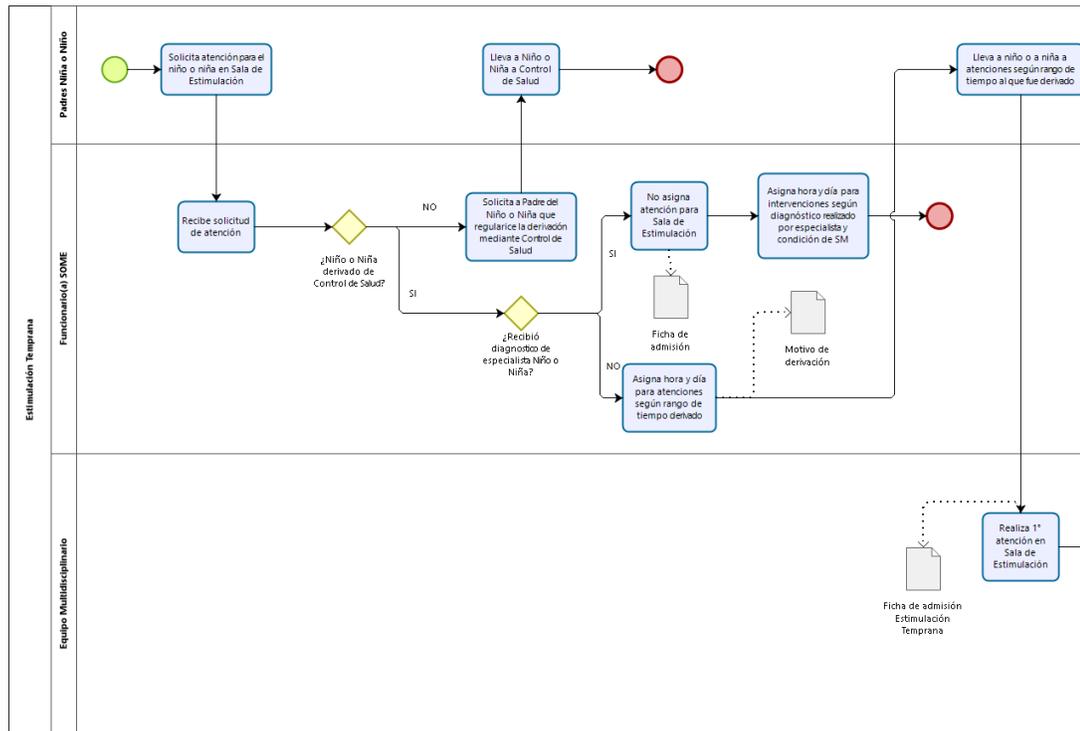
ANEXO 3: CARACTERÍSTICAS ATENCIÓN DEL PASMI Y PSMI A LA POBLACIÓN INFANTIL DE 5 A 9 AÑOS, MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL, GOBIERNO DE CHILE

Características	PASMI	PSMI
Tiempo de sesiones	Sesiones de límite flexible aproximadamente de 30 minutos	Sesiones de 45 a 60 minutos
Severidad de los problemas de Salud Mental	Leve a moderado	Severo y/o refractaria
Comorbilidad	No	Si
Prevención e intervención temprana	Mayoría	Escasa
Foco del tratamiento	Problemas específicos y con objetivos	Múltiples problemas y diversos objetivos
Periodo de tratamiento	Breve, menor número de sesiones	Largo, más número de sesiones
Periodo del seguimiento	Continuidad del cuidado, seguimiento según necesidad a través de la infancia	Seguimiento y/o cierre de casos una vez completado el tratamiento
Rol del o los profesionales tratantes del equipo	Múltiples roles: terapeuta, gestor de caso, consejero, activador de la red comunal	Rol individual como terapeuta pero también podría tener múltiples roles
Comunicación con el equipo de cabecera o equipo de salud del niño o niña	El equipo tratante es parte del equipo cabecera o de la red comunal, se realizan reuniones, discusiones de casos, estudio de familia, entre otros (importante contar con asistente social)	La comunicación con el equipo de APS se tiende a realizar mediante consultorías. A nivel interno se realizan reuniones de equipo, discusiones de casos, entre otros. (importante contar con asistente social)
Comunicación con la escuela	Comunicación con equipo de HpV JUNAEB y Convivencia escolar	Comunicación con los profesionales de trato directo del niño(a) (profesores, PIE, etc.) Sobre las formas de evaluar, certificados de especialidad, certificados médicos para inasistencias. Contacto: Equipo de convivencia, orientador(a), psicólogo(a)
Equipo tratante	Multiprofesional	Multiprofesional
Activación de la red comunal	Siempre que sea necesario a través de encargado de la red y del registro en el SDRM	Siempre que sea necesario a través de encargado de la red
Tipos de intervenciones	Sesiones de evaluación, PTI, sesiones familiares, taller de competencias parentales, apoyo social, sesiones individuales, sesiones de juego grupal, consejerías, entrevista a profesores, consultorías en salud mental, visita domiciliaria, consejería familiar, visitas o contactos de seguimiento/ rescate, incorporación a grupos de autoayuda adultos, entre otras	Sesiones de predominio individual y familiar, PTI, psicodiagnóstico clínico, psicoterapia individual y grupal, evaluación psiquiatra, evaluación e intervención por otros profesionales, talleres grupales, visita domiciliaria, visita establecimientos educacionales, trabajo intersectorial. Trabajo intersectorial especialmente con área Justicia, Sename (OPD, infractores de ley), SENDA, Educación, etc.

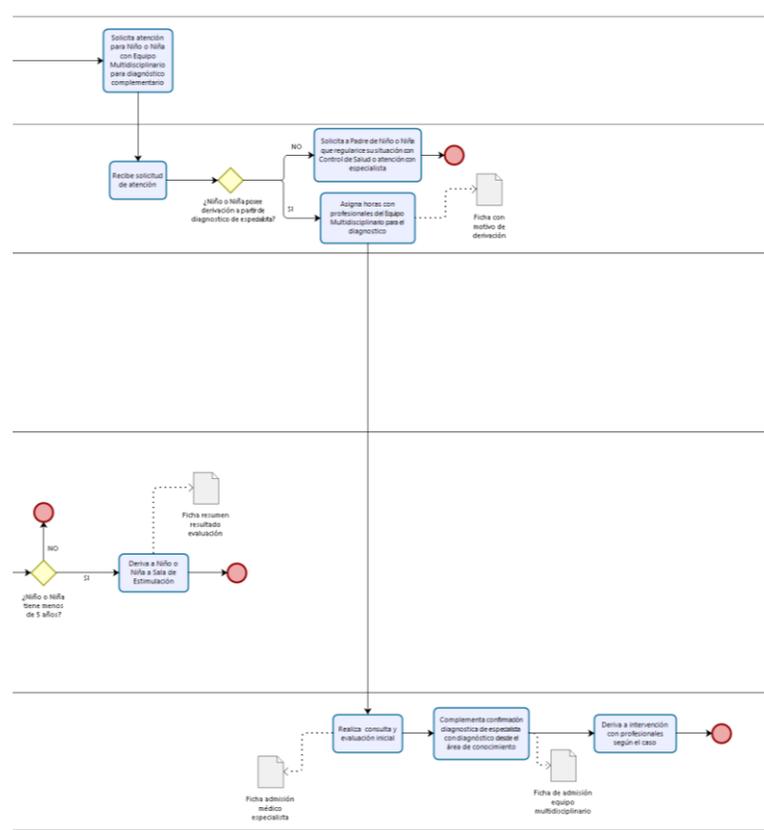
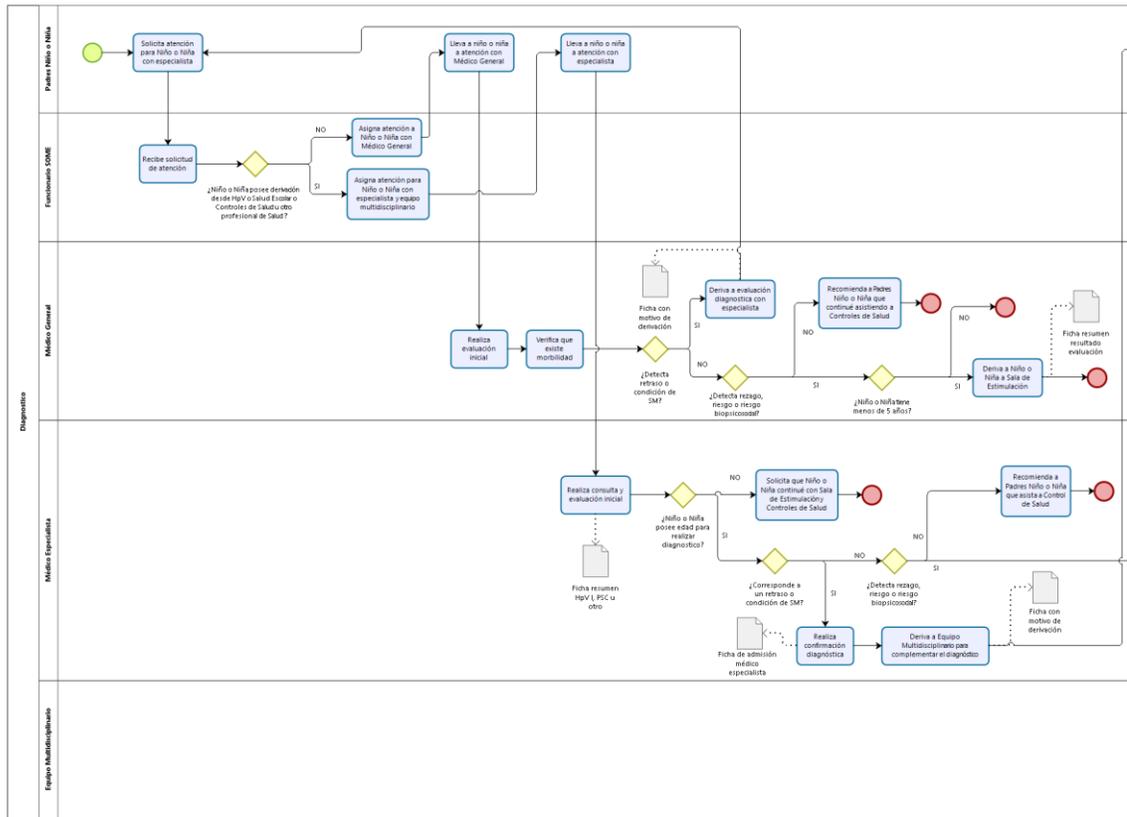
ANEXO 4: ASPECTOS ADMINISTRATIVOS DE LA INTERVENCIÓN EN SALA DE ESTIMULACIÓN EN FUNCIÓN DE LA CATEGORÍA DE INTERVENCIÓN SEGÚN ESTADO DE DESARROLLO Y EDAD

ASPECTOS ADMINISTRATIVOS DE LA INTERVENCIÓN EN SALA DE ESTIMULACIÓN ⁸³	CATEGORÍA INTERVENCIÓN SEGÚN ESTADO DEL DESARROLLO Y EDAD ⁸²			
	Normal	Retraso/Riesgo EPS	Riesgo	Retraso
Rango de tiempo máximo de la intervención según edad (*)	Desde 1 a 3 meses o según programación y realidad local, en cualquier edad	2 meses en cualquier edad	0 a 11 meses de edad: 2 meses 12 a 23 meses de edad: 3 meses 24 a 59 meses de edad: 4 meses	0 a 11 meses de edad: 2 meses 12 a 23 meses de edad: 4 meses 24 a 59 meses de edad: 6 meses
Total de Sesiones	1 a 3 sesiones en cualquier edad	5 sesiones en cualquier edad	0 a 11 meses de edad: 8 sesiones 12 a 23 meses de edad: 10 sesiones 24 a 59 meses de edad: 14 sesiones	0 a 11 meses de edad: 12 sesiones 12 a 23 meses de edad: 16 sesiones 24 a 59 meses de edad: 20 sesiones
Frecuencia Sesiones	1 o 2 sesiones al mes	2 a 4 sesiones al mes	Primer mes: 1 sesión a la semana Segundo mes: 1 sesión a la semana Desde tercer al cuarto mes de tratamiento: 2 veces al mes	Primer mes: 2 sesiones a la semana Segundo mes: 1 sesión a la semana Desde tercer a sexto mes de tratamiento: 2 veces al mes
Tipo de Atenciones	Atención grupal (No dar atención individual)	Siempre iniciar con atención individual Atención individual alternada con intervención grupal	Atención individual primer mes Luego atención individual alternada con intervención grupal	Atención individual primer mes. Luego atención individual alternada con intervención grupal
Rendimiento Atenciones	Grupal 1 x hora	Individual - 2 x hora grupal - 1 x hora	Individual - 2 x hora grupal - 1 x hora	Individual - 2x hora grupal - 1 x hora

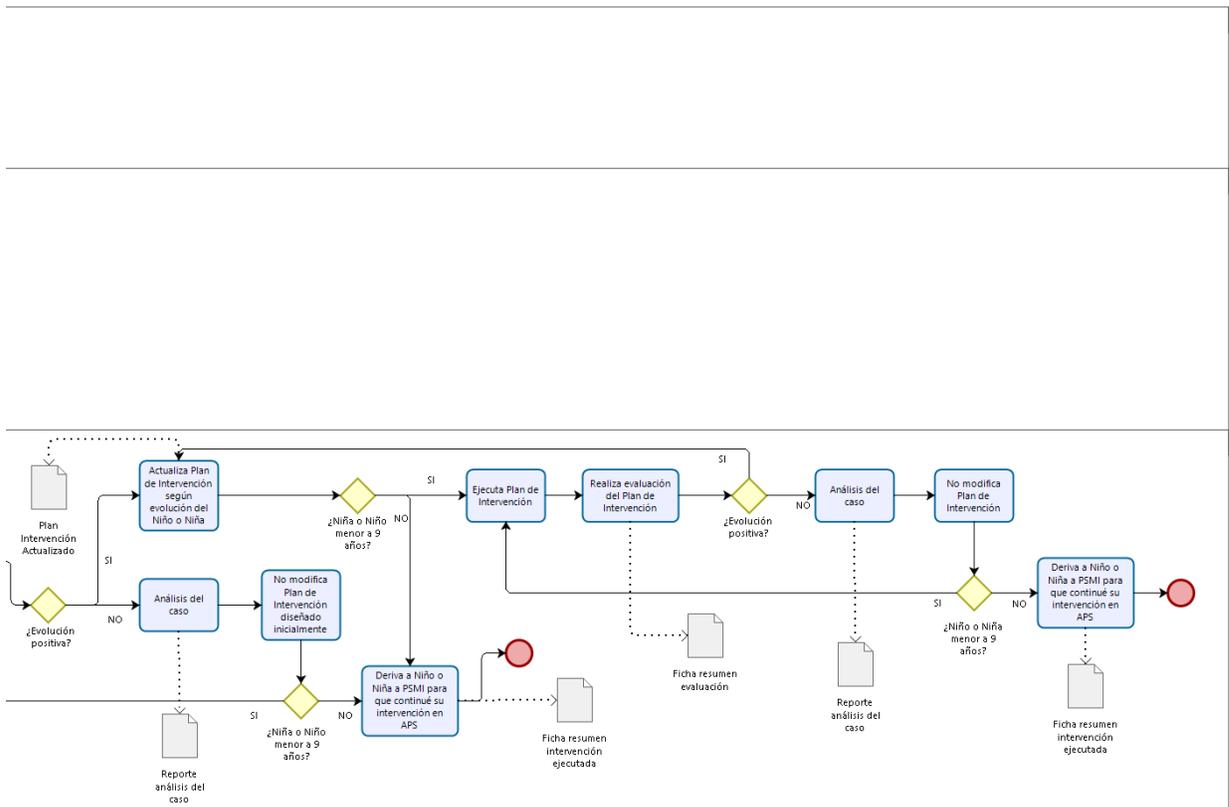
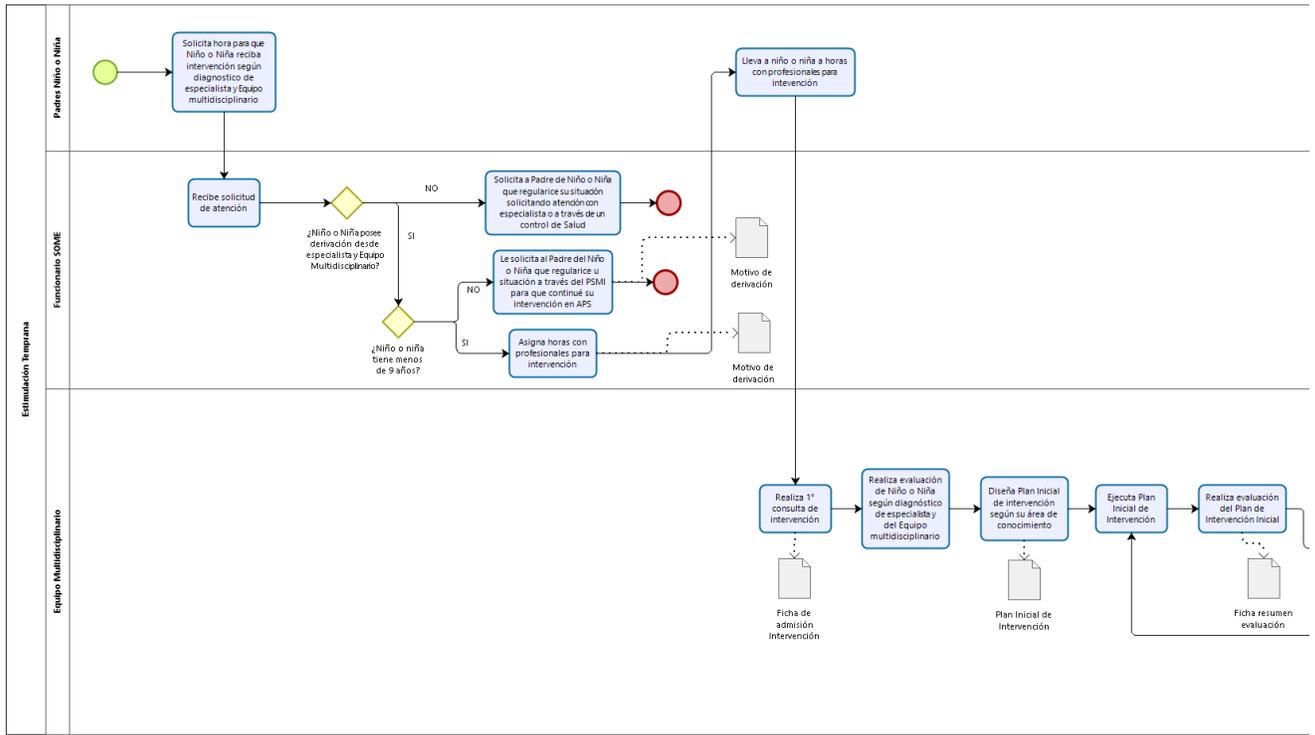
ANEXO 8: DIAGRAMA DE PROCESO DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA DE NIÑOS Y NIÑAS CON CONDICIONES DE SALUD MENTAL ENTRE 0 Y 9 AÑOS



ANEXO 9: DIAGRAMA DEL PROCESO DE DIAGNÓSTICO DE NIÑOS Y NIÑAS CON SOSPECHA DE CONDICIONES DE SALUD MENTAL ENTRE 0 Y 9 AÑOS



ANEXO 10: DIAGRAMA DEL PROCESO DE INTERVENCIÓN DE NIÑOS Y NIÑAS CON CONDICIONES DE SALUD MENTAL ENTRE 0 Y 9 AÑOS



ANEXO 11: OFERTA 2018 DE CAPACITACIONES A PROFESIONALES DEL ÁREA SANITARIA EN SALUD MENTAL INFANTIL

Postgrado	Año	Institución académica	Duración total (horas)	Precio	Dirigido a
Diploma detección e intervención temprana en estados mentales de riesgo	2019	Universidad de Chile	248	\$1.600.000	Psiquiatras, Médicos Generales, Psicólogos(as), Psicopedagogos(as), Terapeutas ocupacionales y otros profesionales de la salud
Diploma Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria	2018	Universidad de Chile	250	\$1.900.000	Médicos Generales, Psiquiatras, Psicólogos(as), Asistentes Sociales, Enfermeros(as) y Terapeutas Ocupacionales
Diplomado en Salud Mental	2018	Universidad de Concepción	140	\$1.313.000	Profesionales área de salud o disciplinas afines
Diploma Salud Mental: Una mirada desde la Salud Pública	2018	Universidad de Valparaíso		\$945.000	Profesionales área de salud o disciplinas afines
Diplomado en Salud Mental del Niño y del Adolescente	2018	Universidad Católica de la Santísima Concepción	300	\$1.564.000	Médicos Generales, Enfermeros(as), Psicólogos(as), Psicopedagogos(as), Profesores y otros profesionales de la salud o educación
Diplomado en Estrategias de Abordaje Psicológico en Salud Mental	2019	Universidad Andrés Bello			Psicólogos(as)
Especialidad en Psiquiatría y Salud Mental	2019	Universidad Diego Portales			Médicos Generales
Diplomado Psicopatología Infanto Juvenil	2018	Universidad de Chile	300	\$1.500.000	Profesionales área de salud o disciplinas afines
Curso de Intervención en trauma complejo Infanto juvenil	2018	Universidad de Valparaíso	80	\$475.000	Psicólogos(as), Psiquiatras y Trabajadores Sociales.
Diplomado en Psicoterapia Infanto Juvenil	2019	Pontificia Universidad Católica de Chile	115	\$1.650.000	Psicólogos(as) y Psiquiatras
Diplomado en Actualización en trastorno por déficit atencional e hiperactividad	2018	Pontificia Universidad Católica de Chile	115	\$1.500.000	Profesores preescolares y escolares, Psicólogos(as), Psicopedagogos(as), Fonoaudiólogos(as), Terapeutas Ocupacionales, Médicos Generales
Diplomado en Psicopatología del vínculo: Diagnóstico y tratamiento	2018	Pontificia Universidad Católica de Chile	100	\$1.000.000	Psicólogos(as), Médicos Generales, Pediatras y Psiquiatras.
Diplomado en Abordaje fonoaudiológico integral del niño en etapa escolar	2019	Pontificia Universidad Católica de Chile	164	\$1.700.000	Fonoaudiólogos(as), Terapeutas Ocupacionales, Psicólogo(as), Educadores Diferenciales, Psicopedagogos(as) y otros profesionales de la salud o educación

Diploma Trastornos del Espectro Autista en niños y adolescentes	2018	Universidad de Chile	220	\$1.900.000	Psicólogos(as), Educadores Diferenciales, Fonoaudiólogos(as), Terapeutas Ocupacionales, Kinesiólogos(as), Enfermeros(as), Médicos Generales, Psiquiatras, Neuro pediatras, Psiquiatras
Magister en Evaluación e Intervención ABA en Trastorno del Espectro Autista	2018	Universidad Autónoma de Chile	1800		Profesionales área de salud, educación o disciplinas afines
Diplomado en estrategias de inclusión psicoeducativa para niños con síndrome autista y síndrome de asperger	2018	Universidad Finis Terrae		\$550.000	Educadores Diferenciales, Educadores de Párvulo, Psicólogos(as), Fonoaudiólogos(as) y Terapeutas Ocupacionales
Diplomado en Neuro Rehabilitación II, Mención Trastornos del Desarrollo Infantil	2018	Universidad Andrés Bello			Kinesiólogos(as), Terapeutas Ocupacionales y Fonoaudiólogos(as)

ANEXO 12: COMUNAS MÁS POBLADAS DEL PAÍS JUNTO CON SU POBLACIÓN SEGÚN CENSO 2017

Número	Comuna	Población 2017
1	Puente Alto	568.106
2	Maipú	521.627
3	Santiago	404.495
4	La Florida	366.916
5	Antofagasta	361.873
6	Viña del Mar	334.248
7	San Bernardo	301.313
8	Valparaíso	296.655
9	Las Condes	294.838
10	Temuco	282.415
11	Puerto Montt	245.902
12	Rancagua	241.774
13	Peñalolén	241.599
14	Pudahuel	230.293
15	Coquimbo	227.730
16	Concepción	223.574
17	Arica	221.364
18	La Serena	221.054
19	Talca	220.357
20	Quilicura	210.410
21	Ñuñoa	208.237

22	Los Ángeles	202.331
23	Iquique	191.468
24	Chillán	184.739
25	La Pintana	177.335
26	Valdivia	166.080
27	Calama	165.731
28	El Bosque	162.505
29	Osorno	161.460
30	Recoleta	157.851
31	Copiapó	153.937
32	Talcahuano	151.749
33	Quilpué	151.708
34	Curicó	149.136
35	Renca	147.151
36	Estación Central	147.041
37	Colina	146.207
38	Providencia	142.079
39	Cerro Navia	132.622
40	San Pedro de la Paz	131.808
41	Punta Arenas	131.592
42	Conchalí	126.955
43	Villa Alemana	126.548
44	Melipilla	123.627
45	La Granja	116.571
46	Macul	116.534
47	Coronel	116.262
48	Ovalle	111.272
49	Quinta Normal	110.026
50	Alto Hospicio	108.375
51	San Miguel	107.954
52	Lo Barnechea	105.833
53	Lampa	102.034
54	Pedro Aguirre Cerda	101.174
55	Independencia	100.281