

ESTUDIO DE POLÍTICAS PÚBLICAS RELACIONADAS CON LA SALUD MENTAL DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES





DEFENSORÍA
DE LA NIÑEZ

COORDINACIÓN, EDICIÓN GENERAL Y DISEÑO

Defensoría de la Niñez



UNIVERSIDAD DE CHILE



EQUIPO DE INVESTIGACIÓN

Instituto de Asuntos Públicos y Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile

INVESTIGADORES

Gonzalo Soto
Angélica Ramírez
Mauricio Sánchez
Camila Vistoso
Diego Piñol
Olga Toro
Esteban Encina
Antonia Aguirre
Carolina Benavides
Rubén Alvarado
Camilo Sepúlveda

FORMA DE CITAR

Defensoría de la Niñez (2022). Estudio de políticas públicas relacionadas con la salud mental de niños, niñas y adolescentes.

CONTENIDOS

	PRESENTACIÓN GENERAL	5
1	ANTECEDENTES	7
	Situación general de la salud mental de niños, niñas y adolescentes	7
	Estado situación global del Sistema de Salud Mental	8
2	MARCO CONCEPTUAL	11
	Enfoque de derechos humanos	11
	Enfoque de derechos en las políticas de niñez y adolescencia	12
	Políticas, planes y programas	13
	Categorías conceptuales a evaluar	14
3	OBJETIVOS Y METODOLOGÍA DEL ESTUDIO	25
	Objetivo general	25
	Objetivos específicos	25
	Diseño metodológico	26
	Enfoque metodológico	27
	Plan de análisis	28
4	RESULTADOS	45
	Definición y análisis de estándares internacionales	45
	Instituciones especializadas en el ámbito nacional	54
	Análisis de las brechas en el funcionamiento del sistema de salud mental para niños, niñas y adolescentes en Chile	61
	Reporte de los actores involucrados en la política pública nacional de salud mental de niños, niñas y adolescentes	61
	Resultados de la encuesta aplicada a adolescentes	97
	Reporte de las fuentes de información secundarias para el catastro y caracterización de la oferta programática nacional	118
	Cobertura de servicios de salud mental en el sistema público de salud	122
	Síntesis de las brechas identificadas en el funcionamiento del sistema de salud mental para niños, niñas y adolescentes en Chile	132
	Revisión de Políticas y planes de países de acuerdo a las categorías de análisis utilizadas	138
5	RECOMENDACIONES	142
6	BIBLIOGRAFÍA	150

7	ANEXOS	158
	Instrumentos de Recolección de Información	158
	Consentimiento Informado y Asentimiento	174
	Protocolo Frente a Detección de Vulneración de Derechos	178
	Descripción de Estándares Internacionales en Materia de Salud Mental para Niños, Niñas y Adolescentes	184
	Hallazgos Respecto de Estándares y/o Lineamientos Nacionales en Atención de Salud Mental de niños, niñas y adolescentes	209
	Catastro de la Oferta Nacional	234
	Menciones al Derecho a la Salud en Convenciones, Declaraciones o Pactos	294
	Criterios/Estándares para Acreditación de Programas de Prevención del Consumo de Alcohol y Drogas Copolad	299
	Antecedentes y análisis de políticas y planes de países considerados	315

PRESENTACIÓN GENERAL

La salud mental se puede definir como “un estado de bienestar en el que un individuo se da cuenta de sus propias capacidades y puede hacer frente a las tensiones normales de la vida, trabajar productivamente y hacer una contribución a su comunidad” (WHO, 2004, p. 11). Para comprender cómo debería funcionar la promoción de la salud mental, es importante tener en cuenta el modelo socioecológico de Bronfenbrenner (1979), que postula que la salud mental y el bienestar psicosocial de un niño dependen de una serie de factores anidados dentro de su entorno social más amplio.

En el último tiempo, y a pesar de que se ha reconocido la relevancia de salud mental, se ha evidenciado una escasez de evidencia sobre lo que determina la salud mental de niños, niñas y adolescentes, quiénes están en mayor riesgo y qué funciona para fomentar la salud mental en todos los contextos y culturas (Idele et al., 2022).

La realidad chilena no está ajena dicho diagnóstico y, por ello, por encargo de la Defensoría de la Niñez, se realizó un estudio para elaborar propuestas y recomendaciones para una nueva red de salud mental para niños, niñas y adolescentes, orientado a entregar soluciones a los desafíos identificados en base al cumplimiento de los estándares internacionales de derechos humanos y que permita asegurarles, a todos los niños, niñas y adolescentes que viven en Chile, el ejercicio efectivo de su derecho a la salud, a la supervivencia y el desarrollo en su máximo potencial.

El presente documento describe los resultados finales del Estudio de Políticas Públicas relacionadas con la salud mental de niños, niñas y adolescentes.

Este documento consta de cinco partes:

- 1) Antecedentes, donde se explica en mayor detalle el contexto y origen del presente estudio;
- 2) Marco Conceptual, en el cual se establecen los lineamientos conceptuales de la investigación;
- 3) Objetivos y metodologías, donde se identifican los objetivos generales del estudio además de los componentes metodológicos que lo caracterizan;
- 4) Resultados, donde se presentan y analizan:
 - Definición y análisis de estándares internacionales,
 - Instituciones especializadas en el ámbito nacional,
 - Análisis de las brechas en el funcionamiento del sistema de salud mental para niños, niñas y adolescentes en Chile,
 - Revisión de Políticas y planes de países de acuerdo a las categorías de análisis utilizadas,
- 5) Recomendaciones, donde se establecen sugerencias de mejora para las políticas públicas de salud mental en infancia para Chile.



1

ANTECEDENTES

SITUACIÓN GENERAL DE LA SALUD MENTAL DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES

La Organización Mundial de la Salud (OMS) promueve el bienestar para todos y a todas las edades, con especial atención a las necesidades de salud mental de los niños, niñas y adolescentes que comprenden un tercio de la población mundial, pero reciben solo una pequeña fracción de los recursos en este ámbito. Aunque Chile ha sido clasificado recientemente como un país de altos ingresos, es un país con múltiples desigualdades en salud, educación, ingresos, discriminación y pobreza, lo que tiene un impacto dramático en los comportamientos, emociones y la salud mental (PNUD, 2017). La prevalencia de trastornos mentales es alta entre la población infantil y adolescente en Chile (22,4%) (De la Barra, Vicente, Saldivia & Melipillán, 2012), del mismo modo, la carga de enfermedad¹, medida en años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), es 30,3% para niños y niñas de 1 a 9 años y 38,3% para niños, niñas y adolescentes de 10 a 19 años, lo que es notablemente más alto que entre adultos, en que no supera el 30% (Minoletti, Alvarado, Rayo & Minoletti, 2014).

La prevalencia de niños y niñas menores de 6 años con retraso del desarrollo² fue de 25,1% en 2006 y mayor entre niños y niñas de bajo nivel socioeconómico. Asimismo, las personas que acceden a servicios de atención de salud mental especializados en trastornos mentales en Chile son un 6,4%, de los cuales solo 1,5% son atendidos en centros privados, mientras que el 4,9% restante son tratados por la atención primaria de salud (Bedregal, Torres & Carvallo, 2014). Por otro lado, si bien la tasa de suicidio adolescente ha ido disminuyendo en los últimos 10 años, aún es una tasa significativa y más alta que otros países de similares ingresos (Minsal, 2020). Asimismo, los estudios de prevalencia de consumo de alcohol y otras drogas en población escolar y adolescente en Chile demuestran estar entre los países con más alta prevalencia de consumo de marihuana con un 30%³ y consumo intenso de alcohol (Senda, 2020).

1 Carga de enfermedad: Es la medida de impacto de un problema de salud medido por el costo financiero, la mortalidad, la morbilidad u otros indicadores. A menudo se cuantifica en términos de años de vida ajustados por calidad o años de vida ajustados por discapacidad. https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/about/en/

2 El Retraso del desarrollo se define como el retraso en 2 o más de las áreas del desarrollo, dentro de las que se encuentran: motor fino y grueso; lenguaje y habla; funciones cognitivas; desarrollo personal social y actividades de la vida diaria. <https://www.cde.state.co.us/cdesped/sd-devdelay>

3 <http://cicad.oas.org/Main/ssMain/HTML%20REPORT%20DRUG%202019/mobile/index.html>

Si bien todas las personas con trastornos mentales sufren discriminación (López et al., 2008), los niños, niñas y adolescentes son un grupo de la población que, por su estado de desarrollo, necesitan de una protección especial y reforzada. Además, desde el punto de vista del desarrollo, los niños, niñas y adolescentes piensan más dicotómicamente que los adultos sobre categorías como "bueno" y "malo" o "saludable" y "enfermo". Por lo tanto, es menos probable que moderen un comentario negativo con otros comentarios más positivos y, por lo tanto, pueden aceptar más fácilmente etiquetas negativas mal aplicadas. El estigma y la discriminación incluyen: prejuicios, estereotipos, miedo, vergüenza, ira y rechazo o evitación; violaciones de los derechos humanos y libertades básicas; negación de oportunidades de educación y capacitación; y la negación de los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales (Mukolo, Heflinger & Wallston, 2011).

ESTADO SITUACIÓN GLOBAL DEL SISTEMA DE SALUD MENTAL

Junto con un complejo estado de situación de la salud mental de niños, niñas y adolescentes en Chile, existe además un desequilibrio entre los recursos que se destinan para esta área y la alta carga de enfermedad en salud mental. Esta es una realidad que no solo afecta a Chile y que, lamentablemente, se da con mayor fuerza en países de bajos y medianos ingresos (Vigo, Kestel, Pendakur, Thornicroft & Atun, 2018). Hoy, en el país, los recursos dedicados a la salud mental de todo el presupuesto global de salud se aproximan solo al 2%, siendo que lo recomendado por la OMS es superar, al menos, el 5% (Errázuriz et al., 2015).

El escenario en Chile para el abordaje de la salud mental es complejo, si bien, recientemente (11 de mayo de 2021) fue promulgada una nueva legislación sobre salud mental, Ley N°21.331, de reconocimiento y protección de los derechos de las personas en la atención de salud mental, **esta no aborda áreas críticas como el financiamiento, la participación comunitaria, o completar la reestructuración total de instituciones psiquiátricas con atención de larga estadia tal y como se comprometió el Estado de Chile en la Declaración de Caracas**⁴. La nueva legislación sí aborda aspectos vinculados a los derechos de las personas con trastornos mentales severos, por ejemplo, garantizar el consentimiento de las personas ante procedimientos y tratamientos, como también prohibir los procedimientos o tratamientos irreversibles, tales como esterilización o psicocirugía.

Por otro lado, **Chile no cuenta con una política de salud mental para niños, niñas y adolescentes que dé un marco de referencia para fortalecer y mejorar la salud mental de este grupo de la población**. En este sentido existe el primer plan nacional de salud mental de Chile (Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría) para todas las edades, formulado e implementado en el año 2000. Al adherirse a las pautas de la OMS, el plan promovió el desarrollo de una red de servicios de salud mental, incluidas algunas acciones específicas para niños, niñas y adolescentes. Algunos resultados **clave de la implementación del plan fueron proporcionar asistencia de salud mental dentro de**

4 OPS; Declaración de Caracas, 1990. https://www.oas.org/dil/esp/declaracion_de_caracas.pdf

la red de atención primaria de salud, integrar equipos psicosociales en los equipos de salud general y establecer instalaciones especializadas en la comunidad. Estas estrategias han tratado de aumentar la disponibilidad de atención de salud mental en el sistema público. Aunque el plan se implementó gradualmente, la mayoría de las instalaciones han adoptado un modelo comunitario de asistencia. **Las unidades de atención hospitalaria para adultos y adolescentes en hospitales generales se han duplicado desde el año 2000, mientras que las camas en hospitales psiquiátricos continúan cerrándose.** Actualmente está vigente el nuevo Plan de Salud Mental 2017-2025, el cual tiene las siguientes líneas de acción: *regulación y derechos humanos; prestación de servicios de salud mental; financiación; gestión de la calidad; información e investigación; recursos humanos y capacitación y participación y acción intersectorial* (De la Barra, Irrazaval, Valdes, & Soto-Brandt, 2019).

Es importante no perder la óptica de que la salud, incluyendo la salud mental, como derecho es consagrado, por primera vez, hace más de 70 años en la Declaración Universal de Derechos Humanos (Art. 25). Ante esa consideración, y respecto a la vulneración de derechos humanos (DD. HH.) de la cual han sido víctimas los niños, niñas y adolescentes en Chile, el informe del Comité de los Derechos del Niño del año 2018 (Comité de los Derechos del Niño, 2018) afirmó que se han violado grave y sistemáticamente los DD.HH. de los niños, niñas y adolescentes que se encuentran bajo el cuidado del Estado, en donde la atención de salud mental es un aspecto gravemente deficitario.

Es importante considerar la obligatoriedad de los Estados en otorgar mecanismos reforzados de protección a los niños, niñas y adolescentes que están en situación de vulnerabilidad.

En Chile, existen distintas instancias cuya misión es velar por la garantía de derechos. El Instituto Nacional de Derechos Humanos (INDH), organismo autónomo, busca promover una cultura respetuosa de los derechos humanos, monitorear el quehacer del Estado de Chile a partir de estándares en la materia y proteger la dignidad de todas las personas que habitan en el territorio nacional. En ese contexto, en 2017 el INDH inició una Misión de Observación a los Centros de Protección de la Red del SENAME, que tuvo por objetivo realizar un diagnóstico integral de la situación de los derechos humanos de los niños, niñas y adolescentes residentes en dichos centros.

Dicha misión incluyó la pesquisa de sospecha de depresión usando preguntas Garantías Explícitas en Salud (GES) que se hicieron a los niños, niñas y adolescentes con 14 años o más (39,2% de la muestra), la evaluación del acceso que tienen niños, niñas y adolescentes a la ayuda informal y tratamiento formal, y una estimación de los medicamentos psicotrópicos que consumen (INDH, 2018). Entre los resultados, se encontró que, un 45,8% afirmaron que se han sentido cansados o decaídos casi todos los días en las últimas dos semanas, así también un 50% señaló haberse sentido tristes, deprimidos o pesimistas casi todos los días en las últimas dos semanas y un 51,6% de los niños, niñas y adolescentes dijeron sentir que en las últimas dos semanas no disfrutó o perdió interés por cosas o actividades que le resultan agradables o entretenidas. **El análisis conjunto de las tres preguntas indicó que el 68,6% de los niños, niñas y adolescentes de 14 años o más presentaban sintomatología que hace sospechar que cursan un cuadro depresivo.**

Por su parte, la Defensoría de la Niñez desarrolla una amplia gama de acciones para promover la protección de derechos de los niños, niñas y adolescentes como órgano autónomo de derechos humanos que, con la plena convicción de generar un impacto

sistémico en la materia de su especialidad, contempla dentro de las funciones – especialmente- la posibilidad de emitir informes y recomendaciones que tengan por objeto la promoción o protección de derechos de los niños, niñas y adolescentes (letra h) del artículo 4° de la Ley N°21.067), junto con el observar y hacer seguimiento a la actuación de los órganos del Estado y personas jurídicas que tengan por objeto la promoción y protección de derechos de niños, niñas y adolescentes (letra i) del artículo 4° de la Ley N°21.067).

La Defensoría de la Niñez ha generado diversos estudios para evaluar la situación vital de niños, niñas y adolescentes, entregando recomendaciones a distintas instituciones del Estado. De esta forma, ha identificado ámbitos críticos en el abordaje de la salud mental de niños, niñas y adolescentes a partir de las siguientes instancias:

- Mesa intersectorial denominada *"Drogodependencia de niños, niñas y adolescentes bajo el cuidado del Estado"* 2019.
- Proyecto Piloto Visitas 2019.
- Estudio de opinión de niños, niñas y adolescentes 2019.
- Estudio *"Efectos del estado de excepción y posterior crisis social de 2019 en niños, niñas y adolescentes"* 2020.
- Informe *"Situación de niños, niñas y adolescentes en el contexto de estado de emergencia y crisis social en Chile"* 2020.

2

MARCO CONCEPTUAL

La propuesta conceptual está basada en el propósito general del objeto de estudio, que es evaluar el sistema de salud mental en Chile en lo que refiere a los sujetos de atención niños, niñas y adolescentes. Para ello, existen instrumentos conceptuales internacionalmente validados y contruidos colaborativamente por distintos expertos bajo el marco de la Organización Mundial de la Salud. Por un lado, existen esquemas conceptuales que orientan a los países respecto a la generación de políticas, planes y programas de salud mental como, por otro lado, el desarrollo de instrumentos para evaluar los logros, desafíos y brechas bajo esquemas conceptuales amplios y pertinentes para cada realidad regional y local.

Por lo anterior, primero abordaremos esquemas conceptuales amplios respecto a las políticas, planes y programas de salud mental y, en un segundo esquema, las categorías conceptuales para evaluar el sistema de salud mental considerando la importancia de su foco en esta población.

ENFOQUE DE DERECHOS HUMANOS

Los derechos humanos, en su carácter de universales, indivisibles, irrenunciables, interdependientes, imprescriptibles e inalienables, son inherentes a todas las personas sin mediar tiempo o lugar. Por lo tanto, los Estados se han comprometido a garantizar el ejercicio de éstos a todos sus habitantes sin ningún tipo de discriminación, en función de la construcción de una vida digna y el acceso a oportunidades para el desarrollo (Fondo de Población de las Naciones Unidas, s.f.).

Sin embargo, este supuesto de igualdad y no discriminación para el ejercicio de los derechos no siempre es respetado, o bien no necesariamente responde a la realidad, pues existen grupos que, por sus características o circunstancias, se ubican en una situación de especial vulnerabilidad, lo que exige comprender la igualdad con cierta flexibilidad permitiendo la diferenciación en las necesidades para equiparar dicho acceso. Como respuesta, se propone el enfoque basado en los derechos humanos, centrado en los grupos de población que son objeto de una mayor marginación y exclusión (Giménez y Valente, 2010).

El enfoque de los derechos humanos, o simplemente enfoque de derechos, corresponde a “la discusión jurídica y los esfuerzos por traducir las normas [internacionales de derechos humanos] en acciones de política institucional y de control social es lo que se ha denominado como el enfoque de los derechos” (Güendel, 2003 en Giménez y Valente, 2010). El principal objetivo de este enfoque es contribuir al desarrollo de políticas públicas e incluye dos aspectos: el *normativo*, orientado por los instrumentos jurídicos internacionales y el *operacional*, que tiene su base en el respeto, la protección

y el cumplimiento de los derechos humanos (OACDH, 2006). Por ejemplo, en el caso del trabajo con niños, niñas y adolescentes, el trabajar con un enfoque de derechos implica identificar –en cada situación– la oportunidad de fortalecer sus derechos o prevenir que éstos se estén vulnerando.

Algunos elementos de buenas prácticas propias del enfoque de derechos (Fondo de Población de las Naciones Unidas, s.f.), son:

- Los programas ven en el pleno ejercicio de los derechos humanos el fin último del desarrollo.
- Las personas son consideradas agentes principales de su propio desarrollo, en lugar de receptores pasivos de productos y servicios.
- La participación es, a la vez, un medio y un objetivo.
- Las estrategias proporcionan empoderamiento, en lugar de negarlo.
- Tanto los resultados como los procesos son supervisados y evaluados.
- Los programas se centran en grupos de la población marginados y excluidos.
- El proceso de desarrollo es de titularidad local.
- Los programas tienen como objetivo reducir las desigualdades y empoderar a quienes se han quedado atrás.
- El análisis de situación se utiliza para identificar las causas inmediatas, subyacentes y fundamentales de los problemas de desarrollo.
- El análisis incluye a todos los grupos de interés, entre ellos, las capacidades del Estado como principal garante de derechos y el papel de otros agentes no estatales.
- Las normas de los derechos humanos dirigen la formulación de objetivos, metas e indicadores medibles en la programación.
- Los sistemas nacionales de rendición de cuentas deben ser reforzados con el objetivo de garantizar una revisión independiente del desempeño del gobierno, así como el acceso a vías de recurso para los sujetos agraviados.
- Se promueve el desarrollo y el mantenimiento de alianzas estratégicas.

ENFOQUE DE DERECHOS EN LAS POLÍTICAS DE NIÑEZ Y ADOLESCENCIA

Con la firma de la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN), tratado internacional de las Naciones Unidas, se introdujo una nueva perspectiva relativa a la niñez y adolescencia, constituyendo a estos grupos como sujetos activos, que pueden adoptar un rol de protagonismo y voz a través de sus derechos como seres humanos. La CDN representa el consenso de las diferentes culturas y sistemas jurídicos en aspectos tan esenciales como:

“(…) los derechos y deberes de los padres y del Estado frente al desarrollo de los niños, niñas y adolescentes; las políticas públicas dirigidas a la infancia; los límites de la intervención del Estado y la protección del niño de toda forma de amenaza

o vulneración de sus derechos fundamentales; y, finalmente, la obligación de los padres, órganos del Estado y la sociedad en general, de adoptar las medidas para dar efectividad a sus derechos.” (Juretić et al., 2015, p.31).

Este acuerdo internacional fue ratificado por Chile el año 1990, validando los derechos a todos aquellos menores de dieciocho años de edad, lo que implica no sólo diseñar estructuras normativas para asegurar su aplicación, sino que también un cambio de procesos y prácticas de agencias públicas en un horizonte de mediano-largo plazo.

POLÍTICAS, PLANES Y PROGRAMAS

Una *política de salud Mental* es un conjunto organizado de valores, principios y objetivos para mejorar la salud mental y reducir la carga de trastornos mentales de la población. Permite establecer un modelo de actuación y estipula el nivel de prioridad que un gobierno asigna a la salud mental en relación con otras políticas intersectoriales. Las políticas pueden tener una vigencia entre cinco y diez años, proporcionan un esquema general, describen los objetivos de manera amplia y sientan las bases para actuaciones futuras. Las políticas dan a la salud mental una prioridad conforme a la carga de enfermedad⁵ que representa, en este caso, por ejemplo, la salud mental de niños, niñas y adolescentes en Chile y la efectividad de las intervenciones basadas en la evidencia implementada. Asimismo, las políticas mejoran los procedimientos para desarrollar y priorizar actividades y servicios de salud mental. Una política de salud mental debe estar integrada, por ejemplo, a las políticas de salud de un país y vinculadas con las políticas de otros sectores, como los Ministerios de Educación, Desarrollo Social, Justicia, entre otros (OMS, 2011). Cabe destacar, como fue mencionado anteriormente, que **Chile no cuenta con una política de salud mental, tanto para la población general o población específica como niños, niñas y adolescentes.**

Por otro lado, un *plan de salud mental* es una categoría que en nuestro país ha tenido amplia difusión. Chile ha desarrollado al menos cuatro planes de salud mental desde el año 1993 (Minoletti y Zaccaria, 2005), algunos con muy poca difusión y otros con amplio apoyo político y financiero. No obstante, lo anterior, conceptualmente el desarrollo de un plan es un paso secuencial después de un desarrollo previo de una *política de salud mental*. Un plan consiste en un esquema detallado para implementar acciones estratégicas que favorezcan la promoción de la salud mental, la prevención de trastornos mentales, el tratamiento y la rehabilitación. **Por lo anterior, un plan de salud mental debe estar basado en una política de salud mental.** Los planes de salud mental deben especificar qué actividades se realizarán; cuáles serán las instituciones responsables de cada actividad, cuánto tiempo llevará cada actividad; cuándo se llevarán a cabo; qué actividades hacer secuencialmente y cuáles simultáneamente. Un plan considera los resultados esperados de cada actividad, los obstáculos y amenazas que impedirían el desarrollo satisfactorio del plan (OMS, 2005).

5 La carga de enfermedad corresponde a “la medida de pérdidas de salud que para una población representan las consecuencias mortales y no mortales de las diferentes enfermedades y lesiones. (...) se mide por un lado con su frecuencia y, por otro lado, a partir de las consecuencias mortales y discapacitantes que origine.” (Velázquez, 2009).

Respecto a la conceptualización de *programa* aplicado al ámbito de la salud, se entiende como un “conjunto especificado de acciones humanas y recursos materiales diseñados e implantados organizadamente en una determinada realidad social, con el propósito de resolver algún problema que atañe a un conjunto de personas” (Fernandez-Ballesteros, 2007, p. 477). Al respecto, cabe destacar la complejidad, por cuanto un programa deriva y responde a una política pública, teniendo la política una mayor complejidad y los subprogramas o acciones del programa una menor complejidad (Fernández-Ballesteros, 1996). Además, un programa de salud contempla, por lo general, normas técnicas y procedimientos estandarizados, conocido como Guía Clínica, no obstante, esta no es un producto inherente de los programas, sino una herramienta complementaria.

Por lo anterior, desde lo global es importante hacer las tres distinciones conceptuales (política, plan, programa) anteriormente expuestas a la hora de evaluar un sistema de salud mental, incluido lo referido a niños, niñas y adolescentes. Por otro lado, un segundo campo conceptual se puede superponer al anterior, dado que son las categorías o ejes que se consideran tanto para el diseño como para la evaluación de los sistemas de salud mental (OMS, 2005), así como también representan elementos críticos para el desarrollo de un sistema integral de protección de derechos a la infancia (Juretić et al., 2015).

En relación con ello, estos son las categorías conceptuales a evaluar en este estudio:

CATEGORÍAS CONCEPTUALES A EVALUAR

» 1. Legislación y derechos humanos

En este punto es muy importante tener en cuenta que el desarrollo de una política de salud mental puede promover o no los derechos humanos, dependiendo de la forma en que se formule o se ponga en práctica. Por ello, **la legislación es esencial para garantizar el respeto a la dignidad de los pacientes y la protección de sus derechos humanos fundamentales** (OMS, 2005).

Algunos de los componentes a considerar para una legislación adecuada son (OMS, 2005, p.31):

- Los derechos de las personas con trastornos mentales en el sector sanitario: la atención menos restrictiva posible, la confidencialidad, el consentimiento informado y asentimiento en el caso de niños, niñas y adolescentes, el ingreso voluntario e involuntario, el tratamiento voluntario e involuntario, los mecanismos de revisión periódica, la capacidad para consentir y tomar decisiones sobre su salud.
- Los derechos de las personas con trastornos mentales en sectores ajenos al sanitario: vivienda, empleo, seguridad social, justicia penal y legislación civil.
- La promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales: vínculos afectivos paterno-filiales, salud mental en atención primaria, abuso infantil, violencia doméstica, restricción del acceso al alcohol y las drogas, minorías étnicas indígenas.

Respecto a los niños, niñas y adolescentes, la CDN en su artículo 3° especifica que “en todas las medidas concernientes a los niños que tomen las instituciones públicas o privadas de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o los órganos legislativos, una consideración primordial a que se atenderá será el interés superior del niño”. Esto se traduce en que el interés superior del niño debe ser una limitación, obligación y prescripción de carácter imperativo hacia las autoridades, para garantizar el ejercicio pleno y efectivo de todos los derechos reconocidos por la Convención (Juretić et al., 2015).

La protección de los derechos de los niños, niñas y adolescentes requiere de una institucionalidad pública acorde a los mandatos establecidos en la CDN, la que debe establecerse mediante una estructura legislativa afín con los principios que la inspiran (Juretić et al., 2015).

» 2. Abogacía

La **estigmatización y discriminación de las personas con trastornos mentales es uno de los obstáculos más grandes** que hay que subsanar en el marco del fomento de un desarrollo humano incluyente (OPS, 2009). En este sentido, el propósito de la abogacía es remover las principales barreras estructurales y socioculturales para lograr resultados positivos de salud mental para la población, en este caso de niños, niñas y adolescentes. Los métodos incluyen cabildeo, sensibilización, educación y capacitación. También es posible evaluar el rol de abogacía de los distintos actores del sistema de salud.

Algunos aspectos relevantes, en torno a la abogacía en salud mental son (Minoletti, 2011):

- La importancia de determinados momentos históricos de mayor permeabilidad para incorporar materias de salud mental en la agenda de políticas públicas.
- La necesidad de contar con líderes con capacidad para abogar y conducir los procesos de reforma que impulsen el modelo de salud comunitaria. Es importante que entre ellos se incluyan a diferentes actores, tales como usuarios, familiares, profesionales, técnicos, políticos, líderes de opinión, etc.
- La construcción participativa y negociada de mensajes comunicacionales estratégicos entre los distintos actores del campo de la salud mental.
- La utilización de estudios realizados en el contexto local para hacer visibles las problemáticas y brechas del campo de la salud mental.
- La puesta en marcha de experiencias piloto que contribuyan al desarrollo de un modelo de salud mental comunitaria.

» 3. Coordinación intersectorial

La intersectorialidad se define como la “intervención coordinada de instituciones representativas de más de un sector social, en acciones destinadas, total o parcialmente, a tratar los problemas vinculados con la salud, el bienestar y la calidad de vida” (Flacso, 2015 en Organización Panamericana de la Salud, 2017).

La coordinación intersectorial puede tener distintos tipos de enfoques intersectoriales con diferencias y similitudes, entre ellos destacan, por ejemplo, el enfoque One Health, Whole-of-Society o Whole-of-Government (OMS, 2016) que involucran a todos los actores del gobierno o del gobierno y la sociedad. El bienestar de los niños, niñas y adolescentes es influido por su participación en múltiples sectores de la sociedad, y **la política de salud mental debe fomentar la colaboración entre los diferentes sectores involucrados**, tales como educación, bienestar, vivienda, justicia, policía.

En el trabajo intersectorial es relevante distinguir los distintos grados o niveles de relación (FLACSO, 2015 en OPS, 2017):

- **Información:** se considera como un primer nivel, que forma parte del proceso de construcción de un lenguaje común para lograr el diálogo y el entendimiento respecto de la lógica de trabajo de los distintos sectores.
- **Cooperación:** en este nivel se busca lograr una mayor eficiencia de las acciones de cada sector en base a una relación de cooperación, que puede escalar desde una cooperación incidental, casual o reactiva hasta acciones orientadas estratégicamente con base en problemas y prioridades comunes.
- **Coordinación:** el nivel de coordinación se sustenta en que el esfuerzo de trabajo conjunto implica el ajuste de las políticas y programas de cada sector en la búsqueda de una mayor eficiencia y eficacia. Por lo general, apunta a una red horizontal de trabajo entre sectores; con una instancia formal de trabajo y una fuente de financiamiento compartido.
- **Integración:** este representa el nivel superior, que implica la definición de una nueva política o programa en conjunto con otros sectores. En este nivel, la acción intersectorial se define no sólo por la ejecución o aplicación de políticas conjuntas, sino también por la formulación y el financiamiento conjunto con base en un objetivo social común.

Un buen ejemplo de estas acciones es la estrategia del desarrollo de “entornos saludables” (por ejemplo, en las comunidades, escuelas, etc.), que es un proceso de coordinación multisectorial, donde se inserta el componente de salud mental para contribuir al desarrollo humano integral. En ellos también se consideran elementos importantes, como la concientización del público, el papel de los medios de comunicación, el uso de los recursos comunitarios y la participación de otros sectores (Organización Panamericana de la Salud, 2009).

» 4. Participación

La Organización Panamericana de la Salud y la OMS, a través del Consenso de Brasilia de 2013, define que es fundamental que los usuarios de los servicios de cuidado en salud mental y sus familias intervengan de forma activa en la construcción de las políticas públicas, así como en la gestión y evaluación de los servicios (Barcala, 2019).

Se entiende la participación como **la posibilidad de que los grupos, comunidades, instituciones y/o personas sean parte del proceso de toma de decisiones**. Es decir, no se reduce a la mera presencia de estos grupos o personas a las distintas convocatorias. En este sentido, es importante relevar la voz de los niños, niñas y adolescentes, considerando sus decires y necesidades, tanto en la planificación como en el desarrollo y la evaluación de los dispositivos de salud (Barcala, 2019).

Los usuarios, las familias y los grupos de apoyo y defensa de los usuarios pueden tener una influencia significativa en el desarrollo de una política de salud mental.

Algunos de los papeles que pueden jugar son (Minsal, 2000 en OMS, 2005):

- Concienciar a las autoridades nacionales, a las autoridades locales y a los medios de comunicación acerca de la importancia de los trastornos mentales en el país en cuestión.
- Identificar y comunicar las necesidades de la población y las expectativas sobre los servicios de salud mental.
- Proporcionar apoyo a los derechos de los pacientes, incluyendo el tratamiento respetuoso y el acceso a los servicios.
- Ejercer una presión social para obtener más y mejores servicios sociales y de salud mental.
- Prestar autoayuda y apoyo, así como psicoeducación.
- Pueden convertirse en líderes del cambio cultural a favor de la eliminación de la discriminación y de la reinserción social y laboral.
- Proporcionar servicios de rehabilitación para las personas con discapacidad mental.

» 5. Estructura de la política de salud (promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación)

La prevención de enfermedades y la promoción de la salud entre niños, niñas y adolescentes es trascendental dados los impactos significativos que pueden tener en su salud mental a lo largo del ciclo de vida. Por ejemplo, la mayoría de los trastornos mentales que sufren los adultos tienen su origen en la niñez o la adolescencia. Por otro lado, el tratamiento oportuno y una rehabilitación adecuada aseguran brindar las posibilidades para una recuperación y/o control de las patologías para evitar sus efectos biopsicosociales.

En Estados Unidos, el *Estudio Nacional de Replicación de Comorbilidad* confirmó que en algunos trastornos psiquiátricos la edad de comienzo era más temprana de lo que se pensaba, entregando los siguientes datos sobre edades promedio de inicio (Costello, 2008 en de la Barra, 2009):

- Trastornos de ansiedad y de control de impulsos: 11 años.
- Ideación y planes suicidas: adolescencia tardía.
- Dos tercios de las fobias sociales: antes de los 18 años.
- Los trastornos adictivos puros a los 21 años y patología dual a los 11 años.

Si bien, los datos de prevalencia de trastornos psiquiátricos en niños, niñas y adolescentes son escasos a nivel mundial, los estudios sugieren que las necesidades de salud mental de este grupo no son satisfechas, ni siquiera en países de alto nivel de ingreso. Además, la literatura disponible permite estimar que, a nivel mundial, aproximadamente entre el 3 y el 22% de los niños, niñas y adolescentes sufren de una enfermedad mental discapacitante y que el suicidio es la tercera causa de muerte en adolescentes, por lo que deben ser motivo de preocupación para la salud pública (de la Barra, 2009).

En este contexto es que cobran especial **relevancia las acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en el ámbito de salud mental**, acciones que se entienden como:

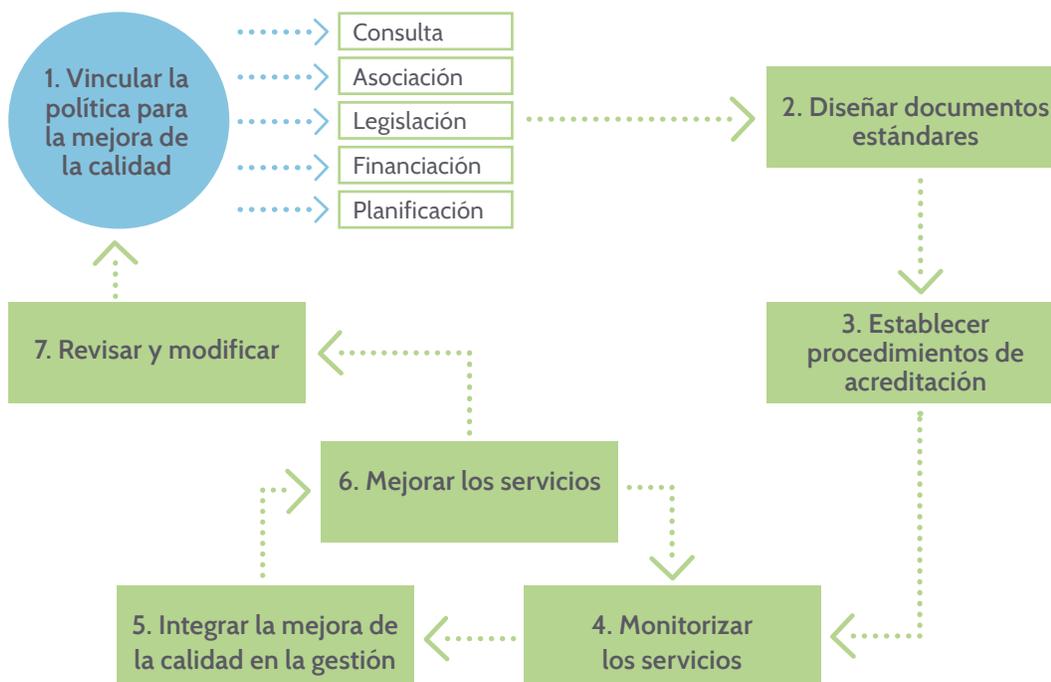
- **Promoción:** “Las acciones de promoción apuntan a estimular los factores protectores de las personas y comunidades para enfrentar los desafíos de la vida diaria, mejorando su capacidad para manejar el estrés y promoviendo relaciones sociales de apoyo.” (MINSAL, s.f.). En este sentido, dichas actividades de promoción son necesariamente intersectoriales, pues tienen como objetivo aportar información técnica y material de apoyo para que individuos, familias y grupos refuercen habilidades, estén mejor informados y se organicen para alcanzar y mantener un mejor nivel de salud mental.
- **Prevención:** en términos generales, las acciones de prevención se orientan a identificar factores de riesgo para deducir de ellas nuevas y múltiples modalidades de intervención y así lograr el control absoluto de lo imprevisto (Castel, 1986 en Bianchi, 2016). En el ámbito de salud mental, la prevención es más efectiva cuando se realiza con población que no está demandando atención por salud mental, pero que presenta factores de riesgo o está comenzando a presentar problemas o síntomas de una probable enfermedad mental. Esto incluye a portadores de una patología somática crónica, quienes hayan pasado por un evento vital agudo, personas afectadas por violencia, familiares de personas con enfermedades mentales o discapacidad, personas en condición de pobreza o marginación, consumidores de drogas y exceso de alcohol, niños, niñas o adolescentes con problemas escolares, trabajadores con estrés, etc. (MINSAL, s.f.).
- **Tratamiento:** las actividades para tratamiento tienen como población objetivo a personas con diagnóstico de una enfermedad mental y sus familias, con el propósito de modificar los factores biológicos, psicológicos y sociales que condicionan, desencadenan o perpetúan la enfermedad mental (MINSAL, s.f.). Entre las actividades de tratamiento es posible encontrar la consulta médica de salud mental, realizada por un médico general; la consulta de salud mental, realizada por psicólogo, enfermera, asistente social, matrona u otro profesional o técnico; intervención psicosocial grupal, realizada por psicólogo, enfermera, asistente social, terapeuta ocupacional, matrona u otro profesional o técnico con el paciente y la familia; visita de salud mental, realizada por psicólogo, enfermera, asistente social, matrona, terapeuta ocupacional u otro profesional; psicoterapia individual y/o grupal, realizada por psicólogo clínico; y actividades comunitarias, que realiza la asistente social, enfermera, terapeuta ocupacional, matrona, psicólogo, médico, u otro integrante del equipo de salud general, con organizaciones o redes que apoyan al paciente y a la familia en su tratamiento y rehabilitación.
- **Rehabilitación:** las actividades de rehabilitación se vinculan al seguimiento realizado por el equipo de salud mental al cambiar el esquema de atención luego del tratamiento. El equipo de salud mental y psiquiatría ambulatoria prestan atención fuera de las estructuras sanitarias y además deben asegurar acceso a todo tipo de prestaciones que el paciente requiera (MINSAL, s.f.).

» 6. Calidad y derechos en los servicios de salud mental

En la atención a la salud mental, la calidad es “una medida que evalúa si los servicios alcanzan o no los resultados deseados y si éstos son coherentes con las actuales prácticas basadas en la evidencia” (OMS, 2003, p. 2). Esta definición incorpora dos componentes: 1) en la calidad para las personas con trastornos mentales, sus familias y la población en general, se enfatiza en que los servicios deben arrojar resultados positivos y 2) para los médicos, planificadores de servicios y gestores políticos, resalta el mejor uso posible del conocimiento y la tecnología actual (OMS, 2003).

En la siguiente figura se representan los pasos para la mejora de la calidad en los servicios de salud mental:

FIGURA 1 | PASOS PARA LA MEJORA DE CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD



FUENTE | ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2003.

La calidad es importante para todos los sistemas de salud mental desde una variedad de perspectivas. Desde la perspectiva de la persona con un trastorno mental, la calidad debe asegurar que reciba los cuidados que necesite; para las familias, la calidad debe proporcionar apoyo y ayuda para preservar la integridad familiar; para los proveedores de servicios o administrador de programas, la calidad debe asegurar efectividad y eficiencia y, para el gestor de políticas, la calidad es la clave para mejorar la salud mental de la población, asegurando resultados más rentables (OMS, 2003).

Una buena calidad implica que los servicios de salud mental deben (OMS, 2003):

- Preservar la dignidad de las personas con trastornos mentales.
- Proporcionar cuidados, tanto clínicos como no clínicos, destinados a reducir el impacto del trastorno y a mejorar la calidad de vida de las personas con trastornos mentales.
- Usar intervenciones que ayuden a las personas con trastornos mentales a afrontar por sí mismas la discapacidad derivada de tales trastornos.
- Hacer un uso más eficiente y efectivo de los escasos recursos de salud mental.
- Asegurar que la calidad de la atención mejora en todas las áreas, incluyendo la promoción de la salud mental, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación en atención primaria, así como en los dispositivos residenciales comunitarios, ambulatorios y de internamiento.

FIGURA 2 | NIVELES DE CALIDAD



FUENTE | ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2003.

En definitiva, la calidad es una medida para estimar si los servicios aumentan la probabilidad de los resultados deseados de salud mental y si son consistentes con las prácticas actuales, basadas en evidencia. La mejora de la calidad (QI) es un proceso continuo y permanente.

» 7. Financiamiento

El financiamiento adecuado y sostenido es uno de los factores más importantes en la implementación de una política. Es una herramienta poderosa que permite al Ministerio de Salud transformar la política en realidad. Por ello, se debe analizar el presupuesto para los servicios de salud mental de niños, niñas y adolescentes, comenzando por definir si es parte del presupuesto general de salud, una salud mental general identificable con presupuesto, o un presupuesto para niños, niñas y adolescentes⁶. Si esto no ocurre, existe el peligro que los servicios de salud mental para adultos (que generalmente no cuentan con fondos suficientes) retiren los fondos de servicios de salud mental para niños, niñas y adolescentes.

Del mismo modo, debe haber un proceso que permita que el gasto pueda ser monitoreado y reportado regularmente, para que las comparaciones puedan hacerse entre los presupuestos y gastos para niños, niñas y adolescentes y aquellos para adultos. Esto puede contribuir a una mayor transparencia en las decisiones de asignación, respaldar una distribución de recursos más equitativa y ayudar a identificar áreas prioritarias de necesidad en planificación continua.

De acuerdo a Juretić et al. (2005) la definición de los recursos a asignar a las políticas de infancia y adolescencia resulta especialmente desafiante, por la complejidad que implica satisfacer los derechos de los niños, niñas y adolescentes y las restricciones financieras del Estado.

» 8. Organización de servicios de salud mental

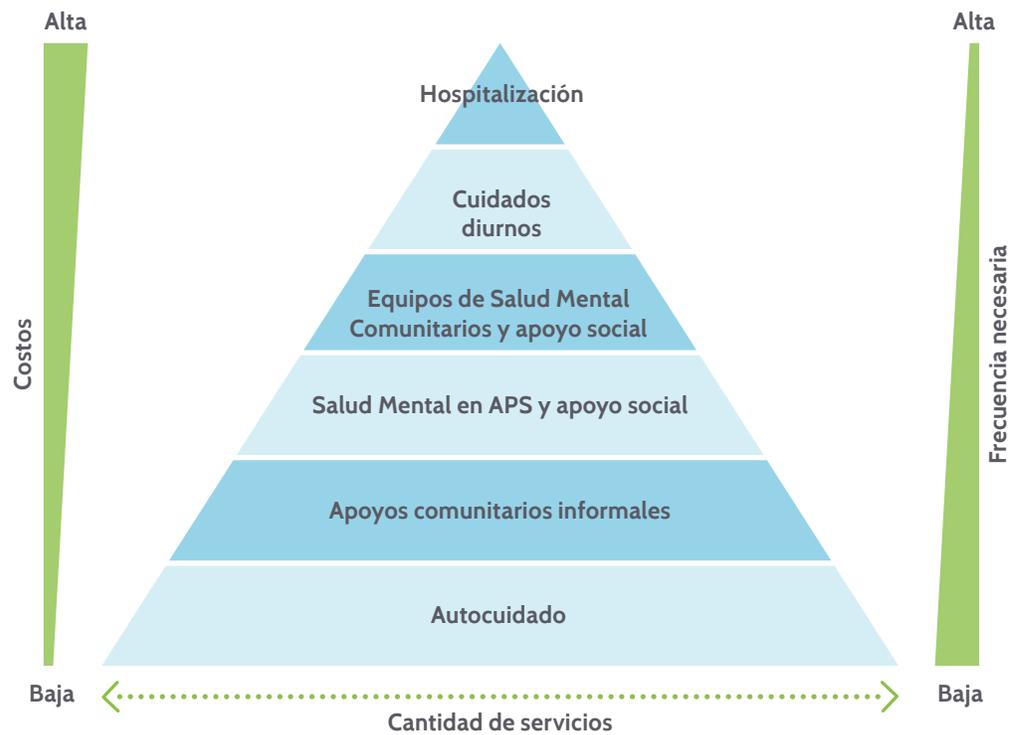
El desarrollo de servicios apropiados de salud mental para niños, niñas y adolescentes es un desafío, incluso en los países más desarrollados. Sin embargo, el desafío depende no solo de los recursos disponibles dentro del país, sino también en la creatividad y la motivación de mejorar las fortalezas de los servicios locales y sus equipos, agrupar recursos y enfatizar un compromiso con la integración de niños, niñas y adolescentes con trastornos mentales en entornos comunitarios. La OMS recomienda una combinación basada en la pirámide de servicios de salud mental equilibrados, con servicios de salud mental integrados en todos los niveles de salud.

Tanto en nivel comunitario, atención primaria de salud, servicios comunitarios de salud mental y servicios en hospitales generales, los hospitales psiquiátricos desempeñan un papel mínimo y menor dentro de esta **combinación óptima de servicios como se muestra en el siguiente esquema de la organización de servicios:**

⁶ Ley N°21.430 Sobre garantías y protección integral de los derechos de la niñez y adolescencia en su Artículo 16 mandata la identificación de a ejecución de los recursos destinados a la niñez "...Los órganos del Estado, en el ámbito de sus competencias, hasta el máximo de los recursos de los que puedan disponer, deben tener en especial consideración el diseño y ejecución de normativas, políticas, servicios y prestaciones destinadas a la promoción, protección y garantía de los derechos del niño, niña o adolescente, procurando priorizar su financiamiento en sus respectivos presupuestos. En la cuenta pública que deban realizar en conformidad con el artículo 72 de la ley N° 18.575, orgánica constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado, los órganos de la Administración del Estado deberán incluir la información, claramente identificada, relativa a la gestión de políticas, planes, programas, acciones y a la priorización y ejecución presupuestaria de los recursos destinados a la niñez, a las iniciativas destinadas a ella, aprobadas y en ejecución."

Del mismo modo, en la discusión de la Ley de Presupuestos del Sector Público, procurarán considerar prioritariamente el financiamiento del diseño y ejecución de normativas, políticas, servicios y prestaciones destinadas a la promoción, protección y garantía de los derechos del niño, niña y adolescente.

FIGURA 3 | ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS



FUENTE | ELABORACIÓN PROPIA.

» 9. Recursos humanos y capacitación

Para la protección integral de los derechos de niños, niñas y adolescentes es importante considerar la idoneidad de los recursos humanos en las arquitecturas institucionales, en los siguientes aspectos (Juretić et al., 2015):

- Procesos rigurosos de selección de personal.
- Sistema de contratación que se haga cargo de la especificidad del trabajo con infancia.
- Capacidad institucional para proveer herramientas de inducción y capacitación permanentes.
- Adecuada estimación de remuneraciones para atraer al personal idóneo.

En el ámbito de salud mental y orientado a un modelo de salud comunitario, el despliegue de la práctica interdisciplinaria es fundamental, considerando la perspectiva epistemológica que sostiene que los procesos referidos a la salud mental son multidimensionales y multideterminados, es decir, la salud mental no se reduce a la dimensión psicopatológica ni se reduce a la mirada disciplinaria de la psicología y psiquiatría (Barcala, 2019).

El desarrollo de recursos humanos y la capacitación son esenciales en el área de la salud mental de niños, niñas y adolescentes. Es probable que haya muy pocos trabajadores debidamente calificados dentro de un país, y se requerirá una planificación cuidadosa para garantizar que haya suficientes recursos humanos disponibles para lograr los objetivos de las políticas. Es esencial que las necesidades de desarrollo de recursos humanos se evalúen temprano en el desarrollo de políticas, y que se diseñen estrategias para aumentar el número de personas debidamente capacitadas.

» 10. Adquisición y distribución de medicamentos básicos

El número de niños, niñas y adolescentes que requiere medicamentos para superar algún problema de salud mental es una proporción menor comparada con el universo de niños, niñas y adolescentes (inclusive con el total de quienes han presentado alguna patología), no obstante, deben tener disponibles estos recursos e identificar brechas.

Los medicamentos básicos o esenciales “son aquéllos considerados indispensables y necesarios para el tratamiento de la salud mental de la población. Deben restringirse a aquellos que han demostrado ser terapéuticamente eficaces, aceptablemente seguros y asequibles, de acuerdo con el nivel de recursos del país o región afectada” (OMS, 2005, p. 34).

Los cinco pasos esenciales a considerar para facilitar el uso racional de los medicamentos psicotrópicos en los servicios de atención primaria y la atención especializada son (OMS, 2005):

- **Entregar en un número limitado de casos o condiciones:** esto facilita la formación de los trabajadores de la salud y la puesta en marcha de programas.
- **Fabricar una limitada gama de medicamentos disponibles⁷:** útil para la adquisición a granel o la fabricación local, permitiendo una provisión relativamente continua, barata y un control de calidad adecuado.
- **Simplificar la división de las áreas relacionadas con el uso de los medicamentos:** esto ayuda a facilitar la delegación de ciertos aspectos de la prescripción y dispensación que llevan a cabo los médicos y farmacéuticos, en otros miembros de los equipos de salud.
- **Elaborar un programa de formación continua:** esto ayuda a mejorar la adherencia y la efectividad de los tratamientos farmacológicos.
- **Constituir un organismo político central:** esto contribuye al desarrollo de garantías y normativas para mejorar la calidad de los tratamientos y limitar el abuso de los medicamentos.

» 11. Sistemas de información

Un sistema de información de salud mental (SISM) es “un sistema que permite recoger, procesar, analizar, difundir y utilizar la información sobre un servicio de salud mental y las necesidades de salud mental de la población a la que atiende (...) existe no sólo con el objeto de recoger datos, sino también para permitir la toma de decisiones en todos los terrenos del sistema” (OMS, 2010, p.2).

⁷ Se refiere a la producción suplementaria en caso de detectar bajo stock.

Los **sistemas de información son importantes para la formulación de políticas y el monitoreo de su implementación**. Siempre que sea posible, se deben asignar fondos para establecer y operar una base de datos. Dichas bases de datos pueden variar enormemente en complejidad y exhaustividad.

Dentro de un SISM la información atraviesa diversas etapas (OMS, 2010):

- **Recogida:** obtención de los datos.
- **Procesamiento:** movimiento de los datos desde el punto donde fueron recogidos hasta aquel donde pueden cotejarse y prepararse para el análisis.
- **Análisis:** examen y estudio de los datos.
- **Difusión:** comunicación de los resultados del análisis.
- **Utilización:** aplicación de los datos para mejorar la prestación, planificación, desarrollo y evaluación de los servicios.

Asimismo, en un **sistema de protección integral de niños, niñas y adolescentes, generar sistemas integrados de información permite tener respuestas en línea con las ofertas sectoriales, potenciando respuestas múltiples e intersectoriales a las necesidades de este grupo** (Juretić et al., 2015).

» 12. Evaluación de la política, servicios y programas

Entregar recursos para la **investigación y evaluación de los servicios de salud mental permite promover la calidad de los mismos** (OMS, 2003). También, la inversión en investigación y la difusión de los descubrimientos son importantes para extender el conocimiento acerca de la magnitud y las causas de los trastornos mentales y sobre las posibilidades de prevención y tratamiento (OMS, 2010).

Las áreas principales para la investigación en salud mental, que pueden considerarse en la elaboración de una política, son las siguientes (OMS, 2005):

- Los datos epidemiológicos son esenciales para determinar la salud mental de las poblaciones, identificar factores protectores y de riesgo y evaluar las intervenciones de salud. También son importantes para el apoyo y defensa de los usuarios.
- La investigación sobre resultados de tratamientos, prevención y promoción es necesaria para el desarrollo de intervenciones farmacológicas, psicológicas y psicosociales más eficaces y rentables.
- Se necesita la investigación sobre políticas y servicios para dirigir las reformas del sistema de salud mental y la desinstitucionalización, especialmente en los países en vías de desarrollo.
- Hay una necesidad de más investigación sobre los costes de los trastornos mentales y de evaluaciones económicas de los programas de tratamiento, prevención y promoción.
- Existe una gran necesidad de investigación en salud mental en los países en vías de desarrollo. Se necesitan, asimismo, comparaciones internacionales para mejorar la comprensión de los rasgos comunes y las diferencias en la gestión de los trastornos mentales en diferentes culturas. La política puede definir

prioridades para la investigación en salud mental en respuesta a las necesidades prioritarias de la población.

También, para este ámbito, es necesario que los servicios de salud mental generen alianzas con organizaciones profesionales e instituciones académicas para mejorar la calidad y el rendimiento de los servicios de salud mental mediante la educación, la formación, la investigación y la evaluación (OMS, 2003).

3

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA DEL ESTUDIO

OBJETIVO GENERAL:

Elaborar propuestas y recomendaciones para una nueva red de salud mental para niños, niñas y adolescentes, que dé soluciones a los desafíos identificados en base al cumplimiento de los estándares internacionales de derechos humanos y que permita asegurarles, a todos los niños, niñas y adolescentes que viven en Chile, el ejercicio efectivo de su derecho a la salud, a la supervivencia y el desarrollo en su máximo potencial.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Analizar los estándares internacionales de derechos humanos de niños, niñas y adolescentes, en materia de salud mental.
2. Analizar los estándares internacionales sostenidos en la evidencia científicamente afianzada en materia de salud mental de niños, niñas y adolescentes.
3. Analizar la actual oferta programática chilena, pública y privada, de salud mental para niños, niñas y adolescentes.
4. Identificar programas exitosos de abordaje de salud mental de niños, niñas y adolescentes que se encuentren basados en evidencia nacional e internacional.
5. Identificar los desafíos del actual sistema de salud nacional, para abordar de manera efectiva la salud mental para niños, niñas y adolescentes en general, y para grupos prioritarios y especialmente vulnerables, en particular (niños, niñas y adolescentes bajo el cuidado del Estado, en situación de discapacidad, diversidad sexual, pueblos indígenas, entre otros).

6. Diseñar un escenario ideal que permita el diseño, implementación y evaluación de una política pública nacional de salud mental de niños, niñas y adolescentes, que permita contar con una propuesta concreta y contundente que permita la concreción de su resultado en el país.
7. Lograr la participación efectiva e incidente de niños, niñas y adolescentes en investigaciones, como coinvestigadores, que los incluyan como sujetos de estudio y como agentes de cambio, valorando sus opiniones y considerándolas en los análisis correspondientes.

DISEÑO METODOLÓGICO

La génesis de una política pública implica la existencia de un tema y el reconocimiento de un problema. Mientras las personas pueden estar de acuerdo en cuanto al tema, no necesariamente pueden estarlo con la definición del problema ni con las políticas públicas que deberían implementarse para darle solución. Uno de los principales problemas de la política pública es que su definición no es precisa, es por ello que los tomadores de decisiones y los analistas de políticas públicas cobran un papel fundamental a la hora de definir los problemas que serán tratados como materia de política pública (Parsons, 2007).

Siguiendo la descripción de Parsons (2007), la estrategia que enmarca el análisis racional de las políticas públicas suele expresarse sobre la base de un ciclo que incluye cinco etapas:

- *Formulación*: clarificar y acotar el problema, y determinar los objetivos.
- *Búsqueda*: identificar, diseñar y sondear las alternativas.
- *Pronóstico*: predecir el entorno o contexto operacional.
- *Elaboración de modelos*: construir y usar modelos para determinar los impactos.
- *Evaluación*: comparar y clasificar las alternativas.

Dada la importancia de tener insumos para la toma de decisiones, el presente estudio está dirigido a la identificación, sistematización y uso de insumos racionales para la toma de decisión respecto al diagnóstico y propuesta de diseño de una nueva política pública en materia de salud mental especializada en la atención de las necesidades de niños, niñas y adolescentes en Chile. En los términos previamente reseñados, este estudio estará abocado fundamentalmente a analizar información en torno a las etapas de formulación, búsqueda y pronóstico, requeridas para el desarrollo racional de una nueva política pública, dejando la elaboración de modelos de determinación de impactos y la evaluación de la política sólo a nivel de propuestas generales, sin llegar a estructurar de manera completa el proceso.

El proceso de formulación de políticas públicas puede entenderse, según Stein et al. (2006), como una sucesión de intercambios entre actores políticos que interactúan en escenarios formales e informales. Se consideran, entonces, los procesos por los cuales los países discuten, deciden e implementan políticas públicas, donde dichas políticas son endógenas, es decir, surgen de su proceso de formulación. Este proceso involucra un análisis desde el funcionamiento de las instituciones de base, el proceso de formulación en sí mismo y su resultado.

El proceso de formulación de políticas públicas incluye también la participación de distintos actores políticos, lo que se entiende como un proceso de negociaciones e intercambios, denominado *equilibrio* en el marco de la teoría de juegos. Estos intercambios dependen de las preferencias y los incentivos de los actores, junto con las expectativas respecto al comportamiento de los otros. En la medida que el comportamiento de los actores está determinado por las reglas y políticas específicas que definen sus papeles e interacciones, el proceso de formulación de políticas públicas constituye una actividad altamente compleja. Es por ello que, para poder elaborar una propuesta de rediseño de la política pública en materia de salud mental para niños, niñas y adolescentes, será necesario incorporar distintas fuentes de información y recoger la perspectiva de múltiples actores intervinientes, incluidos los propios niños, niñas y adolescentes.

Pese a la complejidad de este proceso, su resultado debe tener como principal cualidad la credibilidad, que está dada por ciertas características que afectan la calidad de las políticas públicas, las cuales, según Stein et al. (2006), corresponden a:

- **Estabilidad:** cuán estables son las políticas en el tiempo.
- **Adaptabilidad:** cuán ajustables pueden ser las políticas cuando fallan o cambian las circunstancias.
- **Coherencia y coordinación:** en qué medida las políticas son compatibles con otras afines y en qué medida son el resultado de acciones bien coordinadas entre los actores que participan en su formulación e implementación.
- **Calidad de la implementación y de la efectiva aplicación:** cómo se ejecutan las políticas y logran aplicarse de manera efectiva.
- **Orientación hacia el interés público:** en qué medida las políticas se orientan hacia el interés público.
- **Eficiencia:** en qué medida las políticas reflejan una asignación de recursos escasos que asegure retornos sociales.

En consecuencia, los procesos de diagnóstico y rediseño de la política pública en materia de salud mental de niños, niñas y adolescentes en Chile, comprometidos en el presente estudio, serán desarrollados considerando estos seis criterios, buscando garantizar la calidad de la propuesta resultante.

ENFOQUE METODOLÓGICO

La metodología del estudio es de tipo evaluativa respecto al diagnóstico del actual funcionamiento de la red de salud mental para niños, niñas y adolescentes en Chile, asumiendo como criterios de evaluación tanto los estándares normativos como técnicos (evidencia científica actualizada) imperantes a nivel internacional, como un análisis valorativo de la oferta de atención disponible y en funcionamiento a nivel nacional. Posteriormente, los resultados de dicho diagnóstico serán utilizados como lineamientos principales para la elaboración de una propuesta de rediseño de la política pública en materia de salud mental para niños, niñas y adolescentes, adoptando como perspectiva general el análisis racional de las políticas públicas.

Para alcanzar estos propósitos generales, se desarrolló una metodología multi-método, con un enfoque esencialmente cualitativo, pero complementado con análisis de naturaleza cuantitativa cuando se disponga de información ad-hoc. Siguiendo a Briones (1991), se analiza el diseño, la estructura y el funcionamiento de la actual red de salud mental para niños, niñas y adolescentes en Chile, asumiendo un enfoque integral, ya que los análisis a ser desarrollados estarán enfocados en el conjunto de actores, procesos, actividades y productos de dicha red, incluyendo la identificación de los factores que facilitan u obstaculizan su coordinación y funcionamiento.

Las exigencias técnicas y metodológicas para este tipo de estudio suponen disponer de información en los distintos niveles de decisión o actuación, generando una visión completa de todos los procesos y actores involucrados en la política pública, a fin de resguardar la confiabilidad y validez de la información recogida, así como también de los resultados que ésta genere.

PLAN DE ANÁLISIS

1 | OPERACIONES

Un requerimiento fundamental de los estudios que van a producir y analizar información, es la previa definición de las dimensiones que son de interés estudiar, su conceptualización y, a partir de ella, su operacionalización en variables específicas, lo que se presenta en la siguiente tabla.

TABLA 1 | OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

DIMENSIÓN	DEFINICIÓN TEÓRICA	VARIABLES
1. Legislación	Adopción de medidas especiales de promoción, prevención, protección y asistencia en favor del derecho a la salud, salud mental, un ambiente sano y protector de todos los niños, niñas y adolescentes sin discriminación alguna.	<p>Nombre y tipo de normas legales.</p> <p>Cumplimiento de estándares internacionales.</p> <p>Medidas adoptadas para la protección de cualquier situación que pueda obstaculizar el derecho a la salud, salud mental, un ambiente sano y protector.</p> <p>Medidas adoptadas para resguardar los derechos de los niños, niñas y adolescentes en el uso adecuado en la admisión y tratamiento en contexto involuntario (ej. pacientes anosognósicos o sin conciencia de déficit).</p>
2. Marco conceptual de la política	Fundamentos teóricos en materia de salud de niños, niñas y adolescentes.	<p>Número y tipo de políticas.</p> <p>Inclusión del enfoque de derechos humanos.</p> <p>Inclusión del enfoque de determinantes sociales de la salud.</p> <p>Inclusión del enfoque de curso de vida.</p> <p>Forma en que se incorpora el enfoque de seguridad pública en el caso de niños, niñas y adolescentes en políticas vinculadas (consumo de drogas, conflicto con la justicia).</p> <p>Otros enfoques identificados.</p>

3. Coordinación intersectorial	La gestión intersectorial es fundamental para alcanzar los objetivos de cualquier política de salud mental, la modalidad del contacto multi sectorial es diversa y existen varias categorías.	<p>Inclusión del enfoque de intersectorialidad.</p> <p>Caracterización del rol de cada institución.</p> <p>Tipos de colaboración (informativa, integrativa, colaborativa, recursos integrados, etc.)</p> <p>Planes de acción actuación coordinada existentes.</p> <p>Integralidad y continuidad de la atención en la red.</p>
4. Participación comunitaria	Actores involucrados en la política y mayores probabilidades de ser validada y contar con el apoyo de la comunidad.	<p>Incorporación de actores territoriales, privados, ONGs y sociedad civil.</p> <p>Tipos y grados de participación.</p> <p>Mecanismos de participación de las comunidades y organizaciones en el diseño, monitoreo y evaluación de programas y servicios de salud mental.</p> <p>Desarrollo de capacidad para que la comunidad y las organizaciones tengan una participación efectiva.</p> <p>Especificidad en poblaciones especialmente vulnerables.</p> <p>Interculturalidad.</p> <p>Género.</p>
5. Participación de niños, niñas y adolescentes	Involucramiento de los niños, niñas y adolescentes en las distintas etapas del desarrollo de la oferta de salud mental.	<p>Tipos y grados de participación.</p> <p>Participación en el diseño de la oferta.</p> <p>Participación en la ejecución de la oferta.</p> <p>Mecanismos de participación para niños, niñas y adolescentes en el diseño, monitoreo y evaluación de programas y servicios de salud mental.</p> <p>Desarrollo de capacidad para que niños, niñas y adolescentes tengan una participación efectiva.</p> <p>Especificidad en poblaciones especialmente vulnerables.</p> <p>Interculturalidad.</p> <p>Género.</p> <p>Rango etario.</p>
6. Estructura de la Política en salud (promoción, prevención, tratamiento, integración y recuperación)	Estructura de la Política en salud (promoción, prevención, tratamiento, integración y recuperación)	<p>Inclusión del modelo de salud mental comunitaria.</p> <p>Acciones o líneas en torno a promoción.</p> <p>Acciones o líneas en torno a prevención.</p> <p>Acciones o líneas en torno a tratamiento.</p> <p>Acciones o líneas en torno a integración y recuperación.</p>

<p>7. Calidad y derechos en los servicios de salud mental para niños, niñas y adolescentes</p>	<p>La calidad es una medida para estimar si los servicios aumentan la probabilidad de que los resultados en salud mental sean los deseados y si son consistentes con las prácticas actuales basadas en evidencia. La mejora de la calidad es un proceso continuo e iterativo. La calidad de los servicios con enfoque de derechos implica tener presente los Estándares internacionales de derechos humanos aplicables al ámbito de salud mental para niños, niñas y adolescentes.</p>	<p>Tipos de colaboración (informativa, integrativa, colaborativa, recursos integrados, etc.)</p> <p>Guías y protocolos clínicos.</p> <p>Especificidad en poblaciones especialmente vulnerables.</p> <p>Interculturalidad.</p> <p>Género.</p> <p>Rango etario.</p> <p>Estándares de internación (considerar tratamientos involuntarios).</p> <p>Desarrollo de estándares para la evaluación de los servicios.</p> <p>Implementación de los indicadores del modelo de gestión y Política Nacional de Salud Mental PNSM.</p> <p>Planes de acción para involucrar a usuarios (niños, niñas, adolescentes y sus familias) en el diseño, implementación y evaluación de los servicios.</p> <p>Mecanismos de denuncia y reparación para vulneraciones de derechos de pacientes.</p> <p>Medidas para evaluar la satisfacción con el servicio y los resultados (a nivel individual y familiar).</p> <p>Desarrollo de mecanismos para revisar e implementar mejoras en los servicios.</p>
<p>8. Fuente de financiamiento</p>	<p>Presupuesto asignado, también el rediseño y/o reasignación de recursos.</p>	<p>Financiamiento dedicado a política de salud mental en infancia y adolescencia.</p> <p>Fuente y monto de financiamiento dedicado a la oferta programática/servicios de salud mental en infancia y adolescencia.</p> <p>Fuente y monto de financiamiento dedicado a la investigación en salud mental de niños, niñas y adolescentes.</p> <p>Mecanismos de entrega de recursos.</p> <p>Financiamiento para cobertura para atención de salud mental (sistemas de seguridad social o similar).</p>
<p>9. Organización de servicios de salud mental</p>	<p>Despliegue de los servicios de salud mental en un territorio o país. Considera la valoración de la oferta en términos de su integralidad y el tipo de abordaje.</p>	<p>Tipo de oferta en los servicios de salud mental, categorizada según los criterios dispuestos en la pirámide de servicios propuesta señalado en este estudio.</p> <p>Órgano/Institución que coordina la oferta.</p> <p>Coordinación de la oferta en la red (ver tema de continuidad).</p> <p>Continuidad de los cuidados.</p> <p>Disponibilidad de servicios y medidas de acceso que aseguren la continuidad en el sistema.</p> <p>Brecha entre oferta y demanda en los servicios de salud mental.</p> <p>Focalización de los servicios de salud mental.</p> <p>Caracterización de la provisión de servicios o atenciones de salud mental (dispositivos y cobertura).</p> <p>Número de programas de salud mental en niños, niñas y adolescentes para: 1) promoción, 2) prevención, 3) tratamiento.</p> <p>Acceso a la atención de salud mental en dispositivos de salud, diferenciando tipo de provisión (público o privada) y disponibilidad en los territorios.</p> <p>Garantías de acceso para poblaciones más excluidas.</p> <p>Pertinencia cultural (interculturalidad).</p>

10. Recursos humanos, capacitación y formación en el sistema	Dotación de personal y nivel de especialización requerido, poniendo énfasis en la planificación y disponibilidad de espacios de capacitación no solo para las y los trabajadores de salud, sino también para todos los actores involucrados con la salud mental, como organizaciones comunitarias, ONG, entre otros actores.	<p>Estructura de cargos implementada o requerida, tanto a nivel profesional como administrativo.</p> <p>Dotación disponible o requerida.</p> <p>Perfiles de cargo especializados en materia de infancia y adolescencia.</p> <p>Inclusión de variables de género e interculturalidad en la contratación y gestión de funcionarios.</p> <p>Porcentaje de profesionales capacitados en salud mental de niños, niñas y adolescentes.</p> <p>Porcentaje de dotación con dedicación a salud mental en niños, niñas y adolescentes.</p> <p>Disponibilidad de equipos de trabajo multidisciplinarios.</p> <p>Desarrollo, disponibilidad y especificidad de los contenidos en programas de capacitación para los equipos profesionales de salud mental para la prestación directa de servicios de atención.</p> <p>Desarrollo y disponibilidad de programas de capacitación para los equipos profesionales de salud mental para investigación y desarrollo de servicios.</p> <p>Desarrollo y disponibilidad de programas de capacitación para otros actores u organizaciones.</p>
11. Adquisición y distribución de medicamentos básicos	Disponibilidad de medicamentos.	<p>Disponibilidad de medicamentos en establecimientos de la red.</p> <p>Brecha entre oferta y demanda de medicamentos.</p>
12. Sistemas de información	Los sistemas de información permiten hacer seguimiento a la implementación de las políticas. Pueden variar en complejidad y amplitud.	<p>Disponibilidad de sistemas de información.</p> <p>Disponibilidad de fondos para desarrollar y operar los sistemas de información.</p> <p>Caracterización de los sistemas de información disponibles.</p> <p>Integración de sistemas informáticos para garantizar la continuidad de la provisión de servicios/cuidados.</p> <p>Medidas para resguardar la confidencialidad de la información de niños, niñas y adolescentes y sus familias.</p>
13. Evaluación de la política, servicios y programas	Evaluaciones realizadas y sus resultados.	<p>Evaluaciones de la política (integralidad).</p> <p>Evaluaciones de servicios y programas (de proceso y resultados, impacto) y qué indicadores se consideran.</p> <p>Presupuesto de Investigación y Desarrollo I&D dedicado a evaluación de servicios y políticas salud mental en niños, niñas y adolescentes.</p> <p>Sectores que se coordinan.</p>

FUENTE | ELABORACIÓN PROPIA.

TABLA 2 | MATRIZ RESUMEN DE TÉCNICAS DE PRODUCCIÓN DE DATOS

METODOLOGÍA	TIPO DE FUENTE/ TÉCNICA DE RECOLECCIÓN	FUENTE DE INFORMACIÓN	OBJETIVOS ESPECÍFICOS
Cualitativa y cuantitativa	Análisis documental	<ul style="list-style-type: none"> • Análisis de literatura especializada. • Análisis comparado de políticas de salud mental para niños, niñas y adolescentes. • Análisis de documentación de organismos públicos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Analizar los estándares internacionales de derechos humanos de niños, niñas y adolescentes, en materia de salud mental. • Analizar los estándares internacionales sostenidos en la evidencia científicamente afianzada en materia de salud mental. • Analizar la actual oferta programática chilena, pública y privada, de salud mental para niños, niñas y adolescentes. • Analizar estadísticas, indicadores e información administrativa de salud mental de niños, niñas y adolescentes que se encuentre disponible en Chile. • Identificar programas exitosos de abordaje de salud mental de niños, niñas y adolescentes que se encuentren basados en evidencia nacional e internacional. • Identificar los desafíos del actual sistema de salud nacional, para abordar de manera efectiva la salud mental para niños, niñas y adolescentes en general, y para grupos prioritarios y especialmente vulnerables, en particular (niños, niñas y adolescentes bajo cuidado del Estado, en situación de discapacidad, diversidad sexual, pueblos indígenas, entre otros).
Cualitativa	Panel de expertos	<ul style="list-style-type: none"> • Instituciones académicas y centros de estudios. • Organismos nacionales e internacionales. • Pares del Estado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Analizar la actual oferta programática chilena, pública y privada, de salud mental para niños, niñas y adolescentes. • Identificar programas exitosos de abordaje de salud mental de niños, niñas y adolescentes que se encuentren basados en evidencia nacional e internacional. • Identificar los desafíos del actual sistema de salud nacional, para abordar de manera efectiva la salud mental para niños, niñas y adolescentes en general, y para grupos prioritarios y especialmente vulnerables, en particular (niños, niñas y adolescentes bajo cuidado del Estado, en situación de discapacidad, diversidad sexual, pueblos indígenas, entre otros).

<p>Cualitativa</p>	<p>Entrevistas semiestructuradas individuales y grupales</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Representantes institucionales clave. • Entrevistas a operadores. 	<ul style="list-style-type: none"> • Analizar la actual oferta programática chilena, pública y privada, de salud mental para niños, niñas y adolescentes. • Identificar programas exitosos de abordaje de salud mental de niños, niñas y adolescentes que se encuentren basados en evidencia nacional e internacional. • Identificar los desafíos del actual sistema de salud nacional, para abordar de manera efectiva la salud mental para niños, niñas y adolescentes en general, y para grupos prioritarios y especialmente vulnerables, en particular (niños, niñas y adolescentes bajo cuidado del Estado, en situación de discapacidad, diversidad sexual, pueblos indígenas, entre otros). • Diseñar un escenario ideal que permita el diseño, implementación y evaluación de una política pública nacional de salud mental de niños, niñas y adolescentes, que permita contar con una propuesta concreta y contundente que permita la concreción de su resultado en el país.
<p>Cualitativa</p>	<p>Grupos focales</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Grupos focales con niños, niñas y adolescentes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar los desafíos del actual sistema de salud nacional, para abordar de manera efectiva la salud mental para niños, niñas y adolescentes en general, y para grupos prioritarios y especialmente vulnerables, en particular (niños, niñas y adolescentes bajo cuidado del Estado, en situación de discapacidad, diversidad sexual, pueblos indígenas, entre otros). • Diseñar un escenario ideal que permita el diseño, implementación y evaluación de una política pública nacional de salud mental de niños, niñas y adolescentes, que permita contar con una propuesta concreta y contundente que permita la concreción de su resultado en el país.
<p>Cuantitativa</p>	<p>Encuesta</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Encuesta dirigida a adolescentes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar los desafíos del actual sistema de salud nacional, para abordar de manera efectiva la salud mental para niños, niñas y adolescentes en general, y para grupos prioritarios y especialmente vulnerables, en particular (niños, niñas y adolescentes bajo cuidado del Estado, en situación de discapacidad, diversidad sexual, pueblos indígenas, entre otros). • Diseñar un escenario ideal que permita el diseño, implementación y evaluación de una política pública nacional de salud mental de niños, niñas y adolescentes, que permita contar con una propuesta concreta y contundente que permita la concreción de su resultado en el país.

2 | TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

A continuación, se presentan las diferentes técnicas de recolección de información que se utilizaron en el marco del presente estudio, a saber: *análisis documental, entrevistas semi-estructuradas individuales y grupales con actores clave, paneles de expertos o informantes clave, el desarrollo de grupos focales y la encuesta con niños, niñas y adolescentes.*

2.1 | ANÁLISIS DOCUMENTAL

En el marco del presente estudio, el análisis documental fue una de las estrategias de recolección de datos utilizados para sistematizar y analizar información en tres etapas del estudio:

- **Definición de estándares y categorías de análisis:** se realizó una revisión, sistematización y análisis de literatura especializada, en torno a dos dimensiones distintas: revisión de estándares de normativa internacional en materia de DDHH y estándares derivados de la evidencia científica para la intervención en el marco de la salud mental con niños, niñas y adolescentes, a partir de los cuales se definieron las categorías de análisis que se utilizaron a lo largo del estudio.
- **Revisión de experiencias internacionales:** se revisó y analizó comparativamente un conjunto de políticas públicas implementadas en un grupo acotado de países, orientando este procedimiento a través de la técnica de Benchmarking, a fin de identificar y generar aprendizajes a partir de las mejores prácticas en el marco de la atención en salud mental con niños, niñas y adolescentes. Por otra parte, se realizó una revisión, sistematización y análisis de literatura especializada en torno a programas que hubieran resultado efectivos en la entrega de servicios vinculados a la materia ya señalada.
- **Mapeo de la oferta nacional:** consistió en un análisis documental de información de organismos públicos para la identificación de actores participantes de la política pública nacional de salud mental de niños, niñas y adolescentes, así como también para la elaboración de un catastro de programas (públicos o privados) que actualmente operan en este ámbito. Este proceso se complementó con un análisis de datos cuantitativos respecto de la situación de salud mental de los niños, niñas y adolescentes en el país, la gestión de los programas involucrados.

2.1.1 | ANÁLISIS DE LITERATURA ESPECIALIZADA

El estudio contempló la revisión y análisis de información documental que diera cuenta de la experiencia internacional en la elaboración, implementación y evaluación de políticas de salud mental para niños, niñas y adolescentes, programas de intervención en dicha materia, lineamientos emitidos por organismos internacionales especializados en materia de DDHH., salud mental o infancia, así como también publicaciones académicas referidas al tema.

La búsqueda filtró documentos con una antigüedad no superior a diez años (2010 en adelante), principalmente en español o inglés. Los contenidos sobre los cuales se realizó esta revisión fueron los siguientes:

- Estándares de normativa internacional en materia de DDHH.
- Estándares derivados de la evidencia científica.
- Programas efectivos en materia de salud mental para niños, niñas y adolescentes.

2.1.2 | ANÁLISIS COMPARADO DE POLÍTICAS DE SALUD MENTAL PARA NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES

Se realizó una revisión documental para la realización de un análisis comparado entre políticas públicas de salud mental para niños, niñas y adolescentes, a fin de conocer la experiencia e identificar similitudes y diferencias entre países que hubieran abordado esta temática con mayor profundidad y que contaran con un acervo de conocimiento que pudiera contribuir al fortalecimiento de la política pública en Chile.

Preliminarmente, se identificaron ocho países que contaban con experiencias relevantes (mayor desarrollo o bien un enfoque pertinente) de reseñar y analizar en el ámbito de las políticas, como de los programas de salud mental para niños, niñas y adolescentes de Nueva Zelanda, Reino Unido, Canadá, Australia, Perú, Uruguay, Portugal y España.

Las categorías que orientaron este análisis fueron: el diseño de la política, basado en diagnósticos adecuados y evidencia en la materia; la implementación de las acciones que la conforman, articuladas a través de los organismos competentes en la materia; los resultados alcanzados, que hayan sido medidos y sean susceptibles de reportar y la existencia de sistemas de seguimiento, monitoreo y evaluación, que retroalimenten el quehacer de la política.

Por lo anterior, se desarrolló una búsqueda y sistematización de información en torno a las siguientes temáticas específicas:

- Legislación y enfoque de derechos humanos a la base del diseño y ejecución de políticas y programas.
- Organización de servicios para la intervención en salud mental de niños, niñas y adolescentes.
- Recursos humanos y formación especializada para la atención en salud mental de niños, niñas y adolescentes.
- Estructura de la política de salud (promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación).
- Adquisición y distribución de la medicación básica.
- Calidad y derechos en los servicios de salud mental.
- Sistemas de información para la gestión y monitoreo.
- Desarrollo y evaluación de políticas y servicios.
- Colaboración intersectorial para la implementación de políticas y programas.
- Fuente de financiamiento.
- Participación.

De manera adicional, se utilizó el *Benchmarking* para la identificación de referentes internacionales. De acuerdo a Spendolini (1984 en Armijo, 2004) “el benchmarking es un proceso continuo de sistematización de información sobre procesos de trabajo de las organizaciones poseedoras de buenas prácticas, con el propósito de aprender de ellas y mejorar la gestión organizacional”. Este proceso es fundamentalmente una actividad que “involucra la comparación de las propias prácticas de una organización frente a las mejores prácticas empleadas por organizaciones de cualquier parte en el mundo (...)” (Armijo, 2004).

2.1.3 | ANÁLISIS DE DOCUMENTACIÓN DE ORGANISMOS PÚBLICOS

Se revisó, sistematizó y analizó la documentación disponible en internet y los documentos de trabajo que proveyó la Defensoría de la Niñez, que otorgaban información relevante para la identificación de actores participantes de la política pública nacional de salud mental de niños, niñas y adolescentes, y para la elaboración de un catastro de programas (públicos o privados) en este ámbito.

Los organismos públicos identificados para esta revisión documental fueron el Ministerio de Salud, Ministerio de Educación, Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, Instituto Nacional de Juventud, Subsecretaría de la Niñez, Servicio Nacional de Menores⁸, Ministerio de la Mujer y Equidad de Género, Ministerio de Desarrollo Social y Familia.

Se realizaron análisis de datos cuantitativos disponibles en bases de datos institucionales, a fin de caracterizar a la población del estudio de manera general, y explorar la existencia de indicadores de salud mental en torno a las funciones desarrolladas por cada uno de los actores involucrados en la red nacional. Para esto, se verificó la disponibilidad y posibilidad de acceso a bases de datos que resultaran útiles para estudiar a la población en cuestión. Se identificaron fuentes de información en las bases de datos del Ministerio de Salud, respecto de variables como cobertura (regional, comunal), acceso a programas de salud mental, edad, sexo, etnia, indicadores sanitarios, situación familiar, situación educacional, situación laboral, entre otros. De igual forma, se gestionó el acceso a bases de datos del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA) u otras instituciones públicas.

2.1.4 | USO DE FICHAS DE SISTEMATIZACIÓN

La sistematización de políticas de salud mental para niños, niñas y adolescentes en el plano internacional, así como la sistematización de programas efectivos en la materia, fue operacionalizada a través de un sistema de fichas en las cuales se vertió toda la información recopilada a través del análisis documental realizado. En ANEXOS se encuentra el formato utilizado.

⁸ Al momento del desarrollo del presente estudio, no se había puesto en marcha el Servicio de Protección especializada a la Niñez y Adolescencia (Mejor Niñez), que comenzó a funcionar el 1 de octubre de 2021. Por lo tanto, se analiza las líneas programáticas de protección y justicia de la antigua estructura orgánica del Servicio Nacional de Menores.

2.2 I PANEL DE EXPERTOS

Se realizaron dos paneles de expertos, de sesión única, en dos etapas del proyecto, que respondieron a los siguientes objetivos:

- **Definición de estándares y categorías de análisis:** definir las categorías de análisis a ser utilizadas a lo largo del estudio, las cuales fueron propuestas inicialmente a partir de los estándares identificados a través de la revisión de literatura internacional; así como también respecto a los países revisados en el análisis comparado.
- **Elaboración de propuestas y recomendaciones:** validación de las propuestas que fueron elaboradas por el equipo de investigación.

Se contó con la participación de doce expertos, conformando los paneles 1 y 2 con ocho y siete participantes, respectivamente. Estos tenían el perfil de experto, académico y/o representante institucional, y cumplían con los criterios de conocimiento en evaluación de políticas públicas, enfoque de DDHH y particularmente en derechos de la niñez y adolescencia.

A continuación, se presenta el detalle de los participantes:

TABLA 3 I EXPERTOS QUE PARTICIPARON EN LOS PANELES

NOMBRE PANELISTAS	PROFESIÓN Y/O CARGO	INSTITUCIÓN	ASISTENCIA
Francisca Morales	Psicóloga, Oficial de Educación	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF Chile)	PANEL 1 Y 2
Fernando González ⁹	Pediatra, salubrista, Oficial de Salud	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF Chile)	PANEL 1 Y 2
Carola Galindo	Psicóloga y Profesional de la Dirección Técnica	Fundación Tierra de Esperanza	PANEL 1 Y 2
Claudia Capella	Psicóloga, académica y coordinadora del Doctorado en psicoterapia U. de Chile	Programa de Estudios Interdisciplinarios en Infancias, Universidad de Chile	PANEL 1 Y 2
Natalia Caniguán	Antropóloga social, Directora	Instituto de Estudios Indígenas e Interculturales de Universidad de la Frontera	PANEL 1
Isaac Ravetllat	Abogado, Sub coordinador general de RUUPI y académico de derecho civil U. de Talca	Red de Universidades Unidas por la Infancia (RUUPI)	PANEL 1
Trinidad del Río	Encargada de infancia	Servicio Jesuita a Migrantes	PANEL 1
Oswaldo Vásquez	Psicólogo y Coordinador de proyectos	Corporación Opción	PANEL 1
Teresita Poblete	Psicóloga, Consultora del Área de Promoción y Protección de Derechos IIN-OEA	Instituto Interamericano del Niño, la Niña y Adolescentes - OEA	PANEL 1
Catalina Droppelmann	Psicóloga, académica Instituto de Sociología PUC	Centro de Estudios de Justicia y Sociedad, PUC	PANEL 2
Cecilia Zuleta	Psicóloga	Departamento de Salud Mental, Ministerio de Salud	PANEL 2
Milena Collazos	Pedagoga Infantil	Servicio Jesuita a Migrantes	PANEL 2

FUENTE I ELABORACIÓN PROPIA.

9 Actualmente Jefe de División de Prevención y Control de Enfermedades (DIPRECE).

En cada panel se expuso la modalidad de la sesión y se cauteló la participación de todos los asistentes, en función de inducir la generación de reflexiones para enriquecer el análisis y las propuestas.

Debido a la contingencia sanitaria, todos estos paneles fueron realizados a través de la plataforma de multiconferencias Zoom (<https://zoom.us/>).

Por medio de un consentimiento informado, enviado previamente a cada participante, se informaron los objetivos del estudio, explicitando además las garantías éticas como voluntariedad y la confidencialidad de la información recopilada.

2.2 | ENTREVISTAS SEMI-ESTRUCTURADAS

Como parte de las técnicas utilizadas para la recolección de información, se aplicaron entrevistas semi-estructuradas individuales y grupales para indagar en las perspectivas de distintos informantes respecto de la temática del presente estudio. Estas entrevistas se realizaron con los siguientes objetivos:

- **Mapeo de la oferta nacional:** recopilar información que contribuyera al catastro y caracterización de actores involucrados en la red de salud mental de niños, niñas y adolescentes, al mapeo y caracterización de oferta pública y privada a nivel nacional, y a la identificación de programas exitosos basados en evidencia a nivel nacional.
- **Diagnóstico del Sistema de Salud Nacional:** recoger información respecto de la oferta nacional e identificación de buenas prácticas, nudos críticos y brechas para la satisfacción y cumplimiento de los estándares internacionales.

Las entrevistas fueron realizadas con base en una pauta semi-estructurada (en Anexos), consensuada con la contraparte, la cual fue elaborada a partir de **once dimensiones relevantes en la temática de estudio:**

- Legislación y Enfoque de Derechos Humanos,
- Organización de servicios de salud mental,
- Recursos humanos, capacitación y formación,
- Estructura de la política de salud (promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación),
- Adquisición y distribución de medicamentos básicos,
- Calidad y derechos en los servicios de salud mental,
- Sistemas de información,
- Evaluación de la política, servicios y programas,
- Colaboración intersectorial,
- Fuente de financiamiento y
- Participación.

Para las entrevistas se convocó a actores clave, a nivel central y regional, vinculados a la dirección, administración y/o coordinación de la oferta programática de salud mental de niños, niñas y adolescentes en Atención Primaria de Salud, en Especialidad Ambulatoria y en Atención Cerrada, así como operadores y tomadores de decisión que se desempeñen en ministerios, servicios públicos o programas de intervención

públicos o privados, que formen parte de la red de salud mental de niños, niñas y adolescentes actualmente en funcionamiento en el país. En concreto, se aplicaron diez entrevistas individuales y a continuación se presenta una tabla con información relevante de los actores clave entrevistados:

TABLA 4 | LISTADO DE ENTREVISTAS INDIVIDUALES

	MINISTERIO	SUBSECRETARÍA	SUBDIVISIÓN	ORGANISMO
ENTREVISTA INDIVIDUAL	Ministerio de Salud	Subsecretaría de Redes Asistenciales	Departamento Modelo de Atención Primaria	Departamento de Gestión de los Cuidados
			Departamento Salud Mental	División de Prevención y Control de Enfermedades (DIPRECE)
		Subsecretaría de Redes Asistenciales	División de Gestión de la Red Asistencial (DIGERA)	Unidad de Salud Mental
	Ministerio de Desarrollo Social y Familia	Subsecretaría de la Niñez		División de Promoción y Prevención
		INJUV	Dirección	Sistema Intersectorial de Protección Social Chile Crece Contigo
	Ministerio de Educación	Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB)	Unidad de Estudios	
	Ministerio de Justicia y Derechos Humanos	Servicio Nacional de Menores	Departamento de Protección de Derechos	
		Servicio Nacional de Menores	Departamento de Justicia juvenil	
	Fundación Todo Mejora	Dirección Social		

FUENTE | ELABORACIÓN PROPIA.

Adicionalmente, con el objetivo de recoger información desde una perspectiva tanto nacional como regional, se planificó la aplicación de cuatro entrevistas grupales a macrozonas donde se priorizaron ocho regiones del país:

- **Macrozona Norte:** focalizando en las regiones de Arica y Parinacota, y de Antofagasta, relevantes debido a la alta presencia de población migrante.
- **Macrozona Centro:** focalizando en las regiones Metropolitana y de Valparaíso, relevantes debido a la alta densidad poblacional a nivel regional.
- **Macrozona Sur:** focalizando en las regiones de La Araucanía y del Biobío, relevantes debido a la alta presencia de población indígena y la alta densidad poblacional a nivel regional, respectivamente.
- **Macrozona Austral:** focalizando en las regiones de Aysén y de Magallanes, relevantes debido al aislamiento geográfico que les afecta.

Las entrevistas grupales contaron con la participación de 20 actores clave en total, con al menos uno para cada región priorizada. A continuación, se detalla la composición de las 4 entrevistas que se realizaron:

TABLA 5 | ENTREVISTAS GRUPALES POR MACROZONA

MACROZONA	INSTITUCIÓN	REPARTICIÓN	REGIÓN
Entrevista Grupal Macrozona Norte	Ministerio de Educación	Dirección Regional JUNAEB	Arica y Parinacota
		Dirección Regional JUNAEB	Antofagasta
	Ministerio de Desarrollo Social y Familia	Chile Crece Contigo	Antofagasta
Entrevista Grupal Macrozona Centro	Ministerio de Educación	Dirección Regional JUNAEB	Metropolitana
		Dirección Regional JUNAEB	Valparaíso
	Ministerio de Salud	Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota	Valparaíso
	SENDA	SENDA Regional	Valparaíso
	Ministerio de Desarrollo y Familia		Valparaíso
	MIDESO-MUNICIPIO	Oficina Local de la Niñez	Metropolitana
		Oficina Local de la Niñez	Metropolitana
Entrevista Grupal Macrozona Sur	INSTITUCIÓN	REPARTICIÓN	REGIÓN
	MIDESO-MUNICIPIO	Oficina Local de la Niñez	Biobío
	Ministerio de Salud	Servicio de Salud Biobío	Biobío
		Servicio de Salud Araucanía Sur	Araucanía
	Ministerio de Desarrollo Social y Familia	SEREMI Biobío	Biobío
		Chile Crece Contigo	Biobío
		Chile Crece Contigo	Araucanía
Entrevista Grupal Macrozona Austral	INSTITUCIÓN	REPARTICIÓN	REGIÓN
	Ministerio de Salud	Servicio de Salud Aysén	Aysén
	SENDA	Dirección Regional SENDA	Magallanes
	Ministerio de Desarrollo Social y Familia	Chile Crece Contigo	Magallanes
	Ministerio de Educación	Dirección Regional JUNAEB	Magallanes

FUENTE | ELABORACIÓN PROPIA.

Debido a la contingencia sanitaria, y a la necesidad de entrevistar a una gran cantidad de informantes, tanto las entrevistas individuales como grupales fueron realizadas mediante la plataforma de multiconferencias Zoom (<https://zoom.us/>).

Se utilizaron consentimientos informados para comunicar los objetivos del estudio y de cada entrevista aplicada, además de explicar las garantías éticas que las orientaron; vale decir, participación voluntaria y resguardo del anonimato y la confidencialidad de los datos recogidos. Adicionalmente, el diseño de las pautas aplicadas en cada una de las entrevistas, fue presentado oportunamente a la contraparte, para su revisión y validación antes de ser utilizadas.

2.4 | GRUPOS FOCALES CON NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES:

La Convención sobre los Derechos del Niño, aun cuando no se refiere específicamente al campo de la investigación, reconoce que niños, niñas y adolescentes poseen tanto la capacidad como el derecho a la participación en los asuntos que les afectan, inspirando un compromiso con el desarrollo de investigaciones éticamente correctas (Powell et al., 2013). Asumiendo dicho compromiso, el presente estudio se funda en los siguientes principios (Molina, 2017; Powell et al., 2013):

- **Respeto**, es decir, reconocimiento de los niños, niñas y adolescentes como sujetos de derechos y en su dignidad humana.
- **Beneficencia y no-maleficencia**, es decir, promoción del bienestar de niños, niñas y adolescentes y, a la vez, la supresión de todo daño o lesión, tanto a través de acciones como omisiones.
- **Justicia**, es decir, la garantía de un trato justo y equitativo a todos los niños, niñas y adolescentes.

De este modo, este estudio consideró la participación de niños, niñas y adolescentes en el proceso de recolección de información, a través de grupos focales, organizados en macrozonas, con los objetivos de indagar en sus necesidades específicas y su opinión respecto a la oferta disponible, de recolectar propuestas de manera participativa en la temática de salud mental.

Para la realización de los grupos focales se utilizó una pauta tópica diseñada en consideración del rango etario de los niños, niñas y adolescentes, que contempló los temas a abordar y las actividades a través de las cuales se realizó la discusión (ver Anexo).

La convocatoria para los grupos focales se realizó por diversos medios acordados con la contraparte teniendo en consideración la incorporación de distintas realidades y de aquellas de protección reforzada por el Estado. Se aplicó un formato de asentimiento a cada uno de los niños, niñas y adolescentes convocados, para asegurar que se encontraran plenamente informados acerca del estudio y las condiciones de participación, poniendo especial énfasis en la posibilidad de expresar su deseo de no participar y plantear cualquier desacuerdo o bien retirarse en el proceso. Este formato de asentimiento fue elaborado considerando un lenguaje de fácil comprensión, teniendo en cuenta el desarrollo evolutivo y niveles de alfabetización de cada grupo (Kelly, 2013; Powell et al., 2013).

Se garantizó la confidencialidad de las opiniones vertidas durante la ejecución de cada grupo focal, solicitando su autorización para obtener un registro de audio de la

sesión, a fin de contar con un registro fidedigno como insumo para la sistematización y análisis de la información levantada. Este registro se utilizó solo con el acuerdo del grupo completo, y resguardando la identidad de todos los participantes.

Adicionalmente, si bien se tomaron todos los resguardos para prevenir cualquier tipo de riesgo, daño o incomodidad para los niños, niñas y adolescentes que formaron parte del estudio, como garantía de seguridad se contó con un protocolo de actuación a modo de anticipación ante eventuales consecuencias negativas no previstas derivadas de la participación en la investigación, que permitiera tomar acciones en caso de haberse detectado alguna vulneración. Al respecto se informa que no fue necesario utilizar dicho protocolo.

Los grupos focales fueron realizados a través de la aplicación Zoom (<https://zoom.us/>), en vista de su interfaz amigable.

En concreto, se realizaron cinco grupos focales, tres en residencias del sistema de protección del Servicio Nacional de Menores, y dos en Centros de Régimen Cerrado del mismo servicio¹⁰, con una duración de entre 45 minutos y 1 hora. En ellos participaron 24 adolescentes entre 13 y 17 años, 14 hombres y 10 mujeres. A continuación, se detalla la participación en los grupos focales por macrozona:

TABLA 6 | GRUPOS FOCALES CON NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES

MACROZONA	INSTITUCIÓN			
	Residencia SENAME, Depto. de Protección de Derechos		Centro Régimen Cerrado, Depto. de Justicia Juvenil	
	H	M	H	M
NORTE	-	-	6	-
CENTRO	8	3	-	-
SUR	-	7	-	-
TOTAL	8	10	6	0

FUENTE | ELABORACIÓN PROPIA.

2.5 | ENCUESTA SOBRE OFERTA DE SALUD MENTAL

Como medida de mitigación, ante la dificultad de convocar todos los grupos focales planificados, se complementó la recolección de información mediante la aplicación online de una breve encuesta dirigida exclusivamente a adolescentes (entre 14 y 17 años), alojada en la plataforma de SurveyMonkey.

La encuesta online estuvo disponible por 10 días, entre el día 19 de marzo y 28 de marzo de 2021, periodo en el cual participaron 956 personas. De esas 956 personas, 751 configuran la base de análisis, habiéndose eliminado los registros incompletos (encuestas respondidas solo hasta caracterización), aquellas personas que no consintieron participar y las que no pertenecían al rango etario.

¹⁰ Por dificultades derivadas de la coordinación con otros espacios (escolares y organizaciones) no fue posible llevar a cabo grupos focales con otros grupos de interés.

2.6 | DEVOLUCIÓN DE RESULTADOS

Por último, es importante mencionar que se considera una instancia de devolución de resultados. Para ello, se elaborará un reporte especialmente diseñado pensando en los niños, niñas y adolescentes, considerando los elementos de Audiencia e Influencia de Lundy (2007).

Se considerará en esta devolución a todas las instituciones que colaboraron, a través de correo electrónico, con énfasis en las residencias del Servicio Nacional de Menores para que puedan hacer llegar los resultados a los participantes.

Del mismo modo, se publicarán distintas gráficas en redes sociales para difundir los resultados y llegar a quienes participaron de la encuesta.

3 | ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

3.1 | ANÁLISIS DE DATOS CUALITATIVOS

En atención a lo establecido en las bases de licitación, la totalidad de la información cualitativa recopilada en el marco del presente estudio (ya sea a través del análisis documental, paneles de expertos, entrevistas y grupos focales), fue analizada a través del método del ‘análisis de contenido de tipo temático’.

Dicho método consiste en el empleo de una variedad de técnicas que explican y sistematizan “el contenido de los mensajes comunicativos de textos, sonidos e imágenes y la expresión de ese contenido con ayuda de indicios cuantificables o no. Todo ello con el objetivo de efectuar deducciones lógicas justificadas concernientes a la fuente – el emisor y su contexto – o eventualmente a sus efectos” (Andréu, 2002, p.3-4).

Las categorías de análisis se adecuaron según el tipo de documento que se esté analizando y el objetivo del análisis, no obstante, las categorías principales fueron las que internacionalmente son utilizadas en este tipo de análisis, que se corresponden a las áreas fundamentales de las Políticas de Salud Mental revisadas en el marco conceptual y la metodología de este informe.

3.2 | ANÁLISIS DE DATOS CUANTITATIVOS

En los casos de bases de datos cuantitativos, como por ejemplo bases de datos del Ministerio de Salud, SENDA, entre otros, se utilizaron de alguna de las siguientes técnicas o herramientas estadísticas:

3.2.1 | HERRAMIENTAS BÁSICAS DE ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA

- **Tablas:** herramientas estadísticas que muestran, esquemáticamente, la distribución de los datos que conforman una determinada distribución.
- **Gráficos:** representaciones de datos numéricos mediante recursos visuales.

- **Estadísticos de resumen:** son medidas estadísticas que pretenden resumir en un solo valor a un conjunto de valores. Tradicionalmente, estos estadísticos son clasificados en tres grandes grupos: Medidas de Tendencia Central; Medidas de Posición; Medidas de variabilidad.

3.2.2 | HERRAMIENTAS DE ESTADÍSTICA INFERENCIAL BIVARIADA

La estadística inferencial utiliza cálculos probabilísticos para extraer conclusiones a partir de muestras específicas de datos. Involucra una gran diversidad de procedimientos estadísticos, los cuales son utilizados con diferentes propósitos, tales como:

- **Técnicas de asociación o relación entre variables:** dependiendo de las propiedades de las variables que sean analizadas, se podrán utilizar diferentes pruebas estadísticas. En el caso de analizar la asociación entre dos variables categóricas, los estadísticos más utilizados son la prueba de asociación de Chi-cuadrado y los coeficientes de correlación V de Cramer, Gamma o de Spearman. Por su parte, la asociación entre variables propiamente cuantitativas suele analizarse a través del coeficiente de correlación bivariada R de Pearson.
- **Técnicas de comparación entre grupos:** las técnicas actualmente disponibles permiten realizar comparaciones entre medias, proporciones u otros estadígrafos, presentados por dos o más muestras. Por su parte, dependiendo de las propiedades de las variables que sean analizadas, se podrán utilizar tanto pruebas paramétricas como no-paramétricas.

3.2.3 | MÉTODOS ESTADÍSTICOS MULTIVARIANTES

Herramientas que permiten estudiar el comportamiento de tres o más variables, facilitando la comprensión de modelos complejos de interacción entre éstas. Dada la naturaleza del presente estudio (fundamentalmente cualitativa), se considera que la principal técnica de análisis multivariado podrían ser los modelos de regresión.

El análisis de regresión es una técnica estadística para el modelado y estudio de la relación entre variables, utilizando modelos probabilísticos lineales o no-lineales para predecir el comportamiento de una variable dependiente a partir de una o más variables predictoras, lo cual determina que la regresión sea simple o múltiple (Field, Miles & Field, 2012; Scarbrough & Tanenbaum, 1998).

3.3 | ANÁLISIS INTEGRADO DE LA INFORMACIÓN

El proceso de triangulación de la información levantada, a través de las técnicas ya descritas, busca proveer un análisis cabal y no disgregado de la información, aportando a la mejor comprensión de los fenómenos estudiados. Para ello se realizó un proceso de triangulación de la información, de manera de dar cumplimiento a cada objetivo planteado a través del análisis integrado de la información provista mediante el uso de todas las técnicas pertinentes, en al menos dos niveles: de acuerdo a los tipos de informantes y de acuerdo a la dimensión/variable que se busca analizar.

4

RESULTADOS

DEFINICIÓN Y ANÁLISIS DE ESTÁNDARES INTERNACIONALES

1 | ESTÁNDARES INTERNACIONALES EN MATERIA DE SALUD MENTAL PARA NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES

En este apartado se presenta una síntesis de los hallazgos obtenidos a partir de dos procesos de revisión de información documental especializada, destinados a identificar y sistematizar estándares técnicos en materia de salud mental en población infanto-adolescente.

Por una parte, se presentan los resultados de una revisión normativa de aquellos tratados, convenciones u otros instrumentos internacionales que abordan temáticas vinculadas con el derecho a la salud de niños, niñas y adolescentes. Además, se incluye una síntesis de resultados derivados de una revisión de informes publicados por organismos internacionales especializados en materia de salud, salud mental, infancia o consumo de drogas. Cabe señalar que la presentación detallada de todos estos hallazgos se incluye al final de este documento, en la sección de Anexos.

1.1 | NORMATIVA INTERNACIONAL EN TORNO AL DERECHO A LA SALUD

El abordaje de la salud mental, incluyendo la situación particular de los niños, niñas, y adolescentes, puede fundamentarse en diversos instrumentos internacionales de derechos humanos, los cuales no solo consagran el derecho a la salud y otros derechos íntimamente relacionados, sino que también establecen las medidas que deben adoptar los Estados para su pleno ejercicio, abordando las condiciones requeridas para que niños, niñas y adolescentes tengan una vida plena que les permita hacer efectivo su derecho a la salud.

En este sentido, vale la pena recordar que los derechos humanos son indivisibles e interdependientes entre sí, en la medida en que el efectivo ejercicio de uno de ellos mejora las condiciones y posibilita el ejercicio de otros, mientras que la vulneración de un derecho afecta gravemente las capacidades que tienen las personas para ejercer sus otros derechos. **De esta manera, el Comité de los Derechos del Niño ha reiterado permanentemente la interdependencia de una serie de derechos básicos, establecidos en la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) (ONU, 1989), entre los cuales destacan el derecho a la vida, a la no discriminación, al respeto y la consideración de las opiniones de niños, niñas y adolescentes como sujetos de derechos, así como el derecho a la evolución de sus capacidades y trayectoria vital.**

Del mismo modo, destaca la obligación de los Estados a orientar sus acciones teniendo siempre en consideración la protección y el “interés superior del niño”, además de la necesidad de adoptar medidas que permitan que puedan ejercer efectivamente sus derechos (UNICEF, 2014).

Por su parte, la Declaración Universal de Derechos Humanos (ONU, 1948), no solo establece que “todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos”, sino también que toda persona tiene derecho a un “nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial (...), la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; teniendo asimismo derecho a los seguros en caso de (...) enfermedad, invalidez, (...) y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad” (artículo 25). De igual forma, reconoce como derecho el cuidado y asistencia especial que requieren las personas durante la maternidad y la infancia, así como el derecho a una igual protección social para todos los niños, niñas y adolescentes.

Por su parte, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (ONU, 1966), también reconoce una serie de derechos que contribuyen al pleno ejercicio del derecho a la salud, y que son particularmente relevantes en el caso de niños, niñas y adolescentes, entre los cuales destacan: la protección, por parte de la sociedad, del Estado y de la familia, como elemento natural y fundamental de la sociedad; las medidas de protección que todo niño, niña o adolescente debe tener por su condición de menor de edad, por parte de su familia, la sociedad y el Estado y el derecho a no ser sometido(a) tratos crueles, inhumanos o degradantes, ni a experimentos médicos o científicos realizados sin consentimiento.

En un nivel más específico, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (ONU, 1966: p. 5) reconoce “el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”, indicando la necesidad de que los Estados adopten medidas que permitan “la reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños”, así como “la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad” (artículo 12). Por su parte, **la Observación General N°14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, respecto del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (ONU, 2000), reconoce explícitamente que estas condiciones involucran un acceso igualitario y oportuno a tratamiento y atención adecuados en el ámbito de la salud mental, además de establecer elementos esenciales que los Estados deben asegurar para la aplicación del derecho a la salud (ONU, 2000: p. 3-4):**

- **Disponibilidad**, haciendo referencia a que los Estados deben “contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas”.
- **Accesibilidad**, en el sentido de que “los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado. Este elemento contiene a su vez cuatro dimensiones: no discriminación, accesibilidad física, accesibilidad económica, y acceso a la información”.
- **Aceptabilidad**, referente a que “todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados”.

- **Calidad**, que apunta a que “los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad”.

Complementariamente, la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) (ONU, 1989), en su artículo 24, reconoce “el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud”, además de establecer que los Estados Parte deben adoptar las siguientes medidas para asegurar la plena aplicación de dicho derecho: “Reducir la mortalidad infantil y en la niñez; Asegurar la prestación de la asistencia médica y la atención sanitaria que sean necesarias a todos los niños, haciendo hincapié en el desarrollo de la atención primaria de salud; Combatir las enfermedades y la malnutrición en el marco de la atención primaria de la salud; Asegurar que todos los sectores de la sociedad, y en particular los padres y los niños, conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición de los niños; Desarrollar la atención sanitaria preventiva, la orientación a los padres y la educación y servicios en materia de planificación de la familia” (ONU, 1989: p. 12-13).

En tanto, también resulta relevante destacar las Observaciones Generales que ha realizado el Comité de los Derechos del Niño sobre los artículos y disposiciones de la CDN, en particular aquellas relativas a salud de niños, niñas, y adolescentes:

La **Observación General N°15**, que aborda el artículo 24 de la CDN sobre el Derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud, analiza el sentido y alcance que reviste este derecho respecto de sus características, requisitos para que sea eficazmente ejercido, y las responsabilidades y obligaciones del Estado en este sentido; además de entregar orientaciones para que los Estados elaboren planes nacionales que garanticen el ejercicio del derecho a la salud de niños, niñas, y adolescentes. En relación con la salud mental, esta Observación “advierte del peligro del recurso excesivo a la medicalización y el internamiento e insta a los Estados a que adopten un enfoque basado en la salud pública y el apoyo psicosocial para hacer frente a la mala salud mental de los niños, niñas y adolescentes e invertir en enfoques de atención primaria que faciliten la detección y el tratamiento precoces de los problemas psicosociales, emocionales y mentales de los niños” (UNICEF, 2014: p. 286-287).

La **Observación General N°4**, que aborda la salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la CDN, establece y analiza una serie de derechos humanos que deben ser atendidos por los Estados, para proteger y promover el disfrute del más alto nivel de salud posible en los adolescentes, reconociendo las particularidades de esta etapa del desarrollo, las cuales permanentemente representan “nuevos retos a la salud y al desarrollo debido a su relativa vulnerabilidad y a la presión ejercida por la sociedad, incluso por los propios adolescentes para adoptar comportamientos arriesgados para la salud” (UNICEF, 2014, p.41). Adicionalmente, esta Observación busca sensibilizar y entregar orientación y apoyo para que los Estados desarrollen políticas y estrategias específicas para la atención y protección de esta población ante trastornos de salud mental particularmente graves, tales como la depresión, los trastornos alimenticios, los comportamientos autodestructivos, el suicidio, entre otros (UNICEF, 2014).

Por otra parte, la **Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad**, en su artículo 25, establece el reconocimiento del derecho que tienen las personas con discapacidad a “gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad” y la necesidad de que los Estados lleven a cabo medidas

“para asegurar el acceso de las personas con discapacidad a servicios de salud que tengan en cuenta las cuestiones de género, incluida la rehabilitación relacionada con la salud” (ONU, 2007a, p. 20). En tanto, la Convención Interamericana para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad, establece una serie de áreas que los Estados deben priorizar, destacando la atención en salud por medio de la prevención de aquellos tipos de discapacidad que resulten prevenibles, junto a la detección e intervención temprana ante aquellos trastornos que no lo sean; además de establecer el tratamiento prioritario de las personas con discapacidad y la sensibilización general de la ciudadanía respecto a las necesidades de dicha población. Otro punto relevante dentro de esta Convención es la necesidad de promover la participación de representantes de organizaciones de personas con discapacidad, en la elaboración, ejecución y evaluación de medidas y políticas dirigidas sobre esta temática (OEA, 1999)¹¹.

En esta misma línea, los **Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental, Adoptados por la Asamblea General en su resolución 46/119, de 17 de diciembre de 1991**, consideran estándares mínimos de derechos humanos para la atención en salud mental a personas que padecen una enfermedad mental y que pueden encontrarse recibiendo tratamiento fuera o dentro de una institución psiquiátrica (OMS, 2006). Estos principios establecen garantías respecto de las libertades y derechos básicos de los(as) pacientes, consagrando su derecho a: acceder a la mejor atención disponible en materia de salud mental, a ser atendidos/as con humanidad y dignidad, a no ser discriminados/as en función de su enfermedad mental, entre otros. Adicionalmente, estos Principios establecen que las personas que padezcan enfermedades mentales tienen derecho a, en la medida de lo posible, desarrollar su vida dentro de la comunidad, en vista de la importancia que tienen cultura y la vida en sociedad para el bienestar de las personas (OMS, 2006). Por su parte, en lo que respecta a los niños, niñas y adolescentes, este instrumento establece que se tendrá especial cuidado, conforme a los propósitos de los presentes Principios y de las normativas nacionales, en proteger los derechos de niños, niñas y adolescentes, disponiéndose, de ser necesario, el nombramiento de un representante legal que no sea un miembro de la familia (ONU, 1991)¹².

1.2 | ESTÁNDARES TÉCNICOS PROMOVIDOS POR ORGANISMOS INTERNACIONALES

A partir del marco normativo internacional, consagrado en las diversas convenciones, tratados y otros cuerpos legales previamente descritos, diversos organismos especializados asumen la labor de emprender y desarrollar esfuerzos a nivel mundial tanto en materia de salud pública como en relación con el respeto de los derechos humanos.

¹¹ Adicionalmente, en su artículo 1, esta Convención define la discapacidad como “una deficiencia física, mental o sensorial, ya sea de naturaleza permanente o temporal, que limita la capacidad de ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, que puede ser causada o agravada por el entorno económico y social” (OEA, 1999: p. 2)

¹² Estos Principios también abordan otros aspectos relevantes para el tratamiento en salud mental, tales como las condiciones y disposiciones necesarias para determinar que una persona padece una enfermedad mental, y otros aspectos relativos a los exámenes médicos, la confidencialidad de los pacientes, normas de atención y tratamiento de los(as) pacientes, así como condiciones de funcionamiento de las instituciones psiquiátricas (ej. admisión) (ONU, 1991).

De este modo, como parte de la presente investigación, se realizó un amplio proceso de búsqueda y revisión de informes publicados (durante los últimos 10 años) por nueve organismos internacionales especializados en materia de salud, salud mental, infancia o consumo de drogas, con el propósito de identificar y sistematizar estándares técnicos aplicables sobre población infanto-adolescente. A partir de este proceso se identificaron cientos de documentos digitales, de los cuales se seleccionaron y sistematizaron 92, que resultaron mayormente pertinentes al presentar algún tipo de estándar, lineamientos o guías de atención en materia de salud mental, aplicable a niños, niñas y adolescentes.

A continuación, se identifican las fuentes consultadas y el número de documentos seleccionados en relación a cada una de ellas:

- Organización de las Naciones Unidas (ONU): 5 documentos¹³.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF): 26 documentos¹⁴.
- Organización Mundial de la Salud (OMS): 10 documentos¹⁵.
- Oficina Europea de la Organización Mundial de la Salud (WHO/OMS): 15 documentos¹⁶.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS): 14 documentos¹⁷.
- International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions (IACAPAP): 3 documentos¹⁸.
- European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA): 8 documentos¹⁹.
- Programa de Cooperación entre América Latina, el Caribe y la Unión Europea en Políticas sobre Drogas (COPOLAD): 6 documentos²⁰.
- Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD): 5 documentos²¹.

Entendiendo la complementariedad de esta revisión de literatura con la revisión normativa internacional previamente realizada, los resultados de ambos procesos fueron organizados y sistematizados de manera conjunta. Si bien en la sección de Anexos se presentan en detalle dichos hallazgos, a continuación, se incluye una breve tabla resumen de los mismos, organizada en torno a 13 dimensiones de análisis, con el objetivo de facilitar la integración y adecuada comprensión de toda la información que fue recopilada y procesada.

13 <https://www.un.org/es/>

14 <https://www.unicef.org/es>

15 <https://www.who.int/es>

16 <https://www.who.int/about/regions/euro/es/>

17 <https://www.paho.org/>

18 <https://iacapap.org/>

19 <https://www.emcdda.europa.eu/>

20 <http://copolad.eu/es>

21 http://www.cicad.oas.org/main/default_spa.asp

TABLA 7 | SÍNTESIS DE ESTÁNDARES INTERNACIONALES EN MATERIA DE SALUD MENTAL PARA NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES

DIMENSIÓN	PRINCIPALES HALLAZGOS	RECOMENDACIONES	
Legislación	Elementos esenciales que los Estados deben asegurar para garantizar el derecho a la salud: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, y calidad.	Cumplimiento de los estándares de Derechos Humanos consagrados en los tratados que el Estado chileno ha adscrito como piso mínimo para establecer una política de salud mental en este ámbito.	
	Eliminación de cualquier forma de discriminación e igualdad en el reconocimiento ante la ley.	Actualización de legislación existente, garantizando reconocimiento e igualdad de derechos.	
	Respeto y garantía de la interdependencia de los derechos humanos de los niños, niñas y adolescentes.		
	Realización gradual del más alto nivel posible de salud.	Compromiso político y asignación de recursos suficientes para el desarrollo de políticas públicas que garanticen un permanente mejoramiento de las acciones que involucren.	
	Marco conceptual	Reconocimiento de la autonomía progresiva.	Transitar hacia procesos efectivos de desinstitucionalización hasta eliminarla.
		Protección del derecho a vivir en familia.	
Enfoque de derechos.		Inclusión de estos enfoques y desarrollo de mecanismos para su implementación efectiva.	
Enfoque ecológico.			
Enfoque de determinantes sociales.			
Enfoques de desarrollo o ciclo vital.			
Enfoque de seguridad pública en el contexto del consumo problemático de drogas.	Superación de este enfoque, a través de estrategias que hagan primar la garantía del derecho a la salud.		
Coordinación intersectorial	Reconocimiento de la naturaleza multifactorial de las necesidades que deben ser atendidas.	Desarrollo de políticas públicas intersectoriales que asuman el abordaje multifactorial de la salud mental en niños, niñas y adolescentes.	
	Requisito indispensable para la adecuada atención de grupos particularmente vulnerables.	Inclusión de sectores de educación y protección social, incluyendo mecanismos de derivación y devolución.	
	Necesidad de coordinación de todos los sectores que se desempeñan en los ámbitos de niñez y adolescencia.		
	Articulación no solo a nivel de entrega de servicios sino también de planificación y financiamiento.	Desarrollo de estrategias de articulación del ámbito público y privado.	
Participación comunitaria	La comunicación e involucramiento de grupos de interés resulta fundamental para desarrollar programas preventivos.	Involucrar individuos, grupos y organizaciones que se muestren interesados en la temática.	Establecer vínculos con -líderes- comunitarios o de medios de comunicación locales.

Participación de niños, niñas y adolescentes	Derecho a la información.	Desarrollo de protocolos de atención/participación que contemplen acciones de entrega y explicación de información relevante.
	Mecanismos de participación efectiva para niños, niñas y adolescentes.	Desarrollo de mecanismos de participación, ajustados a las características de niños, niñas y adolescentes, en las distintas fases de las políticas públicas, en particular en los procesos de evaluación y rendición de cuentas.
	Desarrollo de capacidad para una participación efectiva.	Desarrollo de estrategias de empoderamiento y promoción de capacidades de niños, niñas y adolescentes.
Estructura de la política	Promoción del bienestar emocional y prevención de problemas de salud mental.	Desarrollo de estrategias de formación y articulación dirigidas a cuidadores, familias y comunidades.
		Es necesario que el sector salud y el sector social respondan de modo integral.
		Inclusión de intervenciones basadas en evidencia (eficacia y costo-eficiencia).
	Tratamiento con énfasis en intervenciones psicosociales.	Inclusión de las escuelas como espacios clave de promoción y prevención en este ámbito.
		Desarrollar estrategias que cubran todos los grupos de edad, pero que comiencen temprano y que aborden períodos críticos de transición.
		Provisión de tratamientos oportunos y adecuados.
		Evitar la medicalización excesiva.
Recuperación con enfoque comunitario.	Intervenciones dirigidas a atender necesidades de salud mental de niños, niñas y adolescentes, así como a contribuir a mejorar las capacidades parentales.	
	Evitar tratamiento en contextos de internación.	
	Desarrollar estrategias de acción especializadas para la atención de subpoblaciones particularmente excluidas o vulneradas.	
	Desarrollar estrategias que consideren los recursos e infraestructura disponibles en el país (ingresos bajos a medios).	

Calidad y derechos	Rendición de cuentas.	<p>Los Estados deben asegurar la producción de datos de calidad, levantados periódicamente y la existencia de proceso de examen públicos, cuyos resultados sean entregados a la ciudadanía y que se realicen con regularidad.</p> <p>Promover la participación de los usuarios.</p>
	Indicadores de calidad de la atención de salud mental.	<p>Desarrollo de sets amplios de indicadores, que consideren diferentes dimensiones de la atención (seguridad, efectividad, focalización en el paciente, accesibilidad, eficiencia y equidad), así como diferentes ámbitos de los recursos y servicios requeridos para que ésta sea entregada (indicadores estructurales, funcionales o de proceso, de evaluación).</p> <p>Considerar indicadores complementarios que permitan monitorear el acceso y calidad de atención provista a grupos particularmente vulnerables.</p>
	Vulneraciones de derechos: monitoreo, denuncia y reparación.	<p>Fortalecimiento de mecanismos de monitoreo que permitan detectar y prevenir violaciones de los DD.HH. en este ámbito de atención.</p> <p>Desarrollo de mecanismos eficientes para la denuncia e investigación de posibles violaciones de derechos. Estos deben ser públicos, y conocidos por usuarios, funcionarios y otros actores relevantes.</p> <p>Desarrollo de mecanismos de reparación que resulten eficientes, integrales y transparentes.</p>
	Particular atención a la protección de derechos de grupos particularmente vulnerables.	<p>Estrategias de recuperación física, cognitiva y psicológica, así como de rehabilitación y reintegración social de personas con discapacidad.</p> <p>Estrategias de atención que reconozcan y tiendan a eliminar las desigualdades relativas al género.</p> <p>Estrategias de abordaje que resulten culturalmente pertinentes a la perspectiva de niños, niñas y adolescentes indígenas.</p> <p>Estrategias holísticas para garantizar el bienestar y la salud mental de niños, niñas y adolescentes migrantes y refugiados.</p>
Fuente de financiamiento	Disponibilidad de recursos.	<p>Los sistemas de salud deberían contar con recursos suficientes para que todos los niños, niñas y adolescentes tengan acceso gratuito a servicios básicos de salud, incluida la salud mental.</p> <p>Garantizar sustentabilidad de iniciativas, anclando su financiamiento al de las políticas nacionales en la materia.</p>
	Criterios de financiamiento basados en el respeto de los DDHH.	<p>Financiar solo prácticas o programas que demuestren respetar los DDHH de sus beneficiarios/as.</p> <p>Garantizar financiamiento para capacitación en materia de derechos humanos y especialización en la atención de población infanto-adolescente.</p>

Organización de servicios de salud mental	Coordinación de la oferta intersectorial.	Una coordinación efectiva con la oferta de otros sectores permite una mejor detección y respuesta a las necesidades de la población.
	Disminución de la brecha entre oferta y demanda en salud mental.	Los Estados deben garantizar el acceso a servicios de salud mental, tanto a nivel público como privado.
	Organización de los sistemas de salud mental en torno a la atención primaria, con un enfoque comunitario.	<p>Integración de la salud mental en los servicios generales de salud.</p> <p>Ofrecer atención de salud mental como parte de los servicios de atención primaria y a nivel de la comunidad.</p> <p>Promover la atención continuada en materia de salud mental.</p> <p>Fortalecer las intervenciones de promoción en los contextos de atención primaria.</p>
Recursos humanos y capacitación	Satisfacción de condiciones básicas.	<p>Dotación pertinente y suficiente.</p> <p>Conformación de equipos multidisciplinarios.</p> <p>Formación transversal en materia de DDHH y salud mental.</p> <p>Buenos sistemas de gestión de personal (contratación, motivación y retención).</p>
	Desarrollo de competencias específicas para el trabajo con infancia en esta materia.	<p>Los Estados deben desarrollar competencias en el personal de los servicios de salud mental que permita promover el acceso a la atención en materia de salud mental.</p> <p>Se requiere de profesionales especializados para el trabajo con grupos especialmente vulnerables.</p> <p>Las personas que se desempeñan en la administración penitenciaria de justicia juvenil también deben contar con formación especializada en salud mental.</p>
	No se logró identificar recomendaciones o estándares relativos a la adquisición y/o distribución de medicamentos.	
Adquisición y distribución de medicamentos		
Sistemas de información	Necesidad de sistemas de información para planificación, gestión y evaluación de los servicios.	Disponer de sistemas que permitan integrar información proveniente de distintas fuentes y sectores.
	Disponibilidad de datos pertinentes y fiables.	<p>Desarrollar sistemas de información que permitan registrar, sistematizar y analizar información pertinente, suficiente y de calidad.</p> <p>Disponer de datos desglosados respecto de la trayectoria vital de cada individuo, permitiendo dar seguimiento a los usuarios/as en sus distintas intervenciones.</p>
Evaluación	Necesidad de procesos de monitoreo y evaluación de políticas y programas, con altos estándares técnicos y éticos.	Desarrollar estrategias de evaluación participativas (incluyendo grupos particularmente vulnerables), culturalmente pertinentes, centradas en el desarrollo de mejoras y que consideren principios éticos de participación.
	Garantizar acceso a información para monitoreo del ejercicio de derechos.	Los gobiernos deben entregar apoyo, asistencia, y condiciones de acceso suficientes, a las instituciones derechos humanos para que desarrollen investigaciones y evaluaciones públicas sobre el ejercicio del derecho a la salud de niños, niñas y adolescentes.

INSTITUCIONES ESPECIALIZADAS EN EL ÁMBITO NACIONAL

A continuación, se identifica a **las instituciones nacionales especializadas en la atención de salud mental de niños, niñas y adolescentes, o que ejecutan oferta programática en este ámbito**, o en temáticas relacionadas como prevención y tratamiento de consumo de drogas o niños, niñas y adolescentes bajo cuidado del Estado. En institución se señala su rol respecto del tema, así como sus reparticiones dependientes y oferta programática atingente a las materias relativas a la salud mental de niños, niñas y adolescentes.

1 | MINISTERIO DE SALUD (MINSAL)²²

Al Ministerio de Salud le corresponde formular y fijar las políticas de salud que se desarrollan dentro del territorio nacional, asumiendo como misión “construir un modelo de salud sobre la base de una atención primaria fortalecida e integrada, que pone al paciente en el centro, con énfasis en el cuidado de poblaciones durante todo el ciclo de vida, y que además estimule la promoción y prevención en salud, así como el seguimiento, trazabilidad y cobertura financiera”.

Orgánicamente, el MINSAL está compuesto por dos subsecretarías: Subsecretaría de Salud Pública (SSP) y Subsecretaría de Redes Asistenciales (SRA). La primera es la unidad organizacional centralizada y concentrada del MINSAL que tiene como propósito asegurar a todas las personas el derecho a la protección en salud, ejerciendo las funciones reguladoras, normativas y fiscalizadoras que al Estado de Chile le competen. En tanto, dependiente de esta Subsecretaría se ubican dos Divisiones centrales:

- **División de Prevención y Control de Enfermedades (DIPRECE).** Si bien el MINSAL no cuenta con una unidad específica referida a la atención de la salud mental de la población infanto-adolescente, sí cuenta con un Departamento de Salud Mental y un Departamento de Ciclo Vital. Por una parte, el Departamento de Salud Mental está encargado de elaborar y monitorear el desarrollo de políticas, planes y programas para la prevención y el control de problemas y trastorno mentales en toda la población, traducidos en la formulación e implementación de un plan nacional de salud mental que adopta un modelo basado en una atención inserta en la comunidad, que permita la integración social de los usuarios, que se respete sus derechos y el de sus familias, y que entregue de modo eficiente y sostenido respuesta a las necesidades de todos los ciudadanos que sufren enfermedades mentales.

Por otra parte, el Departamento de Ciclo Vital, asume como rol esencial articular el continuo de cuidados de la salud de las personas, de manera anticipatoria y coherente, considerando las necesidades específicas de cada etapa del desarrollo, promoviendo una salud óptima y un desarrollo saludable a lo largo de la vida de las personas. En este contexto, resulta importante destacar tres oficinas clave para la atención de la población infanto-adolescente, pese a no tener una aproximación específica hacia la salud mental: i) Oficina de Salud de la Infancia (menores de 10 años de edad); ii) Oficina de Salud de Adolescentes y Jóvenes y iii) Oficina Chile Crece Contigo²³.

²² <https://www.minsal.cl/>

²³ Componente salud de Chile Crece Contigo

- **División de Políticas Públicas Saludables y Promoción (DIPOL)**, cuyas funciones principales son: a) diseñar, coordinar, y evaluar políticas, planes y programas de salud; b) elaborar propuestas legislativas, normativas y reglamentarias para la promoción de la salud, y; c) desarrollar y proponer orientaciones técnicas a nivel nacional e internacional de las políticas, planes y programas diseñados e implementados por la misma División.

Dentro de esta División, se ubica un Departamento de Salud y Pueblos Indígenas e Interculturalidad cuyo propósito central es formular y adecuar políticas, normas y programas de salud con pertinencia cultural orientados a superar las inequidades en salud de los pueblos indígenas y otras poblaciones culturalmente diversas que conviven en el país, en el marco del respeto de sus derechos y garantizando su participación.

- En tanto, la **Subsecretaría de Redes Asistenciales (SRA)**, es la **unidad organizacional responsable de la gestión de la red de los servicios asistenciales, coordinando 29 Servicios de Salud a lo largo del país**. Dentro de sus funciones, esta Subsecretaría debe contar con referentes específicamente encargados(as) del Programa Nacional de Salud de la Infancia los cuales apoyen la gestión en procesos logísticos de infancia en la División de Atención Primaria de Salud (DIVAP) y la División de Gestión de la Red Asistencial (DIGERA), bajo los modelos de salud familiar y de gestión hospitalaria (MINSAL, 2013a).

Adicionalmente, Chile cuenta con una Red Integrada de Salud, donde la Atención Primaria cuenta con 2.357 dispositivos (Centro de Salud Familiar, Consultorio General Rural, Consultorio General Urbano, Servicios de Atención Primaria de Urgencia, Hospitales Comunitarios, entre otros). Estos dispositivos, que están instalados en la Atención Primaria de Salud, atienden a la población general, incluido el 74% de la población adolescente²⁴. Los dispositivos cuentan con un Plan de Salud Familiar y una cartera de prestaciones orientada a todas las etapas del curso de vida, además de Programas de Reforzamiento, entre ellos Espacios Amigables. También tiene un Sistema de Garantías Explícitas en Salud (GES), que cuenta con marco regulatorio y Guías Clínicas para su manejo, que cubre 40 patologías para adolescentes (MINSAL, 2018b).

La atención de salud se enmarca en el Modelo de Salud Integral Familiar y Comunitaria, el que se ha definido como “el conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna, que se dirige más que al usuario o la enfermedad como hechos aislados, a las personas consideradas en su integralidad física y mental, como seres sociales pertenecientes a distintas familias y comunidades, que están en permanente proceso de integración y adaptación a su medio” (MINSAL, 2018b).

24 La adolescencia puede ser clasificada en tres sub-etapas de desarrollo psico-social, que es necesario tener presentes en el proceso de la atención de salud y el desarrollo de programas promocionales y preventivos. i) adolescencia temprana o inicial: 10 a 13 años; ii) adolescencia media: 14 a 16 años, y; iii) adolescencia tardía: 17 a 19 años (MINSAL, 2018b).

TABLA 8 | PLAN DE SALUD FAMILIAR EN POBLACIÓN ADOLESCENTE

PREVENCIÓN	DIAGNÓSTICO
<ul style="list-style-type: none"> • Vacuna VPH. • Vacuna dT_p (acelular) 8° básico. • Control de Salud Integral de Adolescentes. • Control Integral Prenatal Adolescente - ingreso. • Controles Prenatales Adolescente - Seguimiento. • Control Puerperio Post Aborto en Población Adolescente. • Control de Regulación de Fertilidad en Población Adolescente. • Consejería en SSR en Población Adolescente. • Control Ginecológico Adolescente. • Consulta Nutricional en Población Adolescente. • PNAC (Embarazadas Adolescentes). • PNAC (Nodrizas Adolescentes). • Atención a Domicilio (Alta Precoz) en Población Adolescente. • Examen de Salud Odontológico. • Consulta Odontológica Preventiva (Incluye Educación Individual e Instrucción de Higiene). 	<ul style="list-style-type: none"> • Consulta de Morbilidad en Población Adolescente. • Consulta de Morbilidad Obstétrica en Población Adolescente. • Consulta Morbilidad Ginecológica en Población Adolescente. • Consulta y/o Consejería de Salud Mental en Población Adolescente. • Prevención Psicosocial en Población Adolescente.
	<p style="text-align: center;">TRATAMIENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Control de Crónicos en Población Adolescente. • Control de Crónicos Adolescente - DMII • Control de Crónicos Adolescentes - Epilepsia. • Control de Crónicos en Adolescente - Asma.

FUENTE | MINSAL (2018b)

Como parte de las políticas públicas impulsadas por el Ministerio de Salud, destacan el **Programa Nacional de Salud de la Infancia y el Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes**²⁵, los que se enmarcan en la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020 (ENS), bajo los lineamientos de la Estrategia Regional de OPS 2010-2018, para mejorar la salud de niños, niñas, adolescentes y jóvenes, junto a sus respectivos Planes de Acción de Salud para estos grupos etarios (MINSAL, 2018a).

En general, estos Programas asumen como metas aumentar y mejorar el acceso a los servicios de atención, ampliar la participación ciudadana en la planificación de los planes y programas, implementar intervenciones efectivas basadas en evidencia, propiciar una política integrada con el sector, entre otras medidas. Se organizan en torno a diversas áreas temáticas, definidas en base a la prevalencia de patologías más relevantes que tienen lugar durante las diferentes etapas de la vida, incluyendo un área general de salud mental.

²⁵ Este Programa incluye como beneficiario directo a toda la población de adolescentes entre 10 y 19 años, para la atención de las actividades asistenciales de la atención primaria, y agrega a jóvenes entre 20 y 24 años para las actividades de promoción y prevención de salud. Los beneficiarios indirectos incluyen a la familia, escuela y comunidad (MINSAL, 2013).

2 | MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL Y FAMILIA (MIDESOF)²⁶

El Ministerio de Desarrollo Social y Familia es el organismo público encargado de diseñar y aplicar políticas, planes y programas en materia de desarrollo social, especialmente aquellas destinadas a erradicar la pobreza y brindar protección social a las personas o grupos vulnerables, promoviendo la movilidad e integración social. Asimismo, vela por la coordinación, consistencia y coherencia de las políticas, planes y programas en materia de desarrollo social, a nivel nacional y regional.

Orgánicamente, el MIDESO está conformado por tres Subsecretarías: Subsecretaría de Evaluación Social; Subsecretaría de Servicios Sociales y Subsecretaría de la Niñez. Dentro de las funciones de esta última, se encuentran proponer la Política Nacional de la Niñez y su Plan de Acción; establecer coordinaciones del intersector, impulsar acciones de difusión, capacitación o sensibilización destinadas a la prevención de la vulneración de los derechos de niños, niñas y adolescentes y a su promoción o protección integral; promover el fortalecimiento de la participación de niños, niñas y adolescentes en todo tipo de ámbitos de su interés; entre otras.

El Sistema Intersectorial de Protección Social, coordinado por MIDESO, constituye uno de los ejes estratégicos más relevantes que enmarcan las acciones del Programa Nacional de Salud de la Infancia. Dicho Sistema, creado en 2009 mediante la Ley N°20.379, constituye un modelo de gestión conformado por múltiples acciones y prestaciones sociales ejecutadas y coordinadas por distintos organismos del Estado, destinadas a mejorar las condiciones de vida de la población nacional más vulnerable socioeconómicamente. Para esto, el Sistema contempla dos subsistemas: “Chile Solidario”, dirigido a las familias y sus integrantes en situación de extrema pobreza, y “Chile Crece Contigo”, sistema de protección integral a la infancia dirigido originalmente a niños y niñas menores de 4 años de edad (MINSAL, 2013b).

Chile Crece Contigo comienza a implementarse a partir del año **2007, siendo administrado, coordinado y supervisado por el MIDESO, sin perjuicio de las atribuciones y funciones de las demás entidades públicas.** Si bien considera las múltiples dimensiones que influyen en el desarrollo infantil, en materia de salud su objetivo es acompañar el proceso de desarrollo de los niños y niñas que se atiendan en el sistema público de salud, desde su primer control de gestación hasta su ingreso al sistema escolar, en el primer nivel de transición o su equivalente (Ley N°20.379).

Ahora bien, es importante señalar que, en 2015, el Comité de Derechos del Niño recomendó al Estado de Chile la extensión progresiva de la cobertura del subsistema ChCC hasta la edad de 18 años, con el propósito asegurar que todos los niños, niñas y adolescentes tengan igual acceso a servicios de salud de calidad, públicos o privados. De esta manera, **desde el año 2016, ChCC se extiende para el grupo etario de 5 a 9 años, a través del Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial, administrado por el Ministerio de Salud,** reforzando así lo que ya estaba contemplado en el Programa Nacional de Salud en la Infancia. De manera adicional, en el marco de esta extensión, se crean dos nuevos programas: i) Programa de Apoyo al Aprendizaje Integral, para todos los niños y niñas que ingresan a nivel de transición 1 en los establecimientos de educación municipales y ii) Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil (PASMI), dirigido a los niños y niñas de 5 a 9 años, para mejorar la brecha de cobertura en la atención de los trastornos de salud mental en la infancia (MINSAL y ChCC, 2017).

26 <http://www.desarrollosocialyfamilia.gob.cl/>

Actualmente, el programa PASMI constituye uno de los principales programas coordinados por el MIDESO que contemplan componentes de atención en materia de salud mental para población infantil. Además de difundir contenidos educativos que promueven el bienestar socioemocional, este programa tiene por objeto brindar diagnóstico y tratamiento a familias cuyos niñas y niños, de entre 5 y 9 años, presentan trastornos en materia de salud mental. En tanto, el acceso a este programa se realiza a través de los programas “Habilidades para la Vida” o “Salud Escolar”, que se ejecutan en establecimientos educacionales municipales y que permiten la derivación a centros de salud para el diagnóstico y atención de los niños(as) (Chile Crece Contigo, 2019).

Si bien el diseño del programa PASMI se centra en prestaciones de promoción y prevención de la salud mental en el sector educativo, así como acciones de tratamiento a nivel de la atención primaria de salud (MINSAL y ChCC, 2017), es importante señalar que las únicas prestaciones que han sido financiadas, al menos hasta el año 2021, son aquellas referidas a tratamiento.

3 | SERVICIO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y REHABILITACIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS Y ALCOHOL (SENDA)²⁷

Entidad creada en 2011 (en reemplazo de CONACE) y radicada en el Ministerio del Interior y Seguridad Pública, siendo el organismo público encargado de elaborar y ejecutar políticas de prevención del consumo de drogas y alcohol, además de elaborar una estrategia nacional de drogas y alcohol, y ejecutar políticas en materia de tratamiento, rehabilitación e integración social de personas afectadas por el consumo de drogas y alcohol (Ley N°20.502).

En materia de prevención del consumo de drogas y alcohol, SENDA ejecuta programas de prevención ambiental, universal, selectiva e indicada, orientados a niños, niñas, adolescentes, jóvenes, adultos, tanto en contextos educativos como laborales. El principal objetivo de estos programas es ayudar a las personas, evitando o retrasando el inicio del uso de drogas o evitar el desarrollo de desórdenes asociados al consumo, fomentando el desarrollo de factores protectores y la disminución de los factores de riesgo de consumo.

Dentro de estas iniciativas, destaca la estrategia “Elige Vivir sin Drogas”, basada en el modelo de prevención “Planet Youth” desarrollado en Islandia a partir del año 1998, que busca involucrar a las familias, a los establecimientos educacionales, al sector privado y a la sociedad civil en general, en el desafío de prevenir el consumo de drogas entre niños, niñas y jóvenes. Por su parte, en el ámbito netamente educacional, SENDA ha desarrollado una serie de estrategias y programas de prevención a través de los cuales se busca desplegar una intervención integral para los establecimientos educacionales del país. En primer lugar, las estrategias 'PrePara', 'Continuo Preventivo' y 'Bienestar Docente' constituyen tres diferentes conjuntos de acciones preventivas articuladas y coordinadas por SENDA, las cuales persiguen objetivos de prevención universal y ambiental. En segundo lugar, los programas de Prevención en Establecimientos Educacionales (PEE) y Actuar a Tiempo (AAT), representan acciones de prevención más estructuradas y dirigidas a poblaciones específicas, las cuales conforman el denominado 'Sistema Integral de Prevención en Establecimientos Educacionales'

²⁷ <https://www.senda.gob.cl/>

(SIPEE), dirigido a desarrollar todos los niveles de prevención en un establecimiento educacional (ambiental, universal, selectivo e indicado), promoviendo el desarrollo de una cultura preventiva y el fortalecimiento de un trabajo preventivo sustentable (individual, colectivo e institucional) que contribuya a mejorar la calidad de vida de sus estudiantes (SENDA, 2018).

Sin perjuicio de lo anterior, en miras de alinear el trabajo de estos programas, bajo las orientaciones de una gestión por resultados y diseños basados en evidencia, durante el año 2020, los programas PEE y AAT fueron rediseñados y unificados en una iniciativa conjunta, denominada PrePARA2, la cual procura evitar la duplicación de procesos y la pérdida de esfuerzo laboral y de gestión por parte de los equipos ejecutores. En este entendido, PrePARA2 puede ser entendido como un programa multimodal y multinivel para la prevención del consumo de alcohol y otras drogas desde el ámbito escolar, que cuenta con cuatro componentes: i) desarrollo universal de competencias sociales preventivas; ii) desarrollo de competencias institucionales para la prevención del consumo de sustancias; iii) prevención selectiva del consumo de sustancias y iv) prevención indicada del consumo de sustancias. En términos concretos, el propósito esencial de este programa es obtener factores de riesgo disminuidos y factores protectores incrementados en relación con el consumo de alcohol y otras drogas en niños, niñas y adolescentes de entre 4 y 17 años y 11 meses de edad (cerca de 300.000 casos anuales, en el período 2020-2021) (SENDA, 2021).

Por otra parte, en materia de tratamiento, SENDA se propone trabajar para asegurar el acceso y la equidad en la atención a toda persona que presente consumo problemático (también llamado dependencia o adicción) de alcohol y otras drogas y requiera atención especializada. Para esto ofrece una serie de programas dirigidos a población adulta y adolescente, tanto en contexto general como en contextos de ejecución penal, incluyendo la privación de libertad.

El programa de tratamiento para población adolescente general está dirigido a hombres y mujeres menores de 20 años, con consumo problemático de alcohol u otras drogas, que no sean beneficiarios de las Garantías Explícitas en Salud (GES) de Consumo Perjudicial y Dependencia de Alcohol y Otras Drogas. Por su parte, el programa de tratamiento para población adolescente con infracción de ley está específicamente dirigido a adolescentes con consumo problemático de sustancias imputados o condenados bajo la Ley N°20.084 (que hayan cometido delito siendo mayores de 14 años y menores de 18 años), siendo derivados por Tribunales, SENAME o Gendarmería de Chile.

4 | SERVICIO NACIONAL DE MENORES (SENAME)²⁸

El Servicio Nacional de Menores (Sename)²⁹ es un organismo gubernamental centralizado, colaborador del sistema judicial y dependiente del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Se encarga de contribuir a la prevención, promoción, protección y restitución de los derechos de los niños, niñas y adolescentes vulnerados en sus derechos, así como a la responsabilización e inclusión social de jóvenes (de entre 14 y 17 años) que infringieron la Ley N°20.084 (Decreto Ley N°2.465).

28 Al momento del desarrollo del presente estudio, no se había puesto en marcha el Servicio de Protección especializada a la Niñez y Adolescencia (Mejor Niñez), que comenzó a funcionar el 1 de octubre de 2021. Por lo tanto, se analiza las líneas programáticas de protección y justicia de la antigua estructura orgánica del Servicio Nacional de Menores.

29 <https://www.sename.cl/>

Orgánicamente, sus dos principales departamentos son el Departamento Técnico de Protección de Derechos y el Departamento de Justicia Juvenil; mientras que, para cumplir sus labores, el Servicio cuenta con centros de atención directa y con una red de colaboradores acreditados, que postulan con proyectos a licitaciones públicas. De esta manera, su oferta programática se materializa en programas de la línea preventiva, reparatoria y en el trabajo de responsabilización y reinserción, orientado a los jóvenes que infringieron la ley.

Bajo la administración del Departamento Técnico de Protección de Derechos, existe una extensa oferta en materia de cuidado alternativo³⁰, programas ambulatorios³¹, adopción, Oficinas de Protección de Derechos (OPD) y Diagnóstico Ambulatorio (DAM). Por su parte, el Departamento de Justicia Juvenil administra una oferta asociada a los distintos tipos de sanciones contempladas en el marco de la LRPA, ya sea a través de centros privativos de libertad de administración directa, Programas de Medidas y Sanciones no Privativas de Libertad y Programas de Apoyo para adolescentes privados de libertad y en el medio libre.

Es importante indicar que los niños, niñas y adolescentes pertenecientes a poblaciones particularmente vulnerables, como los infractores de ley o quienes han sido vulnerados en sus derechos, son quienes más requieren de atención de salud de especialidad en salud mental (UHCIP, Unidades de Corta Estadía o Urgencias). Por ejemplo, de acuerdo a SENAME (2019), 69,1% de los niños, niñas y adolescentes bajo sistema de protección de derechos presenta al menos un trastorno mental (45% riesgo suicida, 40% dependencia de drogas, 26% trastornos de conducta disocial), a lo cual se debe agregar que los niños, niñas y adolescentes que requieren de las prestaciones de las UHCIP, reingresan a dichas unidades entre 2 a 8 veces durante el mismo año, y de ahí la necesidad de contar con Residencias de Alta Especialidad donde puedan mantenerse por periodos de hasta seis meses (SENAME, 2019).

30 Residencia Familiar, Residencia de Alta Especialidad, Centro de Reparación Especializada de Administración Directa, Familias de Acogida Especializada de Administración Directa, Familias de Acogida Especializada con Programa de Protección Especializado, Residencia de Protección Lactantes y Preescolares con Programa Adosado, Residencias para Niños/as Vulnerados, con Discapacidad Discreta, Residencias para Niños/as Vulnerados, con Discapacidad Grave, Residencias de Alta Dependencia con programa adosado, Residencia de protección para niños, niñas y adolescentes gravemente vulnerados en sus derechos, con discapacidades severas o profundas y situación de alta dependencia, Residencias de Vida Familiar para Adolescentes RVFa, Residencias de Protección para Mayores, Residencias de Protección para Mayores con programa adosado, Residencias Especializadas con programa adosado, Residencias para Madres Adolescentes, Residencias para Madres Adolescentes con programa adosado.

31 Programas Especializados Reparación de Maltrato Grave, Programa de Representación Jurídica, Programa de Prevención Focalizada, Programa de Intervención Integral Especializada (PIE- 24 Horas), Programa de Intervención Integral Especializada, Programa de Intervención Breve, Programa Especializado en Explotación Sexual Comercial Infantil, Programa de Reinserción Educativa (PDE)- 24 Horas, Programa Drogas (PDC) - 24 Horas, Programa Especializado para Agresores Sexuales, Protección Ambulatoria Discapacidad, Programa Especializado Calle.

5 | UNICEF CHILE³²

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), se encuentra presente en 190 países alrededor del mundo, asumiendo como principal función promover la protección de los derechos de los niños, niñas y adolescentes, colaborando con gobiernos y organismos de la sociedad civil buscando superar los obstáculos impuestos a la niñez y adolescencia por la pobreza, la violencia, la enfermedad y la discriminación, así como cualquier otra situación que impida su normal desarrollo. En Chile, UNICEF está presente desde 1950 y, en la actualidad, se organiza en torno a las siguientes áreas de trabajo: i) Inclusión Social y Monitoreo; ii) Prevención de la violencia; iii) Justicia y protección de la infancia; iv) Legislación y derechos del niño; v) Comunicación y movilización social y vi) Crisis y Emergencias.

ANÁLISIS DE LAS BRECHAS EN EL FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA DE SALUD MENTAL PARA NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES EN CHILE

En este apartado se presentan las brechas en el funcionamiento del sistema de salud mental para niños, niñas y adolescentes en Chile, analizando para ello la oferta programática nacional de salud mental (ver detalle en anexo 6), las perspectivas de los representantes institucionales entrevistados, la opinión de niños, niñas y adolescentes expresada tanto en grupos focales como en una encuesta realizada. Así también, se adiciona el análisis de información secundaria relevante. Lo anterior, en su conjunto permite analizar las brechas identificadas con miras a la elaboración de recomendaciones que fortalezcan el sistema de salud mental dirigido a niños, niñas y adolescentes.

Por su parte, las dimensiones analíticas utilizadas y explicitadas en la metodología, abarcan desde la legislación, la estructura de la política de salud (promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación), la colaboración intersectorial, el financiamiento, hasta la participación comunitaria y la calidad de los servicios de salud mental, desde la perspectiva de los derechos humanos.

1 | REPORTE DE LOS ACTORES INVOLUCRADOS EN LA POLÍTICA PÚBLICA NACIONAL DE SALUD MENTAL DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES

A continuación, se desarrollan los resultados de la recolección de información a partir de las entrevistas individuales y grupales realizadas a profesionales de nivel central y operadores de los programas, así como también se incluye la opinión de niños, niñas y adolescentes participantes de los grupos focales.

³² <https://www.unicef.org/chile/>

» Legislación

a. Ausencia de legislación que establezca garantías respecto de los derechos de la niñez y la adolescencia, así como de legislación específica respecto de la salud mental de niños, niñas y adolescentes: la salud mental de niños, niñas, y adolescentes se visualiza como una temática que debe abordarse desde diversos ámbitos -tales como salud, educación y justicia-, y que requiere trabajo en común desde diversos actores del ámbito público y la sociedad civil. Sin embargo, un aspecto ampliamente coincidente entre todos los(las) entrevistados(as) que formaron parte del estudio, que ha incidido en la situación actual en que se encuentra la salud mental de niños, niñas, y adolescentes, es la ausencia de legislación que establezca garantías respecto de los derechos de la niñez y la adolescencia, así como de legislación específica respecto de la salud mental de niños, niñas y adolescentes, lo que en suma dificulta la comprensión y el abordaje de la salud mental como un derecho que debe garantizarse a todos/as.

La existencia de legislación se considera, en primer lugar, como el reconocimiento del derecho a la salud de los niños, niñas y adolescentes, que se evidencia como un aspecto esencial y condicional para la incorporación del enfoque de derechos humanos al abordaje de la salud mental de niños, niñas y adolescentes. A su vez, se considera que la legislación en este ámbito facilita y acelera la generación de aquellos recursos que permitirán su aplicación efectiva, como el desarrollo de políticas, planes de acción, estándares, protocolos, el establecimiento de responsabilidad de las instituciones estatales, o la asignación de financiamiento. En este sentido, se indica que toda legislación en este ámbito requiere necesariamente ir acompañada por un financiamiento específico y estable, acorde a las acciones que propone desarrollar. De igual forma, la existencia de legislación se identifica como la señal de que existe voluntad política de abordar una determinada temática y de que se fijan pisos mínimos sobre los cuales debe avanzar la acción estatal, como garantizar y asegurar el acceso oportuno a la atención de salud mental para niños, niñas y adolescentes, lo que actualmente es una gran deficiencia del abordaje de la salud mental para esta población.

b. Existencia de desarrollos normativos en temáticas de salud mental o infancia: si bien no existe una legislación específica, se identifican algunos desarrollos normativos o que se encuentran en etapas de tramitación legislativa, que abordan las temáticas de salud mental e infancia. Entre estos se cuentan la Ley N° 21.302, que Crea el Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia, y los proyectos de ley respecto de un Sistema de Garantías de los Derechos de la Niñez (2015)³³, de la creación del Servicio Nacional de Reinserción Social Juvenil (2017), y sobre la Protección de la Salud Mental (2016). Si bien este último proyecto de ley aborda a la población general, desde el Ministerio de Salud se reporta que han recomendado incluir temáticas sobre derechos de la niñez y adolescencia como la autonomía progresiva de las y los adolescentes al momento de participar en la toma de decisiones en salud, considerando sus opiniones y preferencias y la prohibición de la esterilización quirúrgica sin consentimiento.

33 Nota del editor: con fecha 06 de marzo 2022 fue promulgada Ley N° 21.430 Sobre garantías y protección integral de los derechos de la niñez y adolescencia

<https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1173643>

c. Abordaje de la protección de los derechos de los niños, niñas y adolescentes en el marco de la de salud mental dentro de la política pública enfocada en infancia y adolescencia: junto con este desarrollo normativo, se reconoce también que las instituciones abordan la protección de los derechos de los niños, niñas y adolescentes en el marco de la de salud mental con diversas acciones en el ámbito de la política pública dirigida esta población. Entre estas se cuentan la oferta programática existente en instituciones como los Ministerios de Desarrollo Social y Familia, Salud y Educación, en la Subsecretaría de la Niñez y en servicios como el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol y el Servicio Nacional de Menores, así como también en la coordinación intersectorial que se establece entre estas instituciones para la articulación de dicha oferta y para desarrollar trabajo conjunto en el ámbito de la salud mental de niños, niñas y adolescentes, a través de instancias como Chile Crece Contigo o el Sistema Intersectorial para dar atención de salud integral, con énfasis en salud mental para niños, niñas, adolescentes, y jóvenes con vulneración de derechos y/o sujetos a la Ley de Responsabilidad Penal Adolescente de SENAME.

Por otra parte, se reconoce que el desarrollo de políticas, planes o documentos de gestión también contribuye al abordaje de la salud mental de niños, niñas, y adolescentes y se destacan, entre estos, el Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025, el Modelo de Gestión de la Red Temática de Salud Mental en la Red General de Salud 2018 (ambos diseñados para población general), la Política Nacional de Niñez y Adolescencia 2018-2025 y su respectivo plan de acción y la Política Nacional de Salud Mental Infantil y Adolescente que, de acuerdo a lo reportado por algunos(as) entrevistados(as), se encontraría en la etapa final de formulación por parte del Ministerio de Salud (MINSAL). Según se señaló en las entrevistas realizadas, la Política busca que la salud mental se aborde desde un continuo de acciones del Estado en su conjunto, y no solo desde el sector salud; se centra en la promoción del bienestar, en la prevención y en la detección temprana; incorpora los enfoques de derechos humanos, determinantes sociales de la salud, curso de vida, interculturalidad, equidad, promoción, participación, entre otros y se desarrolla en torno a ocho líneas estratégicas, familiares y cuidadores, comunidad, trayectoria educativa y contexto escolar, participación de los niños, niñas y adolescentes, poblaciones específicas, género y sexualidad responsable, fortalecimiento de la atención en la provisión de servicios de salud mental y sistemas de información. También se señala que una versión borrador del documento de política fue sometida a consulta del Consejo Consultivo de adolescentes y jóvenes del Ministerio de Salud.

Por último, se reconoce también que la creación de reparticiones dentro de las instituciones públicas pueden aportar a la protección de derechos de niños, niñas y adolescentes en el marco de la salud mental, como el recientemente creado Departamento de Derechos Humanos y Género en MINSAL, el 2020, y que el desarrollo de mecanismos de protección de derechos en el ámbito de la salud mental es clave en esta labor, señalándose a modo de ejemplo la creación de la Comisión Nacional de Protección de los Derechos de las Personas con Enfermedades Mentales, en 2012.

d. Problemáticas transversales que afectan el ámbito legislativo y de desarrollo de política: si bien se reconocen los avances mencionados anteriormente, tanto a nivel de legislación como de política pública, se plantean algunas problemáticas

transversales, que afectan a la legislación y al desarrollo e implementación de política pública en salud mental, infancia y adolescencia, y que impiden un efectivo ejercicio del derecho a la salud por parte de niños, niñas y adolescentes.

En un primer punto se evidencia que aún existe una deficiente comprensión del concepto de salud mental y de sus especificidades en el caso de la niñez y la adolescencia, en vista de que la salud no se considera como un continuo entre lo físico y lo mental, y de que no se han abandonado los cuestionamientos de que existan ciertas patologías de salud mental en los niños, niñas y adolescentes, desestimándolas como comportamientos normales asociados a ciertas edades.

De igual forma, la salud mental para este grupo sigue abordándose casi completamente desde una perspectiva adulta, donde la participación de los niños, niñas, y adolescentes no es relevante ni decisiva, y, por tanto, siguen sin ser considerados y tratados como sujetos de derecho con capacidad de expresar su opinión respecto de lo quieren en el ámbito de la salud mental.

e. Falta de avance en legislación y desarrollo de protocolos específicos para resguardar derechos de los niños, niñas y adolescentes: finalmente, se evidencia una falta de avance en legislación y desarrollo de protocolos específicos para resguardar los derechos de los niños, niñas y adolescentes en el uso adecuado de la admisión y tratamiento en contexto involuntario, así como en el desarrollo de medidas para detectar e implementar acciones frente a niños, niñas y adolescentes en situación de explotación económica y/o social. Respecto del tratamiento en contexto involuntario en específico, se detectaron situaciones que evidencian la necesidad urgente de avanzar en legislación en esta materia. Por una parte, la existencia aún de esterilizaciones sin consentimiento a adolescentes con trastornos de salud mental³⁴, por solicitud de sus adultos responsables, que se ha detectado desde la Comisión Nacional de Protección de los Derechos de las Personas con Enfermedades Mentales, y la existencia de niños, niñas y adolescentes, que frente a una situación compleja respecto de algún trastorno de salud mental (desajustes emocionales) experimentada en los CIP-CRC o residencias de SENAME, son internados en las Unidades de Hospitalización de Cuidados Intensivos (UCIP), sin cumplir un criterio clínico que lo amerite, a través de órdenes de los tribunales, porque desde SENAME no se les quiere recibir de regreso.

FACTOR CLAVE

Una política pública en salud mental para niños, niñas y adolescentes requiere normativas que permitan garantizar sus derechos.

³⁴ Según información recabada a través de las entrevistas realizadas en el marco del presente estudio.

» Marco conceptual de la política

a. Los enfoques que orientan la intervención son compartidos de manera transversal por los diferentes servicios e instituciones que conforman la red: los servicios públicos nacionales que forman parte de la red de atención de salud mental adoptarían enfoques conceptuales que reconocen la necesidad de especialización en la intervención con niños, niñas y adolescentes, así como el reconocimiento de dicha población como sujetos de derecho. En específico, se asume una perspectiva integral respecto al desarrollo del ser humano, reconociendo las particularidades de las diferentes etapas del ciclo vital y la interdependencia del individuo con su entorno familiar, comunitario y estructural.

Los enfoques mayormente mencionados por los informantes consultados/as son el enfoque de derechos, el enfoque de curso de vida y el enfoque de determinantes sociales de la salud. Adicionalmente, otros enfoques ampliamente mencionados son los enfoques ecológico, sistémico, biopsicosocial, de género y de multiculturalidad.

b. Enfoques reconocidos a nivel de diseño, pero escasamente considerados al momento de la implementación: los informantes consultados/as coinciden en que, a pesar del sólido y abarcativo marco de referencia asumido por las políticas o estrategias en materia de salud mental para niños, niñas y adolescentes en Chile, los mismos no siempre son reconocibles en el nivel operativo de implementación de las acciones que conforman las políticas. **Es decir, se identifica una brecha importante entre los enfoques declarados y los principios que orientan las acciones en la práctica.** Esta situación constituye una falencia fundamental al momento de valorar el trabajo de la red de salud mental infanto-adolescente en el país, haciéndose presente de diferentes formas:

El modelo biomédico aún primaria en el marco de la red de salud nacional, pudiendo ser una consecuencia del tipo de formación que recibe el personal de dicha área, o bien, el resultado de políticas de actualización y/o especializaciones poco efectivas. Sin embargo, es importante señalar que dicho enfoque no solo tiñe las prácticas de atención que tienen lugar al interior del sistema (ej. focalización en la gestión de acciones de tratamiento por sobre las de promoción o prevención, sobreutilización de medicamentos, verticalidad en la relación profesional-“paciente”, etc.); sino también el diseño evaluativo de la mayor parte de los planes estratégicos que son desplegados, los cuales suelen contemplar indicadores fundamentalmente dirigidos a medir el nivel de cobertura o la obtención de logros asociados al tratamiento de trastornos de salud mental.

Si bien el enfoque de derechos humanos predomina en el discurso cuando se habla de la salud mental de niños, niñas y adolescentes, no lo hace en la implementación que existe de la oferta programática en dicho ámbito. La escasez de oferta disponible para satisfacer las múltiples necesidades que presenta la población infanto-adolescente, y en particular grupos particularmente vulnerables, deja en evidencia la falta de compromiso político de las instituciones del Estado como garantes de los derechos básicos de esta población. Por otra parte, situaciones como la poca consideración de la opinión de los niños, niñas y adolescentes, ya sea en la estructuración de sus propios planes de intervención o en la evaluación de la calidad de los servicios que reciben, ponen en duda su real reconocimiento y trato como sujetos de derecho. De igual forma, la red de atención aún presenta insuficientes niveles de especialización en la

estructuración de su oferta. De este modo, amplios segmentos de la población se encuentran desprovistos de atención debidamente especializada (ej. niños, niñas y adolescentes bajo cuidado del Estado, población LGBTQ+, niños, niñas y adolescentes con discapacidad, migrantes, etc.). Del mismo modo, se observa falta de personal especializado en la atención de niños, niñas y adolescentes o en la gestión de servicios dirigidos a dicha población, así como también insuficientes niveles de capacitación y especialización en el personal existente.

c. Conceptualización reducida respecto de la salud mental: todos los elementos mencionados hasta el momento permiten concluir que los servicios públicos operarían y serían estructurados asumiendo una comprensión bastante reducida del concepto de salud mental, al menos en lo que respecta a la atención de niños, niñas y adolescentes. En específico, el concepto tiende a relacionarse más con problemáticas de salud mental que con la valoración subjetiva del bienestar psicológico o emocional de los individuos, lo que determina que el sistema opere con una lógica más reactiva que preventiva.

Sin embargo, es importante señalar que esta perspectiva no solo es observable al interior del sistema de salud, sino también en las propias concepciones de la población nacional, lo que sería observable a través de la resistencia que habitualmente manifiestan las familias de los niños, niñas y adolescentes a quienes se refiere a algún tipo de intervención en materia de salud mental. En este sentido, el temor a ser discriminado, producto de la presencia de algún tipo de problema de salud mental, da cuenta del peso que aún tiene la “patologización” de la salud mental en nuestro país y la importante brecha cultural y educativa que aún debe ser superada para poder desarrollar políticas públicas que generen mayor arraigo en la población (López et al., 2008).

Respecto del conocimiento sobre salud mental, algunos de los participantes del grupo focal dirigido a niños, niñas y adolescentes indican que no conocen el concepto de salud mental, mientras que otros que si conocen el concepto lo vinculan a la "necesidad" de atención por algún problema o diferencia. En este sentido se señala que conocen problemas de salud mental como depresión, ansiedad, manejo de la ira, trastorno bipolar, epilepsia, esquizofrenia, anorexia y síndrome de abstinencia. También se menciona la temática del acoso escolar, en torno a la cual identifican diversas consecuencias como la depresión, el consumo de sustancias, las autolesiones y el suicidio. De igual forma, asocian la salud mental a las emociones o los sentimientos. Respecto de la oferta programática, señalan que nunca han visto campañas de sensibilización sobre salud mental, pero si reconocen algunos programas de la red SENAME y también en atención primaria de salud (en el "consultorio"). En el ámbito de los profesionales de la salud mental, se reconoce principalmente a psicólogos, psiquiatras, neurólogos, asistentes sociales y enfermeras, logrando distinguir las diferencias de sus labores principales (por ejemplo, señalan que el psiquiatra da un tratamiento farmacológico; el psicólogo ve personalidades y emociones; el neurólogo revisa la cabeza; el asistente social revisa su situación familiar y entorno y la enfermera “te baña”). Los niños, niñas y adolescentes coinciden en que estos profesionales son quienes los atienden en los centros o residencias. Esto da cuenta del estrecho contacto que han tenido estos niños, niñas y adolescentes con la red de atención en salud mental en sus trayectorias por el sistema de protección.

"[la salud mental se trata de] cómo nos sentimos, cómo estamos, qué nos afecta".
Adolescente participante de un grupo focal.

» Coordinación intersectorial

a. **Reconocimiento de importantes avances durante los últimos años:** existe coincidencia entre los(as) informantes al señalar que el trabajo intersectorial en el marco de la salud mental de niños, niñas y adolescentes ha experimentado importantes avances durante los últimos diez años, partiendo por el simple hecho de reconocer que no es posible seguir desarrollando estrategias sectoriales bajo responsabilidad exclusiva del MINSAL. En este sentido, se ha logrado generar políticas y estrategias de trabajo que involucran a diversos ministerios, tales como MIDESO, MINEDUC o Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Sin embargo, también reconocen la necesidad de continuar expandiendo esta red de colaboración, integrando a otros ministerios relevantes (Cultura, Deporte) y entidades como el SENADIS, buscando garantizar una mejor atención de aquellos casos dependientes de terceros o con patologías crónicas. Adicionalmente, junto al establecimiento de múltiples planes de acción y convenios de colaboración entre instituciones públicas, se reconoce que el país ha conseguido implementar importantes hitos de coordinación intersectorial en el aparato público, tales como el subsistema de protección Chile Crece Contigo o el Sistema Intersectorial de Salud Integral, los cuales han permitido mejorar el acceso a los servicios públicos por parte de la población y disminuir la habitual sobreintervención de casos complejos, además de permitir un uso más eficiente de los recursos públicos, el desarrollo de protocolos de actuación conjunta para la atención de poblaciones específicas e instalar nuevas competencias, vinculadas con el trabajo en red, en los servicios y operadores del sistema.

Chile Crece Contigo (ChCC), bajo coordinación de MIDESO, constituye un subsistema de protección integral a la infancia que tiene como misión acompañar, proteger y apoyar integralmente a todos los niños, niñas y adolescentes, a través de acciones articuladas entre los distintos servicios públicos que conforman la red. En el ámbito de salud mental esto se evidencia, por ejemplo, en el desarrollo del Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil (PASMI), en los talleres prenatales enfocados en futuros madres y padres, y en talleres parentales enfocados en el desarrollo infantil, entre otros. Los informantes consultados/as suelen señalar al ChCC como el mejor ejemplo de coordinación intersectorial existente en el país (y probablemente en Latinoamérica), representando una exitosa adaptación de un modelo de articulación canadiense. En esta línea, ChCC habría permitido fortalecer la red de atención pública en materia de infancia, conformando equipos de trabajo especialmente abocados a la articulación del trabajo de diferentes actores institucionales involucrados, además de introducir nuevos “mecanismos de financiamiento compartido” de las estrategias contempladas como parte del subsistema.

Por su parte, **el Sistema Intersectorial de Salud Integral (SISI), establecido en el Acuerdo Nacional por la Infancia,** tiene por objetivo central fortalecer y mejorar la salud integral de los niños, niñas y adolescentes que han sido vulnerados en sus derechos y/o sujetos a la Ley de Responsabilidad Penal Adolescente, a través de acciones colaborativas y coordinadas entre los diferentes sectores intervinientes (SENAME, MINSAL, SENDA), favoreciendo el acceso a atenciones de promoción y prevención, acceso a tratamiento en ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD y salud mental de especialidad, además de resguardar la continuidad de cuidados, promocionando el bienestar y calidad de vida de los niños, niñas y adolescentes

atendidos. Para esto, el SISI cuenta con cuatro niveles de coordinación: 1) nivel central, donde se desarrolla semanalmente una “mesa de coordinación” que convoca a las direcciones nacionales de cada servicio involucrado; 2) nivel regional, en el marco de la cual se coordinan las direcciones regionales de estos servicios buscando bajar los lineamientos emanados desde el nivel central; 3) Equipo Gestor Intersectorial, constituido por un representante de cada servicio participante, el cual es responsable de la coordinación operativa de las acciones que sean acordadas; 4) Equipos intervinientes, a nivel de la red de salud o de los servicios complementarios, encargados de la implementación de las medidas acordadas por el SISI. De esta manera, si bien esta iniciativa tiene un alcance mucho más acotado que el del ChCC, la misma tiende a ser destacada por la creación de cargos específicamente destinados a labores de coordinación (ej. Gestores Intersectoriales a nivel regional) y la promoción del trabajo colaborativo entre diferentes instituciones a través de nuevos mecanismos de coordinación (Mesa Técnica del Sistema Intersectorial).

b. Coordinación intersectorial como desafío estructural del sistema: pese a los avances y aprendizajes generados a partir de la implementación de estos hitos de coordinación intersectorial, es importante indicar que los mismos no representan la realidad organizativa de todos los servicios públicos, así como tampoco reportan procesos de implementación que estén exentos de críticas. En este sentido, es posible identificar una serie de nudos críticos que hacen pensar que la coordinación intersectorial aún representa un desafío estructural del sistema de atención pública en materia de salud mental para niños, niñas y adolescentes.

c. Ausencia de diseño y/o planificación conjunta: las estrategias de coordinación que han sido desplegadas en Chile aún no contemplan procesos de planificación conjunta de las políticas públicas intersectoriales que se desea implementar. En este entendido, si bien se cuenta con un set creciente de mecanismos de coordinación técnico-operativa que orientan la implementación de las políticas a lo largo del territorio, el diseño de éstas sigue siendo encargado a un ministerio en específico, el cual cuenta con un mandato formal y el acuerdo político-directivo de los demás servicios incumbentes. **Esta lógica de funcionamiento constituye una traba importante para el desarrollo de un trabajo realmente integrado, ya que el propósito de la política no es acordado intersectorialmente, lo que tiende a entorpecer la cabal comprensión de éste y dificultar el compromiso de las diferentes unidades organizacionales de las instituciones involucradas.**

En este contexto, pese a la evidente necesidad de desplegar políticas de salud mental integrales, éstas continúan siendo formuladas por el MINSAL, el cual indefectiblemente imprime un sello institucional sobre las diferentes acciones que las componen, además de actuar como ente “responsable” de las mismas. De tal manera, todas las restantes entidades que son requeridas para la implementación deben ajustarse a una planificación que muchas veces no es totalmente coincidente con sus respectivos marcos referenciales, planes estratégicos o lineamientos técnicos institucionales.

Pese a esta importante falencia, resulta destacable el desarrollo conjunto de lineamientos técnicos para la atención de niños, niñas y adolescentes bajo cuidado de SENAME, en el marco de la Mesa Técnica del Sistema Intersectorial del SISI, en las cuales ha colaborado tanto SENAME como MINSAL. Así, de acuerdo con los informantes consultados/as, más allá de las virtudes o falencias que puedan

ser identificadas en estos lineamientos, su método de construcción representa un valioso proceso de aprendizaje para los organismos y funcionarios públicos, los cuales actualmente reconocen con mayor claridad la necesidad de desplegar estrategias de trabajo colaborativo en las distintas fases del ciclo de las políticas públicas.

d. Mecanismos de coordinación poco eficientes: los mecanismos de coordinación interinstitucional más habitualmente utilizados son las mesas o comisiones de articulación o trabajo conjunto. **Si bien estos mecanismos son valorados por los(as) informantes, en tanto espacios de diálogo y colaboración técnico-operativa, también revisten una serie de falencias, entre las cuales destacan la reducida capacidad de resolución que se les suele otorgar en materia de definición de estrategias o un funcionamiento poco eficiente en la coordinación de acciones orientadas a mejorar la gestión institucional y la calidad de los servicios que están siendo provistos.** En este sentido, muchos/as informantes señalaron que gran parte del trabajo que se realiza en el marco de estas mesas de coordinación se centra en la discusión de elementos administrativos y no técnicos, por lo que suelen terminar por constituirse como un fin en sí mismas y no un medio para obtener resultados específicos. Por su parte, también se indica que el funcionamiento de estos mecanismos de coordinación suele verse afectado, e incluso interrumpido, por los cambios de administración gubernamental o directiva en cada uno de los servicios involucrados.

Bajo este prisma, resulta necesario reconocer que la coordinación intersectorial sigue siendo una "buena práctica" insuficientemente extendida en el sector público.

e. Estructuras institucionales poco adecuadas para una efectiva coordinación intersectorial: de acuerdo con los informantes consultados/as, la mayor parte de las instituciones públicas cuenta con algún tipo de unidad de coordinación intersectorial, sin embargo, se reconoce que habitualmente éstas tienen muy baja dotación de personal o están compuestas por profesionales que no tienen dedicación exclusiva para tales funciones. Adicionalmente, la labor de las unidades de coordinación tiende a estar poco estructurada, por lo que suele verse ampliamente afectada por la rotación del personal o las competencias de los profesionales específicos que las desarrollan. Cabe señalar que estas dificultades resultarían aún más relevantes en el nivel regional, donde existirían mayores niveles de rotación de profesionales tanto en funciones de coordinación como de ejecución de programas sociales.

A raíz de este tipo de falencias, resulta complejo poder desplegar acciones de articulación interinstitucional que vayan más allá del intercambio de información sobre materias de interés compartido, la coordinación de acciones conjuntas para la consecución de objetivos de corto plazo o la resolución de contingencias operativas.

f. Escasa coordinación con organizaciones de la sociedad civil: las estrategias de coordinación reportadas por los informantes consultados/as contemplan solo escasamente la participación de ONG's, u otras organizaciones de la sociedad civil que desarrollan actividades vinculadas con la temática de la salud mental de niños, niñas y adolescentes. Se indica que esto es una desventaja pues aún existen grandes dificultades para identificar casos que requieren atención especializada

y que se encuentran fuera del radar del sistema público, lo que podría facilitarse de existir una mejor vinculación con organizaciones privadas o comunitarias. Del mismo modo, una mayor cercanía en este sentido podría permitir el desarrollo de estrategias más eficientes para la compra de servicios privados de especialidad que no están disponibles en alguna de las redes estatales de atención territoriales (por ejemplo, servicios de hospitalización en clínicas de salud mental cuando las UHCIP no tienen capacidad para recibir a niños, niñas y adolescentes derivados desde SENAME).

Pese a esto resulta necesario destacar la coordinación establecida con algunas organizaciones que cuentan con oferta propia en temáticas relacionadas con la salud mental infanto-adolescente, como la Fundación Juntos Contigo, que trabaja con niños, niñas y adolescentes que están en transición de género, y que ha establecido convenios con la Subsecretaría de la Niñez. Del mismo modo, el Programa “Habilidades para la Vida”, de la JUNAEB, se generó a partir del desarrollo de convenios con la academia, en un proyecto FONDEF del Centro de Convivencia Escolar de la PUCV. Por su parte, el INJUV ha establecido un trabajo coordinado con la Fundación para la Confianza, en el marco del programa de salud mental “Hablemos de Todo”. Este se enfoca en la población de 15 a 29 años, y tiene por objetivo “informar sobre autocuidado y bienestar a las y los jóvenes, a través de la entrega de información libre de estigmatización sobre temáticas asociadas a las conductas de autocuidado, iniciativas públicas disponibles, marcos normativos vigentes y derechos”³⁵. Cuenta con jornadas periódicas de formación, contenido digital elaborado por y para jóvenes, y un chat en línea que proporciona asistencia, contención y orientaciones respecto del programa.

FACTOR CLAVE

Una política pública en salud mental para niños, niñas y adolescentes debe incorporar la intersectorialidad y coordinación que debe incluir al sector educación, justicia y todas las políticas de apoyo social para las familias.

El nivel de coordinación debería ser integrativa.

» Participación comunitaria y participación de niños, niñas y adolescentes

a. Participación, tanto comunitaria como por parte de niños, niñas y adolescentes en el ámbito de la salud mental, es deficitaria y no se visualiza como algo relevante: la participación se identificó como un elemento ampliamente deficitario, con avances dispares entre instituciones, pero que, en general, no se visualiza como algo relevante a la hora de abordar la salud mental de niños, niñas y adolescentes. Esta situación es particularmente compleja en vista de que un abordaje integral de la salud mental de niños, niñas y adolescentes, que considere el enfoque de derechos, debe considerar la participación en diversas etapas de la política pública en salud mental.

35 <https://hablemosdetodo.injuv.gob.cl/quienes-somos/>

b. Participación comunitaria sigue enfocándose en lo consultivo: respecto de la participación comunitaria, se señala que está enfocada en lo consultivo, en el diagnóstico y en la etapa evaluativa de la oferta programática, y que esto último está limitado casi totalmente a las encuestas de satisfacción que pueden responder los usuarios de algún programa o instancia de atención en salud mental. También se indica que, a nivel de rendición de cuentas, solo existe participación pasiva. De manera general, se señala que no existen instancias de participación relevantes en diseño e implementación de la oferta programática en salud mental. Y si bien esta es una problemática que se indica ocurre de manera transversal en el Estado, con respecto al abordaje de la salud mental de niños, niñas y adolescentes en específico, se señala que en parte podría explicarse por la hegemonía del modelo biomédico tradicional, donde la relación terapéutica se establece entre un profesional “experto” y un usuario “pasivo” o “paciente”. Esto opera, por supuesto, para el ámbito de la salud en general y por consiguiente también para el de la salud mental. Todo lo anterior resulta en que no existe una participación comunitaria efectiva, toda vez que las instancias existentes en este ámbito no inciden necesariamente en la toma de decisiones de política pública de salud mental. De esta forma, la participación comunitaria sigue siendo una buena práctica, porque no es algo que esté establecido de manera transversal. No trasciende de lo consultivo e incluso llega a tornarse en algo meramente instrumental.

c. Instancias de participación comunitaria existentes: no obstante, pueden mencionarse algunas instancias de participación comunitaria que los entrevistados/as reconocen. Las Oficinas Locales de la Niñez realizan un diagnóstico comunal para focalizar el territorio, con un componente participativo para evidenciar las situaciones que efectivamente ocurren en éste y que podrían contribuir a la vulneración de los derechos de los niños, niñas y adolescentes. A partir de este diagnóstico, desarrollan iniciativas comunitarias con el objetivo del mejoramiento de la comunidad, en torno a factores de riesgo comunitario y acciones para abordarlos. La Fundación Todo Mejora trabaja con organizaciones de madres-padres de niños, niñas y adolescentes trans, y cuentan con voluntarios territoriales, cuya labor es hacer difusión y sensibilización de las temáticas que trabaja la fundación hacia instituciones educativas, oficinas municipales de diversidad y oficinas locales de INJUV.

d. Participación de niños, niñas y adolescentes sigue enfocándose principalmente en etapa de diagnóstico y en general no existen instancias participativas relevantes en el ámbito de salud mental: respecto de la participación de niños, niñas, y adolescentes se señala que esta se centra fundamentalmente en el nivel de diagnóstico, en el marco de consultas o estudios, por ejemplo, respecto de la oferta para ellas y ellos. De igual forma existe participación de niños, niñas y adolescentes en evaluaciones de satisfacción usuaria respecto de los programas o la atención que se les entrega en el ámbito de salud mental, o a través de mecanismos como buzones para recibir opiniones en las residencias o CIP-CRC de SENAME. **Sin embargo, se señala que en general no existen instancias de participación especialmente desarrolladas para niños, niñas y adolescentes en el ámbito de la salud mental, ya sea a nivel de diseño, implementación o evaluación sobre la oferta programática o atención que se les entrega.** En torno a lo anterior, los entrevistados/as coinciden en que el desarrollo de la participación de niños, niñas y adolescentes es muy deficitario a nivel estatal, encontrándose

en etapas muy iniciales, lo que se evidencia incluso en que aún es necesario enfatizar la importancia de los consentimientos informados para evaluaciones y procedimientos cuando se trabaja en salud mental con esta población. En este sentido, los entrevistados/as consideran que la deficitaria existencia de instancias de participación para niños, niñas y adolescentes obedece a la falta de avance en el aseguramiento de garantías en torno a los derechos de niños, niñas y adolescentes, en que aún no son considerados ni tratados como sujetos de derecho con capacidad de opinar respecto a la toma de decisiones sobre su salud mental; en que la autonomía progresiva está invisibilizada, no solamente en salud mental, sino que en términos generales en la red de salud y en que las normativas existentes en el ámbito de la salud mental (como la Ley 20.584, que Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud) no recogen a los niños, niñas y adolescentes como un tema relevante, sino que al contrario, su abordaje está centrado en la decisión de los padres, como voceros de lo que ocurre con los niños, niñas y adolescentes.

e. Instancias de participación para niños, niñas, y adolescentes existentes: sin embargo, se identifican algunos mecanismos de participación para niños, niñas y adolescentes, tanto en salud mental como en protección y promoción de derechos. Específicamente en salud mental, se destaca la co-construcción de los planes de cuidado integral (tratamiento) de las y los adolescentes que se encuentran en programas de SENAME. Estos planes deben desarrollarse en conjunto, quedando estipulada la periodicidad del monitoreo y la evaluación de cumplimiento del plan, con los adolescentes y sus familias. Se considera que esto los hace parte de su proceso en salud mental. También se menciona la existencia de un Consejo Consultivo de adolescentes y jóvenes del Ministerio de Salud, creado el 2020, donde participan niños, niñas, adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años. Ese consejo consultivo opera permanentemente y evalúa los distintos documentos que van surgiendo del Programa Nacional de Adolescentes y Jóvenes. Se le sometió a consulta el documento borrador de la Política Nacional de Salud Mental Infantil y Adolescente, y anteriormente se le sometió a consulta la Política Nacional de Salud Mental 2017-2025. Por último, en el ámbito de la promoción y protección de derechos, se señala que las Oficinas Locales de la Niñez cuentan con una línea de participación comunitaria que se encarga específicamente de promover la participación de los niños, niñas y adolescentes en diagnósticos participativos para el diseño de algunos componentes de su oferta.

En el marco del presente estudio, se realizaron grupos focales con niños, niñas, y adolescentes de la red de programas de SENAME, tanto en protección como en justicia juvenil. Estas instancias fueron particularmente relevantes y esclarecedoras a la hora de indagar respecto del conocimiento de estos niños, niñas y adolescentes sobre salud mental. A continuación, se mencionan los aspectos más relevantes de este levantamiento de información.

Sus experiencias en torno a la oferta de salud mental también son diversas, mientras que algunos señalan que nunca habían recibido este tipo de atención antes de entrar a un centro o residencia, otros si señalan haber recibido algún tipo de atención. Esto es particularmente evidente frente a las y los adolescentes que han ingresado a la red SENAME por justicia juvenil frente a los que han ingresado por protección, mientras para los primeros el contacto con la atención de salud mental ha estado vinculado a su ingreso al sistema, los segundos han

recibido tratamiento por problemáticas de salud mental (como atención en un Centro de Rehabilitación por consumo de sustancias o entrega de tratamiento farmacológico indicado por TDAH en un COSAM). Respecto a su experiencia con la salud mental dentro de los centros o residencias se reconoce que han recibido atención de los profesionales mencionados anteriormente, pero también que han realizado otras actividades que se vinculan con la salud mental desde el bienestar, en el sentido de ayudarlos a manejar mejor la angustia que les provoca el encierro, como participar en talleres deportivos, artísticos-culturales, o en otras temáticas (mueblería, repostería), que les ayudan a manejar el estrés. En este sentido, se valora a profesionales que les escuchan y tratan de manera adecuada, les consultan sobre cómo se encuentran, les ayudan a resolver sus problemas o mantenerse informados respecto de sus familias en el exterior. Algunos participantes reconocen también haber participado en distintas instancias y actividades de promoción y prevención en temáticas de salud mental (prevención del consumo de sustancias, prevención del suicidio y agresión).

Cuando se indaga respecto de qué afecta su salud mental, todos los participantes coinciden en el estar encerrados y en la pérdida de contacto con su familia, amigos, y parejas (que se ha agudizado por la pandemia, pues ya no pueden recibir visitas), mientras que algunos adolescentes mencionan el consumo de sustancias y la abstinencia. En el caso de un grupo focal donde solo participaron mujeres, se menciona que experimentan problemas de salud mental como depresión y baja autoestima. Varios de estos problemas los vinculan con experiencias de victimización en sus familias y en el contexto escolar (son una población polivictimizada). El tema del bullying en contexto escolar surge como uno de los principales problemas que las ha afectado y que ha generado importantes efectos negativos en su salud mental (ha sido discriminada en la escuela por vivir en una residencia de SENAME). Al respecto se indica que los colegios no se hacen cargo de prevenir el bullying, sólo actúan cuando ya ocurre y se ha agravado, y de manera insuficiente (las víctimas no reciben ayuda y terminan cambiándose de colegio o peor aún, desertando del sistema). Dentro de los grupos focales también surge la reflexión de que no todos son iguales y, por lo tanto, los problemas de salud mental tienen diversas manifestaciones.

“La atención debería ser gratis.”

Adolescente participante de un grupo focal.

“Ir y que nos atiendan altiro... que no nos hagan esperar.”

Adolescente participante de un grupo focal.

“Los colegios deberían apoyar y estar más atentos al bullying.”

Adolescente participante de un grupo focal.

“Faltan más actividades, de todo, en cualquiera queremos participar. De ciencias, repostería... para aprender cosas que uno no sabe.”

Adolescente participante de un grupo focal.

FACTOR CLAVE

Una política pública en salud mental para niños, niñas y adolescentes requiere mecanismos de participación efectiva de ellas y ellos, que considere su autonomía progresiva.

LA VOZ DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES

Una política pública en salud mental para niños, niñas y adolescentes requiere atención de salud mental gratuita y oportuna.

» Estructura de la política

a. Enfoque comunitario precariamente implementado: la atención primaria de salud adoptó, hace ya largo tiempo, el enfoque comunitario como uno de sus principales marcos de referencia. Esta perspectiva implica que los centros de salud deben estructurar su funcionamiento buscando desarrollar un trabajo estrechamente vinculado con municipios, colegios y otras instituciones presentes en el espacio local, favoreciendo así la detección temprana de situaciones que requieren de atención, además de promover la recepción de derivaciones desde múltiples fuentes y hacer un uso más eficiente de los recursos disponibles.

Sin embargo, la mayor parte de los(as) informantes entrevistados/as señalan que, en la práctica, la implementación de dicho enfoque resulta una aspiración aún muy lejana de alcanzar. **En este sentido, la falta general de profesionales especialistas en salud mental y, a partir de esto, la carencia de equipos específicamente abocados a funciones comunitarias (ej. atención “fuera del box”, visitas domiciliarias, vinculación territorial, etc.), serían trabas que impiden la articulación de una estrategia de atención que abrace efectivamente los principios de este enfoque.** De tal manera, en el contexto actual, el sistema continuaría operando bajo un modelo esencialmente biomédico, que no solo estaría fuera de sintonía con los principios y bases conceptuales declaradas en el diseño de las políticas públicas en materia de salud, sino que también produciría una serie de falencias prácticas tales como escaso desarrollo de programas de promoción o prevención en materia de salud mental; riesgo de cronificación de dificultades no detectadas de manera temprana; acciones de promoción y prevención poco especializadas (predominancia de entrega de "folletería y tips"); incapacidad para involucrar a familias en el trabajo promocional o preventivo; y escaso desarrollo de estrategias que permitan vincularse con población adolescente (ej. uso de RRSS o plataformas informáticas).

b. Predominio de la oferta de tratamiento por sobre la de promoción o prevención: existe consenso en que la mayoría de los dispositivos, servicios y nodos de salud mental, incluyendo aquellos dispuestos en la atención primaria en salud, presentan oferta dirigida casi exclusivamente a tratamiento. Si bien

las causas y consecuencias de esta situación son múltiples, los(as) informantes consultados/as destacan el hecho de que las características del sistema perpetúan una comprensión de la salud acotada solo a la ausencia o presencia de trastornos clínicos. **Esto se evidencia en que, habitualmente, se llega tarde en el ámbito de atención en salud mental de niños, niñas y adolescentes, cuando los problemas de salud mental ya se han declarado, actuando de manera reactiva y no preventiva.** La oferta programática, en general, está más bien orientada en este sentido. De igual forma, esto se evidencia en la comprensión, en general, del concepto de salud mental, tanto por profesionales del ámbito como por la sociedad en general, que tiene a enfocarse en los problemas de salud mental y no en el bienestar y la promoción de este. Esta aproximación resulta claramente contrapuesta a las concepciones contemporáneas en materia de salud mental, las cuales reconocen la relevancia del bienestar subjetivo de los individuos en interrelación con sus contextos comunitarios.

Cabe señalar que los programas o acciones de promoción o prevención en materia de salud mental resultan postergados no solo dentro de las redes asistenciales del sector salud, sino también en los servicios complementarios del intersector. Por ejemplo, el Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil (PASMI), contemplado dentro del subsistema de protección Chile Crece Contigo, solo cuenta con presupuesto para ejecutar su componente de tratamiento, pese a que su diseño programático también considera componentes dirigidos a promoción y prevención, los cuales actualmente no estarían en operación.

De manera similar, es posible indicar que no existen programas de promoción del bienestar psicológico y emocional específicamente dirigidos a niños, niñas y adolescentes que se encuentran bajo cuidado de SENAME³⁶ (residencias o centros de internación), población que debe ser cubierta únicamente a través de la oferta que pueda entregar una red territorial de salud en general sobrepasada y orientada esencialmente a proveer tratamiento. Si bien los lineamientos técnicos existentes (aprobados por MINSAL) indican que los profesionales de SENAME³⁷ deben incorporar acciones de promoción en los planes de intervención de cada caso, los mismos no establecen un marco estructurado de trabajo en una materia que resulta evidentemente relevante a la luz del complejo contexto en que estos niños, niñas y adolescentes deben desarrollarse. A esto también se debe agregar que el Servicio no tiene indicadores específicos para monitorear o evaluar los potenciales logros alcanzados a través de estas acciones.

Consistentemente con lo ya reportado, cabe señalar que la mayor parte de las y los adolescentes participantes de los grupos focales desarrollados en el marco del presente estudio, declaran no haber participado ni recordar alguna campaña de prevención o promoción de la salud mental, razón por la cual su principal fuente de conocimiento sobre esta materia suele ser su experiencia de tratamiento

36 Al momento del desarrollo del presente estudio, no se había puesto en marcha el Servicio de Protección especializada a la Niñez y Adolescencia (Mejor Niñez), que comenzó a funcionar el 1 de octubre de 2021. Por lo tanto, se analiza las líneas programáticas de protección y justicia de la antigua estructura orgánica del Servicio Nacional de Menores.

37 Al momento del desarrollo del presente estudio, no se había puesto en marcha el Servicio de Protección especializada a la Niñez y Adolescencia (Mejor Niñez), que comenzó a funcionar el 1 de octubre de 2021. Por lo tanto, se analiza las líneas programáticas de protección y justicia de la antigua estructura orgánica del Servicio Nacional de Menores.

en alguno de los dispositivos de salud y/o en los servicios que conforman la red intersectorial. En este sentido, no son muchos los(as) adolescentes que comprenden la salud mental como algo más que la ausencia de patologías o trastornos, pese a reconocer los aportes que tienen sobre sus vidas las actividades de naturaleza promocional.

c. Oferta insuficiente en todos los niveles de atención: de manera general, los(as) informantes consultados/as reconocen falta de oferta en materia de salud mental para niños, niñas y adolescentes en todos los niveles de la atención (promoción, prevención, tratamiento, recuperación y reintegración), lo que constituye una de las principales falencias del sistema actual, que no solo sería incapaz de satisfacer muchas de las necesidades presentadas por la población atendida (las cuales son constitutivas de derechos de las personas), sino que tampoco podría cubrir algunos de los objetivos o metas explícitamente declaradas en el diseño de la política de salud.

Un ejemplo que grafica claramente la complejidad de esta situación es el **manejo de las alertas preventivas de vulnerabilidad que son registradas y monitoreadas por el subsistema de protección Chile Crece Contigo (a través de un sistema informático integrado)**, donde muchas no pueden ser resueltas de manera oportuna como consecuencia de que en muchos territorios simplemente no existe una oferta adecuada para su atención, o bien, no existen cupos suficientes para aquello.

Adicionalmente, es importante reconocer la **inequitativa distribución de servicios a lo largo de las diferentes regiones del país, como ocurre con las regiones extremas (zonas Norte y Austral), producto de lo cual hay niños, niñas y adolescentes que no pueden acceder a la satisfacción de sus necesidades de diagnóstico, atención o continuidad del tratamiento, simplemente porque el territorio en el que viven (generalmente aquellos con menos recursos) no tiene una red de tratamiento completa.** Un ejemplo de esto es que no todos los Servicios de Salud cuentan con un “Hospital de Día”³⁸, lo que fuerza a muchos niños, niñas y adolescentes a tener que abandonar su entorno familiar para poder recibir atención intensiva o de especialidad.

A continuación, se listan las principales situaciones reportadas por los(as) entrevistados/as según nivel de atención:

- i. **Promoción y prevención, la oferta se mantiene sin aumento ni diversificación:** pese a la relevancia asignada a la promoción y la prevención en el discurso orientador de la política pública en materia de salud mental, la oferta programática en estos niveles no ha registrado mejoras durante los últimos años. Si bien el subsistema Chile Crece Contigo constituye una estrategia clave para articulación de programas y acciones de promoción y prevención, **lo cierto es que la red de salud mental para niños, niñas y adolescentes aún presenta una oferta programática insuficiente y poco diversificada.** A modo de ejemplo, diversos entrevistados/as indicaron que el cuidado y autocuidado en el ámbito de la sexualidad constituye un ámbito crítico en población infanto-adolescente, que no es abordado por las estrategias actualmente existentes.

³⁸ “Alternativa a la hospitalización para pacientes con enfermedades graves y que cuentan con red social de apoyo, y como post alta para acortar el tiempo de la internación. Reciben los pacientes derivados por el equipo de salud mental y psiquiatría ambulatoria y del servicio de psiquiatría de corta estadía.” (MINSAL, s.f., p. 9).

Cabe señalar que la mayor parte de las y los adolescentes participantes de los grupos focales desarrollados en el marco de la presente investigación, indican que **faltan acciones de promoción del bienestar personal: “actividades donde se pueda aprender cosas, que ayuden a distraernos y dejar de estar preocupados”** (por lo que ocurre con sus familias, cercanos o comunidades en las que habitan).

ii. **Tratamiento, ausencia de oferta para poblaciones específicas:** pese a la predominancia de la oferta de tratamiento al interior de la red de salud mental, se reconoce un importante déficit en lo que respecta a la atención de poblaciones específicas, no solo a nivel de disponibilidad de oferta, sino también respecto al grado de especialización de ésta y del personal encargado de implementarla.

De este modo, pese a que **la política pública nacional reconoce la necesidad de entregar atención integral, a lo largo de las diferentes etapas del ciclo vital, lo cierto es que la oferta pública actualmente disponible no logra cubrir adecuadamente todas estas etapas.** En este sentido, los informantes consultados/as destacan que la primera infancia (antes de los 4 años), así como la pre-adolescencia y la adolescencia, serían periodos particularmente desatendidos por el sistema, tanto en lo que respecta al tipo de oferta disponible, nivel de cobertura y facilidad de acceso.

Adicionalmente, la mayor parte de los profesionales entrevistados/as coinciden en que la actual oferta de tratamiento es insuficiente para la atención de las necesidades específicas de los niños, niñas y adolescentes que se encuentran bajo cuidado del Estado (protección de derechos o justicia juvenil), al igual como de quienes requieren apoyo ante necesidades vinculadas a la identidad u orientación sexual. La Fundación Todo Mejora indica que se requiere trabajar en torno a los niños, niñas y adolescentes trans en residencias de SENAME³⁹, quienes se encuentran en una situación particularmente vulnerable. Ante este último punto es importante destacar que, dada las limitaciones de la oferta pública, la sociedad civil ha asumido un importante y activo rol en el acompañamiento y promoción del acceso a atención para población adolescente (ej. Programa “La hora segura” de la Fundación Todo Mejora; Programa “Hablemos de todo” articulado conjuntamente por la Fundación para la Confianza e Injuv).

iii. **Recuperación e reintegración, desafío pendiente para el sistema:** existe coincidencia entre los entrevistados/as (que se ratifica a través del catastro de programas desarrollado en el marco del presente estudio), en que la recuperación y la reintegración de los niños, niñas y adolescentes que presentan dificultades en materia de salud mental constituyen niveles de atención que no han sido abordados por la actual de red de atención, siendo este un indicador claro de que “la estructura de la red nacional aún está en pañales”, ya que abre la puerta a problemas de operación graves como la institucionalización innecesaria o la interrupción de cuidados requeridos por casos particularmente complejos.

39 Al momento del desarrollo del presente estudio, no se había puesto en marcha el Servicio de Protección especializada a la Niñez y Adolescencia (Mejor Niñez), que comenzó a funcionar el 1 de octubre de 2021. Por lo tanto, se analiza las líneas programáticas de protección y justicia de la antigua estructura orgánica del Servicio Nacional de Menores.

La escasa oferta disponible en estos niveles de atención radica, casi exclusivamente, en el sistema de salud (también existen instancias de coordinación entre SENAME⁴⁰ y COANIL), sin contar con oferta debidamente especializada para población infanto-adolescente. Pese a esto, se destaca la labor desarrollada por el Comité Articulador de Continuidad de Cuidados, en el que participan representantes de todos los nodos de la red de salud (ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD, COSAM, UHCIP, Hospital), con el objetivo de articular respuestas conjuntas para casos de personas con enfermedades mentales graves y alteraciones conductuales severas, que han tenido procesos fallidos o inconclusos.

FACTOR CLAVE

Una política pública en salud mental para niños, niñas y adolescentes requiere ser estructurada en base al modelo de salud mental comunitaria, incluyendo enfoques como el de DDHH, determinantes sociales de la salud y curso de vida.

Los planes deben considerar especificidad por estadio del ciclo vital, así como aspectos específicos de prevención y tratamiento (ej. prevención y tratamiento del consumo de sustancias en adolescentes).

» Calidad y derechos en los servicios de salud mental para niños, niñas y adolescentes

a. Insuficiente desarrollo del enfoque de derechos humanos en el ámbito de salud mental de niños, niñas y adolescentes: el abordaje de la calidad y los derechos de los niños, niñas, y adolescentes en el marco de la atención en salud mental, se encuentra antecedido por las problemáticas y la falta de desarrollo respecto de la inclusión del enfoque de derechos humanos en el ámbito de la salud mental de niños, niñas y adolescentes. Así, se señala de manera transversal que solo un avance en este último posibilitará que se puedan desarrollar instancias que mejoren efectivamente la calidad de la atención entregada, y que tengan a su base el respeto de los derechos de niños, niñas y adolescentes.

Aunque existen algunas instancias que permiten detectar y denunciar vulneraciones a los derechos de los niños, niñas y adolescentes dentro de la red de salud mental, aún es un desarrollo insuficiente:

Respecto de las poblaciones especialmente vulnerables, se indica que Chile Crece Contigo implementa una Pauta de Riesgo Psicosocial en los controles de las mujeres embarazadas y que se reevalúa luego del nacimiento de niños y niñas, la que entrega datos respecto de posibles riesgos que podrían experimentar desde esta etapa de su vida. También se señala que en los hospitales está instalada la Red Protege que, si bien requiere más desarrollo, está tratando de generar una vía de entrada para la recepción de denuncias o la solicitud de atenciones a niños, niñas y adolescentes que pueden estar siendo víctimas de algún tipo de explotación, abuso sexual, o maltrato, de tipo económico o social, entre otros. Sin embargo, existen brechas importantes en este ámbito, pues no se logra detectar

⁴⁰ Ídem.

oportunamente las situaciones y también se requiere de un trabajo más articulado en torno a las instancias que trabajan en este ámbito, especialmente a nivel local. En la zona norte del país se destaca que existe una crisis humanitaria con respecto al tema migratorio, donde se requiere de una oferta programática especializada que pueda abordar las complejas situaciones que han experimentado los niños, niñas y adolescentes migrantes, desde un enfoque de derechos.

En el ámbito de los niños, niñas, y adolescentes que se encuentran internados por algún trastorno de salud mental, y especialmente en atención al tratamiento en contexto involuntario, existe una necesidad urgente de desarrollar estándares de internación, así como de protocolos y legislación específica según se indicó previamente en la dimensión de “Legislación”. Los niños, niñas y adolescentes que se encuentran en estas condiciones están expuestos a graves vulneraciones de sus derechos humanos, cuyo riesgo aumenta en contexto residencial (Amnistía Internacional, 2005; Fry et al., 2021), por lo que esta debería ser una acción prioritaria. De igual forma, se menciona que los estándares existentes fueron diseñados para población adulta, por lo que la creación de estándares específicos para niños, niñas y adolescentes, debería tener en cuenta la diferencia entre los distintos rangos etarios que componen la población en cuestión (niñez, adolescencia), así como la condición en la que viven (con su familia, en residencias o centros SENAME⁴¹, etc.)

b. Estándares para la evaluación de los servicios de salud mental: respecto del desarrollo de estándares para la evaluación de los servicios, se indica que desde los Servicios de Salud se dispone de estándares para evaluación de calidad, incorporados en el Modelo de Gestión de la Red Temática de Salud Mental⁴² y el Plan Nacional de Salud Mental. Sin embargo, estas directrices son muy recientes y tienen una implementación aún heterogénea en los distintos territorios. De manera general, los entrevistados también indican que la situación sociosanitaria actual en que se encuentra el país ha significado que las sesiones o procesos de intervención sean virtuales, pero que no es factible entregar atención de calidad frente a las condiciones en que viven las familias donde falta acceso a conectividad, hay analfabetismo digital, así como falta de recursos para financiar traslados si se logra entregar atención presencial. Estos aspectos se deben considerar dentro del desarrollo de estándares para la evaluación de los servicios toda vez que esta situación está derivando en que exista una baja adherencia a las intervenciones de salud mental.

c. Existencia de instancias para la evaluación de la gestión: en el ámbito de la evaluación de la gestión, se reporta que el Sistema Intersectorial cuenta con indicadores como niños/as inscritos, niños/as con controles de salud al día, inmunizaciones y reingresos hospitalarios. Estos indicadores se alimentan a partir de bases a datos que se pueden acceder a través de un convenio de traspaso de información. Se utiliza una base de datos de FONASA, y datos de población de

41 Al momento del desarrollo del presente estudio, no se había puesto en marcha el Servicio de Protección especializada a la Niñez y Adolescencia (Mejor Niñez), que comenzó a funcionar el 1 de octubre de 2021. Por lo tanto, se analiza las líneas programáticas de protección y justicia de la antigua estructura orgánica del Servicio Nacional de Menores.

42 “El propósito de este modelo de gestión es proponer una organización y articulación de la provisión de servicios de salud mental en la red de salud general, con estrategias para facilitar la continuidad de atención, desde una mirada integral de las personas, familias y comunidades que, en el pleno ejercicio de sus derechos, puedan acceder a servicios integrales, equitativos, oportunos y pertinentes, de acuerdo a su condición de salud.” (MINSAL, 2018, p. 82).

los programas de SENAME⁴³, vinculada a la Atención de Salud. A partir de esto, el Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) realiza un cruce de datos que permite alimentar los indicadores. La evaluación de la gestión también se aborda a partir del levantamiento de información sobre gestión local, respecto de nudos críticos, aspectos positivos y lo que se requiere mejorar, lo que contribuye a evaluar y monitorear la implementación en base a información cuantitativa y cualitativa. Este levantamiento de información ocurre también en el marco de las asesorías que se entregan, desde el nivel central, a los equipos intersectoriales del Sistema. Por su parte, la Mesa Intersectorial tiene mecanismos de monitoreo del uso de los recursos, como el rendimiento de las glosas presupuestarias, que también contribuye al monitoreo de la cobertura de los niños, niñas y adolescentes en programas de SENAME⁴⁴. Así, se busca levantar información para la evaluación de la gestión en distintos niveles.

d. Desarrollo de indicadores en modelos de gestión en el ámbito de la salud mental: en relación con la implementación de los indicadores del modelo de gestión y PNSM, desde Salud se destacan el Modelo de Gestión de la Red Temática de Salud Mental en la Red General de Salud 2018 y el Plan Nacional de Salud Mental, instrumentos que le dieron una cierta lógica a la red de salud, ya que antes no existían modelos de gestión específicos para cada dispositivo de la red de salud mental. Así, por ejemplo, existe un modelo de gestión para los centros de salud mental comunitaria, que establece estándares para su funcionamiento. Sin embargo, se indica que la mayoría de los dispositivos está lejos de esos estándares, y que no cuentan con el financiamiento adecuado para implementarlos. En general se indica que **falta desarrollo en el ámbito de los modelos de gestión para que estos transiten hacia fijar estándares específicos en salud mental para niños, niñas y adolescentes, así como de un monitoreo más efectivo de los indicadores existentes para que reporten una mayor utilidad en el mejoramiento de la gestión.**

e. Desarrollo de medidas para evaluar satisfacción y resultados: en el ámbito de las medidas para evaluar la satisfacción con el servicio y los resultados, algunas instituciones indican que cuentan con evaluación de satisfacción de su oferta programática (HPV, PASMI) con los diversos beneficiarios de esta según sea su contexto de implementación (servicios de salud, escuelas, etc.)

f. Existencia de mecanismos para revisar e implementar mejoras en los servicios: respecto del desarrollo de mecanismos para revisar e implementar mejoras en los servicios, SENDA indica que en el área de tratamiento están comenzando a instalarse gestores de calidad que tienen por objetivo verificar la calidad técnica de la intervención que se entrega a los usuarios, aunque éstos no existen en todas las regiones, lo que hace que en algunos territorios esta tarea sea asumida por otros profesionales de manera adicional a sus funciones. También se menciona que un mecanismo para el aseguramiento de calidad ha sido la decisión institucional de implementar programas basados en evidencia, o bien, generar los insumos para levantar evidencia en los programas de origen nacional. Por ejemplo, a través del

43 Al momento del desarrollo del presente estudio, no se había puesto en marcha el Servicio de Protección especializada a la Niñez y Adolescencia (Mejor Niñez), que comenzó a funcionar el 1 de octubre de 2021. Por lo tanto, se analiza las líneas programáticas de protección y justicia de la antigua estructura orgánica del Servicio Nacional de Menores.

44 Ídem.

pilotaje de programas con evidencia internacional, tanto a nivel de prevención (Generation PMTO, programa sobre parentalidad positiva) como de intervención (FFT, programa sobre terapia familiar), buscando verificar su funcionalidad y resultados dentro de las condiciones de operación de la red nacional de atención. Desde Salud se indica que el Sistema Intersectorial cuenta con un mecanismo para mejorar los servicios que proporciona la atención primaria de salud, a fin de visualizar a la salud de manera integrada, y detectar desde la atención primaria en salud problemáticas que requieren atención en el nivel primario antes de que estas se deriven a la atención de especialidad. Esto se traduce en que, en el primer año de instalación del Sistema Intersectorial en los Servicios de Salud, se entregan recursos para mejorar la atención en salud, en materias como la atención exclusiva infanto-juvenil, la adquisición de tests, implementos, o juegos terapéuticos, entre otros. También se proporcionaron recursos que permiten solventar gastos en ítems como estación de trabajo, movilización, etc.

g. Existe un mecanismo para la denuncia y reparación de vulneraciones de derechos de los pacientes, pero su acción es insuficiente y no se enfoca específicamente en niños, niñas y adolescentes: por último, y en relación con la existencia de mecanismos de denuncia y reparación para vulneraciones de derechos de pacientes, se indica que, desde el año 2012, existe la Comisión Nacional de Protección de los Derechos de las Personas con Enfermedades Mentales (CONAPREN) que se creó en el marco de la Ley 20.584, que Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. La Comisión tiene dos niveles, uno central, que depende del gabinete del Ministerio de Salud, y otro regional, donde las Comisiones Regionales de Protección dependen de las Secretarías Regionales Ministeriales. Su actividad aborda la atención en salud mental que se presta tanto en el sistema público como en el sistema privado. Además, ambos niveles cuentan con representatividad múltiple de otras instituciones involucradas (sociedades científicas, Colegio Médico, Colegio de Psicólogos, abogados, representantes de agrupaciones de familiares y usuarios de personas con trastornos mentales, etc.). Entre sus funciones se cuenta velar por la protección de los derechos de las personas con enfermedades mentales mediante la revisión de reclamos; hacer estudios e investigaciones y pedir antecedentes ante situaciones donde se hayan visto vulnerados los derechos; solicitar a las instituciones pertinentes que se hagan investigaciones, sumarios, etc.; dar indicaciones al Ministerio de Salud con respecto a temas que requieran ser revisados; y crear nuevas normativas, atinentes con los derechos humanos. Con respecto a las y los adolescentes con trastornos mentales, una función relevante de la Comisión ha sido revisar los criterios y la pertinencia bajo la cual se solicitan esterilizaciones sin consentimiento, en general por parte de los adultos responsables (padre y madre).

Según se indica, esta situación (esterilizaciones sin consentimiento) podría explicarse por diversas problemáticas que enfrenta la CONAPREN, que afectan su capacidad para investigar los casos que se denuncian y tomar medidas en torno a ellos. Entre las problemáticas se destaca la falta de autonomía, porque depende del Ministerio de Salud, particularmente del gabinete del ministro/a en el nivel central y de los SEREMI de salud en el nivel regional, y a pesar de que son autónomas, están sujetas a las evaluaciones del Ministerio y evalúan casos que derivan directamente de los servicios de salud que también dependen de éste. De igual forma, se indica que los recursos humanos son reducidos, tanto a nivel

central como regional, y no se cuenta con apoyo administrativo ni con condiciones adecuadas para realizar su labor, como espacios de confianza, adecuados y confidenciales para recibir a las personas. Por último, se indica se requiere de una mayor valoración desde el Ministerio de Salud para fortalecer su rol, en vista de que históricamente la Comisión no ha tenido el peso o el soporte que debiera para llevar a cabo sus funciones.

FACTOR CLAVE

Una política pública en salud mental para niños, niñas y adolescentes requiere mecanismos para la prevención de las vulneraciones de derechos; así como de denuncia, investigación y reparación.

» Financiamiento

a. Recursos dedicados al financiamiento de salud mental en infancia y adolescencia son insuficientes: en cuanto, al financiamiento en esta materia, existe un consenso de que los recursos para salud mental en general y más aún para salud mental en infancia, son insuficientes. Esto limita la oferta y genera una serie de dificultades para proveer una atención oportuna y de calidad. Al respecto, si bien los entrevistados/as reconocen que han existido avances en los últimos años, señalan que el Estado es poco eficiente en el diseño, definición de objetivos y en el desarrollo de estrategias para su implementación. Por ejemplo, se generarían recursos de expansión para implementar la oferta existente en otros territorios, pero muchas veces los recursos se terminarían destinando a otro tipo de estrategias, pues salud mental no es prioridad frente a otras necesidades en el funcionamiento de la red de salud.

b. Inadecuada distribución de recursos para la diversificación, mantención y gestión de la oferta programática:

Otra dificultad es la **distribución del presupuesto en los programas de salud mental**. Por ejemplo, en el caso de la oferta de SENDA, un hallazgo es que un porcentaje importante del presupuesto está orientado al tratamiento -y no a la prevención⁴⁵, contraviniendo sus principios teóricos.

Asimismo, la mayoría de los programas de salud mental para niños, niñas y adolescentes no cuentan con financiamiento estable (de renovación automática) y la organización del servicio está centralizada. Por lo tanto, los programas que se implementan a nivel local funcionan por transferencias vía licitaciones anuales desde el nivel central a los gobiernos locales, **donde deben enfrentar importantes dificultades vinculadas a la demora en la entrega de recursos**. Estas dificultades se agudizan para la oferta de salud mental que se ejecuta en regiones distintas a la Región Metropolitana, pues no necesariamente considera sus necesidades particulares: los entrevistados/as señalan que la distribución de recursos se haría en base a la cobertura, sin considerar la gran dispersión territorial en las regiones extremas, lo que requiere gran despliegue de recursos. Sumado a ello,

⁴⁵ Según la información disponible en <https://www.senda.gob.cl/presupuesto-del-servicio/>, para el año 2021 se destinaron 46 mil millones a tratamiento (63% del total del presupuesto del servicio) y cerca de 11 mil millones a prevención (15% del presupuesto del servicio).

los entrevistados/as mencionan que los recursos están condicionados de manera rígida, gran parte se destina a financiar recursos humanos y no es posible hacer modificaciones según las necesidades.

Por último, si bien se reconoce que la labor de la DIPRES en el monitoreo de la oferta ha permitido sumar eficiencia al gasto público, aún quedan desafíos por resolver. Por ejemplo, el hecho de que se castigue a los servicios debido a la subejecución presupuestaria constituye un incentivo perverso para la ejecución irracional de los recursos que no se están ejecutando según lo planificado.

Se destaca estructura de financiamiento del Sistema Intersectorial de Salud Integral, sin embargo, también presenta problemáticas: en el ámbito de la atención primaria, el Sistema Intersectorial tiene una fuente de recursos estables y específicos para su funcionamiento. El Sistema Intersectorial considera el financiamiento que entregan MINSAL, SENAME⁴⁶ y SENDA. Esto funciona con renovación automática y en la medida en que se expande la cobertura territorial, su presupuesto asociado queda instalado para el año siguiente. Una consideración adicional en este sentido es que la expansión presupuestaria que se requiere debe tener el acuerdo de las instituciones que participan del Sistema, lo que implica un largo tránsito que comienza por la jefatura de cada división; pasando por subsecretarios y ministros, hasta llegar finalmente a Dirección de Presupuestos (DIPRES). Al respecto, los entrevistados/as señalan que el Acuerdo por la Infancia contribuyó a que se comprometieran los recursos necesarios y actualmente se financian 22 de los 29 territorios que se deben cubrir. La cobertura de los territorios faltantes es un importante desafío para disminuir la brecha en atención de salud integral en atención primaria en salud.

c. Nuevo modelo de financiamiento en el Ministerio de Salud: respecto a la atención especializada, en el Ministerio de Salud se está transitando hacia un nuevo modelo de financiamiento, desde el Programa de Prestaciones Valoradas (PPV)⁴⁷ a los Grupos Relacionados al Diagnóstico (GRD) y el Programa de Prestaciones Institucionales (PPI)⁴⁸, donde se busca establecer mecanismos de rendición de cuentas efectivos en la red hospitalaria. La complejidad adicional que tiene el ámbito de salud mental es que se atiende a pacientes crónicos que continuarán consultando, por lo que no se puede medir la eficiencia en términos de recuperación y alta como si pasa en otros ámbitos de salud. Por ello, es de suma relevancia que se redefinan este tipo de indicadores con pertinencia temática.

FACTOR CLAVE

Para impulsar una política pública en salud mental para niños, niñas y adolescentes se requiere de recursos suficientes que aseguren su eficiente implementación.

Asimismo, se hace imprescindible una mejora de los actuales mecanismos de control de gastos.

46 Al momento del desarrollo del presente estudio, no se había puesto en marcha el Servicio de Protección especializada a la Niñez y Adolescencia (Mejor Niñez), que comenzó a funcionar el 1 de octubre de 2021. Por lo tanto, se analiza las líneas programáticas de protección y justicia de la antigua estructura orgánica del Servicio Nacional de Menores.

47 Corresponde al pago por la actividad realizada en la resolución de un problema de Salud de un asegurado específico (componente variable de pago).

48 Financiamiento basado en presupuestos históricos, como complemento al PPV.

» Organización de servicios de salud

a. La amplitud e integración de la red de atención de salud constituiría una oportunidad para la provisión de mayores y mejores servicios de salud mental: la actual red de salud pública, en la cual se provee el grueso de la atención en materia de salud mental, no solo articula internamente servicios en los distintos niveles de atención, en aproximadamente 2 mil establecimientos de salud, sino que también vincula la labor de diferentes instituciones y servicios públicos desde los cuales reciben derivaciones y que, en muchos casos, también complementan la oferta disponible a través de sus propios programas de atención. De tal manera, la amplitud e integración de esta plataforma de trabajo es reconocida por los(as) informantes como una gran oportunidad para la ampliación de la cobertura y diversificación de los servicios de salud mental existentes en el país.

En el primero de estos sentidos, es posible destacar el aumento en la inscripción y atención de niños, niñas y adolescentes bajo cuidado de SENAME⁴⁹ en los servicios locales/territoriales de salud, gracias al trabajo de los equipos de gestión intersectorial que articulan y monitorean la entrega de atención en el marco del Sistema Intersectorial. La instalación de procesos de gestión técnica como estos ha reportado una clara mejora en el acceso a la atención en salud mental (prevención y tratamiento, fundamentalmente), para cientos de niños, niñas y adolescentes particularmente vulnerables quienes, hasta hace muy poco tiempo difícilmente llegaban a ser identificados como usuarios del sistema. Por su parte, en relación con la diversificación de la oferta, los(as) informantes indican que una mayor articulación e integración de la oferta ya existente, debiese liberar tiempo de los equipos locales de atención para implementar acciones de promoción y prevención en materia de salud mental.

b. Nudos críticos para la organización de los servicios de salud mental: sin embargo, pese a la relevancia asignada a estos avances, es importante establecer que los mismos conforman logros básicos dentro de un sistema que debiese garantizar la provisión universal de servicios integrales de salud mental para todos los niños, niñas y adolescentes del país. En este sentido los(as) entrevistados/as también señalaron una serie de nudos críticos en el funcionamiento del sistema, los que pueden ser resumidos de la siguiente manera:

i. Insuficiente compromiso político-institucional para introducir modificaciones tendientes a garantizar la satisfacción de necesidades constitutivas de derechos: tanto la adopción del enfoque de derechos como marco conceptual de las políticas públicas en materia de salud mental para niños, niñas y adolescentes, como el propio mandato legal que sustenta las funciones de los distintos servicios públicos involucrados en tal materia, implica que todos estos actores institucionales deben asumir un rol activo y diligente como garantes de derechos de la población infanto-adolescente. Sin embargo, **diversos informantes entrevistados/as en el marco del presente estudio indican que el compromiso político por parte de las cúpulas directivas de los servicios que conforman la red de atención, ha resultado insuficiente para concretar la introducción de modificaciones clave para concretar a cabalidad dicho mandato.**

⁴⁹ Al momento del desarrollo del presente estudio, no se había puesto en marcha el Servicio de Protección especializada a la Niñez y Adolescencia (Mejor Niñez), que comenzó a funcionar el 1 de octubre de 2021. Por lo tanto, se analiza las líneas programáticas de protección y justicia de la antigua estructura orgánica del Servicio Nacional de Menores.

A la base de esta disposición, al igual como ocurre en muchos otros ámbitos de la administración pública, suele encontrarse una cultura institucional que tiende a la continuidad del *statu quo* y al uso de la “falta de recursos” como permanente limitante para el mejoramiento de la labor estatal y/o como justificación del incumplimiento de garantías de derecho consagradas a nivel legal, independientemente del nivel o variación de la asignación presupuestaria con la que se cuente. En este sentido, ejemplos frecuentemente mencionados son la falta de determinación en la adopción de medidas técnico-directivas tendientes al desarrollo de acciones de promoción en la Atención Primaria de Salud, o bien, el mejoramiento de las condiciones de operación y atención al interior de residencias y centros de internación de SENAME⁵⁰, a través de las cuales garantizar bienestar general y atención especializada en contextos de alta complejidad para todos los niños, niñas y adolescentes que se encuentran bajo el cuidado del Estado (ej. mejoramiento o desarrollo de nueva infraestructura, aumento de estándares de especialización, aprobación de Reglamento Sanitario, desarrollo e implementación de protocolos de actuación centrados en los derechos de niños, niñas y adolescentes, etc.).

ii. **Escasa sensibilidad ante las particularidades de las regiones:** de acuerdo con los(as) informantes, un problema que afecta tanto a la política de salud mental para niños, niñas y adolescentes como a todas las políticas públicas desarrolladas en Chile, es el excesivo centralismo en su formulación y monitoreo. Esta situación resulta relevante porque suele afectar el nivel de acceso a la atención pública e incluso comprometer la calidad de ésta, producto del desarrollo de estrategias poco sensibles a las particularidades que presentan las diversas regiones del país (oferta y cobertura requerida, disponibilidad de personal especializado, diferencias en costos de implementación, etc.).

En relación con el diseño de las políticas, los/as informantes señalaron que la propia **estructura de operación del Estado generaría barreras, debido a la excesiva concentración de poder en las direcciones nacionales de los servicios, escasez de mecanismos de toma de decisiones técnico-administrativas a nivel regional o provincial, o bien, instancias reales de participación durante el proceso de formulación (en la lógica de abajo hacia arriba). Por su parte, en un plano más operativo, la lógica tradicional de funcionamiento concentrado y centralizado generaría importantes brechas en la eficacia y calidad de los procesos de implementación de las políticas, debido a las diferencias existentes a nivel de preparación y capacidad de gestión de los equipos regionales de coordinación y/o ejecución.** Esta situación se evidencia, por ejemplo, en una insuficiente integración de los servicios de salud mental, lo que lleva un ineficiente uso de recursos tratando de implementar estrategias similares que no están articuladas. De igual forma, los equipos que trabajan en este ámbito están sobrecargados por lo que es difícil lograr una mayor articulación en la medida en que implica una labor adicional para los equipos que no siempre se considera en la definición de sus funciones. Los entrevistados/as indican que en atenciones primaria y secundaria se debe atender a un marco de población enorme, donde los tiempos no son suficientes para hacer todo lo que se requiere o todo lo que es necesario.

50 Al momento del desarrollo del presente estudio, no se había puesto en marcha el Servicio de Protección especializada a la Niñez y Adolescencia (Mejor Niñez), que comenzó a funcionar el 1 de octubre de 2021. Por lo tanto, se analiza las líneas programáticas de protección y justicia de la antigua estructura orgánica del Servicio Nacional de Menores.

» Recursos humanos y capacitación

a. En general, la oferta programática de varias instituciones involucradas en la red (HPV, PASMI, y oferta de SENDA), cuenta con equipos multidisciplinarios: la complejidad de esta área de trabajo requiere conformar equipos multidisciplinarios para la implementación de la oferta programática. En general, los programas -como Habilidades para la Vida de JUNAEB; Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil (PASMI) de MIDESO y la oferta de SENDA- se componen de psicólogos(as) y trabajadores sociales y, en menor medida, de otros profesionales como terapeutas ocupacionales, enfermeros(as) y psiquiatras infanto-juveniles.

El Sistema Intersectorial cuenta también con profesionales que asumen el cargo de gestores intersectoriales, que no están relacionados a una disciplina en particular, sino que se vinculan por su experiencia con infancia y adolescencia. El rol de los gestores es la coordinación, en conjunto con otros referentes de los Servicios de Salud que atienden las temáticas vinculadas a las múltiples necesidades de niños, niñas y adolescentes, desde atención dental hasta tratamiento por consumo de sustancias.

b. En cuanto a la selección del personal para la conformación de equipos de la oferta programática, en todas las reparticiones se realizarían procesos estandarizados bajo criterios técnicos: en general, los requisitos corresponden a formación en áreas de salud o intervención psicosocial y determinados años de experiencia. También, de acuerdo con la temática y complejidad de los programas, se requiere especialización y/o estudios de postgrado en trabajo con infancia y otras materias, tales como vulneración de derechos (por ejemplo, en la oferta de SENAME⁵¹) o tratamiento de adicciones (por ejemplo, en la oferta de SENDA). No obstante, se diferencian estos procesos cuando corresponde a profesionales para nivel central o regional, donde prevalecería la designación de cargos de confianza sin necesariamente cumplir con dichos criterios técnicos.

Existen brechas de financiamiento que afectan la contratación de personal especializado para la oferta en salud mental de niños, niñas y adolescentes: por otro lado, un tema crítico que afecta la contratación de personal especializado está estrechamente vinculado con las brechas de financiamiento de esta oferta, pues la complejidad y responsabilidad que implica el trabajo en esta área no se condice con las condiciones laborales que se ofertan. Esto impacta en la implementación de los programas, en ámbitos tan críticos como la calidad de la atención, así como su continuidad, pues en general hay una alta rotación de profesionales.

Vinculado a lo anterior, otra dificultad importante es la disponibilidad de profesionales en las zonas extremas del país: muchas veces los concursos son declarados desiertos, lo que compromete la continuidad de las intervenciones, además de complejizar la entrega de atención oportuna y la derivación a especialistas, particularmente para niños, niñas y adolescentes que tienen necesidades complejas.

c. En otro ámbito, la instancia de inducción no está disponible en todas las instituciones de manera formal y muchas veces depende de los profesionales interiorizarse sobre los lineamientos técnicos de los programas: lo mismo ocurre con el ámbito de capacitación, pues el Estado no toma el liderazgo técnico al respecto y las instituciones en general no cuentan con un plan de desarrollo

51 Al momento del desarrollo del presente estudio, no se había puesto en marcha el Servicio de Protección especializada a la Niñez y Adolescencia (Mejor Niñez), que comenzó a funcionar el 1 de octubre de 2021. Por lo tanto, se analiza las líneas programáticas de protección y justicia de la antigua estructura orgánica del Servicio Nacional de Menores.

de recursos humanos y, nuevamente, depende de los profesionales la gestión y financiamiento de la especialización o actualización de contenidos. A pesar de ello, destacan algunos programas donde los entrevistados reconocen contar con instancias periódicas de capacitación -como cursos y talleres-, ya sea por planificación del nivel central o por demanda de los profesionales, sin embargo, si estas son específicas en niñez y/o adolescencia es algo variable, que depende de la institución en la cual trabajan los profesionales, y en general se indica que se requieren más capacitaciones específicamente enfocadas en estas poblaciones. Una temática que aparece como especialmente relevante, entre las brechas de formación de los equipos que intervienen en prestación directa de servicios de atención, es el enfoque de derechos y sus diversas áreas de aplicación (grupos especialmente vulnerables, género, migración, etc.).

d. Sistema Intersectorial de Salud Integral cuenta con profesionales con mayor especialización y con instancias de capacitación específicas para su quehacer: el Sistema Intersectorial, desde el Ministerio de Salud, contaría con profesionales con mayor especialización y experiencia, especialmente en el nivel central y de mesogestión. A nivel de la mesogestión, se observa que las personas tienen experiencia en el trabajo en la red, en temas como desarrollo infantil y adolescente, consumo de sustancias y en el trabajo en terreno. Esto se reconoce como una ventaja para el monitoreo, seguimiento y acompañamiento a las acciones que realizan los equipos intervinientes. Asimismo, existen instancias de capacitación para la mesogestión, así como asesorías del nivel central donde se entregan competencias para instalar los procesos en el territorio, y espacios de formación en conjunto con otras instituciones, tales como SENDA y SENAME. Del mismo modo, MINSAL cuenta con una plataforma donde los funcionarios pueden realizar algunos cursos en línea sobre temas de salud mental. No obstante, un tema que no se ha abordado en estos espacios de formación es el enfoque de derechos.

e. Características de los profesionales de la salud mental valoradas por los niños, niñas, y adolescentes: por su parte, y tal como se mencionó en la dimensión “Participación Comunitaria y de niños, niñas y adolescentes”, los participantes de los grupos focales consideran que los profesionales que les provean la atención en salud mental deben inspirar confianza, que estén preocupados de sus situaciones particulares y de ayudarlos a mantener lazos con sus familias, y que los ayuden a desahogarse y manejar sus emociones cuando enfrentan situaciones complejas.

FACTOR CLAVE

Una política pública en salud mental para niños, niñas y adolescentes requiere incentivos que promuevan la instalación de competencias técnicas especializadas en los equipos profesionales.

Es de suma importancia entregar condiciones laborales estables y suficientes al personal que se desempeña en esta área.

LA VOZ DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES

Una política pública en salud mental para niños, niñas y adolescentes requiere profesionales que inspiren confianza.

» Adquisición y distribución de medicamentos

a. **El diagnóstico transversal de los(as) informantes es que los tratamientos farmacológicos no son utilizados como última ratio en la atención de problemas de salud mental.** Por el contrario, constituyen una medida sobre utilizada por un sistema de salud mental en el que priman aproximaciones biomédicas que deberían ser superadas, no solo en atención a la necesaria actualización de los enfoques teórico-conceptuales que orientan el sistema, sino también porque, en la práctica, generan importantes externalidades negativas como la cronificación de los problemas de salud que originalmente debiesen solucionar.

Dicha problemática se encontraría particularmente extendida en contextos específicos donde, ya sea por menor control o por una aplicación más laxa de los lineamientos técnicos en materia de salud, se produce el sobrediagnóstico de trastornos de salud mental y la patologización de dificultades de naturaleza social o contextual:

i. **Atención en salud mental en el contexto educativo:** en muchos colegios, y en particular en programas de integración, aún es habitual que los niños, niñas y adolescentes que presentan dificultades de adaptación o aprendizaje sean diagnosticados con trastornos de salud mental y atendidos a través de tratamiento farmacológico, sin abordar los factores contextuales, familiares y/o emocionales que pueden estar a la base de sus dificultades. Se indica que ni el sistema educacional ni el de salud entrega herramientas adecuadas para abordar dichos casos de manera comprensiva e integral. Adicionalmente, se indica que, una vez que estos casos son derivados a los CESFAM, buscando dar continuidad al tratamiento farmacológico, suelen producirse dificultades dado que los criterios médicos no siempre son coincidentes con aquellos aplicados en el marco de la derivación inicial del sistema educacional.

b. **Atención en salud mental en el ámbito de protección y/o justicia juvenil:** la población atendida por SENAME⁵² también suele verse afectada por problemas de sobremedicalización, a lo cual se suman falencias en la distribución y administración de medicamentos en centros de internación y residencias de cuidado alternativo.

c. **Stock disponible de medicamentos no siempre logra cubrir la demanda existente.** Si bien no fue una temática particularmente destacada en las entrevistas con profesionales del sistema, se indica que el stock disponible de medicamentos no siempre logra cubrir la demanda existente en los territorios. En este sentido, la sobreutilización de tratamientos farmacológicos atentaría en contra de un uso eficiente de los recursos del sistema público, del mismo modo como la regulación de la comercialización de medicamentos en el país generaría trabas para que la población pueda cubrir adecuadamente sus tratamientos médicos a través de sus propios medios (ej.: altos costos, baja cobertura de farmacias populares, etc.).

52 Al momento del desarrollo del presente estudio, no se había puesto en marcha el Servicio de Protección especializada a la Niñez y Adolescencia (Mejor Niñez), que comenzó a funcionar el 1 de octubre de 2021. Por lo tanto, se analiza las líneas programáticas de protección y justicia de la antigua estructura orgánica del Servicio Nacional de Menores.

» Sistemas de información

a. No existe un sistema integrado de información en materia de infancia, adolescencia y salud mental, en el cual las instituciones gestionen información de manera conjunta: cada institución involucrada en la temática de infancia tiene sistemas de información y manejo de sus datos, con variado nivel de desarrollo y complejidad. Es decir, no existe un sistema integrado de información en materia de infancia, salud mental o control de la demanda de drogas, en el cual las instituciones gestionen información de manera conjunta.

El MINSAL cuenta con el Departamento de Información y Estadística (DEIS), que es un sistema complejo, que integra distintas bases de datos. Los profesionales entrevistados señalan que el DEIS hace un trabajo riguroso, pero su labor se ve dificultada por la falta de desarrollo para establecer el manejo de esta información de manera unificada. Por otro lado, no todos los dispositivos en salud digitalizan su información, lo que demora la integración de los datos y genera consecuencias negativas como, por ejemplo, entorpece el tránsito de las personas entre las distintas prestaciones.

b. Las dificultades que influyen en esta falta de un sistema integrado de información se reproducen en todas las instituciones y pueden resumirse en las siguientes: no existe un desarrollo igualitario en los sistemas de información, mientras algunas instituciones cuentan con sistemas complejos, otros tienen un equipamiento mucho más precario; no se digitaliza toda la información en las bases de datos y aún muchos dispositivos funcionan con registro en papel; y, por último, al no contar con un sistema integrado y para evitar la duplicación del trabajo, algunos funcionarios completan los datos sobre salud solo en una de las plataformas de registro (generalmente en el sistema de MINSAL), dejando incompletas las bases de datos de sus propias instituciones.

Sin dudas, uno de los problemas más complejos, ante la ausencia de un sistema integrado, es la falta de mecanismos formales para la transferencia de información. Actualmente se solicita la información por oficio, lo que es poco eficiente para los intervinientes del sistema, más aún considerando que la información pública puede ser requerida por cualquier persona vía Ley de Transparencia, lo que resulta ser un proceso engorroso. Los entrevistados mencionan que, con el funcionamiento actual, los actores clínicos no tienen acceso oportuno a información relevante sobre las intervenciones que se realizan desde otras instituciones, lo que podría ser muy útil para generar respuestas más rápidas a los usuarios. En este sentido, es necesario desarrollar mecanismos formales para compartir información.

Recientemente se están generando convenios formales para la transferencia de la información, por ejemplo, en el marco del Sistema Intersectorial, pero esto continúa siendo insuficiente. La mayoría de los Programas comparte información hacia y desde MINSAL en el marco de los convenios interinstitucionales para la transferencia de datos. Por citar un caso, el SENAME en su sistema de información (SENAINFO) tiene un módulo específico para salud, en el cual se registran las atenciones que reciben los usuarios y a partir de 2019, luego de formalizar un convenio técnico con MINSAL, recibe los historiales de salud de los usuarios vigentes, lo que se considera un importante insumo para la gestión de casos. Los entrevistados comentan que este convenio surgió a partir de la necesidad de un

trabajo coordinado, ante el aumento de situaciones críticas de adolescentes que requerían atención en las Unidades de Hospitalización de Cuidados Intensivos (UCIP). Este trabajo fue muy complejo y su concreción tardó cerca de 2 años, pues las bases de datos eran incompatibles. Actualmente, este convenio ha facilitado el trabajo conjunto, pues permite hacer un mapeo de la atención de salud que se entrega a niños, niñas y adolescentes que se encuentran bajo el cuidado del Estado.

En cambio, con población general de niños, niñas y adolescentes que tienen necesidades en este ámbito, el registro y transferencia de información continúa siendo un desafío sin resolver, ya que si bien se cuenta con esta información a nivel primario (por ejemplo, en los CESFAM o COSAM donde se atienden), ésta no sería de fácil acceso para la gestión del nivel central de MINSAL o para otras instituciones. Lo mismo ocurre con SENDA, que también trabaja con una población especialmente compleja, que muchas veces en el contexto de tratamiento de adicciones requiere atención urgente en salud, pero aún no se ha formalizado un convenio para la transferencia de información con MINSAL, pese a la necesidad de que ambas instituciones trabajen coordinadamente.

c. Aún subsisten dificultades en el tratamiento de los datos de niños, niñas y adolescentes, dada una falta de cultura institucional que sea proclive a trabajar en una lógica de sistema, y a una falta de recursos e incentivos de gestión para que las instituciones compartan y triangulen información: respecto al tratamiento de los datos, al tratarse de información crítica que involucra a niños, niñas y adolescentes y sus familias, las instituciones y programas toman medidas para garantizar la confidencialidad de la información, que se plasman en los convenios interinstitucionales. En el ámbito de salud, estas medidas se rigen por la Ley de Deberes y Derechos del Pacientes. Si bien estos son resguardos necesarios, muchas veces las instituciones sustentan la no entrega de la información en la confidencialidad de los usuarios. Al respecto, a opinión de los entrevistados, el problema no es solo técnico sino cultural, ya que las instituciones públicas nacionales no adscriben a un modelo de trabajo con información abierta. Esto los lleva a tener que aclarar y reforzar permanentemente a los equipos de trabajo, que la información compartida es para un referente regular dentro del trabajo que ya se ha planificado y acordado. Para resolver estas dificultades, no solo se requiere una real visión de conjunto (trabajo sistémico) sino también recursos e incentivos de gestión para que las instituciones compartan y triangulen información.

FACTOR CLAVE

Una política pública en salud mental para niños, niñas y adolescentes requiere sistemas integrados de información entre todos los sectores involucrados, para una oportuna, eficaz y eficiente gestión de los casos, resguardando la confidencialidad.

» Evaluación

a. **Existe monitoreo de la oferta de programas y del tránsito de los usuarios en los hitos de la intervención (ingreso, evaluación, intervención y egreso), en vista de que todas las instituciones cuentan con sistemas de registro:** en primer lugar, y tal como se mencionó en el apartado de Sistemas de información, todas las instituciones cuentan con sistemas de registro. Esto permite monitorear los procesos en la oferta de programas y el tránsito de los usuarios en los hitos de la intervención (ingreso, evaluación, intervención y egreso). Del mismo modo, el monitoreo entrega importante información para el desarrollo de evaluaciones internas de procesos, que es el nivel que todos los programas tienen en alguna medida. Esto refiere a la evaluación de dimensiones como rendimiento y gestión presupuestaria, así como sobre la ejecución de la programación planificada. Una fuente de información en este ámbito y que involucra la participación comunitaria, son las consultas de satisfacción usuaria. Por otro lado, la periodicidad de este tipo de evaluación generalmente es anual y de estas dependen las licitaciones y asignación de recursos.

b. **Los niveles de evaluación de resultados e impacto, por su parte, son disimiles en la oferta y mucho menos comunes.** Los entrevistados coinciden en que aún existen brechas importantes para evaluar el resultado de los programas y su nivel de impacto, lo que estaría directamente relacionado con la falta de recursos para desarrollarlos.

Se destacan diversos desarrollos programáticos que cuentan con mayores niveles de evaluación:

- i. Un caso que sobresale es el del Programa Habilidades para la Vida de JUNAEB, que ha tenido diversas evaluaciones externas de resultados desde distintas instituciones como la Dirección de Presupuestos, y evaluaciones de impacto donde han participado universidades nacionales e internacionales. Los profesionales entrevistados destacan que los buenos resultados han permitido la continuidad del programa.
- ii. Lo mismo ocurre con la oferta del Ministerio de Desarrollo Social y Familia, que está constantemente sujeta a evaluación (con diversas periodicidades). Destaca que el subsistema Chile Crece Contigo cuenta con evaluaciones de impacto⁵³. También, actualmente, el Servicio de Terapia Familiar ofrecido por las Oficinas Locales de la Niñez, programa piloto de reciente creación, está en un proceso de evaluación de impacto por parte del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).
- iii. Los programas de salud mental para niños, niñas y adolescentes de la oferta del MINSAL también cuentan con procesos de monitoreo y evaluación. La Dirección de Presupuesto, así como el Ministerio de Desarrollo Social y Familia -que transfiere recursos en el marco del Subsistema ChCC- monitorean y evalúan la gestión en esta materia.
- iv. En el caso del Sistema Intersectorial, la Secretaría General de Gobierno lleva a cabo un monitoreo trimestral de las acciones ejecutadas, vinculados al cumplimiento de los compromisos de gestión y desempeño en la División de Atención Primaria, ya que así fue establecido en el Acuerdo por la Infancia.

53 En el siguiente enlace se encuentran disponible los resultados de las evaluaciones a las que ha sido sometido este Programa <http://www.crececontigo.gob.cl/material-de-apoyo/material-para-equipos-chile-crece-contigo/estudios/>

Al mismo tiempo, la Mesa Central del Sistema realiza una evaluación anual de componentes cualitativos y cuantitativos, donde participan los gestores intersectoriales, y que es la base de la planificación anual. Por otro lado, el Sistema también está sujeto a una auditoría interna por parte del nivel central de MINSAL.

En contraste, otros programas de la red de salud mental no cuentan con evaluaciones de resultados e impacto, pues no sería un elemento priorizado a nivel presupuestario, lo que es un problema crítico que impide implementar mejoras en la gestión e intervención. Así, los entrevistados coinciden en que resulta insuficiente incorporar monitoreo y evaluación si no se desarrollan herramientas o mecanismos para que los resultados de dichos procesos se traduzcan en los ajustes que se han detectado como necesarios. Asimismo, las mejoras no deben reducirse solo a aumentos de presupuestos y coberturas, sino también en la calidad de la atención.

FACTOR CLAVE

Una política pública en salud mental para niños, niñas y adolescentes requiere contar con procesos de monitoreo y evaluación -de procesos, resultados e impacto- que permitan implementar mejoras en la gestión e implementación de la oferta.

TABLA 9 | RESUMEN DE LOS HALLAZGOS EN ENTREVISTAS Y GRUPOS FOCALES

DIMENSIÓN	HALLAZGOS
Legislación	<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de legislación que establezca garantías respecto de los derechos de la niñez y la adolescencia, así como de legislación específica respecto de la salud mental de niños, niñas y adolescentes. • Abordaje de la protección de los derechos de los niños, niñas y adolescentes en el marco de la salud mental dentro de la política pública enfocada en infancia y adolescencia: <ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo de políticas, planes o documentos de gestión también contribuye al abordaje de la salud mental de niños, niñas, y adolescentes. • Creación de reparticiones dentro de las instituciones públicas puede aportar a la protección de derechos de niños, niñas y adolescentes en el marco de la salud mental. • Problemáticas transversales que afectan el ámbito legislativo y de desarrollo de política: <ul style="list-style-type: none"> • Aún existe una deficiente comprensión del concepto de salud mental y de sus especificidades en el caso de la niñez y la adolescencia. • Temática de la salud mental para este grupo sigue abordándose casi completamente desde una perspectiva adulta. • Falta de avance en legislación y desarrollo de protocolos específicos para resguardar derechos de los niños, niñas y adolescentes.

Marco conceptual de la política

- Los enfoques que orientan la intervención son compartidos de manera transversal por los diferentes servicios e instituciones que conforman la red.
- Los enfoques son reconocidos a nivel de diseño, pero escasamente considerados al momento de la implementación, en vista de que:
 - El modelo biomédico aún primaría en el marco de la red de salud nacional.
 - El enfoque de derechos humanos predomina en el discurso cuando se habla de la salud mental de niños, niñas y adolescentes, no lo hace en la implementación que existe de la oferta programática⁵⁴.
 - Existe una fuerte resistencia al cambio presente tanto en el personal de salud como en los funcionarios públicos de las reparticiones que ofrecen servicios complementarios.
- Aún existe una conceptualización reducida respecto de la salud mental.

Coordinación intersectorial

- Reconocimiento de importantes avances en lo intersectorial durante los últimos años:
 - Chile Crece Contigo (ChCC), como subsistema de protección integral a la infancia.
 - Sistema Intersectorial de Salud Integral (SISI), con énfasis en salud mental para niños, niñas, adolescentes, y jóvenes con vulneración de derechos y/o sujetos a la Ley de Responsabilidad Penal Adolescente de SENAME⁵⁵.
- Coordinación intersectorial aún es un desafío estructural del sistema:
 - Ausencia de diseño y/o planificación conjunta.
 - Mecanismos de coordinación poco eficientes.
 - Estructuras institucionales poco adecuadas para una efectiva coordinación intersectorial.
 - Escasa coordinación con organizaciones de la sociedad civil.

Participación comunitaria y Participación de niños, niñas y adolescentes

- Participación, tanto comunitaria como por parte de niños, niñas y adolescentes, en el ámbito de la salud mental es mínima.
- Participación comunitaria sigue enfocándose en lo consultivo.
- Participación de niños, niñas y adolescentes sigue enfocándose principalmente etapa de diagnóstico y, en general, no existen instancias participativas relevantes en el ámbito de salud mental.
- Hallazgos a partir de grupos focales con niños, niñas, y adolescentes:
 - Conocimiento sobre salud mental. Algunos de los participantes indican que no conocen el concepto de salud mental, mientras que otros que si conocen el concepto lo vinculan a la “necesidad” de atención por algún problema o diferencia.
 - Experiencias diversas en torno a la oferta de salud mental. Mientras que algunos señalan que nunca habían recibido este tipo de atención antes de entrar a un centro o residencia, otros si señalan haber recibido algún tipo de atención.
 - Problemáticas que afectan salud mental de los niños, niñas y adolescentes. Todos los participantes coinciden en el estar encerrados y en la pérdida de contacto con su familia, amigos, y parejas (que se ha agudizado por la pandemia, pues ya no pueden recibir visitas).

54 Con todo, se vislumbra como avance que el Consejo de Expertos que asesora al Servicio Nacional de Protección Especializada en materia de protección especializada y genera recomendaciones sobre la oferta programática, esté compuesto por 5 miembros dentro de los cuales se contempla un profesional médico psiquiatra infanto-juvenil con demostrarle experiencia en el tratamiento de la niñez y adolescencia vulnerada.

Se observa como desafío que en la dimensión de protección universal se considere una oferta programática de salud mental que permita prevenir vulneraciones.

De acuerdo a la hoja de ruta de la Subsecretaría de la Niñez, se tiene contemplado ampliar la atención de salud mental infantil a partir de 2023 dentro del componente de protección universal.

55 Al momento del desarrollo del presente estudio, no se había puesto en marcha el Servicio de Protección especializada a la Niñez y Adolescencia (Mejor Niñez), que comenzó a funcionar el 1 de octubre de 2021. Por lo tanto, se analiza las líneas programáticas de protección y justicia de la antigua estructura orgánica del Servicio Nacional de Menores.

Estructura de la política	<ul style="list-style-type: none"> • Enfoque Comunitario está implementado precariamente. • Predominio de la oferta de tratamiento por sobre la de promoción o prevención. <ul style="list-style-type: none"> • No existen programas de promoción del bienestar psicológico y emocional específicamente dirigidos a niños, niñas y adolescentes que se encuentran bajo cuidado de SENAME⁵⁶ (residencias o centros de internación). • Adolescentes participantes de los grupos focales desarrollados declaran no haber participado ni recordar alguna campaña de prevención o promoción de la salud mental. • Oferta insuficiente en todos los niveles de atención: <ul style="list-style-type: none"> • Promoción y prevención, la oferta se mantiene sin aumento ni diversificación. • Tratamiento, ausencia de oferta para poblaciones específicas. • Recuperación e reintegración, desafío pendiente para el sistema.
Calidad y derechos en los servicios de salud mental para niños, niñas y adolescentes	<ul style="list-style-type: none"> • Insuficiente desarrollo del enfoque de derechos humanos en el ámbito de salud mental de niños, niñas y adolescentes. • Existen algunas instancias que permiten detectar y denunciar vulneraciones a los derechos de los niños, niñas y adolescentes dentro de la red de salud mental, pero aún es un desarrollo insuficiente. • Existen estándares para la evaluación de los servicios de salud mental, principalmente asociados al trabajo del MINSAL. • Existen instancias para la evaluación de la gestión: <ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo de indicadores en modelos de gestión en el ámbito de la salud mental, principalmente asociados al trabajo del MINSAL • Desarrollo de medidas para evaluar satisfacción y resultados: Existen de mecanismos para revisar e implementar mejoras en los servicios: • Existe un mecanismo para la denuncia y reparación de vulneraciones de derechos de los pacientes, pero su acción es insuficiente y no se enfoca específicamente en niños, niñas y adolescentes.
Financiamiento⁵⁷	<ul style="list-style-type: none"> • Recursos dedicados al financiamiento de salud mental en infancia y adolescencia son insuficientes. • Existe una inadecuada distribución de recursos para la diversificación, mantención y gestión de la oferta programática: <ul style="list-style-type: none"> • Mayoría de los programas de salud mental para niños, niñas y adolescentes no cuentan con financiamiento estable (de renovación automática) y la organización del servicio está centralizada. • Se destaca estructura de financiamiento del Sistema Intersectorial de Salud Integral, sin embargo, este también presenta problemáticas.

⁵⁶ Al momento del desarrollo del presente estudio, no se había puesto en marcha el Servicio de Protección especializada a la Niñez y Adolescencia (Mejor Niñez), que comenzó a funcionar el 1 de octubre de 2021. Por lo tanto, se analiza las líneas programáticas de protección y justicia de la antigua estructura orgánica del Servicio Nacional de Menores.

⁵⁷ Se destaca como avance a nivel de estructura el principio de prioridad (art. 16 de la LG) por el cual se dispone que los órganos del Estado deberán entregar la debida prioridad a los niños, niñas y adolescentes en la formulación y ejecución de las políticas públicas y en el acceso y atención de los servicios sociales. Además, los órganos del Estado deberán priorizar dentro de sus presupuestos las prestaciones destinadas a niños, niñas y adolescentes.

Aún no se presenta la primera ley de presupuesto bajo la vigencia de la LG, por lo que aún es muy pronto para evaluar cumplimiento a estándar normativo.

Organización de servicios de salud

- La amplitud e integración de la red de atención de salud constituiría una oportunidad para la provisión de mayores y mejores servicios de salud mental.
- Nudos críticos para la organización de los servicios de salud mental:
 - Insuficiente compromiso político-institucional para introducir modificaciones tendientes a garantizar la satisfacción de necesidades constitutivas de derechos.
 - Escasa sensibilidad ante las particularidades de las regiones.

Recursos humanos y capacitación

- En general, la oferta programática de varias instituciones involucradas en la red de salud mental (HPV, PASMI, y oferta de SENDA), cuenta con equipos multidisciplinarios.
- Selección del personal para la conformación de equipos de la oferta programática, en todas las reparticiones, se realizaría mediante procesos estandarizados bajo criterios técnicos.
- Existen brechas de financiamiento que afectan la contratación de personal especializado para la oferta en salud mental de niños, niñas y adolescentes:
 - Una dificultad importante es la disponibilidad de profesionales en las zonas extremas del país.
- Las instancias de inducción no están disponibles en todas las instituciones de manera formal y muchas veces depende de los profesionales interiorizarse sobre los lineamientos técnicos de los programas.
- El Sistema Intersectorial de Salud Integral cuenta con profesionales con mayor especialización y con instancias de capacitación específicas para su quehacer.
- Niños, niñas, y adolescentes participantes en los grupos focales reconocen características importantes que deberían tener los profesionales de la salud mental.

Adquisición y distribución de medicamentos

- El diagnóstico transversal de los(as) informantes es que los tratamientos farmacológicos no son utilizados como última ratio en la atención de problemas de salud mental.
 - Atención en salud mental en el contexto educativo.
 - Atención en salud mental en el ámbito de protección y/o justicia juvenil.
- Stock disponible de medicamentos no siempre logra cubrir la demanda existente.

Sistemas de información⁵⁸

- No existe un sistema integrado de información en materia de infancia, adolescencia o salud mental, en el cual las instituciones gestionen información de manera conjunta.
- Las dificultades que influyen en esta falta de un sistema integrado de información se reproducen en todas las instituciones.
- Uno de los problemas más complejos, ante la ausencia de un sistema integrado, es la falta de mecanismos formales para la transferencia de información:
 - Recientemente se están generando convenios formales para la transferencia de la información, por ejemplo, en el marco del Sistema Intersectorial, pero esto continúa siendo insuficiente.
 - Con población general de niños, niñas y adolescentes que tienen necesidades en este ámbito, el registro y transferencia de información continúa siendo un desafío sin resolver.
- Aún subsisten dificultades en el tratamiento de los datos de niños, niñas y adolescentes, dada una falta de cultura institucional que sea proclive a trabajar en una lógica de sistema, y a una falta de recursos e incentivos de gestión para que las instituciones compartan y triangulen información.

Evaluación

- Existe monitoreo de la oferta de programas y del tránsito de los usuarios en los hitos de la intervención (ingreso, evaluación, intervención y egreso), en vista de que todas las instituciones cuentan con sistemas de registro.
- Los niveles de evaluación de resultados e impacto, por su parte, son disímiles en la oferta y mucho menos comunes.
- Se destacan diversos desarrollos programáticos que cuentan con mayores niveles de evaluación:
 - Programa Habilidades para la Vida de JUNAEB.
 - Oferta del Ministerio de Desarrollo Social.
- Otros programas de la red de salud mental no cuentan con evaluaciones de resultados e impacto, pues no sería un elemento priorizado a nivel presupuestario, lo que es un problema crítico que impide implementar mejoras en la gestión e intervención.

FUENTE | ELABORACIÓN PROPIA.

58 La Ley de Garantías crea el Sistema de Información de Protección Integral. Sin embargo, este sistema aún no es una realidad. De acuerdo a la hoja de ruta de la Subsecretaría de la Niñez durante el año 2022 se construirá el sistema de registro.

De forma paralela, se han avanzado en otras plataformas como Gestión Local Social (GSL), proyectadas para el uso por parte de las OLN, y el Sistema Integrado de Información de Protección Especializada, siendo creado por el SPE. En tanto existen todas estas plataformas, para el año 2023, la SN tiene proyectado trabajar en la articulación y reglamentación del sistema de registro bajo el sistema de información de protección integral (SIPI).

2 | RESULTADOS DE LA ENCUESTA APLICADA A ADOLESCENTES

La encuesta fue desarrollada por el equipo de investigación de la Universidad de Chile, en coordinación con la contraparte técnica de la Defensoría de la Niñez, **teniendo, como principal objetivo, recoger las opiniones y experiencias respecto a la salud mental de adolescentes, de entre 14 y 17 años de edad, que vivieran en Chile.**

En específico, la encuesta fue dirigida a una muestra no representativa de casos (muestreo no-probabilístico de tipo accidental), contactada a través de un link de acceso distribuido en diversos sitios y plataformas web de la Defensoría de la Niñez y la Universidad de Chile⁵⁹. Cabe señalar que la participación como informante fue totalmente voluntaria, anónima y confidencial, siendo estas condiciones informadas anticipadamente a través de un asentimiento dirigido a los/las adolescentes y de un consentimiento dirigido a sus respectivos adultos responsables.

En términos operativos, la encuesta fue diagramada y aplicada a través de la plataforma digital SurveyMonkey, implicando un cuestionario de 34 preguntas de respuesta prefijada (salvo dos de respuesta abierta), el cual fue contestado en un tiempo promedio de aproximadamente 10 minutos.

La encuesta fue aplicada durante un periodo de 10 días, entre el 19 y el 28 de marzo de 2021, alcanzando un total de 956 personas participantes. Sin embargo, la muestra definitiva de informantes estuvo conformada por 751 adolescentes, luego de haber eliminado a aquellas personas que no consintieron participar y a quienes no pertenecían al rango etario deseado, además de a aquellos casos con alto grado de registros incompletos (encuestas respondidas solo hasta la sección de caracterización).

Los resultados se procesaron y analizaron utilizando el programa IBM SPSS Statistics 25, a través de técnicas de estadística descriptiva e inferencial bivariada (prueba de asociación Chi², fundamentalmente). De esta manera, se partió describiendo los resultados generales obtenidos a través de la encuesta para, luego, explorar la influencia de algunas de las variables de caracterización socio-demográficas más relevantes (género, distribución geográfica, ascendencia originaria, presencia de alguna discapacidad, nivel educacional, configuración familiar y presencia de dificultades económicas en la familia)⁶⁰.

59 <https://www.uchile.cl/noticias/173742/u-de-chile-realiza-estudio-sobre-salud-mental-de-adolescentes>
<https://www.uchile.cl/noticias/173722/cesc-y-esp-realizan-estudio-sobre-salud-mental-de-adolescentes>

60 Es importante mencionar que las medidas de auto-reporte o auto-informe cuentan con algunas limitaciones, como por ejemplo, pueden estar sesgadas por las capacidades de introspección de la persona, los instrumentos no son útiles cuando se pretende evaluar a niños pequeños que no han desarrollado aún capacidades de auto-observación, y los sesgos en las respuestas debido a la deseabilidad social (del Valle y Zamora, 2022).

» 1. Caracterización de informantes:

Edad: la muestra definitiva estuvo conformada exclusivamente por adolescentes de entre 14 y 17 años de edad, los cuales se distribuyeron de manera bastante uniforme, en términos proporcionales, según edad.

EDAD	F	%	%AC.
14 años	166	22,1	22,1
15 años	185	24,6	46,7
16 años	194	25,8	72,6
17 años	206	27,4	100,0
Total	751	100,0	

FUENTE | ELABORACIÓN PROPIA.

Género: la mayor parte de la muestra encuestada estuvo conformada por adolescentes de género femenino (73,7%), mientras que los adolescentes de género masculino alcanzan solo 23,9%. En tanto, 2,4% de los(as) participantes, indicaron sentirse representados/as por otras categorías de género, incluyendo el género no binario⁶¹, el género fluido⁶² o como persona trans⁶³. También resulta interesante observar que 47 personas prefirieron no indicar su género o señalaron desconocerlo.

GÉNERO		F	%
Femenino		519	73,7
Masculino		168	23,9
Otro	No Binario	12	1,7
	Genero Fluido	4	0,6
	Trans	1	0,1
Total		704	100,0
No sabe		21	
Prefiere no responder		26	
Total General		751	

FUENTE | ELABORACIÓN PROPIA.

61 No binario se refiere al “(algún) género más amplio, menos definido, más fluido, y como una matriz de ideas imaginativa y expresiva. Desafía las diferencias de poder, desarmando y reconstruyendo ideas, reflexionando sobre las disyunciones, desglosando el género, las identidades de género y las expresiones de género, y abriendo oportunidades para que surjan nuevos conocimientos.” (Miller, 2018, p. 25).

62 Género fluido hace referencia a “Individuos que están entre el identificarse con un género o no identificarse con ningún género. Este término se superpone a género queer y bigénero, implicando el movimiento entre identidades y/o presentación de género.” (Miller, 2018, p. 25).

63 Persona trans hace alusión a “las personas que toman todas las medidas médicas y legales disponibles para transicionar del sexo asignado al sexo afirmado.” (Miller, 2018, p. 30).

Distribución geográfica: de los(as) 751 participantes, 40,3% indicaron residir en la Región Metropolitana, mientras que 59,7% lo haría en alguna de las restantes regiones del país (42,9% en la zona sur y solo 16,8% en la zona norte del país). En específico, es importante destacar que se registraron participantes en todas las regiones del país, siendo las regiones Metropolitana, Biobío (18,9%), Valparaíso (8,4%) y Araucanía (7,1%) aquellas que concentraron mayor proporción de participantes.

ZONA	REGIÓN	F	%
Norte	XV - Región de Arica y Parinacota	4	0,5
	I - Región de Tarapacá	12	1,6
	II - Región de Antofagasta	17	2,3
	III - Región de Atacama	8	1,1
	IV - Región de Coquimbo	22	2,9
	V - Región de Valparaíso	63	8,4
Sub-total Zona Norte		126	16,8
RM	RM - Región Metropolitana	303	40,3
Sur	VI - Región de O'Higgins	21	2,8
	VII - Región del Maule	23	3,1
	XVI - Región de Ñuble	25	3,3
	VIII - Región del Biobío	142	18,9
	IX - Región de La Araucanía	53	7,1
	XIV - Región de Los Ríos	16	2,1
	X - Región de Los Lagos	35	4,7
	XI - Región Aysén	1	0,1
	XII - Región de Magallanes	6	0,8
Sub-total Zona Sur		322	42,9
Total General		751	100,0

FUENTE | ELABORACIÓN PROPIA.

Nacionalidad: 96,4% de la muestra estuvo compuesta por adolescentes de nacionalidad chilena, mientras que el restante 3,6% declara tener otra nacionalidad, entre las cuales destaca la nacionalidad venezolana (1,5% del total de la muestra o 41% del todas de las personas extranjeras participantes).

NACIONALIDAD		F	%
Chilena		724	96,4
Otra nacionalidad	Venezolana	11	1,5
	Peruana	6	0,8
	Colombiana	5	0,7
	Otra	5	0,7
Sub-total extranjeros/as		27	3,6
Total General		751	100,0

FUENTE | ELABORACIÓN PROPIA.

Descendencia de pueblos originarios: 85,3% de los(as) informantes declara no tener ascendencia originaria, mientras que 14,7% sí la tendría. Dentro de este último grupo, el pueblo mayormente representado es el pueblo Mapuche (11% del total de la muestra o 82% del total de las personas con ascendencia originaria).

PUEBLOS ORIGINARIOS		F	%
Sin ascendencia originaria		625	85,3
Con ascendencia originaria	Mapuche	78	10,6
	Diaguíta	11	1,5
	Aymara	6	0,8
	Quechua	4	0,5
	Atacameño	1	0,1
	Kawésqar o Alacalufe	1	0,1
	Kolla	1	0,1
	Rapa Nui (Pascuense)	1	0,1
	Otro	5	0,7
Sub-total ascendencia originaria		108	14,7
Total		733	100,0
No responde		18	
Total General		751	

FUENTE | ELABORACIÓN PROPIA.

Discapacidad: 12,1% de los(as) participantes señaló poseer algún tipo de discapacidad, entre las cuales destacaron las dificultades o trastornos psicológicos, en particular los Trastornos del Ánimo y los Trastornos de Ansiedad, además de la discapacidad visual en algún grado. Es preciso recordar que estos resultados refieren a un auto-reporte en el cual no se intencionó sobre cuáles alternativas eran o no discapacidades.

DISCAPACIDAD		F	%
Sin discapacidad alguna		660	87,9
Con algún tipo de discapacidad	Trastornos del Ánimo (depresión)	23	3,1
	Algún grado de discapacidad visual	17	2,3
	Trastornos de Ansiedad	13	1,7
	Otras dificultades psicológicas	12	1,6
	Trastornos del Espectro Autista	9	1,2
	Discapacidad física	6	0,8
	Trastornos de Aprendizaje	6	0,8
	Trastornos de Personalidad	5	0,7
Sub-total discapacidad		91	12,1
Total		751	100,0

FUENTE | ELABORACIÓN PROPIA.

Educación: como era de esperar, teniendo en consideración la edad de los(as) adolescentes encuestados, la mayor parte de estos/as ha alcanzado la enseñanza media (77,8%), siendo el primero y segundo nivel de enseñanza media aquellos cursos con mayor representación entre los(as) encuestados/as. Sin embargo, también es importante señalar que 22,2% de la muestra indicó haber alcanzado solo la enseñanza básica, incluyendo incluso nueve casos (1,2%) que no habrían superado el sexto año básico.

NIVEL	CURSO	F	%
Enseñanza Básica	1ro a 6to	9	1,2
	7mo	25	3,4
	8vo	131	17,6
	Sub-total Básica	165	22,2
Enseñanza Media	1ro	184	24,8
	2do	184	24,8
	3ro	176	23,7
	4to	34	4,6
	Sub-total Media	578	77,8
	Total	743	100,0
No responde		8	
	Total General	751	

FUENTE | ELABORACIÓN PROPIA.

Consultados respecto del tipo de establecimiento educacional en que cursan (o cursaron) sus estudios, la mitad de los(as) encuestados/as que entregaron respuestas válidas señaló estudiar en establecimientos particulares-subvencionados (49,6%), mientras que otro tercio lo habría hecho en un establecimiento público (32,3%) y 18% en un establecimiento privado.

ESTABLECIMIENTO	F	%
Establecimiento Público (municipal)	226	32,3
Establecimiento Particular-Subvencionado	347	49,6
Establecimiento Particular (privado)	126	18,0
Total	699	100,0
Otro tipo de establecimiento educacional	9	
No sabe	34	
No aplica	2	
No responde	7	
Total General	751	

FUENTE | ELABORACIÓN PROPIA.

Conformación del hogar: los(as) adolescentes encuestados/as indicaron compartir su hogar con hasta 17 personas, sin embargo, la mayor parte (76,4%) declara habitar hogares de entre 3 y 5 integrantes, conformando un promedio general de 4,3 integrantes por encuestado/a (DE = 1,5). Ahora bien, es pertinente señalar que 15,2% de los(as) encuestados/as integra hogares donde cohabitan 6 o más personas.

En tanto, la mayor parte de los(as) adolescentes indicaron vivir junto a su madre o madrastra (92,1%), con su padre o padrastro (67,4%) o con sus hermanos/as o hermanastros/as (75,1%), mientras que quienes indicaron vivir con su abuelo/a u otros familiares constituyen una proporción más reducida.

¿CON QUIÉN VIVES?	F	%
Madre o madrastra	692	92,1
Padre o padrastro	506	67,4
Hermanos/as o hermanastros/as	564	75,1
Abuelo/a	124	16,5
Tíos/as	65	8,7
Primos/as	30	4,0
Otro(s) familiar(es)	44	5,9
Otra(s) persona(s)	15	2,0

FUENTE | ELABORACIÓN PROPIA.

A partir de esta información, es posible indicar que casi 96% de la muestra encuestada vive con su familia nuclear (padres y hermanos/as), mientras que el 27% vive con su familia extendida, siendo estas categorías no excluyentes. Por su parte, del total de quienes indican vivir con su familia nuclear, dos tercios lo haría en el marco de una familia biparental (64%) y un tercio dentro de una familia monoparental (31,4%).

COMPOSICIÓN FAMILIAR	F	%
Familia Nuclear	717	95,5
Familia Biparental	481	64,0
Familia Monoparental	236	31,4
Familia Extendida	200	26,6

FUENTE | ELABORACIÓN PROPIA.

Situación económica: en cuanto a la situación económica familiar, la gran mayoría de los(as) adolescentes encuestados/as declararon que sus familias no presentan dificultades económicas (80,6%), sin embargo, es importante destacar que 19,4% de la muestra indica que sus familias presentan problemas económicos moderados o grandes. Del mismo modo, resulta relevante señalar que otras 112 personas que conforman la muestra total (casi 15% de ésta) indica no saber cuál es la situación económica de su familia, o bien, prefieren no responder.

SITUACIÓN ECONÓMICA		F	%
Sin dificultades económicas	Les alcanza bien e incluso pueden ahorrar	217	34,3
	Les alcanza justo, pero sin dificultades	293	46,3
	Sub-total sin dificultades	510	80,6
Con dificultades económicas	No les alcanza el dinero, tienen algunas dificultades económicas	106	16,7
	No les alcanza el dinero, tienen grandes problemas económicos	17	2,7
	Sub-total con dificultades	123	19,4
Total		633	100,0
	No aplica en mi caso	6	
	No lo sé, prefiero no responder	112	
Total General		751	

FUENTE | ELABORACIÓN PROPIA.

» 2. Apreciaciones respecto a la Salud Mental

Concepto de Salud Mental: ante la pregunta “Cuándo piensas en “salud mental” ¿con qué lo relacionas?”, un 80% de los(as) participantes declara relacionar dicho concepto con el bienestar o sentirse bien, un 53% lo asocia con problemas o enfermedades y un 46% lo relaciona con sus derechos. Vale mencionar que corresponde a una pregunta de selección múltiple y, por ello, se muestran los distintos porcentajes de respuestas.

SALUD MENTAL COMO:		F	%
Bienestar o sentirse bien.		605	80,6
Problemas o enfermedades.		401	53,4
Un derecho.		347	46,2
Otro elemento*	Pensamientos o procesos mentales	11	1,5
	Una necesidad relevante	9	1,2
	Elementos emocionales	4	0,5
	Otra	8	1,1
No sabe / No responde		19	2,5

FUENTE | ELABORACIÓN PROPIA.

NOTA | * CATEGORÍAS CONFORMADAS A PARTIR DE ANÁLISIS DE CONTENIDO.

Por su parte, al menos en lo que respecta a las tres alternativas principales, la proporción de adolescentes que han alcanzado la enseñanza media resulta significativamente más elevada entre quienes las escogen que entre quienes no lo hacen: i) bienestar o sentirse bien (79% vs 72%); ii) problemas o enfermedades (81 vs 75%), y; iii) derechos (83% vs 73%)⁶⁴.

64 Pruebas estadísticas: Chi2 = 4,06 (p = 0,04); Chi2 = 4,06 (p = 0,04); Chi2 = 11,79 (p < 0,01), respectivamente.

Condiciones para el bienestar mental y emocional: en la esfera de factores protectores de la salud mental, de un total de 683 adolescentes que entregaron respuestas válidas (9% de datos perdidos), casi 91% declaró que sentirse seguro/a es uno de los elementos más importantes para el bienestar emocional de niños, niñas y adolescentes, siendo seguidos por otro 85% de participantes que destacan la relevancia de tener relaciones de amistad y cariño. Adicionalmente, entre 79% y 77% de esta muestra destaca el hecho de hacer las cosas que te gustan, tener una familia cariñosa y que los demás respeten tus derechos, como elementos relevantes para generar bienestar emocional hacia los niños, niñas y adolescentes. Vale mencionar que corresponde a una pregunta de selección múltiple y, por ello, se muestran los distintos porcentajes de respuestas.

CONDICIONES MÁS IMPORTANTES PARA EL BIENESTAR MENTAL Y EMOCIONAL:		F	%
Sentirse seguro(a)		620	90,8
Tener relaciones de amistad y cariño		583	85,4
Hacer las cosas que te gustan		541	79,2
Tener una familia cariñosa		539	78,9
Que los demás respeten tus derechos		528	77,3
Poder lograr tus metas y sueños		431	63,1
Recibir buena educación		392	57,4
Tener buena salud física		325	47,6
Estar en contacto con la naturaleza		288	42,2
Participar e influir en lo que pasa en el país/comunidad		195	28,6
Tener dinero		158	23,1
Otro elemento o condición*	Apoyo y atención familiar	16	2,3
	Otro	20	2,9

FUENTE | ELABORACIÓN PROPIA.

NOTA | * CATEGORÍAS CONFORMADAS A PARTIR DE ANÁLISIS DE CONTENIDO.

Cabe señalar que la selección de, al menos, tres de las cinco alternativas mayormente reportadas, se encuentra significativamente asociada al género de los(as) adolescentes encuestados. Por una parte, la proporción de informantes de género femenino que consideran que sentirse segura (76% vs 54%) o que los demás respeten tus derechos (76% v/s 68%) constituyen elementos fundamentales para el bienestar emocional de niños, niñas y adolescentes, resulta significativamente más elevada que aquella entre quienes no opinan de dicha manera. Por el contrario, la proporción de adolescentes de género femenino resulta inferior en el caso de quienes destacan la relevancia de tener una familia cariñosa (72% vs 82%)⁶⁵.

65 Pruebas estadísticas: Chi2 = 14,86 (p < 0,01); Chi2 = 7,48 (p = 0,02); Chi2 = 9,44 (p < 0,01), respectivamente.

Entes encargados de garantizar condiciones de bienestar: ante la pregunta sobre quiénes son los encargados de brindar los elementos requeridos para garantizar el bienestar mental y emocional de niños, niñas y adolescentes, 73% de los(as) participantes señala al Estado o gobierno (a través de sus instituciones), 68% a las familias y 65% a los establecimientos educacionales. Vale mencionar que corresponde a una pregunta de selección múltiple y, por ello, se muestran los distintos porcentajes de respuestas.

ENTIDADES ENCARGADAS DE PROVEER CONDICIONES:	F	%
Estado o gobierno	549	73,1%
Familia de cada persona	513	68,3%
Colegio / escuela / liceo	485	64,6%
Municipalidad	289	38,5%
Otra entidad	6	0,8%
No sabe, prefiere no responder	27	3,6%

FUENTE | ELABORACIÓN PROPIA.

Cabe señalar que entre quienes opinan que al Estado o gobierno le correspondería brindar los elementos requeridos para garantizar el bienestar mental y emocional de niños, niñas y adolescentes, la proporción de adolescentes que han alcanzado la enseñanza media (80% vs 69%) o que tienen ascendencia originaria (16% v/s 8%), resultan significativamente más elevadas que aquellas entre quienes no sostienen tal opinión⁶⁶.

Problemas que más afectan a niños, niñas y adolescentes: consultados/as sobre cuáles son los problemas de salud mental que más afectan a niños, niñas y adolescentes, las categorías que concentran mayor proporción de respuestas son: la ansiedad (93%), la depresión (92%), las auto-lesiones (78%) y la suicidabilidad (72%). De igual modo, un segundo grupo de categorías incluye: al déficit atencional (63%), el consumo abusivo de drogas y/o alcohol (62%) y los problemas conductuales (57%). Vale mencionar que corresponde a una pregunta de selección múltiple y, por ello, se muestran los distintos porcentajes de respuestas.

PROBLEMAS DE SALUD MENTAL QUE MÁS AFECTAN A NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES:	F	%
Ansiedad	698	92,9
Depresión	693	92,3
Auto-lesiones	582	77,5
Suicidio o intentos de suicidio	542	72,2
Déficit atencional e hiperactividad	471	62,7
Consumo abusivo de drogas y/o alcohol	462	61,5
Problemas de conducta	426	56,7
Psicosis	178	23,7
Autismo	156	20,8
Trastornos alimenticios	21	2,8
Problemas de autoestima	7	0,9
Otro problema	22	2,9

FUENTE | ELABORACIÓN PROPIA.

66 Pruebas estadísticas: Chi2 = 6,37 (p = 0,01); Chi2 = 5,23 (p = 0,02), respectivamente.

Es importante indicar que entre los(as) informantes que indican que la ansiedad constituye uno de los principales problemas de salud mental que afectan a niños, niñas y adolescentes, la proporción de adolescentes de género femenino (75% vs 57%) o que han alcanzado la enseñanza media (79% vs 58%) resulta considerablemente más alta que entre quienes no destacan dicha problemática. Por el contrario, la proporción de informantes provenientes de familias que experimentan dificultades económicas, sería menor entre quienes destacan la relevancia de la ansiedad como problema de salud mental (18% vs 35%)⁶⁷.

Grupos particularmente afectados: a los participantes también se les consultó sobre cuáles eran los grupos de niños, niñas y adolescentes que más se ven afectados por problemas de salud mental, ante lo cual destacaron la situación de los niños, niñas y adolescentes bajo cuidado del Estado y de la población LGBTIQ+ (84% y 82% de las respuestas, respectivamente). En un segundo nivel, también indicaron la afectación de las niñas y adolescentes mujeres (65%), las personas con algún tipo de discapacidad (58%) y de aquellos niños, niñas y adolescentes que provienen de familias pobres (56%). Vale mencionar que corresponde a una pregunta de selección múltiple y, por ello, se muestran los distintos porcentajes de respuestas.

GRUPOS AFECTADOS POR MAYORES PROBLEMAS DE SALUD MENTAL:		F	%
Niños, niñas y adolescentes bajo cuidado de SENAME (ej. esperando adopción)		628	83,6
Niños, niñas y adolescentes gay, lesbianas o transgénero		617	82,2
Niñas o adolescentes mujeres		490	65,2
Niños, niñas y adolescentes con algún tipo de discapacidad		432	57,5
Niños, niñas y adolescentes provenientes de familias pobres		422	56,2
Niños, niñas y adolescentes migrantes		352	46,9
Niños, niñas y adolescentes indígenas		288	38,3
Niños, niñas y adolescentes infractores/as de ley		256	34,1
Otros grupos de niños, niñas y adolescentes*	Todos/as por igual	9	1,2
	Quienes provienen de familias disfuncionales	9	1,2
	Víctimas de abuso sexual	4	0,5
	Otros	12	1,6

FUENTE | ELABORACIÓN PROPIA.

NOTA | * CATEGORÍAS CONFORMADAS A PARTIR DE ANÁLISIS DE CONTENIDO.

Resulta importante señalar que la proporción de adolescentes de género femenino es particularmente elevada entre quienes destacan la situación de particular vulnerabilidad en la que se encuentran los niños, niñas y adolescentes bajo cuidado de SENAME (75% vs 67%, entre quienes no reconocen dicha situación), gays, lesbianas o trans (76% vs 63%), mujeres (80% vs 62%), provenientes de familias pobres (78% vs 69%), migrantes (78% vs 70%) o indígenas (80% vs 70%). De este modo, se podría concluir que las mujeres estarían especialmente sensibilizadas, o serían particularmente empáticas, respecto de las situaciones que afectan a la mayor parte de los grupos minoritarios por los que se consultó en la encuesta⁶⁸.

67 Pruebas estadísticas: Chi2 = 8,34 (p = 0,02); Chi2 = 13,08 (p < 0,01); Chi2 = 7,04 (p < 0,01), respectivamente.

68 Pruebas estadísticas: Chi2 = 9,04 (p = 0,01); Chi2 = 17,70 (p < 0,01); Chi2 = 37,63 (p < 0,01); Chi2 = 16,18 (p < 0,01); Chi2 = 8,79 (p = 0,01); Chi2 = 14,84 (p < 0,01), respectivamente.

Por su parte, la zona sur del país sería aquella donde se reportarían proporciones significativamente menores de adolescentes que consideran que los niños, niñas y adolescentes más afectados por problemas de salud mental serían aquellos (as) bajo cuidado de SENAME (78%), gays, lesbianas o trans (78%), provenientes de familias pobres (49%), migrante (41%) o indígenas (31%)⁶⁹.

Principales problemas que afectan la atención en salud mental: consultados sobre los tres principales problemas que afectan la atención en salud mental para niños, niñas y adolescentes, los(as) adolescentes participantes destacaron como obstáculos el alto costo de la atención (53% de los casos así lo indican), además de la escasez de actividades de prevención (41%) o promoción (35%).

Es importante indicar que los(as) encuestados/as no solo destacan el alto costo de la atención en materia de salud mental, sino también de los medicamentos prescritos en dicho contexto (30%). Sin embargo, es importante indicar que esta proporción se encuentra desigualmente distribuida a lo largo del país, llegando a alcanzar 43% en la zona sur, pero 59% en el resto del país (Chi2 = 19,53; p < 0,01).

En tanto, también resulta relevante señalar que la proporción de adolescentes de género femenino resulta considerablemente más elevada entre quienes destacan la falta o escasez de actividades promoción del bienestar (77% vs 72%) o de prevención en materia de salud mental (79% vs 70%), que entre quienes no señalan dichos problemas como parte de sus respuestas⁷⁰.

PRINCIPALES PROBLEMAS QUE AFECTAN LA ATENCIÓN DE SALUD MENTAL PARA NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES:		F	%
Promoción y Prevención	Pocas actividades de prevención. Se actúa solo cuando el problema está desatado	305	40,6
	Pocas actividades de promoción del bienestar. Se actúa solo cuando hay un problema	266	35,4
Atención, acceso y condiciones	La atención es muy cara	394	52,5
	Los medicamentos son muy caros	226	30,1
	Es muy difícil conseguir una hora de atención	208	27,7
	Hay que pedir hora con mucho tiempo de anticipación. La atención es muy lenta	145	19,3
	Las horas de atención no duran lo suficiente (sesiones muy cortas)	134	17,8
Respecto a los(as) profesionales	No hay lugares donde atenderse cerca de mi casa.	95	12,6
	Los profesionales no dan confianza como para contarles lo que te pasa	193	25,7
	Los profesionales atienden de mala gana, con poco compromiso	41	5,5
	Los profesionales son malos en su trabajo	42	5,6
Otros problemas*	No hay profesionales que aborden estos temas	23	3,1
	Prejuicio respecto a atención psicológica (generalmente entre los padres)	14	1,9
	Desvalorización y desatención de necesidades de niños, niñas y adolescentes	11	1,5
	Invisibilización o desconocimiento respecto al tema	7	0,9
	Otro	13	1,7

FUENTE | ELABORACIÓN PROPIA.

NOTA | * CATEGORÍAS CONFORMADAS A PARTIR DE ANÁLISIS DE CONTENIDO.

69 Pruebas estadísticas: Chi2 = 11,99 (p = 0,01); Chi2 = 7,91 (p = 0,02); Chi2 = 10,86 (p < 0,01); Chi2 = 8,34 (p = 0,02); Chi2 = 12,07 (p < 0,01), respectivamente.

70 Pruebas estadísticas: Chi2 = 7,52 (p = 0,02); Chi2 = 7,53 (p = 0,02), respectivamente.

Si bien la cantidad de profesionales existentes, así como la calidad general de la atención que entregan, sería bien valorada por los(as) encuestados, es pertinente indicar que un cuarto de los participantes (26%) indica que uno de los principales problemas que afecta la atención en salud mental, es que los profesionales no dan confianza como para que sus “pacientes” les cuenten lo que realmente les pasa.

Por su parte, entre los(as) participantes que señalan la existencia de otros problemas en esta materia, destacan temáticas relacionadas con el desconocimiento o desvalorización de la salud mental o de las necesidades de la población infanto-adolescente (4,3% de las respuestas registradas).

» 3. Impacto del COVID-19 sobre la salud mental

Aumento de dificultades producto de las cuarentenas: consultados sobre el posible aumento en los problemas de salud mental producto de la pandemia y/o las cuarentenas, los(as) adolescentes participantes destacan el incremento de dificultades vinculadas con la ansiedad y la depresión (86% y 83% de las respuestas, respectivamente). Cabe señalar que la proporción de informantes de género femenino resultaría considerablemente mayor entre quienes sostienen esta opinión, tanto en lo que refiere a la ansiedad (76% vs 63%) como a la depresión (75% vs 63%), que entre quienes no destacan dichas problemáticas⁷¹. Vale mencionar que corresponde a una pregunta de selección múltiple y, por ello, se muestran los distintos porcentajes de respuestas.

POTENCIAL AUMENTO DE DIFICULTADES DE SALUD MENTAL ENTRE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES:		F	%
Ansiedad		648	86,3
Depresión		620	82,6
Auto-lesiones		426	56,7
Intento de suicidio		393	52,3
Déficit atencional e hiperactividad		338	45,0
Problemas de conducta		332	44,2
Consumo abusivo de drogas y/o alcohol		213	28,4
Otros problemas*	Trastornos alimenticios	14	1,9
	Estrés	8	1,1
	Otros	12	1,6
No cree que la pandemia haya aumentado las dificultades de salud mental en niños, niñas y adolescentes		7	0,9

FUENTE | ELABORACIÓN PROPIA.

NOTA | * CATEGORÍAS CONFORMADAS A PARTIR DE ANÁLISIS DE CONTENIDO.

Por otra parte, en un segundo nivel, cerca de la mitad de los encuestados/as indican que, durante este periodo, habrían aumentado las auto-lesiones (57%) y los intentos de suicidio (52%), así como también el déficit atencional e hiperactividad (45%) y los problemas conductuales (44%).

71 Pruebas estadísticas: Chi2 = 6,75 (p = 0,03); Chi2 = 8,06 (p = 0,02), respectivamente.

Finalmente, también es importante señalar que la proporción de casos que en la zona sur del país destacan el aumento de dificultades como la ansiedad (81%), la depresión (77%), las auto-lesiones (49%) o los intentos de suicidio (46%), resultaría significativamente menor a las cifras reportadas en el resto del país⁷².

Aumento de solicitud de apoyo profesional: íntimamente vinculado con lo anterior, de un total de 548 adolescentes que entregaron respuestas válidas (27% de datos perdidos), 81% indicó que durante el periodo de pandemia habrían aumentado las solicitudes de apoyo profesional por problemas de salud mental entre niños, niñas y adolescentes.

POTENCIAL AUMENTO DE SOLICITUD DE APOYO PROFESIONAL ENTRE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES:	F	%
Han aumentado	444	81,0
No han aumentado	104	19,0
Total	548	100,0
No sabe / Prefiere no responder	133	
Sin respuesta	70	
Total General	751	

FUENTE | ELABORACIÓN PROPIA.

» 4. Experiencia en materia de promoción y/o prevención

Exposición a campañas de promoción o prevención: en lo que respecta a actividades de promoción o prevención, 39% de los(as) adolescentes participantes indica nunca haber visto alguna campaña informativa que busque promover el bienestar psicológico o prevenir la aparición de problemas de salud mental en niños, niñas o adolescentes.

Por su parte, entre el 61% de la muestra que indica sí haber visto alguna campaña informativa de este tipo, la mayor parte señala haberla(s) visto en redes sociales (46% del total de la muestra), mientras que una proporción menor recuerda haberla(s) visto a través de afiches o folletos (22%) o en la televisión (17%).

Vale mencionar que corresponde a una pregunta de selección múltiple y, por ello, se muestran los distintos porcentajes de respuestas.

EXPOSICIÓN A CAMPAÑAS DE PROMOCIÓN O PREVENCIÓN:		F	%	
No han visto campañas		293	39,0	
Sí han visto campañas		458	61,0	
Total		751	100,0	
¿Dónde han visto esas campañas?	En Red Sociales	348	75,98%	
	A través de afiches o folletos	164	35,81%	
	En televisión	131	28,6%	
	En otro medio*	En el colegio	29	6,33%
		Otro	8	1,75%

FUENTE | ELABORACIÓN PROPIA.

NOTA | * CATEGORÍAS CONFORMADAS A PARTIR DE ANÁLISIS DE CONTENIDO.

72 Pruebas estadísticas: Chi2 = 11,56 (p < 0,01); Chi2 = 10,78 (p < 0,01); Chi2 = 13,59 (p < 0,01); Chi2 = 8,37 (p = 0,02), respectivamente.

Cabe señalar que, entre los(as) informantes que indican haber visto alguna campaña informativa, la proporción de adolescentes que viven con su familia nuclear, resulta considerablemente más alta que entre quienes no habrían visto dicho tipo de campaña (97% vs 94%). Por el contrario, la proporción de adolescentes que viven con su familia extendida, sería menor entre quienes indican no haber visto alguna campaña informativa (24% vs 31%)⁷³.

Participación en acciones de promoción o prevención: de igual modo, consultados sobre si han tenido la posibilidad de participar en actividades, talleres o cursos destinados a la promoción o prevención en temáticas de salud mental, un 65% de los(as) adolescentes indica no haber participado nunca en alguna actividad de este tipo.

Por su parte, entre el 35% de la muestra que indica sí haber participado de alguna actividad de este tipo, la mayor parte señala haberlo hecho en su colegio, escuela o liceo (39% del total de la muestra).

PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN O PREVENCIÓN:		F	%	
No han participado.		485	64,6	
Sí han participado.		266	35,4	
Total		751	100,0	
¿Dónde han participado de esas actividades?	En el colegio/escuela/liceo.	227	85,3%	
	A través del municipio.	21	7,89%	
	En el barrio.	5	1,88%	
	Otro contexto*	Contexto privado	6	2,26%
		Otro	16	6,02%

FUENTE | ELABORACIÓN PROPIA.

NOTA | * CATEGORÍAS CONFORMADAS A PARTIR DE ANÁLISIS DE CONTENIDO.

73 Pruebas estadísticas: Chi2 = 4,26 (p = 0,04); Chi2 = 5,59 (p = 0,02), respectivamente.

» 5. Experiencia de atención

Atención con profesionales de la Salud Mental: indagados aspectos de atención recibida, un 57% de los(as) adolescentes participantes señalan haber consultado a algún profesional de la salud mental. Dentro de este grupo, la gran mayoría de los casos señala haberse atendido con un psicólogo/a (56% del total de la muestra), mientras que la atención con psiquiatras, neurólogos/as y otros profesionales resulta bastante menos frecuente.

ATENCIÓN CON ALGÚN PROFESIONAL DE LA SALUD MENTAL:		F	%
No se han atendido.		321	42,7
Sí se han atendido.		430	57,3
Total		751	100,0
¿Con qué tipo de profesional?	Psicólogo/a	417	96,9
	Psiquiatra	139	32,3
	Neurólogo/a	74	17,2
	Otro/a	11	2,5

FUENTE | ELABORACIÓN PROPIA.

NOTA | * CATEGORÍAS CONFORMADAS A PARTIR DE ANÁLISIS DE CONTENIDO.

Cabe señalar que, entre los(as) informantes que indican haber sido atendidos por algún profesional de la salud mental o haber recibido atención por parte de un Psicólogo/a, la proporción de adolescentes que presentan algún tipo de discapacidad resulta considerablemente más alta que entre quienes no habrían accedido a atención especializada (17% vs 6%, en ambos casos)⁷⁴. Por el contrario, la proporción de adolescentes que viven con su familia nuclear, sería menor entre quienes indican no haber recibido dicho tipo de atención (94% vs 98%, en ambos casos)⁷⁵.

En tanto, en la zona sur la proporción general de informantes que indican haberse atendido con algún profesional de la salud mental (51%) o haberse atendido específicamente con algún Psicólogo/a (48%) sería significativamente menor a la del resto del país⁷⁶.

Espacios de atención utilizados: respecto del lugar de atención, de los 430 adolescentes que indicaron haber recibido atención profesional, 42% señala haber sido atendido en un hospital o clínica, 34% en un centro de atención primaria y 32% en su establecimiento educacional. Cabe señalar que 23% de estos/as informantes indica haberse atendido en otro espacio, entre los cuales destacan las consultas privadas (esencialmente de psicólogos/as).

Vale mencionar que corresponde a una pregunta de selección múltiple y, por ello, se muestran los distintos porcentajes de respuestas.

74 Pruebas estadísticas: Chi2 = 22,31 (p < 0,01); Chi2 = 23,34 (p < 0,01), respectivamente.

75 Pruebas estadísticas: Chi2 = 5,37 (p = 0,02); Chi2 = 6,33 (p = 0,01), respectivamente.

76 Pruebas estadísticas: Chi2 = 11,11 (p < 0,01); Chi2 = 14,56 (p < 0,01), respectivamente.

ESPACIO DE ATENCIÓN:		F	%
Hospital / Clínica		182	42,3
Consultorio / CESFAM / COSAM		147	34,2
Colegio		139	32,3
Programa de la Municipalidad		20	4,7
Otro espacio*	Consulta privada	60	14,0
	Programas de apoyo a víctimas	6	1,4
	SENAME	5	1,2
	Otro	26	6,0

FUENTE | ELABORACIÓN PROPIA.

NOTA | * CATEGORÍAS CONFORMADAS A PARTIR DE ANÁLISIS DE CONTENIDO.

5.1. Experiencia de atención más extensa

Máxima duración de los procesos de atención: 58% de los(as) adolescentes que indicaron haber recibido atención profesional declaran que su proceso de atención más largo involucró entre 1 y 10 sesiones, sin embargo, otro 29% de esta submuestra indica haber tenido procesos de atención con 21 o más sesiones.

MÁXIMA DURACIÓN DE LOS PROCESOS DE ATENCIÓN:	F	%
1 a 5 sesiones	152	37,3
6 a 10 sesiones	83	20,4
11 a 15 sesiones	46	11,3
16 a 20 sesiones	10	2,5
21 o más sesiones	116	28,5
Total	407	100,0
No responde	23	
Total General	430	

FUENTE | ELABORACIÓN PROPIA.

Sistema de salud en que tiene lugar dicha atención: respecto a la atención más larga reportada por cada adolescente, 58% de los casos indicó que se había producido en el sistema privado (pagando de manera particular) y un 42% en el sistema público. Por su parte, es importante señalar que la proporción de adolescentes que indican atenderse en el sistema privado resultaría significativamente más elevada en la Región Metropolitana (66%) que en el resto del país ($\text{Chi}^2 = 8,26$; $p = 0,02$).

SISTEMA DE SALUD EN QUE SE PRODUCE LA ATENCIÓN:	F	%
Sistema Privado	232	58,1%
Sistema Público	167	41,9%
Total	399	100,0%
No responde	31	
Total General	430	

FUENTE | ELABORACIÓN PROPIA.

Resulta interesante indicar que, entre los(as) informantes que indican haber recibido atención en sistema público, la proporción de adolescentes cuyas familias experimentarían dificultades económicas (25% vs 12%) o que presentan ascendencia originaria (18% vs 10%), resultan considerablemente más elevadas que entre quienes se atenderían en el sistema privado; tendencia completamente opuesta a la observada entre los(as) adolescentes que viven con sus familias nucleares, los cuales predominarían entre quienes se atienden en el sector privado (90% vs 97%)⁷⁷.

Evaluación de dicha atención: por último, se solicitó a los(as) adolescentes que evaluaran el proceso de atención más largo en que han participado, considerando tres dimensiones básicas: amabilidad y/o respeto, rapidez y calidad de dicha atención. A partir de sus respuestas, es posible señalar que la mayor parte de los(as) informantes presentan una valoración positiva en cada una de las dimensiones consultadas (entre 63% y 75% de los casos), mientras que quienes declararon una valoración negativa conformaron una proporción bastante reducida del grupo (entre 6% y 10% de los casos)⁷⁸.

Ahora bien, al momento de ser consultados/as respecto a los resultados alcanzados en dicho proceso de intervención (vale decir, si ésta permitió solucionar o subsanar la necesidad o problema que motivó la consulta), la valoración positiva disminuye de manera considerable (38% de los casos), mientras que la valoración negativa del proceso aumenta en una proporción aún mayor, alcanzando el 25% de los casos.

EVALUACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN:		AMABILIDAD Y/O RESPETO	RAPIDEZ	CALIDAD	RESULTADO ALCANZADO
Valoración Positiva	Muy Bien	45,4	24,9	35,4	16,9
	Bien	29,4	37,8	35,4	21,5
	Sub-total valoración positiva	74,8	62,7	70,8	38,4
Valoración Neutra	Ni mal ni bien	19,2	27,6	22,2	36,4
Valoración Negativa	Mal	3,2	5,6	4,1	11,0
	Muy Mal	2,9	4,1	2,9	14,2
	Sub-total valoración negativa	6,1	9,7	7,0	25,2
Total		100,0	100,0	100,0	100,0

FUENTE | ELABORACIÓN PROPIA.

77 Pruebas estadísticas: Chi2 = 9,34 (p < 0,01); Chi2 = 6,23 (p = 0,01); Chi2 = 8,81 (p < 0,01), respectivamente.

78 Cabe señalar que, entre quienes presentan una valoración negativa de la atención recibida, al menos en lo que refiere a rapidez (56% vs 28%) y calidad (100% vs 29%), la proporción de informantes cuyas familias presentan dificultades económicas sería considerablemente mayor a la registrada entre quienes valoran positivamente la atención que han recibido. Pruebas estadísticas: Chi2 = 14,56 (p < 0,01); Chi2 = 22,65 (p = 0,01), respectivamente.

Ahora bien, es posible hipotetizar que la marcada valoración positiva que se realiza respecto de la atención recibida, a nivel de las dimensiones básicas que fueron consultadas, podría verse explicada en gran medida porque se solicitó evaluar la atención más larga en la que los(as) adolescentes había participado. Es decir, si más del 60% de los(as) informantes se mantuvieron en un proceso que involucró 11 o más sesiones de atención, resulta altamente probable que la misma les satisficiera en algún sentido específico tal como los aquí consultados. No obstante, esta situación no necesariamente dice relación con una valoración igualmente positiva a nivel de los logros derivados de la atención recibida, ámbito de análisis donde los(as) adolescentes encuestados asumen una perspectiva mucho más crítica.

» 6. Perspectivas de mejora

Principales espacios de mejora: al ser consultados por los espacios donde se debería mejorar o aumentar las acciones realizadas, con el propósito de mejorar la salud mental de niños, niñas y adolescentes en el país, casi la totalidad de los(as) adolescentes que entregaron respuestas válidas (8% de datos perdidos) destacaron el rol que debiesen tener los establecimientos educacionales (93% de las respuestas). En un segundo nivel, también destacaron el rol de los programas municipales (58%), los centros de atención primaria (54%) y de las intervenciones realizadas en el espacio barrial (47%).

En tanto, un análisis un poco más detallado de estas respuestas, permiten indicar que, entre quienes destacan la necesidad de mejorar a nivel del trabajo realizado en los establecimientos educacionales, la proporción de adolescentes de género femenino (75% vs 58%), que han alcanzado la enseñanza media (79% vs 65%) o que viven con su familia nuclear (96% vs 85%), resultan considerablemente mayores a aquellas registradas entre los(as) informantes que no indican dicha necesidad⁷⁹.

Por su parte, entre quienes indican la necesidad de mejorar el trabajo realizado a nivel de los centros de atención primaria de salud, no solo existiría una concentración significativamente elevada de adolescentes de género femenino (77% vs 71%), que han alcanzado la enseñanza media (83% vs 72%) o que viven con su familia extendida (30% vs 22%), sino también entre aquellos que presentan algún tipo de discapacidad (16% vs 8%) o que provienen de familias que presentan dificultades económicas (23% vs 14%)⁸⁰.

PRINCIPALES ESPACIOS QUE REQUIEREN MEJORAR SU TRABAJO:	F	%
En el colegio/escuela/liceo	643	93,1%
A través de Programas de la Municipalidad	399	57,7%
En el Consultorio/CEFAM/COSAM	372	53,8%
En el barrio	322	46,6%
En el Hospital/Clínica	276	39,9%
A través de las familias/ en el hogar	20	2,9%
En otros contextos	13	1,9%

FUENTE | ELABORACIÓN PROPIA.

79 Pruebas estadísticas: Chi2 = 6,80 (p = 0,03); Chi2 = 5,06 (p = 0,02); Chi2 = 13,03 (p < 0,01), respectivamente.

80 Pruebas estadísticas: Chi2 = 6,37 (p = 0,04); Chi2 = 5,06 (p = 0,02); Chi2 = 5,80 (p = 0,02); Chi2 = 8,90 (p < 0,01); Chi2 = 6,95 (p < 0,01), respectivamente.

Finalmente, es importante indicar que estas respuestas dan cuenta de que los(as) adolescentes encuestados parecieran reconocer y destacar la relevancia que tienen las acciones de promoción y prevención en materia de salud mental, en la medida de que los “espacios tradicionales” de salud (consultorios u Hospitales) no forman parte de las alternativas más seleccionadas. Del mismo modo, se puede concluir que asumen una perspectiva bastante crítica respecto del rol actualmente asumido por los establecimientos educacionales en estas materias, lo cual configura un evidente espacio de mejora para las políticas públicas de salud mental dirigidas a niños, niñas y adolescentes.

Ideas propias para mejorar la salud mental: al ser consultados por propuestas concretas para poder mejorar la calidad de la atención en salud mental que se entrega a niños, niñas y adolescentes en el país, los(as) encuestados entregan una diversa gama de opciones, entre las cuales destacan:

- **Necesidad de psicoeducación y concientización en torno a la salud mental**

Una parte importante de las respuestas señalan la importancia de psicoeducar y concientizar a la población (especialmente a padres, madres y tutores; profesores; así como otros niños, niñas y adolescentes) en torno a la salud mental. Lo anterior centrado en la necesidad de visibilizar, normalizar y validar las problemáticas de salud mental, ya que:

- a) en muchas ocasiones sienten que la sociedad (especialmente padres, madres y tutores) minimizan e ignoran estos aspectos.

“que se eliminen los prejuicios de que ir al psicólogo es porque estás loco”

“También educar a los adultos sobre la salud mental, muchos de ellos no saben sobre eso y no ayudan ya que creen que lo hacen solo por llamar la atención.”

- b) Es relevante que las personas (niños, niñas y adolescentes, tanto como adultos cuidadores o docentes) tengan herramientas para identificarlas y abordarlas.

“Es común ver que los adultos responsables de un menor se niegan a reconocer que hay algún problema, negándose así a abrirle las puertas a recibir ayuda. Por eso pienso que un eje importante es crear conciencia acerca de la importancia de la salud mental.”

- **Facilitar el acceso a la atención en salud mental**

Se problematizan las dificultades que supone el acceso a la atención en salud mental, debido a la mala calidad y baja disponibilidad de servicios gratuitos, y a los altos costos de atención privada y medicamentos. De ello deviene la necesidad de que la atención en salud mental sea un derecho que garantice el acceso de todas las personas a atenciones y tratamientos gratuitos, y no solo ante problemáticas, sino que de manera universal, constante y preventiva. En su defecto, se propone la disminución de los costos de las atenciones, tratamientos y medicamentos.

“No se puede acceder a una atención buena y efectiva si no es por particular. Eso es lo que detiene a muchas personas de poder mejorar su salud mental. Incluso, llegan a abandonar por falta de dinero.”

• Atención de calidad en salud mental

Surgen variados aspectos a mejorar en la atención en salud mental, principalmente asociados a ofrecer una mejor atención y contar con profesionales mejor capacitados y especializados en el área, y que estos tengan interés, preocupación y compromiso genuinos por el trabajo con niños, niñas y adolescentes. También se incluyen aspectos como duración, disponibilidad y frecuencia de atenciones, la oferta disponible de profesionales de salud mental y la organización de esta.

“debieran atender profesionales que de verdad sean buenos/as en su trabajo y deseen que el/la paciente se recupere, no que atiendan simplemente por cumplir o te traten mal, te presionen, etc.”

• Condiciones para asegurar la participación y apertura de niños, niñas y adolescentes

Se aborda ampliamente la necesidad de contar con condiciones que aseguren la participación y apertura de niños, niñas y adolescentes al abordaje de su salud mental, ya que es común que se sientan avergonzados o con miedo y/o temor de comunicar lo que les pasa y lo que sienten. Sugieren generar espacios de confianza y contención que sean seguros para ellos, donde prime el respeto a su privacidad, sobre todo que no se refiera lo que compartan en la atención con sus padres/madres y/o tutores.

Además, proponen el abordaje de la salud mental en espacios de su cotidianidad, sobre todo en los establecimientos educacionales a los que asisten, debido a que son espacios donde más tiempo pasan. A este respecto, también señalan el interés por el desarrollo de actividades didácticas asociadas a la salud mental y de distensión.

“Ojalá tener una buena educación sobre este tema, informar a la población y tener centros o lugares disponibles para que nos atiendan sin el compromiso de un padre, que podamos solo nosotros ayudarnos.”

“en los colegios debiese haber más psicólogos/as trabajando, porque los(as) pocos/as que hay no dan abasto.”

Preferencias a tener en cuenta: por último, la encuesta incluyó dos preguntas que tenían por objeto identificar preferencias de los(as) informantes, las cuales pudiesen orientar el desarrollo de nuevas estrategias, programas o actividades de promoción y/o prevención a ser desarrolladas en el país.

La primera de ellas indagó respecto a las redes sociales más utilizadas por los(as) adolescentes encuestados/as (8% de datos perdidos), permitiendo identificar que Instagram, además de TikTok y Youtube serían los medios más recomendables para desarrollar acciones de prevención y/o promoción, al concentrar 86%, 49% y 39% de las preferencias de los(as) informantes.

Cabe señalar que, entre los(as) informantes que indican utilizar Instagram, la proporción de adolescentes que provienen de familias que presentan dificultades económicas (30% vs 17%) o que han alcanzado la enseñanza media (81% vs 58%), resultan considerablemente más elevadas que entre quienes no utilizarían dicha red social. En tanto, entre quienes utilizan Tik Tok, sería mayor la proporción de adolescentes de género femenino (83% vs 66%, en ambos casos)⁸¹.

81 Pruebas estadísticas: Chi2 = 7,31 (p < 0,01); Chi2 = 25,78 (p < 0,01); Chi2 = 32,52 (p < 0,01), respectivamente.

Vale mencionar que corresponde a una pregunta de selección múltiple y, por ello, se muestran los distintos porcentajes de respuestas.

REDES SOCIALES MÁS UTILIZAS:		F	%
Instagram		593	85,8
TikTok		335	48,5
YouTube		272	39,4
Facebook		34	4,9
Snapchat		7	1,0
Otras RRSS*	Whatsapp	51	7,4
	Twitter	22	3,2
	Discord	11	1,6
	Otra	26	3,8
No ocupa mucho las redes sociales		30	4,3

FUENTE | ELABORACIÓN PROPIA.

NOTA | * CATEGORÍAS CONFORMADAS A PARTIR DE ANÁLISIS DE CONTENIDO.

Por otra parte, la segunda pregunta realizada en este sentido, indagó respecto a las actividades de la vida cotidiana que hacen feliz a los(as) adolescentes encuestados/as, con el propósito de identificar temáticas o ámbitos de acción que pudiesen ser utilizados para desplegar estrategias preventivas o promocionales. De este modo, a partir de un análisis de contenido (cuantitativo) fue posible conformar un set de 83 categorías conceptuales relevantes, entre las cuales estas concentran el mayor número de menciones: amigos (132 menciones), música (118), jugar (109), leer (84) y familia (70). Así, las actividades culturales y/o recreativas, a través de acciones de naturaleza social y/o familiar, pareciesen continuar siendo las mejores alternativas para desplegar estrategias de promoción y/o prevención en materia de salud mental.

A continuación, para mayor profundización en este tema, se presenta una nube de conceptos que permite visualizar de manera gráfica la distribución de las restantes menciones identificadas:



FUENTE | ELABORACIÓN PROPIA.

3 | REPORTE DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN SECUNDARIAS PARA EL CATASTRO Y CARACTERIZACIÓN DE LA OFERTA PROGRAMÁTICA NACIONAL

La prestación de servicios o atenciones de Salud Mental no es una actividad exclusiva de las organizaciones de salud propiamente tal, se despliegan en otros sectores (en **Anexo Catastro de la Oferta Nacional** está el detalle de los programas revisados).

» 1. Oferta Programática en Salud Mental para niños, niñas y adolescentes

Se realizó un catastro de la oferta programática actual en salud mental para niños, niñas y adolescentes en Chile, a partir del cual se identificaron 43 programas que atienden a esta población (en ANEXOS se encuentran las fichas de los programas específicos de salud mental para este grupo), desarrollados y ejecutados por los ministerios del Interior y Seguridad Pública, de Educación (MINEDUC), de Justicia y Derechos Humanos (MINJU), de Desarrollo Social y Familia (MDSF), y de Salud (MINSAL); y la Fundación Todo Mejora. Los ministerios responsables de la mayor parte de la oferta programática son el MINJU, MDSF y MINSAL.

La oferta en salud mental para niños, niñas y adolescentes se condensa en la promoción de factores protectores y la prevención de (factores de) riesgo biopsicosocial, con pocas instancias de tratamiento e integración, y sin detectar programas destinados y diseñados para la recuperación de este grupo. Asimismo, esta oferta es mayormente implementada en Centros de Atención Primaria de Salud (Atención primaria de salud) y en establecimientos educacionales.

En primer lugar, se identificaron cuatro programas que abordan el **bienestar y desarrollo en la primera infancia**, ejecutados por el MDSF mediante el Sistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo, centrados en la mejora de las condiciones y los recursos para el crecimiento y cuidado de niños y niñas desde la fase prenatal, orientado a la promoción de un desarrollo sano e integral. Estos son: el Programa de Parentalidad Positiva, enfocado en la educación y promoción de habilidades parentales y el potenciamiento de recursos para la crianza; el Programa de Apoyo al Recién Nacido, enfocado en la promoción y prevención de la salud, cuidado y desarrollo; el Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial, enfocado en la promoción, prevención y tratamiento de problemáticas desde la etapa prenatal, especialmente en familias en situación de vulnerabilidad social; y Fonoinfancia, un servicio de guía y apoyo psicológico para la crianza, enfocado en prevención.

Con respecto al **bienestar y el abordaje de la salud mental en el contexto educacional**, se identificaron cuatro programas desarrollados por el MINEDUC, mediante JUNAEB. Estos se focalizan en la promoción de estrategias de autocuidado del bienestar y el desarrollo de habilidades para la convivencia en las comunidades educativas; así como en la prevención y detección del riesgo psicosocial y educativo, en estudiantes desde Nivel Transición (NT) 1 a 4° año de enseñanza media (EM). Las técnicas que utilizan los programas y las temáticas que tratan están planificadas en función de los grados a los que son dirigidos: el Programa Escuelas Saludables para el Aprendizaje, dirigido a niños y niñas de NT 1 a 8° básico; y los Programas Habilidades para la Vida I, II y III, dirigidos a NT 1 a 4° básico, 5° a 8° básico y 7° básico a 4° EM, respectivamente.

En relación con el **apoyo de salud integral** se identificaron seis programas, los cuales abordan temáticas de salud mental además de otros elementos de la salud y aspectos relevantes del desarrollo de niños, niñas y adolescentes. El MINSAL es el organismo responsable de la ejecución de cinco programas que brindan servicios en el ámbito de la prevención, promoción y de tratamiento: el Programa Nacional de Salud de la Infancia, enfocado en la salud y desarrollo integral de niños y niñas menores de 10 años; el Programa de Acompañamiento Psicosocial en atención primaria de salud, el Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes y el Programa Espacios Amigables, que brindan atención tanto en atención primaria de salud como en el nivel de atención especializado, desde los 10 a 24 años; y el Piloto de Atención en Salud Integral para niños, niñas y adolescentes que han sido vulnerados en sus derechos y/o sujetos a la Ley de Responsabilidad Penal Adolescente, ambos dirigidos a niños, niñas y adolescentes. Por su parte, el MDSF desarrolla a través de INJUV el Programa Hablemos de Todo, dirigido a jóvenes de entre 15 y 29 años, que tiene por objetivo mejorar el acceso a la información y orientación oportuna sobre factores protectores y de riesgo para su salud, el cual incluye un componente de atención psicosocial y derivación en casos de riesgo.

Se identificaron seis programas específicos para la problemática **de consumo de alcohol y/u otras drogas**. El Ministerio del Interior y Seguridad Pública desarrolla cuatro, a través de SENDA, dirigidos a la promoción de factores protectores y prevención del consumo en niños, niñas y adolescentes, mediante la disminución de factores de riesgo, así como de su detección y manejo temprano. Tres de estos programas se implementan en contexto escolar: el Programa Continuo Preventivo, dirigido a estudiantes desde nivel parvulario a 4° EM; PrePara, enfocado en la capacitación de distintos actores de las comunidades educativas; y Actuar a Tiempo, dirigido a estudiantes de 7° básico a 4° EM que presentan mayor riesgo de consumo. Un cuarto programa es Elige Vivir Sin Drogas, enfocado en el involucramiento de distintos sectores de la comunidad en estrategias de mejora de las condiciones en que se desenvuelven, para la prevención del consumo. Por su parte, el MINSAL ejecuta el Programa de Detección, Intervención y Referencia (DIR) Asistida en Alcohol, tabaco y otras drogas (Ex Vida Sana - Alcohol), orientado al riesgo de consumo en población de 10 años o más, ofreciendo intervenciones preventivas y de tratamiento en el área. En último lugar, el MINJU ejecuta, mediante SENAME, el Programa de Protección Especializada para niños, niñas y adolescentes con Consumo Problemático de Alcohol y/u Drogas, centrado en la promoción, prevención e interrupción del consumo de sustancias principalmente en población atendida por el Programa de Intervención Integral Especializada (PIE).

Acercas de **problemáticas de salud mental**, se identificaron cuatro programas. El MINSAL ejecuta el Programa Nacional de Prevención del Suicidio, que cuenta con un componente que incorpora subprogramas preventivos y de capacitación para detección y abordaje de conducta suicida en establecimientos educacionales; y el Programa de Salud Mental en atención primaria de salud, que cuenta con instancias de prevención, promoción y tratamiento para niños, niñas y adolescentes. Por su parte, el MDSF, desarrolla el Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil, centrado en la promoción, prevención y tratamiento de la salud mental de niños/as desde los 5 a 9 años que presenten riesgo de trastornos, o trastornos de salud mental, en centros de atención primaria de salud; y el Programa de Apoyo a la Atención en Salud Mental, que cuenta con un componente focalizado en la prevención y el tratamiento en salud mental y bienestar de niños, niñas y adolescentes que tengan un adulto significativo privado de libertad, así como de sus cuidadores.

Adicionalmente, se identificó la iniciativa Hora Segura, desarrollada y ejecutada por la Fundación Todo Mejora, la cual brinda conserjería y apoyo emocional a niños, niñas y adolescentes de LGBT, y a personas víctimas de bullying a razón de su identidad de género u orientación sexual.

De la oferta descrita, se realizó el fichaje de nueve programas, priorizando aquellos desarrollados y ejecutados por el MINSAL, y seleccionando otros por su relevancia temática y cobertura:

Ministerio de Salud

1. Programa Detección, Intervención y Referencia (DIR) Asistida en Alcohol, tabaco y otras drogas (Ex Vida Sana-Alcohol).
2. Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes.
3. Programa Nacional de Prevención del Suicidio.
4. Programa Espacios Amigables.

JUNAEB, Ministerio de Educación

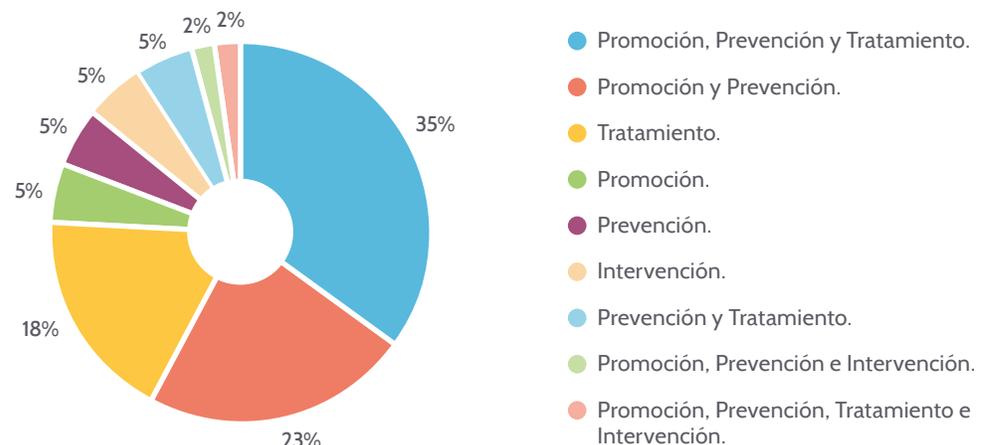
5. Programa Habilidades para la Vida I.
6. Programa Habilidades para la Vida II.
7. Programa Habilidades para la Vida III: Enriquecimiento de la experiencia Educativa (Ex Programa de Apoyo a la Retención Escolar).

Ministerio de Desarrollo Social y Familia

8. Programa Hablemos de Todo (HDT), Instituto Nacional de la Juventud.
9. Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil (PASMI), Subsecretaría de la Niñez.

Como se observa en el Gráfico 1, la tipología de los programas de salud mental a nivel nacional incluye en mayor medida los niveles de promoción, prevención y tratamiento (35%), seguido por programas que incluyen solo promoción y prevención (23%) y los que se dedican exclusivamente a tratamiento (18%).

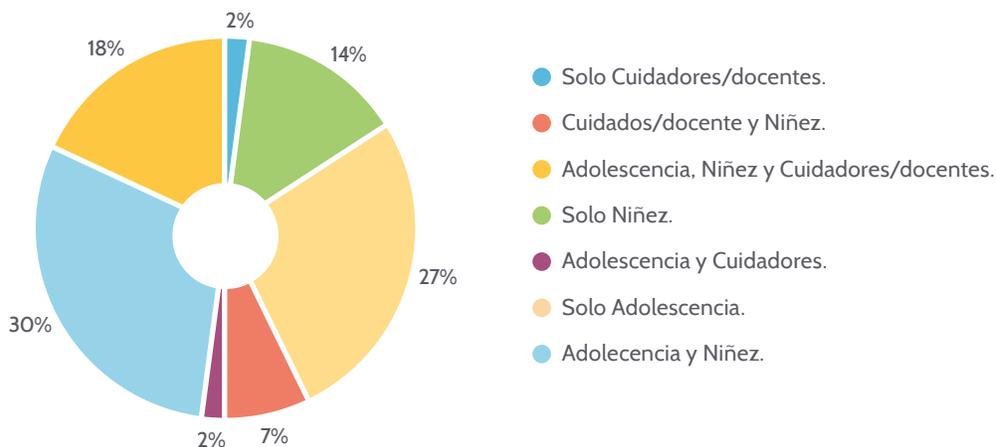
GRÁFICO 1 | TIPOLOGÍA DE LA OFERTA PROGRAMÁTICA DE SALUD MENTAL PARA NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES



FUENTE | ELABORACIÓN PROPIA.

Respecto a la población objetivo de la Oferta programática en salud mental infantil, prevalecen los que están orientados tanto a niños, niñas y adolescentes (30%), como solo adolescentes (27%).

GRÁFICO 2 | POBLACIÓN OBJETIVO DE LA OFERTA PROGRAMÁTICA DE SALUD MENTAL PARA NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES



FUENTE | ELABORACIÓN PROPIA.

» 2. Oferta Programática en Salud Mental de SENAME⁸²

El Servicio Nacional de Menores (SENAME) del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, se constituye como un sistema de protección destinado a niños, niñas y adolescentes con una amplia oferta de programas, entre los cuales se identifican al menos 19 que abordan aspectos relevantes para la salud mental de niños, niñas y adolescentes.

En una línea de protección de derechos, se cuenta con programas enfocados en la protección integral y la prevención y disminución del riesgo de vulneraciones, mediante la promoción y fortalecimiento de factores protectores y recursos tanto de niños, niñas y adolescentes como de sus cuidadores; así como del restablecimiento de sus derechos y reparación de daño ante vulneraciones ya ocurridas, en pos de su bienestar psicológico y social. Entre estos programas se encuentran: Programas de Prevención Focalizada, Oficinas de Protección de Derechos, Residencias para lactantes y pre-escolares, Programas de Protección Especializada en Maltrato y Abuso Sexual Infantil, PIE, Residencias de Protección, Familias de Acogida y Programas de Protección Especializada en Intervención Educativa.

En la línea de justicia juvenil, SENAME cuenta con tres programas de apoyo a jóvenes infractores de ley: el Programa de Apoyo Psicosocial para Adolescentes Privados de Libertad y en el Medio Libre, centrado en la promoción, prevención, tratamiento y reinserción; y los programas de Reinserción Educativa para Adolescentes Privados de Libertad y de Intermediación laboral, enfocados principalmente en la reinserción de los adolescentes.

⁸² Al momento del desarrollo del presente estudio, no se había puesto en marcha el Servicio de Protección especializada a la Niñez y Adolescencia (Mejor Niñez), que comenzó a funcionar el 1 de octubre de 2021. Por lo tanto, se analiza las líneas programáticas de protección y justicia de la antigua estructura orgánica del Servicio Nacional de Menores.

4 | COBERTURA DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL EN EL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD

El análisis de la información cuantitativa de acceso a las atenciones de salud mental de los niños, niñas y adolescentes se focalizó principalmente en las fuentes del Departamento de Estadísticas y de Información (DEIS) del Ministerio de Salud, las cuales representan la información oficial de la Red de Salud del País y la mayor parte las actividades de salud mental que se realizan considerando otros sectores del Estado. Los otros sectores fuera de Salud que también desarrollan actividades de salud mental como el Servicio Nacional de prevención y tratamiento de drogas y alcohol (SENDA-Ministerio del Interior), el Servicio Nacional de Menores (SENAME-Ministerio de Justicia) y la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB-Ministerio de Educación) no entregaron la información requerida del número de niños, niñas y adolescentes atendidos bajo algún programa de salud mental y solicitada por transparencia, en los anexos se adjuntan las solicitudes realizadas.

» 1. Estimación de la cobertura de atención de salud mental de los niños, niñas y adolescentes en la red pública de Servicios de Salud

La población inscrita en el sector público, correspondiente a FONASA, es superior al 80% de la población del País, de ella los niños, niñas y adolescentes corresponden a 2.820.642 entre 5 y 19 años para el año 2019. Para estimar la población potencial de niños, niñas y adolescentes con algún trastorno de salud mental (con impedimento) se consideró el único estudio chileno de prevalencia en niños, niñas y adolescentes, Estudio de epidemiología psiquiátrica en niños y adolescentes en Chile (De la Barra et al., 2012), lo que corresponde a un 22,5%, por lo anterior, la población potencial de niños, niñas y adolescentes con trastornos mentales se estima en 620.541. La prevalencia específica de trastornos mentales con impedimento niños, niñas y adolescentes de 4 a 11 años fue de 27,8% y de niños, niñas y adolescentes de 12 a 18 años 16,5%. Asimismo, se consideró la prevalencia de trastornos mentales con impedimento para mujeres 4 a 19 años de 25,8% y de hombres 19,3%.

Por otro lado, según la información de los servicios ambulatorios de la red de salud mental (Atención Primaria de Salud y Centros de Salud Mental comunitaria principalmente) tuvieron una población bajo tratamiento por salud mental informada al DEIS correspondiente a 168.216 niños, niñas y adolescentes, lo que implica una cobertura del 26,5% (27%) para el año 2019.

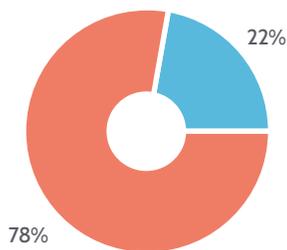
La estimación consideró el último año disponible con información de la población de niños, niñas y adolescentes bajo atención o control de salud mental al mes de diciembre del año 2019, no se consideró el año 2020 debido a que el MINSAL definió no levantar información de la población bajo control debido a las dificultades generadas en la red por la pandemia SARS-CoV-2 (COVID-19).

Las población de niños, niñas y adolescentes que se mantienen bajo control o tratamiento se refiere a la información de todos los servicios ambulatorios de salud mental del país, estos incluyen las atenciones de salud mental ambulatoria que se brindan en los establecimientos de Atención Primaria de Salud (Atención primaria de salud), los Centros Comunitarios de Salud Mental de especialidad (COSAM/CESAM/entre otros), Hospitales Comunitarios y otros dispositivos ambulatorios de salud mental especializada en Hospitales generales.

Como se puede observar en el siguiente gráfico, y considerando la prevalencia de trastornos mentales de niños, niñas y adolescentes del 22,5% y la cobertura de tratamiento del año 2019 de un 27%, más de un 70% de niños, niñas y adolescentes no accedieron a servicios de salud mental, por ello se estima que son 452.325 niños, niñas y adolescentes de todo el País que no reciben tratamiento en la red pública y ambulatoria.

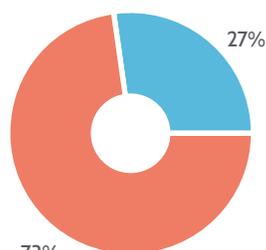
GRÁFICO 3 | COBERTURA TRASTORNOS MENTALES DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES, 2019.

PREVALENCIA DE TRASTORNOS MENTALES EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES



- Con Trastornos Mentales
- Sin Trastornos Mentales

COBERTURA DE TRASTORNOS MENTALES EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES



- En Tratamiento
- Sin Tratamiento

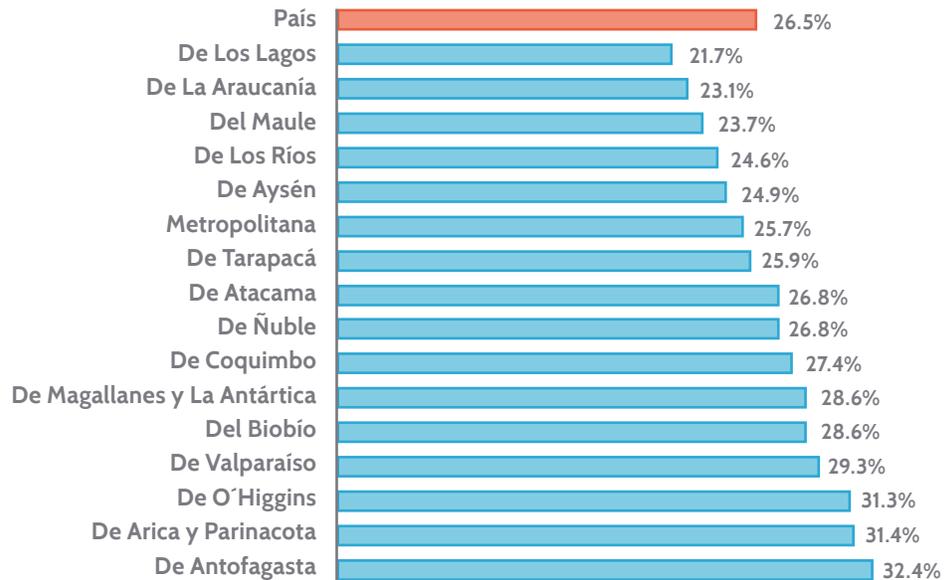
FUENTE | DEIS, REM SERIE P 2019; POBLACIÓN INSCRITA FONASA, 2019; DE LA BARRA, ET AL., 20212. ELABORACIÓN PROPIA.

El gráfico siguiente muestra la estimación de la cobertura a nivel país de los niños, niñas y adolescentes bajo control o tratamiento durante el año 2019, esta alcanza un 26,5%, un porcentaje mayor al observado a nivel global en todos los tramos etarios que aproximadamente es anualmente de un 22%⁸³ según los reportes de cobertura de MINSAL. Por otro lado, se observa la heterogeneidad de la cobertura entre las distintas regiones, por ejemplo las regiones de O'Higgins, Antofagasta y Arica tienen una cobertura de niños, niñas y adolescentes que sobrepasa el 30%, mientras que Los Lagos y Araucanía tienen 21,7% y 23,1% respectivamente.

83 Plan Nacional De Salud Mental 2017-2025. MINSAL

GRÁFICO 4 | COBERTURA DE TRATAMIENTO DE TRASTORNOS MENTALES

COBERTURA DE SALUD MENTAL DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES DE 5 A 19 AÑOS Y POR REGIÓN 2019.



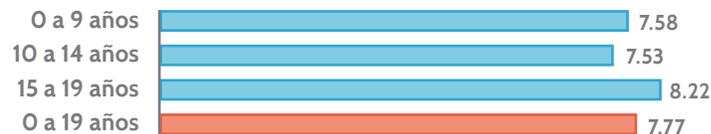
FUENTE | DEIS, REM SERIE A 2019; POBLACIÓN INSCRITA FONASA, 2019. ELABORACIÓN PROPIA.

Un indicador proxy de la calidad de la atención es el número de sesiones o controles promedio que recibe un niño, niña o adolescente en un año de tratamiento. Estas atenciones incluyen todas consultas de salud mental realizadas por médico/a, enfermera/o, trabajador/a social, psicólogo/a, terapeuta ocupacional, psiquiatra, agente comunitario, entre otros en el nivel de la Atención Primaria de Salud y el nivel de especialidad, también se consideran las actividades de psicoterapia y psicodiagnóstico.

Como se observa en el siguiente gráfico, el promedio fue de 7,7 sesiones a nivel nacional para todos los tramos entre 0 y 19 años, siendo mayor en el tramo de 15 a 19 años con 8 sesiones por cada adolescente en el año, este promedio es mayor a lo observado a nivel global en todos los tramos etarios y que tienen entre 4 a 5 sesiones en promedio.

GRÁFICO 5 | COBERTURA DE TRATAMIENTO DE TRASTORNOS MENTALES

PROMEDIO DE ATENCIONES DE SALUD MENTAL EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES EN TRATAMIENTO AÑO 2019.

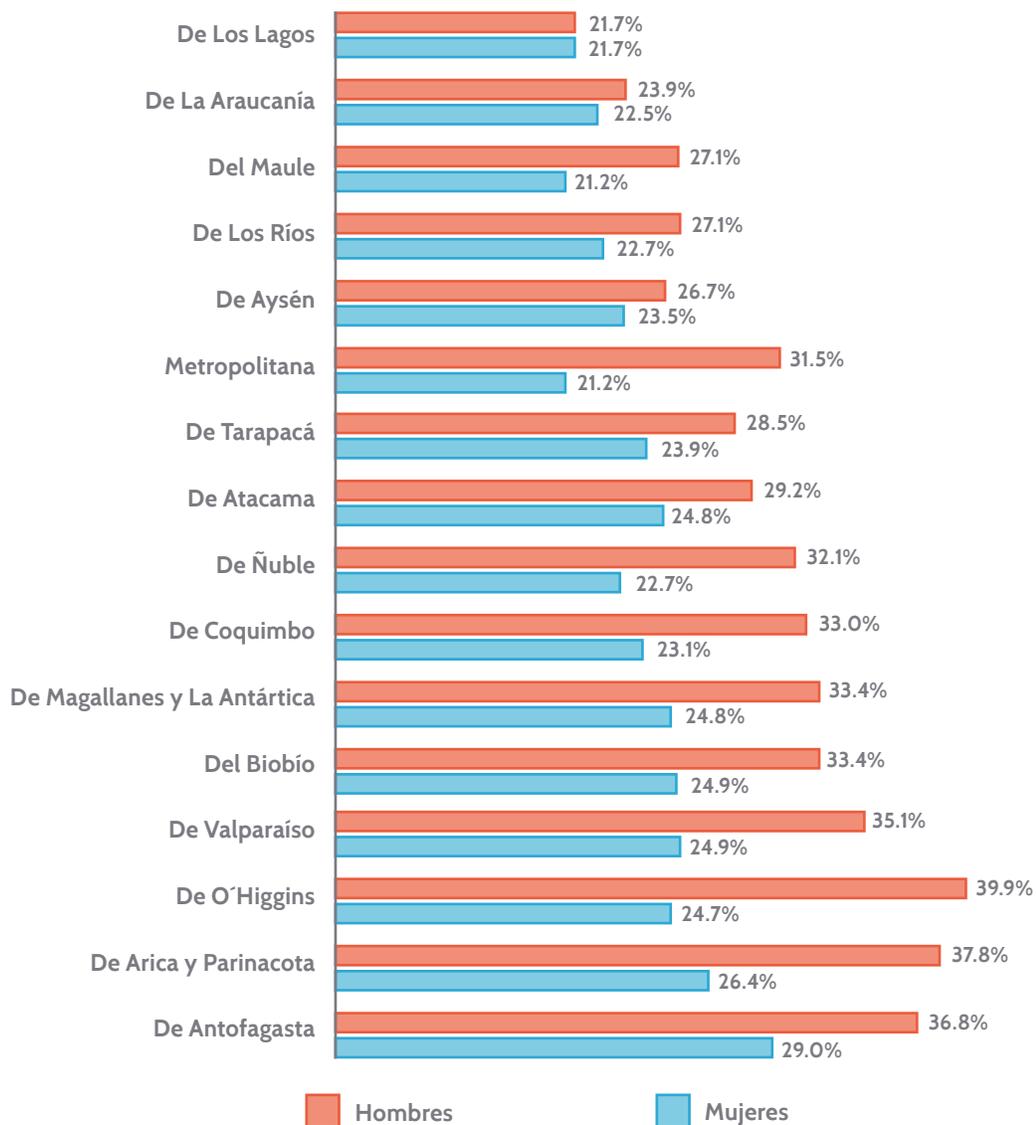


FUENTE | DEIS, REM SERIE A 2019; POBLACIÓN INSCRITA FONASA, 2019. ELABORACIÓN PROPIA.

En relación a la cobertura de salud mental por sexo y región se puede observar una mayor cobertura en hombres en todas las regiones de país, con mayores inequidades en las regiones de Arica, Antofagasta y O'Higgins con casi un 40% de cobertura frente un 21,7% en mujeres en la región de los Lagos.

GRÁFICO 6 | COBERTURA DE SALUD MENTAL EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES DE 5 A 19 AÑOS POR SEXO, AÑO 2019.

COBERTURA DE SALUD MENTAL DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES POR SEXO Y POR REGIÓN 2019.

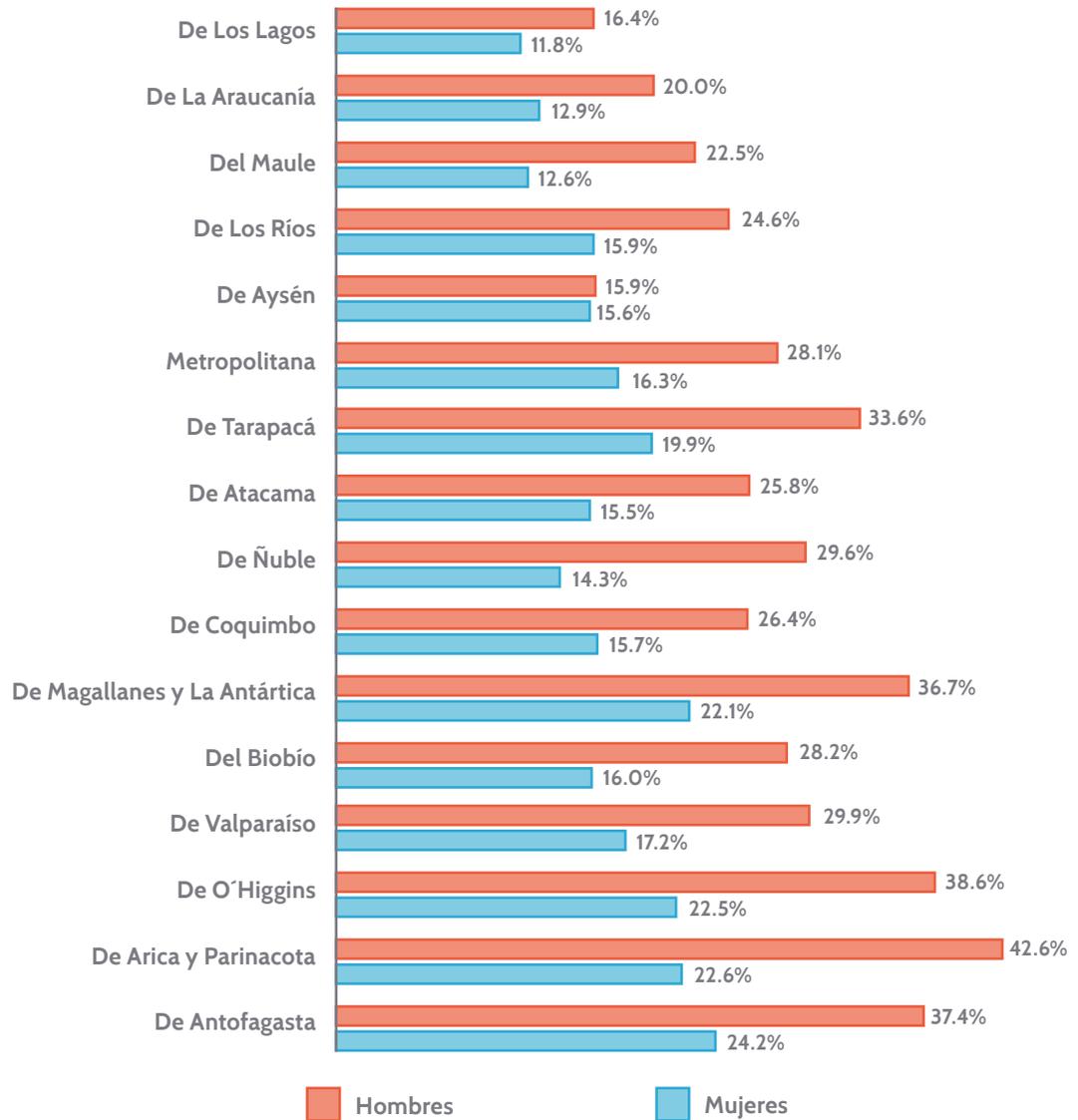


FUENTE | DEIS, REM SERIE A 2019; POBLACIÓN INSCRITA FONASA, 2019. ELABORACIÓN PROPIA.

Respecto a la cobertura por tramo etario se puede observar en los siguientes gráficos que en el tramo etario de 5 a 9 años y de 10 a 14 años, las coberturas son mayores en hombres, mientras que entre los 15 y 19 años las coberturas son mayores en mujeres.

GRÁFICO 7 | COBERTURA DE SALUD MENTAL EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES DE 5 A 9 AÑOS POR SEXO, AÑO 2019.

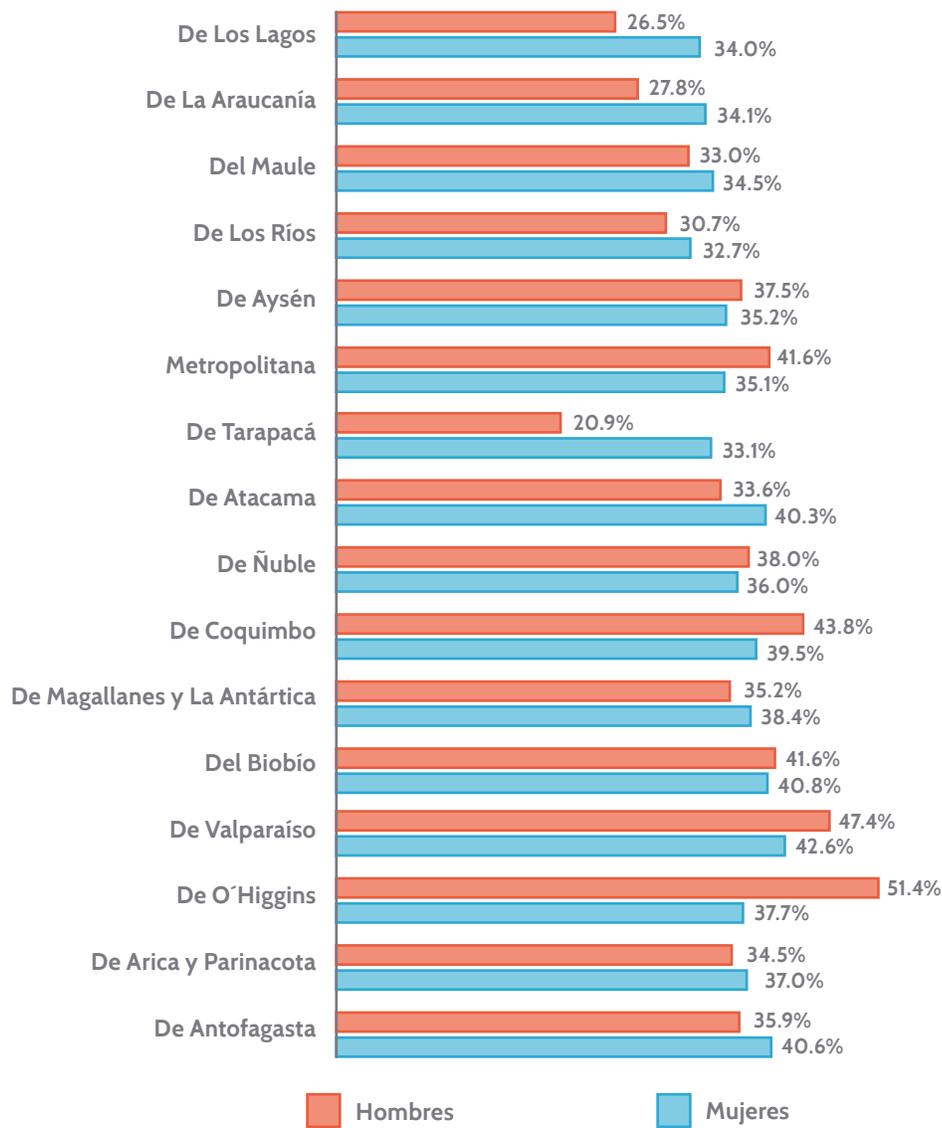
COBERTURA DE SALUD MENTAL DE NIÑOS, NIÑAS DE 0 A 9 AÑOS, POR SEXO Y POR REGIÓN 2019.



FUENTE | DEIS, REM SERIE A 2019; POBLACIÓN INSCRITA FONASA, 2019. ELABORACIÓN PROPIA.

GRÁFICO 8 | COBERTURA DE SALUD MENTAL EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES DE 10 A 14 AÑOS POR SEXO, AÑO 2019.

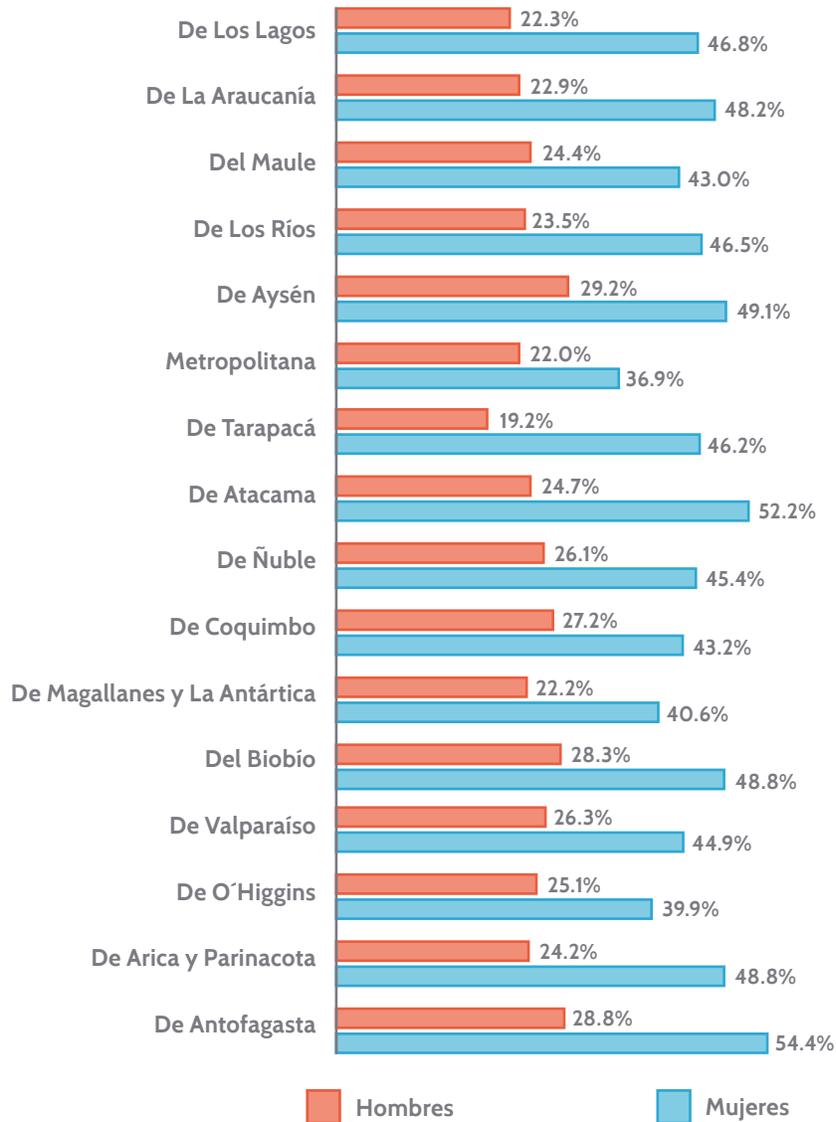
COBERTURA DE SALUD MENTAL DE NIÑOS, NIÑAS DE 10 A 14 AÑOS, POR SEXO Y POR REGIÓN 2019.



FUENTE | DEIS, REM SERIE A 2019; POBLACIÓN INSCRITA FONASA, 2019. ELABORACIÓN PROPIA.

GRÁFICO 9 | COBERTURA DE SALUD MENTAL EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES DE 15 A 19 AÑOS POR SEXO, AÑO 2019.

COBERTURA DE SALUD MENTAL DE NIÑOS, NIÑAS DE 10 A 14 AÑOS, POR SEXO Y POR REGIÓN 2019.

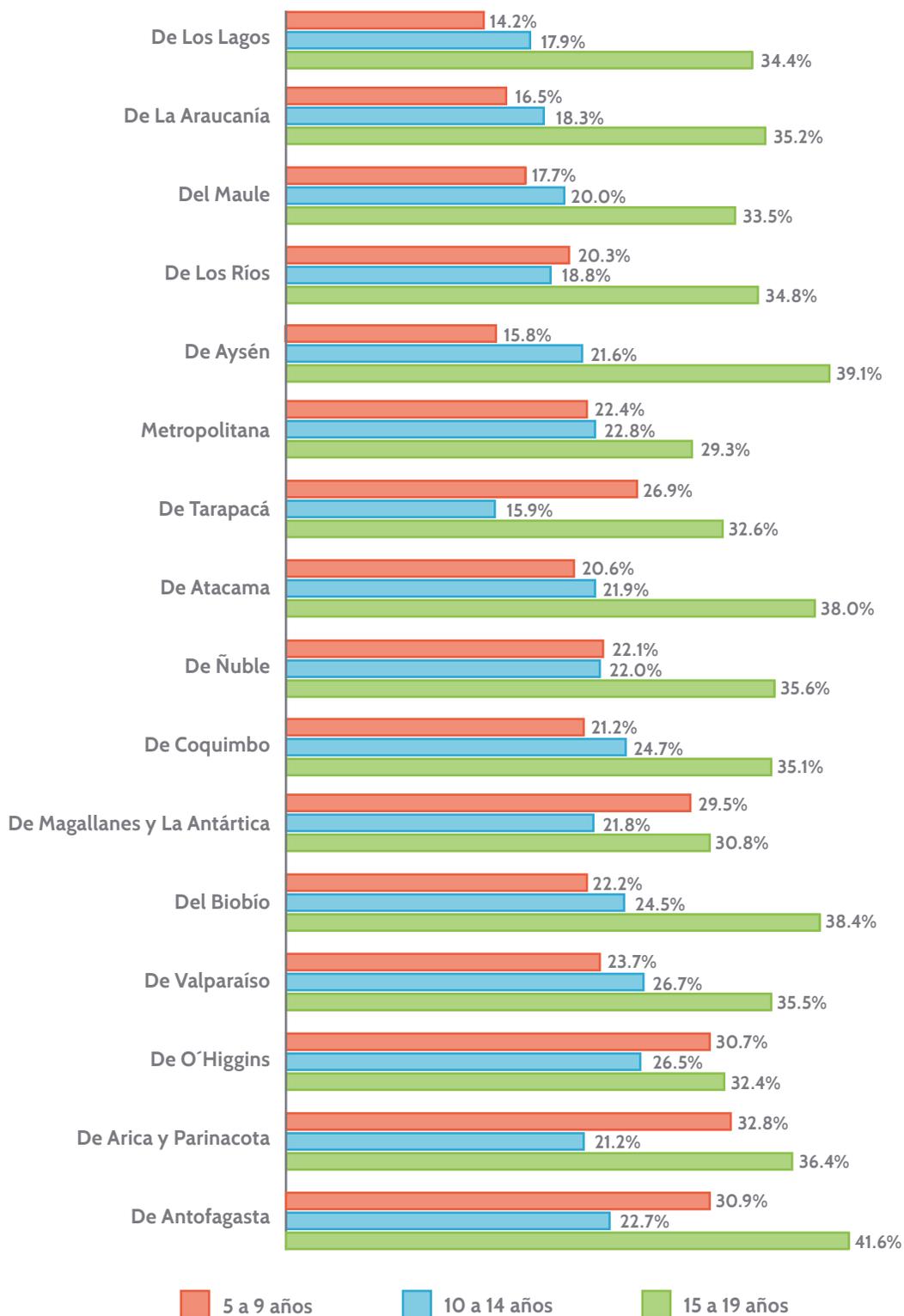


FUENTE | DEIS, REM SERIE A 2019; POBLACIÓN INSCRITA FONASA, 2019. ELABORACIÓN PROPIA.

Por último, respecto a la cobertura se puede observar en el siguiente gráfico la que las coberturas son mayores en el tramo etario de 15 a 19 años con un 33,3%, un 22,5% en el tramo de 10 a 14 años y un 22,2% en el tramo de 5 a 9 años.

GRÁFICO 10 | COBERTURA DE SALUD MENTAL POR TRAMOS ETARIOS Y REGIÓN, AÑO 2019.

COBERTURA DE SALUD MENTAL DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES POR TRAMO ETAREO Y REGIÓN 2019.

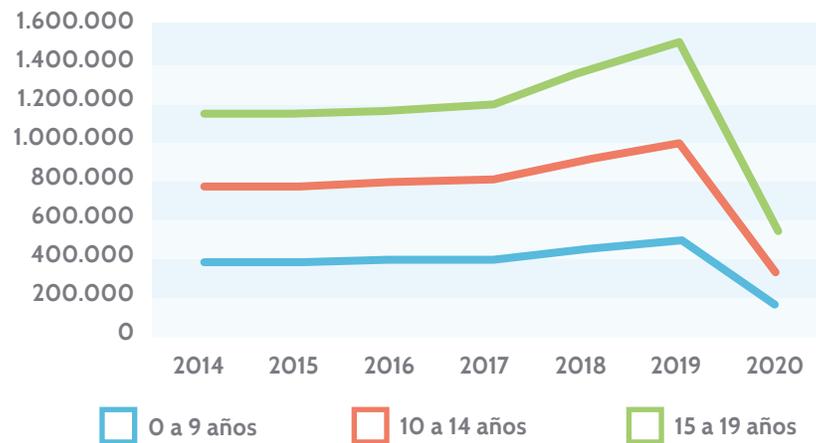


FUENTE | DEIS, REM SERIE A 2019; POBLACIÓN INSCRITA FONASA, 2019. ELABORACIÓN PROPIA.

En relación al impacto que ha tenido la Pandemia por SARS-CoV-2 (COVID-19) en la atención de salud mental de niños, niñas y adolescentes entre 0 y 19 años en el año 2020 ha sido significativa la disminución de las atenciones, hubo una caída de atenciones de un -68%, específicamente en niños y niñas de 5 a 9 años la disminución fue de un -69%, un -67% en niños, niñas y adolescentes de 10 a 14 años y -66% en adolescentes de 15 a 19 años. En el siguiente gráfico se puede observar la disminución de las atenciones en comparación a lo observado desde el año 2014 hasta el año 2020.

GRÁFICO 11 | ATENCIONES DE SALUD MENTAL DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES POR TRAMOS ETARIOS 2014-2020

ATENCIÓN DE SALUD MENTAL A NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES POR TRAMOS ETARIOS Y AÑO 2014-2020

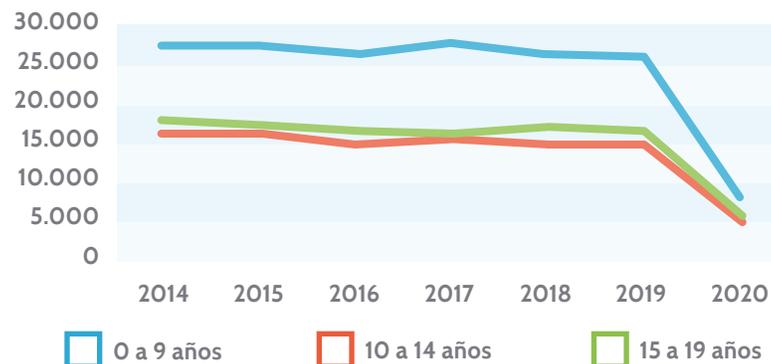


FUENTE | DEIS, REM SERIE A 2019; POBLACIÓN INSCRITA FONASA, 2020. ELABORACIÓN PROPIA.

Una situación similar a la caída de atenciones de salud mental se puede observar con los ingresos de salud mental en niños, niñas y adolescentes en la red pública de salud, la caída global de ingresos fue de -63,5% en niños, niñas y adolescentes de 5 a 19 años, específicamente en niños y niñas de 5 a 9 años la disminución fue de un -67,8%, un -65,6% en niños, niñas y adolescentes de 10 a 14 años y -57,2% en adolescentes de 15 a 19 años.

GRÁFICO 12 | ATENCIONES DE SALUD MENTAL DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES POR TRAMOS ETARIOS 2014-2020.

INGRESOS DE SALUD MENTAL DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES POR TRAMO ETARIOS Y AÑO 2014-2020



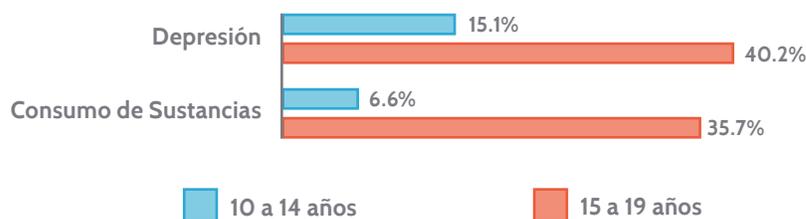
FUENTE | DEIS, REM SERIE A 2019; POBLACIÓN INSCRITA FONASA, 2020. ELABORACIÓN PROPIA.

Coberturas según problemas de salud específicos

Respecto a los problemas de salud específicos, la cobertura de la depresión muestra diferencias entre distintos tramos etarios, lo que puede tener relación con políticas públicas focalizadas como el Régimen de Garantías Explícitas (GES) que brinda cobertura de los problemas de depresión solo a personas mayores de 15 años, siendo que MINSAL cuenta con una Guía para la atención y tratamiento de la depresión en menores de 15 años. A continuación, se muestra la información en base a las prevalencias esperadas según el estudio De La Barra y colaboradores (2012) y los niños, niñas y adolescentes bajo control en la red pública de salud para el año 2019.

GRÁFICO 13 | COBERTURA DE TRATAMIENTO DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES POR DEPRESIÓN Y CONSUMO DE SUSTANCIAS POR TRAMOS ETARIOS, 2019.

COBERTURA DE TRATAMIENTO DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES POR DEPRESIÓN Y CONSUMO DE SUSTANCIAS, ENTRE 10-14 AÑOS Y 15-19 AÑOS, 2019.



FUENTE | DEIS, REM SERIE P 2019; POBLACIÓN INSCRITA FONASA, 2019. ELABORACIÓN PROPIA.

Como se puede observar, en ambos problemas de salud, y considerando prevalencias esperadas específicas para el tramo etario de 10 a 14 años son más bajas, existe igualmente una marcada diferencia de coberturas, las cuales dejan en evidencia la brecha de acceso a tratamiento de los niños, niñas y adolescentes entre 10 y 14 años en la red pública de salud. Ambos problemas de salud tienen coberturas garantizadas por GES, el GES de Depresión está focalizado en mayores de 15 años, mientras que el GES por Consumo Perjudicial y Dependencia de Alcohol y Drogas está focalizado en personas menores de 20 años, no obstante, igualmente la cobertura es hasta 5 veces menor en los niños, niñas y adolescentes entre 10 y 14 años por consumo de sustancias, considerando una prevalencia esperada menor que el tramo entre 15 y 19 años.

5 | SÍNTESIS DE LAS BRECHAS IDENTIFICADAS EN EL FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA DE SALUD MENTAL PARA NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES EN CHILE

» 1. Legislación⁸⁴

En primer lugar, de la información analizada se desprende que la principal dificultad en términos normativos es la falta de una ley de garantía de derechos, que permita garantizar en el ámbito de salud mental a niños, niñas y adolescentes el acceso oportuno, la cobertura, así como voz y participación en el diseño, gestión y evaluación del sistema. Así, no existen garantías que aseguren este derecho ni condiciones que permitan ejercerlo de manera oportuna a fin de que no solo exista el tratamiento, sino que también la promoción del bienestar y prevención de los trastornos de salud mental, y de que no se cronifiquen las problemáticas de salud mental que experimentan los niños, niñas, y adolescentes.

Por otra parte, y si bien la existencia de legislación es una condición que se plantea como absolutamente necesaria para un adecuado abordaje de la salud mental de niños, niñas y adolescentes, es una condición que por sí sola no asegura que los niños, niñas y adolescentes puedan efectivamente ejercer su derecho a la salud. En este sentido, son muy relevantes también, las estructuras, los actores, los procesos y los recursos económicos que existen en el ámbito de la salud mental, ya que posibilitan diseñar y/o implementar lo que se establezca en una determinada legislación. Estos aspectos se abordarán las siguientes dimensiones.

También, se hace necesario que desde la normativa se garantice un presupuesto afín a la complejidad del sistema de atención de salud mental en un contexto de protección integral a la infancia y adolescencia.

Por último, a partir de estos hallazgos se concluye que es necesario un análisis en profundidad de las normativas vigentes vinculadas a la materia de salud mental con niños, niñas y adolescentes, que permitan analizar brechas en temáticas específicas como el tramo etario del consentimiento para la atención considerando la autonomía progresiva; el ingreso voluntario e involuntario; así como los tiempos de hospitalización y la compleja situación de la esterilización de personas que presentan un trastorno psiquiátrico.

⁸⁴ Con la dictación de la Ley N°21.430 sobre Garantías y Protección Integral de los Derechos de la Niñez y Adolescencia y Ley N° 21.331 del Reconocimiento y Protección de los Derechos de las Personas en la Atención de Salud Mental se ha avanzado en el reconocimiento del derecho de todo niño, niña y adolescente al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

Asimismo, en concordancia con el paradigma de la protección integral, se crea el Sistema de Garantías y Protección Integral por el cual se busca la adopción de medidas que permitan el efectivo y permanente goce de derechos por parte de todos los niños, niñas y adolescentes, en aras de su desarrollo holístico

Se reconoce la interrelación de los derechos, para concebir la protección de los niños, niñas y adolescentes como la efectiva realización de todos sus derechos, incluyendo por cierto su salud mental.

Sin perjuicio de este avance a nivel normativo, existen grandes desafíos ligados a la implementación progresiva del Sistema de Garantías y sus mecanismos de exigibilidad, para lo cual es fundamental considerar evidencia como la que proporciona este estudio para dirigir de forma eficiente los esfuerzos operativos.

» 2. Marco conceptual

De acuerdo a lo recogido, prevalecería en Chile una visión biomédica que se expresa en elementos tan críticos como la diferencia en la asignación de presupuestaria para salud física versus salud mental; así como en el porcentaje que se asigna en contraste con lo recomendado por los estándares internacionales.

Vinculado con lo anterior, la salud mental no se concibe como derecho, pues aún se entiende el derecho a la salud ligada a la salud física y se mantiene una perspectiva patologizante de la salud mental, lo que es sumamente problemático, pues perpetúa una carencia en el sistema de promoción del bienestar y la prevención del desarrollo de trastornos en salud mental.

Por otro lado, existe una importante brecha en el diseño de la oferta programática principalmente vinculado a una implementación insuficiente respecto a lo que se declara en las normas técnicas de los programas y proyectos. Sin embargo, el problema no sería sólo operativo, sino que los diseños ya serían deficientes en términos de los marcos conceptuales a los que adscriben, lo que se evidencia en algunos casos en una incorrecta comprensión de los enfoques plasmados en los diseños (un ejemplo claro es el enfoque de género cuya implementación se limita a asegurar coberturas a las niñas y adolescentes), así como que estos no son sensibles a las realidades locales, pues se diseñan en una lógica top-down y no se retroalimenta con lo que ocurre en los territorios.

» 3. Coordinación intersectorial

En este punto es importante mencionar que los problemas identificados corresponden más bien a la gestión del Estado pero que se suman a las otras brechas propias del área.

Si bien se considera como necesario y existe coordinación entre los distintos sectores, donde destaca el acuerdo por la infancia (coordinación bisectorial MINSAL-SENAME), existe un consenso general de que sigue siendo una buena práctica en la gestión y que sus falencias pueden deberse a la falta de formalización y la poca efectividad de estas acciones. Además, la colaboración entre los distintos sectores continuaría en un nivel de *información*, identificado como el nivel más básico de coordinación, por lo que, de acuerdo a las recomendaciones de la OPS (2017) citadas anteriormente en este informe, faltaría un desarrollo más profundo en los niveles de *cooperación*, *coordinación* e *integración*.

Por otro lado, los profesionales, que participaron en las diversas etapas de recolección de información, también coinciden en que existe una brecha en la formación para la coordinación, es decir, en general se desconoce cómo llevar a cabo un trabajo intersectorial efectivo que permita mejorar el uso de recursos y evitar la sobreintervención.

Por último, un punto especialmente crítico de la brecha en la coordinación redonda en una falta de atención a las necesidades de los grupos vulnerables. Un caso particularmente complejo sería la situación de los niños, niñas y adolescentes bajo cuidado del Estado, donde se requiere la coordinación oportuna y efectiva de distintos sectores para garantizar el acceso a los servicios de salud mental. Un nivel de coordinación de *integración* permitiría la definición de una nueva política o programa en conjunto con un objetivo común (OPS, 2017).

» 4. Participación de niños, niñas y adolescentes

La participación implica mayor información y voz en la toma de decisiones (Barcala, 2019), lo que, si bien se reconoce como un elemento importante, en el contexto nacional se observa un nivel consultivo, principalmente relacionado a la satisfacción usuaria (en este caso, niños, niñas y adolescentes y sus familias).

Asimismo, es necesario destacar que, la mayor brecha y desafío en este aspecto se encuentra en el desarrollo de mecanismos para asegurar la participación de niños, niñas y adolescentes, considerando la autonomía progresiva y facilitando espacios para incluir a los grupos especialmente vulnerables de esta población.

» 5. Estructura de la política

A partir de los hallazgos, es posible advertir que el enfoque comunitario, recomendado por los organismos internacionales especializados en la materia y que se declara en la oferta, está implementado con muchas dificultades en Chile.

En este sentido, se advierte una oferta insuficiente en todos los niveles de atención (promoción, prevención, tratamiento y recuperación). Sumado a lo anterior, existiría predominio de la oferta de tratamiento por sobre la de promoción o prevención, que queda claramente evidenciado en los adolescentes participantes de los grupos focales, quienes declararon no haber participado ni recordar alguna campaña de prevención o promoción de la salud mental.

Se identificaron brechas con aspectos que se intersectan con la dimensión de intersectorialidad, por cuanto, se identificaron servicios o programas vinculados a la promoción y principalmente la prevención en salud mental para niños, niñas y adolescentes en otros sectores pero que no están bajo un mismo marco o Política Nacional de la Infancia y adolescencia. Es decir, que corresponden a iniciativas de otros sectores como Educación o Justicia. Por ello, se necesita un marco general de una política que más del sector salud sea una política integral del Estado, que consideren a todos los actores con sus estrategias y planes de salud mental y no solo al sector salud.

» 6. Calidad y derechos

En primer lugar, existiría un dispar avance en el desarrollo de estándares para la evaluación de los servicios, así como de mecanismos para revisar e implementar mejoras en los mismos. De igual forma, se observa que la implementación y monitoreo de los indicadores del modelo de gestión y del Plan Nacional de Salud Mental sigue estando circunscrito al trabajo que realiza el sector salud, y no se ha incluido a otros sectores que pueden estar contribuyendo al abordaje de la salud mental de niños, niñas y adolescentes.

Además, un aspecto clave para el monitoreo y la evaluación de la gestión, como el traspaso de información entre instituciones (por ejemplo, bases de datos sobre atención en salud mental de niños, niñas y adolescentes) se seguiría realizando a nivel de convenios específicos, lo que demora la posibilidad de generar y medir indicadores para mejorar la calidad de la atención en salud mental. Por otra parte, se destaca una falta de protocolos, en el ámbito de la internación, y de ésta en contexto involuntario, respecto de la detección de niños, niñas y adolescentes en situación de explotación económica y social, y de mecanismos de denuncia y reparación por vulneración de derechos, exclusivos para niños, niñas y adolescentes. Los entrevistados de nivel

central, regional y local, coinciden en que estas problemáticas obedecen a una falta de entendimiento a nivel estatal de lo que implica la salud mental de niños, niñas y adolescentes, una falta de condiciones en los territorios para la implementación de la oferta en salud mental, y una insuficiente comprensión y abordaje del enfoque de derechos humanos desde la acción estatal en materia de salud mental, todos aspectos que dificultan transitar hacia el establecimiento de estándares para mejorar la atención en salud mental para niños, niñas y adolescentes.

Por otro lado, en torno a la nueva legislación de salud mental hay articulados que son un avance en materia de proteger la integridad, como por ejemplo prohibir las prácticas de esterilización sin consentimientos de adolescentes hospitalizados/as, también se considera el consentimiento libre e informado de procedimientos. Un aspecto deficitario son las pocas atribuciones de decisión que tienen los equipos clínicos, en términos de abreviar las hospitalizaciones de niños, niñas y adolescentes cuando ya están las condiciones de alta, pero donde igualmente se deben cumplir plazos extemporáneos indicados legalmente, por órdenes emanadas desde tribunales.

» 7. Fuente de financiamiento⁸⁵

Tal como se menciona en el apartado de Marco Conceptual de este informe, el financiamiento adecuado y sostenido es uno de los factores más importantes en la implementación de una política. Al respecto, en nuestro país, se desprende del análisis integrado de las distintas fuentes de información que los recursos que actualmente se asignan a salud mental son insuficientes y el problema se agudiza en materia de salud mental específicamente para la infancia y adolescencia. Si bien, en este punto los estándares internacionales son inespecíficos en términos de monto, Chile estaría muy por debajo de lo recomendado, alcanzando solo un 2% del presupuesto, cuando lo recomendado es un 5% (Errázuriz et al., 2015).

Asimismo, los criterios de asignación actuales, que estarían relacionados a coberturas, perjudicarían a las regiones distintas a la Región Metropolitana y especialmente en zonas extremas, donde la cobertura es baja, pero existe una gran dispersión territorial y en muchos casos tienen dificultades particulares (por ejemplo, no hay disponibilidad de profesionales).

Del mismo modo, los indicadores de evaluación en este ámbito se focalizan en la cobertura que alcanzan los programas o proyectos.

» 8. Organización de servicios de salud mental

Los resultados, en contraste a las recomendaciones de avanzar a un modelo de salud mental comunitario con una combinación óptima de los distintos servicios integrados en la red, apuntan a que en nuestro contexto persiste una prevalencia del modelo biomédico y además un énfasis en tratamiento, en desmedro de la promoción, prevención y recuperación.

⁸⁵ Se destaca como avance a nivel de estructura el principio de prioridad (artículo 16 de la Ley de Garantías) por el cual se dispone que los órganos del Estado deberán entregar la debida prioridad a los niños, niñas y adolescentes en la formulación y ejecución de las políticas públicas y en el acceso y atención de los servicios sociales. Además, los órganos del Estado deberán priorizar dentro de sus presupuestos las prestaciones destinadas a niños, niñas y adolescentes.

Aún no se presenta la primera ley de presupuesto bajo la vigencia de la Ley de Garantías, por lo que aún es muy pronto para evaluar cumplimiento a estándar normativo.

Además, se observa una atención más bien local que territorial, es decir, existe atención de salud mental en el ámbito primario, pero este sigue rigiéndose por una lógica médica, con una brecha burocrática para acceder a la atención y que, por lo tanto, no sería cercana a las comunidades y mucho menos a los niños, niñas y adolescentes.

Por otro lado, la falta de servicios especializados en algunas regiones y/o localidades tiene como resultado que los usuarios deban desarraigarse de su red familiar/comunitaria para recibir la atención que requieren; o en el peor de los casos no recibir la atención.

» 9. Recursos humanos y capacitación

El trabajo con población infanto-adolescente es complejo y más aún si se considera la atención de poblaciones en situación de vulnerabilidad. Por ello, las políticas públicas en este ámbito debiesen generar incentivos que promuevan la instalación de competencias técnicas especializadas en los equipos de profesionales, ya sea elevando los estándares de formación en intervención durante el pregrado o asegurando financiamiento y/o becas de especialización técnica, así como mejorar las condiciones laborales de los profesionales que se desempeñan en el área. Al respecto, la principal brecha identificada en este ámbito es la falta de especialización de los profesionales que intervienen en salud mental infantil y adolescente. Esta especialización se declara como principio dentro de las políticas y programas, pero no existirían mecanismos formales para garantizar el acceso a dicha especialización, por lo que muchas veces los profesionales gestionan con recursos propios su formación. Esta brecha se agudiza aún más en temáticas de derechos humanos, que no se incluiría en mallas académicas de formación de pregrado y la oferta de especialización es mucho más escasa.

Otro elemento crítico, y contraviniendo las recomendaciones de la evidencia (Juretić et al., 2015), es la gestión del personal, pues se identificaron prácticas habituales en oferta programática de salud mental infantil y adolescente que representa malas condiciones laborales, lo que repercutiría en la alta rotación y la pérdida de personal que ha ganado experiencia y especialización.

Con todo, destaca en este ámbito el desarrollo de la práctica multidisciplinaria, reconocido como fundamental para atender las necesidades de salud mental de la población.

» 10. Adquisición y distribución de medicamentos

En este ámbito, el diagnóstico es transversal respecto a que los tratamientos farmacológicos no son utilizados como última ratio en la atención de problemas de salud mental, y habría un excesivo uso tanto en contexto escolar como en los contextos de tutela del Estado (niños, niñas y adolescentes en residencias).

Por otro lado, en cuanto a la brecha de disponibilidad, los profesionales señalan que el stock disponible de medicamentos no siempre logra cubrir la demanda existente. Por otro lado, los medicamentos garantizados de salud mental, tanto para usuarios del sector público y privado, son solo los que están considerados en las canastas focalizadas de los problemas de salud del AUGE, como la depresión en mayores de 15 años y consumo problemáticos de sustancias en menores de 20 años. El resto de los problemas de salud mental que requieran medicamentos no están protegidos y cubiertos legalmente.

» 11. Sistemas de información

Existe en nuestro contexto una cultura generalizada y formal de registro de información. No obstante, el Estado sigue muy desarticulado en esta materia, lo que afecta las acciones que se puedan desarrollar en el ámbito de la salud mental para niños, niñas y adolescentes. En este sentido, hay consenso en la necesidad de transitar hacia sistemas integrados de información a nivel del intersector, ya que los problemas con el funcionamiento actual no solo se reducen a la falta de registro o al registro de la misma información en distintas bases de datos, sino también a que mucha información sea subutilizada, pese a ser útil para el mejoramiento del diseño y gestión de las políticas públicas.

Por otro lado, si solo se considera el sector salud, existe una alta fragmentación de los sistemas de información, los cuales en muchos casos duplican la misma información, pero que es necesario informar a sistemas distintos, por lo que a parte de los costos de mantener distintos sistemas, como por ejemplo para el agendamiento, los Registros Clínicos Electrónicos (RCE), sistema de referencia⁸⁶ y contrarreferencia⁸⁷, notificación de casos GES (SIGGES), entre otros muchos se generan una importante brecha de interoperabilidad entre los sistemas lo que afecta la continuidad e integralidad de la atención.

Por lo tanto, a partir de lo recomendado por la OMS (2010) respecto al desarrollo de un sistema de información de salud mental, en nuestro contexto estaríamos en las etapas de *recogida* (obtención de los datos) y *procesamiento* (movimiento de los datos); más no habría suficiente desarrollo en los ámbitos de *análisis* (examen y estudio de los datos), *difusión* (comunicación de los resultados del análisis) y *utilización* (aplicación de los datos para mejorar la prestación, planificación, desarrollo y evaluación de los servicios).

Por otro lado, no existen sistemas integrados de gestión de casos entre los distintos sectores que se involucran en la atención de salud mental y en el sistema de protección a la infancia, lo que dificulta la continuidad de la intervención en el sistema y redundante en una sobre intervención hacia los usuarios y sus familias, especialmente en el caso de los niños, niñas y adolescentes que se encuentran bajo cuidado del Estado.

» 12. Evaluación

En nuestro país existe un consenso general sobre la importancia de contar con evaluaciones y se ha avanzado en las últimas décadas en la formalización de prácticas de evaluación de manera continua, sin embargo, esto sigue siendo insuficiente en la medida en que dichas evaluaciones en general se quedan en el ámbito de procesos y, en menor medida, en resultados e impacto. Esto se vincularía, por un lado, a la falta de recursos, pero también podría estar directamente relacionado a la dificultad con los sistemas de información y los desafíos de la coordinación intersectorial que no permiten levantar información epidemiológica robusta en bases de datos integradas y compartidas entre los distintos sectores que atienden a la infancia y adolescencia en Chile.

Asimismo, y en contraste con las recomendaciones, se evidencia que no hay presencia de un enfoque de derechos humanos en las evaluaciones de las políticas y servicios de salud mental para niños, niñas y adolescentes en Chile.

86 Corresponde a “la solicitud de evaluación diagnóstica y/o tratamiento de un paciente derivado de un establecimiento de salud de menor capacidad resolutoria a otro de mayor capacidad, con la finalidad de asegurar la continuidad de la prestación de servicio” (MINSAL, 2016, p.1).

87 “Es la respuesta del especialista, dirigida al profesional del establecimiento o Servicio Clínico de origen del paciente, respecto de la interconsulta solicitada. Es aquel procedimiento, mediante el cual se retorna al paciente al establecimiento de origen y/o al que pudiese asegurar la continuidad del caso, luego de haberse atendido satisfactoriamente el requerimiento. Este procedimiento debe incluir la respuesta del especialista respecto de la interconsulta solicitada (MINSAL, 2016, p.1).

REVISIÓN DE POLÍTICAS Y PLANES DE PAÍSES DE ACUERDO A LAS CATEGORÍAS DE ANÁLISIS UTILIZADAS

Se realizó un análisis documental y comparativo de los países considerados, se buscó información específica y acotada de políticas y planes de salud mental de niños, niñas y adolescentes, por ello se identificaron solo los documentos de organismos oficiales de cada país que correspondan a las categorías señaladas.

Como se señaló, la matriz para evaluar los documentos de cada país se hizo conforme a las siguientes dimensiones:

1. Legislación.
2. Coordinación intersectorial.
3. Participación comunitaria.
4. Estructura de la Política en salud (promoción, prevención, tratamiento, integración y recuperación).
5. Calidad y derechos en los servicios de salud mental para niños, niñas y adolescentes.
6. Fuente de financiamiento.
7. Organización de servicios de salud mental.
8. Recursos humanos, capacitación y formación en el sistema.
9. Adquisición y distribución de medicamentos básicos.
10. Sistemas de información.
11. Evaluación de la política, servicios y programas.

» a. Síntesis para el análisis de pertinencia y recomendaciones

Con el objetivo de sintetizar la revisión de las políticas y planes de los países incluidos, se consideró un análisis de la pertinencia de esas experiencias a la realidad local chilena, por ello se elaboró un esquema que aborda la potencial utilidad y pertinencia, para poder así considerar esos antecedentes relevantes en el desarrollo de recomendaciones.

Para el análisis se establecieron cinco criterios (alta, media alta, media, media baja y baja), que permiten un abanico de alternativas para calificar si la dimensión tiene una "alta" utilidad para recoger recomendaciones para las políticas de salud mental y adolescencia en Chile a una "baja" utilidad.

- **Alta:** se considera que la dimensión tiene una alta utilidad para recoger recomendaciones para las Políticas de Salud Mental de infancia y adolescencia en Chile.
- **Media alta:** se considera que la dimensión tiene una media alta utilidad para recoger recomendaciones para las Políticas de Salud Mental de infancia y adolescencia en Chile.
- **Media:** se considera que la dimensión tiene una media utilidad para recoger recomendaciones para las Políticas de Salud Mental de infancia y adolescencia en Chile.

- **Media baja:** se considera que la dimensión tiene una media baja utilidad para recoger recomendaciones para las Políticas de Salud Mental de infancia y adolescencia en Chile.
- **Baja:** se considera que la dimensión tiene una baja utilidad para recoger recomendaciones para las Políticas de Salud Mental de infancia y adolescencia en Chile.

La aplicación de la pauta, conforme a las dimensiones para analizar las políticas y planes, generó una matriz en la que destacan principalmente tres países, estos son Inglaterra, Canadá y Australia. No obstante, en términos generales, el desarrollo de planes y políticas en niños, niñas y adolescentes es menor si se compara con lo que se puede encontrar respecto a la salud mental general que incluye todos los tramos etarios. Fue transversal encontrar un número disminuido de documentos para la infancia y adolescencia, muchos de ellos solo con menciones breves a políticas específicas en infancia y adolescencia.

Si bien es conocida la dificultad de extrapolar experiencias comparadas a la realidad chilena, si se consideró pertinente en algunas dimensiones del análisis ser apropiadas para Chile, en particular en reconocer una alta utilidad para identificar recomendaciones.

Cabe destacar en primer lugar a Inglaterra en varias dimensiones de análisis, la primera de ellas en cuanto al robusto plan de financiamiento, y sus modalidades de transferencia de recursos. Por un lado, hay un equilibrio en el presupuesto destinado a salud mental en comparación a los otros problemas de salud con alta carga de enfermedad, y hay un objetivo de paridad que busca alcanzar entre el gasto de salud mental y el resto de los problemas de salud.

Otra dimensión destacada es la coordinación intersectorial. Se identificaron facilitadores como, por ejemplo, que el Ministerio de Desarrollo Social está integrado con el Ministerio de Salud (Department of Health and Social Care), asimismo, la coordinación no solo se da entre esos dos sectores sino también con otros sectores y de la sociedad civil, por ello la acción intersectorial no se reduce a una acción informativa entre distintos sectores, sino que se concreta una coordinación intersectorial integrada. Otra dimensión destacada es la del sistema de información, Inglaterra y el Reino Unido en su conjunto cuentan con un Sistema de Información integrado entre los distintos niveles de salud lo que facilita la atención de niños, niñas y adolescentes con perspectiva de continuidad de la atención.

El sistema de monitoreo de la calidad de la atención destaca en el caso de Inglaterra, dado que existe un robusto plan de supervisión de la calidad de la atención de salud mental en general y de niños, niñas y adolescentes también, lo que se puede vincular con la dimensión de formación y capacitación de los recursos humanos, la cual considera que los equipos manejen las competencias requeridas para la atención de salud mental de niños, niñas y adolescentes. Por último, respecto a la Organización de los Servicios de Salud Mental se consideró pertinente y recomendable para el caso de Chile avanzar a servicios con un enfoque comunitario, basado en la Atención Primaria de Salud, territorializado y que considera no solo las acciones de tratamiento sino también las acciones preventivas y promocionales de la salud con otros servicios y sectores en los territorios, como por ejemplo con educación y otros servicios sociales. En términos generales se prioriza una organización de servicios con un componente principal basado en la atención ambulatoria y comunitaria.

Si bien las dimensiones por la cuales se destaca Inglaterra también destacan en otros países analizados, cabe destacar el caso de Perú en la dimensión de legislación, principalmente por la exitosa implementación de la Ley de Salud Mental (promulgada en 2021), la cual no solo garantiza los derechos de las personas con trastornos mentales severos, sino que también impulsa el desarrollo de servicios de salud mental con un financiamiento asegurado por ley, similar a lo que ha sido en Chile otras legislaciones vinculadas a salud como la Ley Ricarte Soto y el Subsistema de Protección de la Infancia Chile Crece Contigo. Gracias a la implementación de la Ley de salud mental en Perú se han podido desarrollar servicios comunitarios de salud mental territorializados con casi 200 establecimientos de especialidad de salud mental comunitaria, homologables en Chile a los Centros de Salud Mental Comunitaria (COSAM/CESAM).

DIMENSIÓN DE LA POLÍTICA OMS	NUEVA ZELANDA	REINO UNIDO	INGLATERRA
Fuente de financiamiento	Media alta	Media alta	Alta
Coordinación intersectorial	Media alta	Media	Alta
Legislación	Media	Media	Media
Sistema de información	Media alta	Media alta	Alta
Evaluación de la política, servicios y programas	Media alta	Media	Media alta
Mejora Calidad	Media alta	Media alta	Alta
Derechos en los servicios de salud mental de los niños, niñas y adolescentes	Media alta	Baja	Media
Organización de Servicios de Salud Mental	Media alta	Alta	Alta
Estructura de la política en salud (Promoción, prevención, tratamiento, integración y recuperación)	Baja	Media alta	Alta
Adquisición y distribución medicamentos básicos	Media	Media alta	Media alta
Recursos humanos, capacitación y formación en el sistema.	Media alta	Media alta	Alta

ESTUDIO DE POLÍTICAS PÚBLICAS RELACIONADAS CON LA SALUD MENTAL DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES

CANADÁ	AUSTRALIA	PERÚ	URUGUAY	PORTUGAL	ESPAÑA
Alta	Alta	Media	Media	Media alta	Media alta
Alta	Alta	Media alta	Media alta	Alta	Media alta
Media	Media alta	Alta	Media	Media alta	Media alta
Baja	Media	Media	Media alta	Media	Media
Media alta	Media alta	Media alta	Media	Media	Media alta
Media alta	Alta	Media alta	Media alta	Media alta	Media alta
Media	Media alta	Muy Buena	Media alta	Alta	Media alta
Media alta	Media alta	Alta	Media alta	Media alta	Media alta
Alta	Alta	Media alta	Media alta	Alta	Media alta
Media	Media	Media	Media	Media	Media
Media	Media alta	Media	Media alta	Media alta	Media alta

5

RECOMENDACIONES

La revisión de los estándares internacionales de derechos humanos de niños, niñas y adolescentes, en materia de salud mental dan cuenta de algunos avances, en base a la última legislación de salud mental, como por ejemplo en la prohibición de esterilizaciones en el marco de internaciones forzadas, como también el consentimiento libre e informado a procedimientos e intervenciones como psicocirugías. Por otro lado, hay una brecha que disminuir y que tiene relación con el número de niños, niñas y adolescentes institucionalizados principalmente en SENAME⁸⁸.

De lo anterior se desprende que acciones necesarias respecto de la legislación, son el contar con una Ley de Garantías para la niñez y adolescencia⁸⁹, que los reconozca como sujetos de derechos, así como de legislación específica en el ámbito de la salud mental para niños, niñas, y adolescentes, que tome en consideración la autonomía progresiva en la toma de decisiones respecto de salud, y que se acompañe de financiamiento y una estructura que hagan posible un efectivo ejercicio del derecho a la salud. El cambio de paradigma que se necesita no podría lograrse, ni permear el sistema, si no existe una ley de protección integral hacia la infancia.

La oferta programática, tanto pública como privada, está bajo un funcionamiento focalizado principalmente, por ejemplo, en salud lo que corresponde al GES de depresión solo en mayores de 15 años y el GES de consumo perjudicial de drogas, lo que resulta insuficiente para satisfacer las necesidades de salud mental de niños, niñas y adolescentes. Las coberturas de salud mental en la red pública se identificaron insuficientes. En el ámbito privado hay costos que son muy difíciles de asumir para las familias, mientras que en el ámbito público implican no acceder a las prestaciones de salud mental, en particular en territorios y localidades del país donde hay mayores dificultades en proveer esos servicios con personal capacitado limitado.

La revisión de las políticas y planes de salud mental con foco en niños, niñas y adolescentes mostró la importancia de iniciativas efectivas en contextos que garantizan un financiamiento adecuado para un acceso universal a las distintas prestaciones de salud, capacitación adecuada y suficiente en temáticas de infancia y adolescencia del personal de salud y un diseño integral que contempla no solo aspectos del tratamiento sino aspectos preventivos y promocionales con un enfoque comunitario de salud.

⁸⁸ Al momento del desarrollo del presente estudio, no se había puesto en marcha el Servicio de Protección especializada a la Niñez y Adolescencia (Mejor Niñez), que comenzó a funcionar el 1 de octubre de 2021. Por lo tanto, se analiza las líneas programáticas de protección y justicia de la antigua estructura orgánica del Servicio Nacional de Menores.

⁸⁹ Nota del editor: A la fecha de realización de este estudio y la presentación de su informe final, se encontraba pendiente la tramitación del proyecto de ley de garantía, el que fue promulgado y publicado el 15 de marzo del 2022, a través de la Ley 21.430 sobre garantías y protección integral de los derechos de la niñez y adolescencia.

Existen múltiples desafíos para Chile en materia de Salud Mental en infancia y adolescencia, estos tienen relación con las áreas más débiles, como son la implementación de un abordaje intersectorial de los temas de salud mental, que van más allá de salud y que actualmente tienden a fragmentar los pocos recursos destinados a abordar los temas de salud mental. En base a la revisión de las Políticas y Planes en otros países, se considera esencial considerar la participación del área social, como el Ministerio de Desarrollo Social y Familia (especialmente la Subsecretaría de la Niñez), el Ministerio de Educación, el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos principalmente. Es importante avanzar a un enfoque no solo centrado en la acción intersectorial entre las agencias del Estado sino también a la sociedad civil y representantes de la comunidad para invitar a lograr una mayor participación de las políticas y planes y le den una mayor legitimidad a las políticas y sostenibilidad en el tiempo.

Un segundo aspecto es el desfinanciamiento de los servicios de salud mental para niños, niñas y adolescentes, lo que implica la implementación de servicios focalizados y de baja cobertura que impiden un acceso universal a las necesidades de salud mental de niños, niñas y adolescentes.

Por otro lado, existen desafíos muy importantes en materia de participación y resguardos de los derechos de niños, niñas y adolescentes en el proceso de atención de salud mental no solo en el sector salud, sino en otros sectores como Justicia y Derechos Humanos, Educación, Deporte, Cultura, y Desarrollo Social y Familia, esto particularmente se ve reflejado en grupos prioritarios y especialmente vulnerables como los niños, niñas y adolescentes bajo el cuidado del Estado, en situación de discapacidad, diversidad sexual, pueblos indígenas, entre otros.

En este sentido, en el ámbito de calidad y derechos se indica que se debe avanzar en todos aquellos aspectos deficitarios mencionados anteriormente, desde una perspectiva integrada que logre articular acciones conjuntas que mejoren la calidad de la atención en salud mental para niños, niñas y adolescentes desde los diversos sectores involucrados en las temáticas de niñez y adolescencia, así como el necesario desarrollo de protocolos para aquellas situaciones en que se identifiquen vulneraciones a sus derechos en el marco de la atención en salud mental. De igual forma, se destaca la necesidad de considerar los contextos territoriales de implementación de la oferta programática en salud mental para abordar los estándares que debiesen establecerse, incluidos por ejemplo los cambios que han ocurrido en las modalidades de atención en el marco de la emergencia sanitaria y la situación que viven los niños, niñas y adolescentes migrantes en el país, como lo plantea UNICEF en un comunicado de prensa de 2021⁹⁰. Por último, se observa la necesidad de avanzar en el desarrollo de mecanismos de denuncia y reparación para vulneraciones de derechos de pacientes, que estén diseñados específicamente para niños, niñas y adolescentes, a fin de que existan instancias exclusivas para esta población que puedan responder a denuncias por vulneraciones de derecho en el ámbito de la salud mental de manera oportuna e integral.

90 Para más detalles, revisar <https://www.unicef.org/chile/comunicados-prensa/los-efectos-nocivos-de-la-covid-19-sobre-la-salud-mental-de-los-ni%C3%B1os-ni%C3%B1as-y>

A continuación, se despliegan con detalle más de 23 recomendaciones generales y específicas, que plantean los principales desafíos en base a la revisión e investigación realizada, considerando las dimensiones para el diseño y elaboración de una Política de Salud Mental con foco en Infancia y adolescencia.

Además, se generaron recomendaciones generales y específicas por cada dimensión. Las recomendaciones generales se categorizan bajo criterios de recomendación además de considerar un horizonte temporal para su implementación.

Criterios de temporalidad:

- Corto plazo
- Mediano plazo
- Largo plazo

Para los criterios de recomendación se consideran los propuestos por Bardach (1998) y que responden a consideraciones prácticas para el proceso de adopción e implementación de la política, estos son:

- **Legal.** Una política viable no violará los derechos constitucionales del pueblo ni la ley. Sin embargo, la autora destaca la diferencia entre los derechos legales y los llamados derechos “naturales” o “humanos”, como el “derecho al aborto”, el “derecho a la vida” o “el derecho de toda mujer a tomar decisiones sobre su vida o su propio cuerpo”. Las recomendaciones de política pública sobre este tipo de derechos generarán más debate y / o rechazo, según la audiencia.
- **Robusta.** Muchas ideas de políticas pueden parecer muy buenas sobre el papel, pero a menudo fracasan en su implementación real. En consecuencia, una opción de política debe ser lo suficientemente sólida para que, aunque el proceso de implementación no sea fácil, los resultados de la política sean satisfactorios.
- **Viabilidad política.** La inviabilidad política puede ser una combinación de dos cosas: "demasiada oposición (que puede ser amplia o intensa o ambas) y / o muy poco apoyo (que puede ser insuficientemente amplio o insuficientemente intenso o ambos)". El desarrollo de estrategias creativas puede abrir opciones que antes no se habían tenido en cuenta.
- **Flexible.** Al recomendar una política pública no es posible tener todos los detalles correctos para diseñar un escenario. Por lo tanto, debe existir un cierto margen de maniobra para que los implementadores de políticas perfeccionen el diseño original. El elemento más común para dicha mejora es involucrar en el proceso de implementación a aquellas personas y grupos cuyas experiencias o puntos de vista no han sido incluidos en la fase de diseño.
- **Viabilidad presupuestaria.** Es decir, si se recomienda más de una solución de política pública, es importante integrarlas a los análisis de factibilidad política y presupuestaria. Si se propone un aumento de gastos, es importante aclarar cómo se financiaría (qué otro gasto reducir o impuestos aumentar).
- **Oportuna.** Las acciones políticas siempre compiten entre ellas por los recursos más escasos -tiempo, recursos financieros o institucionales, capital político- y, por lo tanto, las recomendaciones deben tener no solo las características antes mencionadas, sino que también deben ser “oportunas” en el sentido de que es “su momento”.

ESTUDIO DE POLÍTICAS PÚBLICAS RELACIONADAS CON LA SALUD MENTAL DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES

DIMENSIÓN DE LA POLÍTICA OMS	RECOMENDACIONES	ACTORES CLAVES	CRITERIOS DE RECOMENDACIÓN	TEMPORALIDAD
Fuente de financiamiento	1. Alcanzar un financiamiento de salud mental del 6% respecto el presupuesto total de salud, esto bajo un plan de cierre de brechas de 4 a 6 años, donde se identifique la proporción destinada para la salud mental de niños, niñas y adolescentes.	Ministerio Desarrollo Social y Familia (específicamente el rol clave de la Subsecretaría de la Niñez), Ministerio de Hacienda y Ministerio de Salud.	Legal, Robusta, Oportuna	Mediano y largo plazo
	2. Desarrollo de esquemas de financiamiento integrado intersectorialmente para la prevención y promoción de la salud mental de niños, niñas y adolescentes.	Ministerios de Educación, deporte, Interior, entre otros.	Legal, Robusta. Flexible y oportuna	Mediano y largo plazo
Coordinación intersectorial	3. Conformar una Comisión Nacional de Salud Mental independiente del Ministerio de Salud con una línea específica de acción para niños, niñas y adolescentes, fortaleciendo la participación de organizaciones civiles, academia y organizaciones de usuarios, niños, niñas y adolescentes. Su objetivo es generar propuestas vinculantes al Estado para mejorar la salud mental de niños, niñas y adolescentes.	Ministerios de Desarrollo Social y Familia (específicamente el rol clave de la Subsecretaría de la Niñez), Salud, Educación, deporte, Interior, ONG, agrupación de usuarios y familiares, y representantes de la comunidad.	Viable políticamente, Viable presupuestariamente, Oportuna	Corto plazo
	4. Fortalecer el desarrollo de políticas, planes, estrategias y programas de salud mental para niños, niñas y adolescentes de forma intersectorial, desde el levantamiento de necesidades, diseño, implementación, monitoreo y evaluación.	Ministerios de Desarrollo Social y Familia (específicamente el rol clave de la Subsecretaría de la Niñez), Salud, Educación, deporte, Interior, ONG, agrupación de usuarios y familiares, y representantes de la comunidad.	Viable políticamente, Flexible, Oportuna	Corto y mediano plazo
Legislación	5. Incorporar en las legislaciones de salud mental futuras la protección financiera para la promoción, prevención y atención de salud mental a niños, niñas y adolescentes bajo un esquema intersectorial con presupuestos integrados. La protección debe alcanzar desde dos perspectivas: una avanzar a servicios de salud universal y no focalizados como los son hoy y, por otro lado, un gasto suficiente en salud mental que permita responder a las necesidades de niños, niñas y adolescentes que ya están padeciendo un problema de salud mental.	Ministerio Desarrollo Social y Familia (específicamente el rol clave de la Subsecretaría de la Niñez), Ministerio de Hacienda y Ministerio de Salud.	Legal, Robusta, Oportuna.	Mediano plazo

<p>Sistema de información</p>	<p>1. Contar con un sistema integrado que logre inter operar con los distintos sistemas de información de salud, como también con otros sectores como educación, Desarrollo Social, entre otros.</p>	<p>Ministerios de Desarrollo Social y Familia (específicamente el rol clave de la Subsecretaría de la Niñez), Salud, Justicia, Interior, Educación.</p>	<p>Flexible y Oportuna</p>	<p>Mediano plazo</p>
<p>Evaluación de la política, servicios y programas</p>	<p>2. Integrar al proceso de evaluación la perspectiva de niños, niñas y adolescentes, y grupos específicos como LGBTQ+, pueblos originarios, entre otros.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los gobiernos deben entregar apoyo, asistencia y condiciones de acceso suficientes a las instituciones nacionales de derechos humanos para que desarrollen investigaciones públicas y evaluaciones nacionales sobre el ejercicio efectivo del derecho a la salud de los niños, niñas y adolescentes. 	<p>Ministerio Desarrollo Social y Familia (específicamente el rol clave de la Subsecretaría de la Niñez), Ministerio de Salud.</p>	<p>Robusta, Viabilidad política, Flexible, Viabilidad presupuestaria, Oportuna</p>	<p>Corto plazo</p>
<p>Mejora Calidad</p>	<p>3. Implementar estrategias de mejora de la calidad desde la elaboración de planes locales, territorializados y con pertinencia cultural.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incorporación de indicadores de Experiencia Reportada por el Paciente (Patient Reported Experience, Prens) y de los Resultados Reportados por el Paciente (Patient-Reported Outcome Measure, Proms) pertinentes para niños, niñas y adolescentes. <p>4. Implementar Programas de mejoramiento de la gestión (PMG) de Salud Mental, para la incorporación de la perspectiva de salud mental, en particular de niños, niñas y adolescentes, como la perspectiva de disminuir el estigma hacia los problemas de salud mental.</p>	<p>Ministerio Desarrollo Social y Familia (específicamente el rol clave de la Subsecretaría de la Niñez), Ministerio de Salud.</p>	<p>.x,</p>	<p>Corto y mediano plazo</p> <p>Corto plazo</p>

Derechos en los servicios de salud mental de los niños, niñas y adolescentes	1. Garantizar el acceso universal a las prestaciones de salud y no limitarlo a programas focalizados como se realiza actualmente en la red. <ul style="list-style-type: none"> Cumplimiento de los estándares de DDHH consagrados en los tratados que el Estado chileno ha adscrito como piso mínimo para establecer una política de salud mental en este ámbito. 	Ministerio Desarrollo Social y Familia (específicamente el rol clave de la Subsecretaría de la Niñez), Ministerio de Salud. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos e Interior y Seguridad Pública.	Robusto, Oportuno.	mediano y largo plazo
			Viabilidad presupuestaria, Oportuna	corto y mediano plazo
	2. Rendición de cuentas <ul style="list-style-type: none"> Los Estados deben asegurar la producción de datos de calidad, levantados periódicamente y la existencia de proceso de examen públicos, cuyos resultados sean entregados a la ciudadanía y que se realicen con regularidad. Importante se monitorizar esto mediante el reporte periódico del estado de situación institucional y el acceso anónimo y libre a las bases de datos de las distintas agencias involucrada con la atención de salud mental. Promover la participación de los usuarios. 	Ministerio Desarrollo Social y Familia (específicamente el rol clave de la Subsecretaría de la Niñez), Ministerio de Salud.	Legal, Oportuno	mediano plazo
	3. Monitoreo ante vulneraciones de derechos <ul style="list-style-type: none"> Inclusión de mecanismos para prevenir la violación de los derechos humanos en este ámbito de atención Inclusión de normas de atención y mecanismos relativos a la vigilancia, denuncia y reparación. Estos deben ser públicos, y conocidos por usuarios, funcionarios y otros actores relevantes. Fortalecer las capacidades de la CONAPREM para alcanzar una mayor autonomía. 	Ministerio Desarrollo Social y Familia (específicamente el rol clave de la Subsecretaría de la Niñez), Ministerio de Salud. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos.	Legal, Oportuno	corto y mediano plazo
	4. Abordaje para grupos especialmente vulnerable y promover un abordaje comunitario, permitiendo que se involucren los cuidadores y otros miembros de su comunidad y/o instituciones. <ul style="list-style-type: none"> Los Estados deben asegurar y hacer posible la existencia de mecanismos independientes que puedan supervisar efectivamente a servicios y programas de salud mental, en todos los niveles, para prevenir la existencia de violencia, abusos y explotación. 	Ministerio Desarrollo Social y Familia (específicamente el rol clave de la Subsecretaría de la Niñez), Ministerio de Salud. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos.	Legal, Oportuno	corto y mediano plazo
	5. Establecer mecanismos de denuncia y reparación que resguarden los derechos de niños, niñas y adolescentes mediante un fortalecimiento efectivo de la CONAPREM para una dedicación específica y con recursos para este punto.			

Organización de Servicios de Salud Mental	1.	Rediseño de la red con la incorporación de la perspectiva intersectorial y equidad dado las poblaciones específicas que no acceden a los servicios de salud mental.	Ministerio Desarrollo Social y Familia (específicamente el rol clave de la Subsecretaría de la Niñez), Ministerio de Salud. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Ministerio de Educación, ONG, organización de usuarios y familiares.	Robusto, Oportuno	Mediano y largo plazo
	2.	Fortalecimientos de modelos de atención comunitaria con una apertura a cuidados fuera del hogar, mediante medidas que por un lado consoliden la reforma psiquiátrica en Chile y supriman los establecimientos psiquiátricos de larga estadía de los últimos 4 hospitales psiquiátricos del país, como también con un fortalecimiento de los servicios comunitarios con recursos humanos y financieros en los establecimientos ambulatorios y cerrados (Hospitales Generales) como una mayor oferta programática preventiva y de promoción de la salud.		Robusto, Oportuno	Mediano plazo
Estructura de la política en salud (Promoción, prevención, tratamiento, integración y recuperación)	3.	Fortalecimiento de un modelo comunitario con perspectiva psicosocial que supere el modelo biomédico hegemónico.	Ministerio Desarrollo Social y Familia (específicamente el rol clave de la Subsecretaría de la Niñez), Ministerio de Salud.	Robusto, Flexible y Oportuno	Mediano y largo plazo
	4.	Brindar un acceso universal a las necesidades de salud mental de niños, niñas y adolescentes. Esto implica superar políticas que focalizan la atención de salud mental en problemas específicos como el GES.		Robusto y Oportuno	Largo plazo
	5.	<p>Generar planes temáticos específicos bajo una estructura intersectorial desde el diseño, en temas como prevención del suicidio, disminución del estigma, prevención del consumo de alcohol y drogas, entre otros.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es necesario que el sector salud y el sector social respondan de modo integral. • Inclusión de intervenciones basadas en evidencia. • Inclusión de las escuelas como espacios clave de promoción y prevención en este ámbito. • Provisión de tratamientos oportunos y adecuados. • Evitar la medicalización excesiva. • Abordaje de la recuperación e integración desde el ámbito comunitario. <p>Para la ejecución de estos planes es importante conformar mesas de trabajo y diseño de los planes con un enfoque de intersectorial y de participación, con miembros de las agencias del Estado claves (como las mencionadas en la columna siguiente) como de la sociedad civil y comunidad.</p>	Ministerio Desarrollo Social y Familia (específicamente el rol clave de la Subsecretaría de la Niñez), Ministerio de Salud, Educación, Interior y Seguridad Pública, ONG, organización de usuarios y familiares.	Robusta, Viabilidad política, Flexible, Oportuna	Corto plazo
Adquisición y distribución medicamentos básicos	6.	Generar un sistema de monitoreo actualizado de la disponibilidad de medicamentos en los distintos establecimientos de salud de la red.	Ministerio de Salud	Flexible	Mediano plazo

ESTUDIO DE POLÍTICAS PÚBLICAS RELACIONADAS CON LA SALUD MENTAL DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES

<p>Recursos humanos, capacitación y formación en el sistema.</p>	<p>1. Fortalecimiento de la formación en salud mental con enfoque comunitario y psicosocial en el pregrado en Universidades y Centros de Formación Técnica.</p> <p>2. Generar proceso de capacitación efectivos y competencias para la atención de salud mental tanto para la promoción, prevención y atención de niños, niñas y adolescentes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los Estados deben desarrollar competencias en el personal de los servicios de salud mental sobre el abordaje y el trato que se entrega al trauma, así como la obligación de no revictimizar. • Se requiere de profesionales especializados para el trabajo con grupos especialmente vulnerables. • Las personas que se desempeñan en la administración penitenciaria de justicia juvenil también deben contar con formación especializada en salud mental. 	<p>Ministerio de Salud</p>	<p>Flexible y Oportuno</p> <p>Legal, Robusto, Viabilidad política, Flexible, Oportuna</p>	<p>Mediano y largo plazo</p> <p>Corto y mediano plazo</p>
<p>Marco conceptual</p>	<p>3. Inclusión de los Enfoques de DDHH, Derecho Positivo y Seguridad Pública, y desarrollo de mecanismos para su implementación efectiva.</p>	<p>Ministerio Desarrollo Social y Familia (específicamente el rol clave de la Subsecretaría de la Niñez), Ministerio de Salud, Justicia y Derechos Humanos e Interior y Seguridad Pública.</p>	<p>Flexible y Oportuno</p>	<p>Mediano y largo plazo</p>
<p>Participación</p>	<p>4. Desarrollo de capacidades y mecanismos que aseguren una efectiva participación de los niños, niñas y adolescentes en las distintas fases de las políticas públicas, teniendo en cuenta su edad y nivel de desarrollo. Para canalizar esto es importante desarrollar planes de trabajo con, por ejemplo, el consejo de niños, niñas y adolescentes que MINSAL ha impulsado y que estos Consejos tengan sus réplicas a nivel regional y Comunal, con eso asegurar una estructura en todos los niveles de sistema.</p>	<p>Ministerio de Desarrollo Social y Familia (específicamente el rol clave de la Subsecretaría de la Niñez). Ministerio de salud</p>	<p>Viabilidad política, Flexible y Oportuno</p>	<p>Corto plazo</p>

6

BIBLIOGRAFÍA

- Andréu, J. (2002). Las técnicas de Análisis de Contenido: Una revisión actualizada. Serie Sociológica. Fundación Centro de Estudios Andaluces. Sevilla, España.
- Amnistía Internacional (2005). Haiti Disarmament Delayed, Justice Denied. AI Index: AMR 36/005/2005. Londres, Amnesty International.
- Armijo, M. (2004). “Buenas prácticas de gestión pública en América Latina”. Exposición en el IX Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Madrid: España, 2 - 5 Nov.
- Ballesteros, R. F. (Ed.). (1996). Evaluación de programas: una guía práctica en ámbitos sociales, educativos y de salud. Síntesis. Field, A., Miles, J. & Field, Z. (2012). Discovering Statistics using R. SAGE. London. United Kingdom.
- Barcala, A. (2019). Salud mental y derechos humanos en la infancia y adolescencias. 1a ed. - Remedios de Escalada: De la UNLa - Universidad Nacional de Lanús, 2019.
- Bedregal, P., Torres, A., & Carvallo, C. (2014). Chile crece contigo: El desafío de la protección social a la infancia. Documento de Trabajo. Santiago: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
- Berra, E., Marín, I. y Alvarez, R. (1996). Metodología de Expertos. Consenso en Medicina. Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP). Serie Monografías N°14. Granada. España.
- Bianchi, E. (2016). Diagnósticos psiquiátricos infantiles, biomedicalización y DSM: ¿hacia una nueva (a)normalidad? Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, 14 (1), pp. 417-430.
- Briones, G. (1991) Evaluación de Programas Sociales. Editorial Trillas, 1ª edición. México.
- Bronfenbrenner, U., The Ecology of Human Development: Experiments by nature and design. Harvard University Press, 1979.
- Bulcours, P. y Cardozo, N. (2008). ¿Por qué comparar políticas públicas? Documento de Trabajo # 3. Universidad Nacional de Quilmes. Argentina. ISSN 1852-1517
- CADEM (2019) El Chile que viene, uso de redes sociales marzo 2019 [Presentación] Disponible en: https://www.cadem.cl/wp-content/uploads/2019/04/Estudio-El-Chile-que-Viene_Reddes-Sociales.pdf
- Chile Crece Contigo (2019). Catálogo de Prestaciones 2019-2020. Chile Crece Contigo.
- CIDH (2020). Cuadernillo de Jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos N°. 28: Derecho a la salud. Disponible en: <https://www.corteidh.or.cr/sitios/libros/todos/docs/cuadernillo28.pdf>
- Comité de los Derechos del Niño (2018). Informe de la investigación relacionada en Chile en virtud del artículo 13 de Protocolo facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño relativo a un procedimiento de comunicaciones. Disponible en: <https://www.defensorianinez.cl/wp-content/uploads/2019/03/2018-Informe-del-Comit%C3%A9-de-los-Derechos-de-la-Ni%C3%B1ez.pdf>
- Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes, CONACE (2009). Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2018. Ministerio del Interior. Gobierno de Chile. Santiago, Chile.

- COPOLAD (2014). Calidad y Evidencia en Reducción de la Demanda de Drogas. Marco de referencia para la acreditación de programas. Programa de Cooperación entre América Latina y la Unión Europea en Políticas sobre Drogas (COPOLAD). Madrid, España.
- Critería (2020) Informe Estudio Convivencia Digital Familiar en Chile [Presentación] Disponible en: https://vtrconvivedigital.com/radiografia_digital_vtr.html
- Defensoría de la Niñez (2020). Estudio sobre efectos del estado de excepción y posterior crisis social 2019, en niños, niñas y adolescentes. Disponible en: https://www.defensorianinez.cl/wp-content/uploads/2020/05/Estudio_opinion_nna_crisis_2020-VF.pdf
- Del Giorgio, F. (2012). Benchmarking en el sector público: aportes y propuestas de implementación para la provincia de Buenos Aires. Villa Elisa. Argentina.
- Del Valle, M. & Zamora, E. (2022). El uso de las medidas de auto-informe: ventajas y limitaciones en la investigación en Psicología. Instituto de Psicología Básica, Aplicada y Tecnología Universidad Nacional de Mar del Plata - CONICET.
- De la Barra, F. (2009). Salud mental de niños y adolescentes ¿Por qué es necesario investigar? *REV CHIL NEURO-PSIQUIAT* 2009; 47 (3): 175-177.
- De la Barra, Vicente, Saldivia & Melipillán (2012). Estudio de epidemiología psiquiátrica en niños y adolescentes en Chile. Estado actual. *Rev. Med. Clin. Condes* - 2012; 23(5) 521-529]. La prevalencia de trastornos mentales incluye trastornos ansiosos, afectivos, del comportamiento, uso de drogas, alimentación, esquizofrenia y cualquier otro trastorno mental.
- De la Barra, F., Irrazaval, M., Valdes, A., & Soto-Brandt, G. (2019). Evolving child and adolescent mental health and development programs in Chile. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 43.
- Drug and Alcohol Office (2014). Introduction to Alcohol and Other Drug Prevention. Guidelines. Government of Western Australia. Drug and Alcohol Office, Perth.
- EMCDDA (2011). European drug prevention quality standards (EDPQS). A manual for prevention professionals. EMCDDA Manuals No7. Luxembourg: The Publications Office of the European Union. ISBN: 978-92-9168-487-8
- EMCDDA (2013). European drug prevention quality standards: a quick guide. Luxembourg: Publications Office of the European Union. ISBN: 978-92-9168-665-0. Traducción: COPOLAD, (2014) Estándares europeos de calidad en prevención de drogas: Guía breve. Madrid.
- EMCDDA (2019b). European Prevention Curriculum: a handbook for decision-makers, opinion-makers and policy-makers in science-based prevention of substance use. Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- Errázuriz, P., Valdés, C., Vöhringer, P. & Calvo, E. (2015). Financiamiento de la salud mental en Chile: una deuda pendiente. *Revista médica de Chile*, 143(9), 1179-1186. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872015000900011>
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (s.f.) El enfoque basado en los derechos humanos.
- Foro Permanente de las Naciones Unidas para las Cuestiones Indígenas (2015). La autolesión y el suicidio entre los jóvenes. Decimocuarto período de sesiones: Nota temática para análisis.
- Frances, J. (2020). Understanding and building resilience to early life trauma in Belarus and Ukraine. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen.
- Fry, D., Padilla, K., Germanio, A., Lu, M., Ivatury, S. & Vindrola, S. (2022) Violencia contra niños, niñas y adolescentes en América Latina y el Caribe 2015-2021: Una revisión sistemática.
- Fung, D., Chern, C. y Fang, T (2018). Calidad clínica y seguridad del paciente en salud mental infantil y adolescente (Irrazaval M, Martin A, ed. Prieto-Tagle F, Ros G, trad.). En Rey JM (ed), *Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP*. Ginebra: Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesionales Afines.

- Giménez, C. y Valente, X. (2010). El enfoque de los derechos humanos en las políticas públicas: ideas para un debate en ciernes. Cuadernos del CENDES, vol. 27, núm. 74, mayo-agosto, 2010, pp. 51-80 Universidad Central de Venezuela Caracas, Venezuela.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, M. (2014). Metodología de la Investigación. 6ª edición. McGraw-Hill. México.
- HLPF (2017). Thematic Review of SDG3: Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages.
- Idele, P., Banati, P., Sharma, M., Perera, C., Anthony, D. (2022). Child and Adolescent Mental Health and Psychosocial Wellbeing Across the Life Course: Towards an Integrated Conceptual Framework for Research and Evidence Generation, UNICEF Office of Research – Innocenti, Florence, 2022.
- Instituto Nacional de Derechos Humanos (2018). Misión de observación a centros residenciales de la red SENAME. Resumen Ejecutivo. Consejo Directivo INDH.
- Jacobs, B., Barrett, E., Klasen, H., Robertson, P., Skova, L., Snircova, E. y Sönmez, E. (2018). Child and Adolescent Psychiatry Training in Europe. En Hodes, M., Shur-Fen, G. & De Vries, P. (Eds.) (2018). Understanding uniqueness and diversity in child and adolescent mental health. Academic Press. Elsevier. London, United Kingdom.
- Jones, J. & Hunter, D. (1995). Consensus methods for medical and health services research. *BMJ*, 311: 376-380.
- Juretić, J. (2015). Definiciones conceptuales para un sistema integral de protección a la infancia. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF. Santiago de Chile.
- Kardefelt-Winther, D. (2017). How does the time children spend using digital technology impact their mental well-being, social relationships and physical activity? An evidence-focused literature review. UNICEF Office of Research – Innocenti.
- Kelly, L. (2013). Conducting focus groups with child participants. *Developing practice*, 36: 79-82.
- Korman, A. (2003). Focus groups as qualitative research. Londres, Sage.
- Krueger, R. A. (1991). El grupo de discusión: guía práctica para la investigación aplicada. Madrid: Pirámide.
- López, M., Laviana, M., Fernández, L., López, A., Rodríguez, A., & Aparicio, A.. (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental: Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 28(1), 48-83.
- Lundy, L. (2007). 'Voice' is not enough: conceptualising Article 12 of the United Nations Convention on the Rights of the Child. *British educational research journal*, 33(6), 927-942.
- M. Valkenburg P. & Taylor J. (2017) Plugged in How Media Attract and Affect Youth. Yale University Press: New Haven & London.
- Martínez, M. (1998). La investigación cualitativa etnográfica en educación. México: Trillas.
- Miller, S.J. (2018). *Enseñando, afirmando, y reconociendo a jóvenes trans*+ y de género creativo: un marco de enseñanza queer*. Ediciones Universidad Alberto Hurtado. Marzo de 2018. Santiago de Chile.
- Minoletti, A., Alvarado, R., Rayo, X., & Minoletti, M. (2014). Evaluación de sistemas de salud mental en Chile: Segundo informe. Ministry of Health. Santiago.
- Minoletti, A. & Zaccaria, A. (2005). Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 18(4/5), 2005.
- Ministerio de Salud (s.f.). Red de servicios de salud mental y psiquiatría. Santiago, Chile.
- Ministerio de Salud (2013). Programa Nacional de Salud Integral de adolescentes y jóvenes. Plan de Acción 2012-2020. Nivel primario de atención.

- Ministerio de Salud (2018a). Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes: Nivel Especializado de Atención Abierta y Cerrada. Resolución Exenta N°1676.
- Ministerio de Salud (2018b). Servicios de Salud Integrales, Amigables y de Calidad para Adolescentes. Orientación Técnica para la Atención Primaria de Salud.
- Ministerio de Salud (2019). Norma Técnica para la Promoción del Bienestar, Prevención y Abordaje Integral de desajustes Emocionales y Conductuales en niños, niñas y adolescentes en cuidado alternativo residencial. Subsecretaría de Salud Pública. Ord. N°1830.
- Ministerio de Salud de Chile y Chile Crece Contigo, MINSAL y ChCC (2008). Manual para el apoyo y seguimiento del desarrollo psicosocial de los niños y niñas de 0 a 6 años.
- Ministerio de Salud, MINSAL (2008). Guía Clínica Atención Integral de Niñas/ Niños y Adolescentes con Trastorno Hiperactivo/ Trastorno de la Atención (THA). Santiago: MINSAL.
- Ministerio de Salud (s.f.) Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría.
- Ministerio de Salud de Chile y UNICEF (2011). Guía Clínica. Atención de Niños, Niñas y Adolescentes Menores de 15 años, Víctimas de Abuso Sexual.
- Ministerio de Salud de Chile, MINSAL (2013a). Programa Nacional de Salud de la Infancia con Enfoque Integral.
- Ministerio de Salud de Chile, MINSAL (2013b). Norma Administrativa Programa Nacional de Salud de la Infancia.
- Ministerio de Salud, MINSAL (2013c). Guía Clínica para el Tratamiento de Adolescentes de 10 a 14 años con Depresión. Santiago. MINSAL.
- Ministerio de Salud, MINSAL (2013d). Guía Clínica AUGÉ “Consumo perjudicial y Dependencia de alcohol y otras drogas en personas menores de 20 años”. Santiago: MINSAL.
- Ministerio de Salud y Chile Crece Contigo, MINSAL y ChCC (2017). Orientación Técnica. Programa de apoyo a la salud mental infantil de niños y niñas de 5 a 9 años. Gestión intersectorial y prestaciones.
- Ministerio de Salud (2018). Modelo de gestión. Red temática de salud mental en la red general de salud. Santiago de Chile.
- Minoletti, A. (2011). Abogacía para mejorar las políticas públicas en salud mental en Chile. *Átopos: Salud Mental, Comunidad y Cultura* 11: 84-93, 2011.
- Molina, P. (2017). Aspectos éticos en la investigación con niños. *Cien. tecnol. salud. vis. ocul.* 16(1). pp. 75-87.
- Moraga, C. y Moreno, G. (2007). Intervenciones basadas en la evidencia en el ámbito de la promoción de la salud mental en familias con niños de 0 a 6 años. Revisión sistemática de la literatura. Medwave. Departamento de Salud Mental del Ministerio de Salud.
- Morgan, D. L. (1988). *Focus groups as qualitative research*. Newbury Park, CA, EE. UU.: Sage.
- Mukolo, A., Heflinger, C. A., & Wallston, K. A. (2010). The stigma of childhood mental disorders: A conceptual framework. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(2), 92-103.
- OEA (1999) Convención Interamericana para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=199523>
- OIE-UNESCO (2018) Iberoamérica Inclusiva Guía para asegurar la inclusión y la equidad de la educación en Iberoamérica. Disponible en: <http://perkinsla.org/recursosbiblio/Iberoamerica.pdf>
- O'Loughlin, K., Althoff, R. & Hudziak, J. (2018). Promoción y prevención en salud mental infantil y adolescente (Irrazaval, M., Martín, A. eds. Prieto-Tagle, F. & Elias, N. trad.). En Rey, J.

- (ed). Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP. Ginebra: Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesiones Afines.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2003). Mejora de la calidad de la salud mental. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003 (Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental).
- OMS (2005). Política, planes y programas de Salud Mental - Edición Revisada. Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de salud mental.
- OMS (2006) Manual de Recursos sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación. Disponible en: https://www.who.int/mental_health/policy/legislation/WHO_Resource_Book_MH_LEG_Spanish.pdf
- OMS (2010). Sistemas de información de salud mental. Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental.
- OMS (2011). Building back better: sustainable mental health care after emergencies. World Health Organization.
- OMS (2013) Plan de Acción sobre Salud Mental 2013 – 2020. Disponible en: https://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/es/
- OMS (2014). Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy. Geneva.
- OMS y ACNUR (2015). Evaluación de necesidades y recursos psicosociales y de salud mental: Guía de herramientas para contextos humanitarios. Ginebra.
- OMS, OPS y ACNUR (2016). El manejo clínico de los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en las emergencias humanitarias. Guía de intervención humanitaria mhGAP (GIH-mhGAP).
- OMS Europa (2010). Better Health, Better Lives: Research Priorities. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen.
- OMS Europa (2012a). Better Health, Better Lives: Research Priorities. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen.
- OMS Europa (2012b). Mental health and well-being: why pay attention to this issue during adolescence? Fact sheet. Copenhagen, 29 April 2012.
- OMS (2017) Aceleración mundial de las medidas para promover la salud de los adolescentes (Guía AA-HA!). Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49181>
- OMS Europa (2018). Health of refugee and migrant children: Technical guide. WHO Regional Office for Europe; 2018. Copenhagen.
- ONU (2011). Salud de la población joven indígena en América Latina: un panorama general. Naciones Unidas, octubre de 2011.
- ONU (1948). Declaración Universal de Derechos Humanos. Disponible en: https://www.un.org/es/documents/udhr/UDHR_booklet_SP_web.pdf
- ONU (1966) Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Disponible en: https://www.ohchr.org/Documents/ProfessionalInterest/cescr_SP.pdf
- ONU (1972) Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. Disponible en: https://www.ohchr.org/Documents/ProfessionalInterest/ccpr_SP.pdf
- ONU (1989) Convención sobre los Derechos del Niño. Disponible en: https://www.unicef.org/chile/media/3176/file/convencion_sobre_los_derechos_del_nino.pdf
- ONU (1991) Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el mejoramiento de la atención de salud mental. Disponible en: <http://www.dpp.cl/resources/upload/files/documento/5696c291673d759716a9b3c3d2fc20d4.PDF>
- ONU (2000). Observación general N° 14 El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales).

- Comité de Derechos Económicos, Sociales, y Culturales. Disponible en: <https://www.refworld.org.es/docid/47ebcc492.html>
- ONU (2007a) Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Disponible en: <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>
- ONU. (2007b). Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para la Administración de la Justicia de Menores (“Reglas de Beijing”) en Recopilación de reglas y normas de las Naciones Unidas en la esfera de la prevención del delito y la justicia penal. Disponible en https://www.unodc.org/pdf/criminal_justice/Compendium_UN_Standards_and_Norms_CP_and_CJ_Spanish.pdf
- ONU. (2007c). Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos (Reglas Nelson Mandela) en Recopilación de reglas y normas de las Naciones Unidas en la esfera de la prevención del delito y la justicia penal. Disponible en: https://www.unodc.org/pdf/criminal_justice/Compendium_UN_Standards_and_Norms_CP_and_CJ_Spanish.pdf
- ONU (2016) Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Disponible en: <https://undocs.org/es/A/HRC/32/32>
- ONU (2017). Informe del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Salud mental y derechos humanos. Disponible en: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G17/O21/37/PDF/G17O2137.pdf?OpenElement>
- Organización Panamericana de la Salud (2009). Estrategia y plan de acción sobre salud mental. 49.o CONSEJO DIRECTIVO 61.a SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL Washington, D.C., EUA, del 28 de septiembre al 2 de octubre del 2009 CD49/11 (Esp.).
- Organización Panamericana de la Salud (2017). Documento Conceptual: Intersectorialidad. Concurso de Experiencias significativas de promoción de la salud en la Región de las Américas.
- Parsons, W. (2007) Políticas Públicas: una introducción a la teoría y a la práctica del análisis de políticas públicas. FLACSO, México.
- PNUD (2017). Desiguales. Orígenes, cambios y desafíos de la brecha social en Chile. Santiago de Chile, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
- Powell, M., Taylor, N., Anderson, D. y Fitzgerald, R. (2013). Investigación ética con niños. Florencia: Centro de Investigaciones de UNICEF – Innocenti.
- Red Iberoamericana de Organizaciones No Gubernamentales que trabajan en Drogas y adicciones, RIOD (2019). De la cura de la enfermedad a la promoción de la salud colectiva. Un enfoque de Salud Pública en materia de drogas.
- Rosenbaum, M. (2014). La seguridad ante todo: un enfoque realista sobre los adolescentes y las drogas. Drug Policy Alliance.
- Sandoval, C. (2002) Investigación Cualitativa. En: Especialización en Teoría, Métodos y Técnicas de Investigación Social. Colombia: Arfo
- Scarborough, E. & Tanenbaum, E. (1998). Research Strategies in the Social Sciences. A guide to New Approaches. Oxford University Press.
- SENAME (2019). Orientaciones Técnicas. Residencia Alta Especialidad. Departamento de Protección de Derechos.
- SENAME (2019b). Procedimiento. Prevención del Suicidio en Centros y Programas de Justicia Juvenil. Departamento de Justicia Juvenil.
- Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA (2018). Orientaciones técnicas 2018. Área de Prevención, División Programática. Febrero, 2018.
- Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol,

- SENDA (2021). Estrategia Nacional de Drogas 2021-2030. Para un Chile que Elige Vivir sin Drogas. Ministerio del Interior y Seguridad Pública. Gobierno de Chile Santiago, Chile.
- Serra, A. (2007) Modelo abierto de Gestión Para Resultados en el sector público. Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo (CLAD).
- Servili, C. (2018). Organización y prestación de servicios de salud mental infantil y adolescente (Irrazaval, M., Martín, A. eds. Prieto- Tagle, F. & Rodríguez, M. trad.). En Rey, J. (ed). Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP. Ginebra: Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesiones Afines.
- Spendolini, M. (2000). The Benchmarking Book. Second edition. Amacom, New York.
- Stein, E. Tommasi, M. Echebarría, K., Lora, E. y Payne, M. (2006). La política de las políticas públicas, progreso económico y social en América Latina. Banco Interamericano de Desarrollo.
- Taylor, S. J., y Bogdan, R. (1987). Introducción a los métodos cualitativos de investigación. España: Síntesis.
- UNESCO (2016) Learning for All: Guidelines on the Inclusion of Learners with Disabilities in Open and Distance Learning. Disponible en: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000244355>
- UNESCO (2017). Education sector responses to the use of alcohol, tobacco and drugs. Good Policy and Practice in Health Education: Booklet 10.
- UNICEF (2011). Adolescence: An age of opportunity. The state of world's children 2011.
- UNICEF (2014). Observaciones Generales del Comité de los Derechos del Niño. Disponible en: <https://www.unicef.org/UNICEF-ObservacionesGeneralesDelComiteDeLosDerechosDelNino-WEB.pdf>
- UNICEF Canadá (2017). My cat makes me happy. What Children and Youth Say about Measuring their Well-being. Executive Summary.
- UNICEF (2017) Estado mundial de la infancia 2017. Niños en un mundo digital [Resumen ejecutivo] Disponible en: <https://www.unicef.org/media/48611/file>
- UNICEF (2018) Estrategia de las Naciones Unidas para la Inclusión de la Discapacidad. Disponible en: https://www.un.org/en/content/disabilitystrategy/assets/documentation/UN_Disability_Inclusion_Strategy_spanish.pdf
- UNICEF (2019a). Community-based mental health and psychosocial support in humanitarian settings: Three-tiered support for children and families. Operational Guidelines.
- UNICEF (2019) Child and Youth Participation – Options for Action. Disponible en: https://ciudadesamigas.org/wp-content/uploads/2019/05/CFCI_Child_and_Youth_Participation_-_Options_for_Action.pdf
- UNICEF (2019b). Mental health and psychosocial. Technical note.
- UNICEF Chile (2020). Niños, niñas y adolescentes en Chile 2020. UNICEF, Chile.
- UNICEF-UK (2020). Children in lockdown: rapid assessment of the impact of coronavirus on children in the UK.
- UNODC (2013). Guía de Introducción a la Prevención de la Reincidencia y la Reintegración Social de Delincuentes. Serie de guías de justicia penal. Oficina de las Naciones Unidas contra la droga y el delito.
- UNODC (2016a). Informal scientific network statement: United Nations General Assembly Special Session on Drugs (UNGASS 2016).
- UNODC (2016b). Guidelines on drug prevention and treatment for girls and women. United Nations Office on Drugs and Crime. Vienna.

- UNODC & OMS (2018). International Standards on Drug Use Prevention. Second updated edition. Vienna.
- UNODC & OMS (2020). International standards for the treatment of drug use disorders: revised edition incorporating results of field-testing. Geneva.
- University of Michigan (2017) Starter Guide Engaging with Youth on Social Media. [Guía práctica] Disponible en: <https://www.umhs-adolescenthealth.org/wp-content/uploads/2018/03/social-media-plan-starter-guide.pdf>
- Van de Ven, A. & Delbecq, A. (1972). The nominal group as a research instrument for exploratory health studies. *Am J Public Health*. 62(3):337-42.
- Velázquez, A. (2009). La carga de enfermedad y lesiones en el Perú y las prioridades del plan esencial de aseguramiento universal. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2009; 26(2): 222-31.
- Vigo, D. V., Kestel, D., Pendakur, K., Thornicroft, G., & Atun, R. (2019). Disease burden and government spending on mental, neurological, and substance use disorders, and self-harm: cross-sectional, ecological study of health system response in the Americas. *The Lancet Public Health*, 4(2), e89-e96.
- Vínculo Consultores (2020). Piso de protección social orientado al cumplimiento de los derechos de la niñez. UNICEF Chile. Santiago. Chile.
- World Health Organization (2001). Proyecto de política de salud mental: paquete de orientación sobre política y servicios: resumen analítico (No. WHO/NMH/MSD/MPS/O1.3).
- World Health Organization (2004). Social Determinants of Mental Health, WHO, Geneva, Switzerland, 2014, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112828/9789241506809_eng.pdf
- World Health Organization, World Health Organization. Department of Mental Health, Substance Abuse, World Psychiatric Association, International Association for Child, Adolescent Psychiatry, & Allied Professions. (2005). Atlas: child and adolescent mental health resources: global concerns, implications for the future. World Health Organization.
- World Health Organization. (2005). Política, planes y programas de salud mental.
- World Health Organization. Glossary: Whole-of-government, whole-of-society, health in all policies, and multisectoral. WHO, 2016.
- World Health Organization. (2001). Proyecto de política de salud mental: paquete de orientación sobre política y servicios: resumen analítico (No. WHO/NMH/MSD/MPS/O1.3).

7

ANEXOS

1 | INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

FICHA 1 | FICHA DE SISTEMATIZACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS (FORMATO PRELIMINAR)

POLÍTICA:	
Datos Generales	
Código ID	
País	
Estado en que se encuentra la política	
Órgano conductor	
Objetivos	
Componentes, servicios o áreas de intervención	
Nivel de implementación	
Nivel de focalización	
Interseccionalidad	
Mediciones (existencia sistemas de evaluación)	
Hallazgos y aprendizajes potenciales	

FUENTE | ELABORACIÓN PROPIA.

FICHA 2 | FICHA DE SISTEMATIZACIÓN DE PROGRAMAS (FORMATO PRELIMINAR)

PROGRAMA:	
Datos Generales	
Código ID	
Tipología ⁹¹	
Objetivo General	
Población Objetivo	
Contexto de implementación	
Entidad creadora (diseño)	
Entidad ejecutora	
Fuente y estrategia de Financiamiento	
Tiempo de ejecución	
Criterios de focalización	
Cobertura (beneficiarios)	

91 Tipologías a considerar: Promoción, prevención, tratamiento, integración y recuperación.

Situación problema que busca resolver
Principales características del Problema
Rol de niños, niñas y adolescentes en diagnóstico
Marco Teórico que explica la intervención
Enfoque conceptual general
Modelos de intervención
Técnicas de intervención
Ajuste al contexto infanto-juvenil
Marco Institucional
Principales características de la legislación donde se inserta
Inserción en el sistema de salud nacional
Articulación con planes o políticas de mayor envergadura
Metodología de intervención
Objetivo general
Objetivos Específicos
Componentes de intervención ⁹²
Etapas de intervención
Rol de niños, niñas y adolescentes en diseño
Rol de niños, niñas y adolescentes en intervención
Gestión del Programa
Estructura de implementación
Esquema de coordinación Interinstitucional / intersectorial
Equipo de ejecución directa
Requisitos de capacitación y formación (equipo)
Sistemas de registro y gestión de información utilizados
Monitoreo y evaluación
Sistema de monitoreo de gestión de intervención
Mecanismos de mejora de calidad de la intervención
Estrategias de evaluaciones Desplegadas
Rol de niños, niñas y adolescentes en evaluaciones
Resultados reportados (énfasis en efectividad)
Análisis general del programa a la luz del contexto nacional chileno
Identificación de Fortalezas y Potencialidades
Identificación de Debilidades y Limitantes

FUENTE | ELABORACIÓN PROPIA.

92 Considerar adquisición y distribución de medicamentos básicos.

» Entrevista Individual (Mapeo de oferta nacional)

Instrucciones para los entrevistadores: La siguiente pauta es referencial y busca proporcionar un modelo para organizar la entrevista y orientar sobre las temáticas que resultan más relevantes según los objetivos de la asesoría. Se espera que el entrevistador pueda aplicar su criterio de acuerdo con el desarrollo de la entrevista para profundizar en aquellas temáticas más pertinentes al rol del entrevistado procurando cubrir todas las dimensiones. Se espera que la entrevista no tome un tiempo máximo 90 minutos.

ANTECEDENTES GENERALES

Nombre de la institución u organismo

Nombre del entrevistado/a

Cargo

Tiempo en el Cargo

DIMENSIÓN	PREGUNTA TIPO	ANOTACIONES
Legislación y Enfoque de Derechos Humanos	¿Cómo se aborda la protección de los derechos de los niños, niñas y adolescentes en el marco de la salud mental?	
	¿Existe algún departamento, oficina y/o funcionario encargado dentro de la institución del enfoque de derechos en la atención en salud mental con niños, niñas y adolescentes?	
	¿Se han desarrollado medidas para detectar e implementar acciones frente a un niños, niñas y adolescentes que se encuentre en situación de explotación económica y/o social?	
Organización de servicios de salud mental	¿Se han desarrollado medidas para resguardar los derechos de los niños, niñas y adolescentes en el uso adecuado en la admisión y tratamiento en contexto involuntario?	
	¿Qué servicios existen a nivel comunal y/o regional para la atención en salud mental de niños, niñas y adolescentes?	
	¿Existe alguna instancia formal o informal de coordinación para los servicios que trabajan en salud mental de niños, niñas y adolescentes?	
	¿Identifica facilitadores u obstaculizadores para la coordinación de los servicios de salud mental que atienden a niños, niñas y adolescentes, a nivel regional y/o comunal?	

¿Existen procesos estandarizados para seleccionar a los funcionarios que trabajan en el ámbito de salud mental de niños, niñas y adolescentes?

¿Se realiza algún tipo de inducción técnica para estos funcionarios?

¿Se cuenta con un equipo multidisciplinario para el trabajo en salud mental de niños, niñas y adolescentes?

¿Cómo evalúa el nivel actual de preparación de su equipo para trabajar con niños, niñas y adolescentes en el ámbito de salud mental?

¿Existe algún plan interno de su institución para el desarrollo y/o fortalecimiento de los recursos humanos en el marco de la salud mental de niños, niñas y adolescentes?

Recursos humanos, capacitación y formación

¿Existen instancias de capacitación para los funcionarios que trabajan en el ámbito de salud mental de niños, niñas y adolescentes?

¿Existen programas de capacitación para los equipos profesionales de salud mental que intervienen en prestación directa de servicios de atención?

¿Se ha abarcado en estas instancias la capacitación en enfoque de derechos?

¿Se abarcado en estas instancias el trabajo con grupos prioritarios y especialmente vulnerables como niños, niñas y adolescentes bajo cuidado del Estado, en situación de discapacidad, diversidad sexual, pueblos indígenas, entre otros?

¿Existen actividades de actualización de conocimientos en el ámbito de la salud mental para niños, niñas y adolescentes?

¿Existen programas de capacitación para los equipos profesionales de salud mental en el ámbito de la investigación y el desarrollo de servicios?

¿Existen programas de capacitación en salud mental de niños, niñas y adolescentes para otros actores u organizaciones que trabajen en conjunto con su institución?

**Promoción,
prevención,
tratamiento,
integración y
recuperación
(Recovery)**

¿Existen programas, proyectos o iniciativas que aborden la promoción de la salud mental y el bienestar en niños, niñas y adolescentes desde su institución?

¿Qué enfoque se le ha dado al trabajo en este ámbito?

¿Qué acciones se realizan en su institución en este ámbito?

¿Existen programas, proyectos o iniciativas que aborden la prevención de problemas de salud mental en niños, niñas y adolescentes desde su institución?

¿Qué enfoque se le ha dado al trabajo en este ámbito?

¿Qué acciones se realizan en su institución en este ámbito?

¿Existen programas, proyectos o iniciativas que aborden el tratamiento, integración y/o recuperación en salud mental para niños, niñas y adolescentes desde su institución?

¿Qué enfoque se le ha dado al trabajo en este ámbito?

¿Qué acciones se realizan en su institución en este ámbito?

**Adquisición y
distribución de
medicamentos
básicos (solo con
entrevistados
que
correspondan)**

¿Existen mecanismos que aseguren la disponibilidad para el acceso a medicamentos para niños, niñas y adolescentes que los requieran en sus tratamientos?

¿Ha identificado obstáculos o facilitadores para el acceso a estos medicamentos?

**Mejora de la
calidad**

¿Se han desarrollado estándares para la evaluación de los servicios en salud mental de niños, niñas y adolescentes en su institución?

¿Se han desarrollado estándares para la evaluación de la gestión en torno a los servicios de salud mental en niños, niñas y adolescentes que presta su institución?

¿Se han impulsado ajustes de gestión en su institución a partir del trabajo que se realiza en salud mental de niños, niñas y adolescentes? (p.j.: la creación de nuevos departamentos, procesos y/o lineamientos técnicos, capacitación, contratación de RR.HH, adquisición de TICs, etc.)

¿Existen medidas para evaluar la satisfacción con el servicio y los resultados (a nivel individual y familiar) de los servicios en salud mental de niños, niñas y adolescentes?

¿Se han desarrollado mecanismos para revisar e implementar mejoras en los servicios de salud mental de niños, niñas y adolescentes que presta su institución?

Sistemas de información

¿Se dispone de un sistema de información respecto del trabajo que realiza su institución en salud mental de niños, niñas y adolescentes (población, programas, gestión, etc.)?

¿Se dispone de recursos (humanos, financieros, tecnológicos, etc.) estables para desarrollar y operar el sistema de información?

¿Existen medidas de acceso que aseguren la continuidad en el funcionamiento del sistema de información?

¿Existen medidas para resguardar la confidencialidad de la información de niños, niñas, adolescentes y sus familias?

¿Conoce si existe o participa de algún sistema integrado de información con otras instituciones que trabajen en ámbito de salud mental de niños, niñas y adolescentes?

Desarrollo y evaluación de la política y servicios

¿Existe monitoreo y evaluación de los programas sobre salud mental de niños, niñas y adolescentes que implementa su institución?

¿Con qué periodicidad se realizan estas?

De existir evaluaciones ¿De qué tipo han sido estas?
¿Conoce sus resultados?

¿Sabe si estos resultados han sido comunicados a los funcionarios involucrados en los programas?

¿Conoce algún programa nacional cuyo diseño se haya basado en evidencia en el trabajo en salud mental de niños, niñas y adolescentes y cuente con evaluación?

¿Ha participado de alguna evaluación de programa en este ámbito?

Colaboración intersectorial

¿Qué rol posee la institución a la que pertenece en la red de salud mental para niños, niñas y adolescentes?

¿Qué enfoque se le ha dado a este trabajo desde su institución?

¿Cuenta en su institución con planes de acción coordinada con otras instituciones públicas en el marco del trabajo en salud mental de niños, niñas y adolescentes?

¿Cuenta en su institución con protocolos de acción coordinada con otras instituciones públicas en el marco del trabajo en salud mental de niños, niñas y adolescentes?

¿Cuentan con otros mecanismos para operativizar el trabajo sectorial en materia de salud mental de niños, niñas y adolescentes (mesas de trabajo, convenios, leyes, etc.)?

¿Se han establecido asociaciones desde su institución con ONGs, Corporaciones o Fundaciones para el trabajo en salud mental de niños, niñas y adolescentes?

¿Qué tipo funciones han cumplido estas entidades?

¿Qué mecanismos han utilizado para operativizar este trabajo (mesas de trabajo, convenios, leyes, etc.)?

¿Estas entidades cuentan con oferta propia en salud mental de niños, niñas y adolescentes?

¿Se han establecido asociaciones desde su institución con organizaciones territoriales o comunitarias para el trabajo en salud mental de niños, niñas y adolescentes?

¿Qué tipo funciones han cumplido estas entidades?

¿Qué mecanismos han utilizado para operativizar este trabajo (mesas de trabajo, convenios, leyes, etc.)?

¿Se han establecido asociaciones público-privadas (centros privados de salud) desde su institución para el trabajo en salud mental de niños, niñas y adolescentes?

¿Qué tipo funciones han cumplido estas entidades?

¿Qué mecanismos han utilizado para operativizar este trabajo (mesas de trabajo, convenios, leyes, etc.)?

¿Estas entidades cuentan con oferta propia en salud mental de niños, niñas y adolescentes?

Fuente de financiamiento

¿Existe una fuente (s) de financiamiento estables para el trabajo que realiza su institución en el ámbito de salud mental de niños, niñas y adolescentes?

¿Los recursos financieros con los que se cuenta para el trabajo en salud mental de niños, niñas y adolescentes ha sido destinados específicamente para este propósito o proceden de un presupuesto en salud mental para adultos?

¿Reciben aportes en recursos financieros u otros de parte de otras entidades públicas o privadas?

Participación

¿Existen instancias de participación en el diseño, implementación y/o evaluación de programas sobre salud mental de niños, niñas y adolescentes, con niños, niñas y adolescentes, sus familias y/o tutores?

¿Conoce los resultados de estas instancias de participación?

¿Existen instancias de sensibilización, promoción y/o prevención en salud mental de niños, niñas y adolescentes con niños, niñas y adolescentes, sus familias y/o tutores?

¿Cómo resultaron estas instancias?

FUENTE | ELABORACIÓN PROPIA.

» Entrevista grupal (Diagnóstico del Sistema de Salud Nacional)

Instrucciones para los entrevistadores: La siguiente pauta es referencial y busca proporcionar un modelo para organizar la entrevista y orientar sobre las temáticas que resultan más relevantes según los objetivos de la asesoría. Se espera que el entrevistador pueda aplicar su criterio de acuerdo con el desarrollo de la entrevista para profundizar en aquellas temáticas más pertinentes al rol del entrevistado procurando cubrir todas las dimensiones. Se espera que la entrevista no tome un tiempo máximo 90 minutos.

ANTECEDENTES GENERALES		
Nombre de la institución u organismo		
Nombre del entrevistado/a		
Cargo		
Tiempo en el Cargo		

DIMENSIÓN	PREGUNTA TIPO	ANOTACIONES
Legislación y Enfoque de Derechos Humanos	¿Cómo se aborda la protección de los derechos de los niños, niñas y adolescentes en el marco de la salud mental?	
	¿Existe algún departamento, oficina y/o funcionario encargado dentro de la institución del enfoque de derechos en la atención en salud mental con niños, niñas y adolescentes?	
	¿Se han desarrollado medidas para detectar e implementar acciones frente a un niños, niñas y adolescentes que se encuentre en situación de explotación económica y/o social?	
Organización de servicios de salud mental	¿Se han desarrollado medidas para resguardar los derechos de los niños, niñas y adolescentes en el uso adecuado en la admisión y tratamiento en contexto involuntario?	
	¿Qué servicios existen a nivel comunal y/o regional para la atención en salud mental de niños, niñas y adolescentes?	
	¿Existe alguna instancia formal o informal de coordinación para los servicios que trabajan en salud mental de niños, niñas y adolescentes?	
	¿Identifica facilitadores u obstaculizadores para la coordinación de los servicios de salud mental que atienden a niños, niñas y adolescentes, a nivel regional y/o comunal?	

Recursos humanos, capacitación y formación

¿Existen procesos estandarizados para seleccionar a los funcionarios que trabajan en el ámbito de salud mental de niños, niñas y adolescentes?

¿Se realiza algún tipo de inducción técnica para estos funcionarios?

¿Se cuenta con un equipo multidisciplinario para el trabajo en salud mental de niños, niñas y adolescentes?

¿Cómo evalúa el nivel actual de preparación de su equipo para trabajar con niños, niñas y adolescentes en el ámbito de salud mental?

¿Existe algún plan interno de su institución para el desarrollo y/o fortalecimiento de los recursos humanos en el marco de la salud mental de niños, niñas y adolescentes?

¿Existen instancias de capacitación para los funcionarios que trabajan en el ámbito de salud mental de niños, niñas y adolescentes?

¿Existen programas de capacitación para los equipos profesionales de salud mental que intervienen en prestación directa de servicios de atención?

¿Se ha abarcado en estas instancias la capacitación en enfoque de derechos?

¿Se abarcado en estas instancias el trabajo con grupos prioritarios y especialmente vulnerables como niños, niñas y adolescentes bajo cuidado del Estado, en situación de discapacidad, diversidad sexual, pueblos indígenas, entre otros?

¿Existen actividades de actualización de conocimientos en el ámbito de la salud mental para niños, niñas y adolescentes?

¿Existen programas de capacitación para los equipos profesionales de salud mental en el ámbito de la investigación y el desarrollo de servicios?

¿Existen programas de capacitación en salud mental de niños, niñas y adolescentes para otros actores u organizaciones que trabajen en conjunto con su institución?

**Promoción,
prevención,
tratamiento,
integración y
recuperación
(Recovery)**

¿Existen programas, proyectos o iniciativas que aborden la promoción de la salud mental y el bienestar en niños, niñas y adolescentes desde su institución?

¿Qué enfoque se le ha dado al trabajo en este ámbito?

¿Qué acciones se realizan en su institución en este ámbito?

¿Existen programas, proyectos o iniciativas que aborden la prevención de problemas de salud mental en niños, niñas y adolescentes desde su institución?

¿Qué enfoque se le ha dado al trabajo en este ámbito?

¿Qué acciones se realizan en su institución en este ámbito?

¿Existen programas, proyectos o iniciativas que aborden el tratamiento, integración y/o recuperación en salud mental para niños, niñas y adolescentes desde su institución?

¿Qué enfoque se le ha dado al trabajo en este ámbito?

¿Qué acciones se realizan en su institución en este ámbito?

**Adquisición y
distribución de
medicamentos
básicos (solo con
entrevistados que
correspondan)**

¿Existen mecanismos que aseguren la disponibilidad para el acceso a medicamentos para niños, niñas y adolescentes que los requieran en sus tratamientos?

¿Ha identificado obstáculos o facilitadores para el acceso a estos medicamentos?

**Mejora de la
calidad**

¿Se han desarrollado estándares para la evaluación de los servicios en salud mental de niños, niñas y adolescentes en su institución?

¿Se han desarrollado estándares para la evaluación de la gestión en torno a los servicios de salud mental en niños, niñas y adolescentes que presta su institución?

¿Se han impulsado ajustes de gestión en su institución a partir del trabajo que se realiza en salud mental de niños, niñas y adolescentes? (p.ej.: la creación de nuevos departamentos, procesos y/o lineamientos técnicos, capacitación, contratación de RR.HH, adquisición de TICs, etc.)

¿Existen medidas para evaluar la satisfacción con el servicio y los resultados (a nivel individual y familiar) de los servicios en salud mental de niños, niñas y adolescentes?

¿Se han desarrollado mecanismos para revisar e implementar mejoras en los servicios de salud mental de niños, niñas y adolescentes que presta su institución?

Sistemas de información

¿Se dispone de un sistema de información respecto del trabajo que realiza su institución en salud mental de niños, niñas y adolescentes (población, programas, gestión, etc.)?

¿Se dispone de recursos (humanos, financieros, tecnológicos, etc.) estables para desarrollar y operar el sistema de información?

¿Existen medidas de acceso que aseguren la continuidad en el funcionamiento del sistema de información?

¿Existen medidas para resguardar la confidencialidad de la información de niños, niñas, adolescentes y sus familias?

¿Conoce si existe o participa de algún sistema integrado de información con otras instituciones que trabajen en ámbito de salud mental de niños, niñas y adolescentes?

Desarrollo y evaluación de la política y servicios

¿Existe monitoreo y evaluación de los programas sobre salud mental de niños, niñas y adolescentes que implementa su institución?

¿Con qué periodicidad se realizan estas?

De existir evaluaciones ¿De qué tipo han sido estas?
¿Conoce sus resultados?

¿Sabe si estos resultados han sido comunicados a los funcionarios involucrados en los programas?

¿Conoce algún programa nacional cuyo diseño se haya basado en evidencia en el trabajo en salud mental de niños, niñas y adolescentes y cuente con evaluación?

**Colaboración
intersectorial**

¿Qué rol posee la institución a la que pertenece en la red de salud mental para niños, niñas y adolescentes?

¿Qué enfoque se le ha dado a este trabajo desde su institución?

¿Cuenta en su institución con planes de acción coordinada con otras instituciones públicas en el marco del trabajo en salud mental de niños, niñas y adolescentes?

¿Cuenta en su institución con protocolos de acción coordinada con otras instituciones públicas en el marco del trabajo en salud mental de niños, niñas y adolescentes?

¿Cuentan con otros mecanismos para operativizar el trabajo sectorial en materia de salud mental de niños, niñas y adolescentes (mesas de trabajo, convenios, leyes, etc.)?

¿Se han establecido asociaciones desde su institución con ONGs, Corporaciones o Fundaciones para el trabajo en salud mental de niños, niñas y adolescentes?

¿Qué tipo funciones han cumplido estas entidades?

¿Qué mecanismos han utilizado para operativizar este trabajo (mesas de trabajo, convenios, leyes, etc.)?

¿Estas entidades cuentan con oferta propia en salud mental de niños, niñas y adolescentes?

¿Se han establecido asociaciones desde su institución con organizaciones territoriales o comunitarias para el trabajo en salud mental de niños, niñas y adolescentes?

¿Qué tipo funciones han cumplido estas entidades?

¿Qué mecanismos han utilizado para operativizar este trabajo (mesas de trabajo, convenios, leyes, etc.)?

¿Se han establecido asociaciones público-privadas (centros privados de salud) desde su institución para el trabajo en salud mental de niños, niñas y adolescentes?

¿Qué tipo funciones han cumplido estas entidades?

¿Qué mecanismos han utilizado para operativizar este trabajo (mesas de trabajo, convenios, leyes, etc.)?

¿Estas entidades cuentan con oferta propia en salud mental de niños, niñas y adolescentes?

Fuente de financiamiento

¿Existe una fuente (s) de financiamiento estables para el trabajo que realiza su institución en el ámbito de salud mental de niños, niñas y adolescentes?

¿Los recursos financieros con los que se cuenta para el trabajo en salud mental de niños, niñas y adolescentes ha sido destinados específicamente para este propósito o proceden de un presupuesto en salud mental para adultos?

¿Reciben aportes en recursos financieros u otros de parte de otras entidades públicas o privadas?

Participación

¿Existen instancias de participación en el diseño, implementación y/o evaluación de programas sobre salud mental de niños, niñas y adolescentes, con niños, niñas y adolescentes, sus familias y/o tutores?

¿Conoce los resultados de estas instancias de participación?

¿Existen instancias de sensibilización, promoción y/o prevención en salud mental de niños, niñas y adolescentes con niños, niñas y adolescentes, sus familias y/o tutores?

¿Cómo resultaron estas instancias?

FUENTE | ELABORACIÓN PROPIA.

» Grupos focales con niños, niñas y adolescentes

Instrucciones para los entrevistadores: La siguiente pauta es referencial y busca proporcionar un modelo para organizar el grupo focal y orientar sobre las temáticas que resultan más relevantes según los objetivos del estudio. Se espera que el entrevistador pueda aplicar su criterio de acuerdo con el desarrollo del grupo focal para profundizar en aquellas temáticas más pertinentes a los participantes, procurando cubrir todas las dimensiones. Se espera que el grupo focal tome un tiempo máximo de 45 minutos (esto dividido en dos partes, de 20 minutos cada una con un descanso de 5 minutos entre ambas).

Consigna para comenzar: “El estudio busca conocer las necesidades, expectativas, y experiencias de los niños/as y adolescentes respecto de la temática de salud mental. Esperamos que los resultados del estudio nos permitan identificar aquellos aspectos más relevantes para el desarrollo de una política pública de salud mental para niños, niñas y adolescentes, así como de las oportunidades y desafíos para el acceso a salud mental de todos los niños, niñas y adolescentes en el país. Su participación será una contribución relevante para conocer la opinión y expectativa de los propios niños, niñas y adolescentes respecto de la salud mental en el país, lo cual permitirá generar recomendaciones para el desarrollo de una política pública especialmente diseñada para ellos en este ámbito, que vele por su bienestar y por el respeto a sus derechos.

ANTECEDENTES GENERALES

Programa/Establecimiento educacional del que forman parte los participantes

Nombres de participantes

Edades

Presentación tema de salud mental

Reglas del grupo

- Se puede decir “paso” si no quiero responder.
- Puedes tomarte el tiempo que necesites antes de responder.
- Puedes decirle al investigador que no te está entendiendo o que tú no lo estás entendiendo a él.
- No hay respuestas correctas e incorrectas, puedes decir lo que tú quieras/ lo que tú pienses.
- El investigador no les dirá a otros lo que los niños, niñas y adolescentes comenten en el grupo.
- Se deben tomar turnos para hablar, escucharemos al otro mientras habla y todos tendrán la misma oportunidad para hablar
- Es importante que nos respetemos entre todos, entonces no hay que burlarse de otros o molestarlos por lo que están diciendo, estamos en un espacio seguro para todos.

DIMENSIÓN	PREGUNTA TIPO	ANOTACIONES
<p>Necesidades específicas de niños, niñas y adolescentes en salud mental</p>	<p>¿Qué problemas o situaciones sufren los niños, niñas y adolescentes sobre su salud mental?</p> <p>¿Existen temas en que se debiera poner más atención desde la salud mental?</p> <p>¿Consideran que existe algún grupo de niños, niñas, y adolescentes que necesite mayor atención desde las personas que trabajan en salud mental?</p> <p>¿Qué instituciones deberían preocuparse de estos temas?</p>	
<p>Conocimiento y opinión sobre oferta disponible en salud mental</p>	<p>¿Conocen instituciones públicas o privadas (centros de salud) que trabajen en el tema de salud mental de niños, niñas y adolescentes?</p> <p>¿Saben qué hacen estas instituciones?</p> <p>¿Conocen organizaciones de la sociedad civil, organizaciones comunales u organizaciones temáticas (deportes, diversidad sexual, artísticas, etc.) que trabajen el tema de la salud mental de niños, niñas y adolescentes?</p> <p>¿Saben qué hacen estas organizaciones?</p> <p>¿Conocen alguna campaña informativa o preventiva que aborde el tema de la salud mental en niños, niñas y adolescentes?</p>	
<p>Propuestas en torno a salud mental</p>	<p>¿Hay algún lugar o circunstancia desde la que sea mejor abordar los temas de salud mental con niños, niñas y adolescentes?</p> <p>¿Podrían recomendarme alguna plataforma, o red social desde donde se podrían trabajar los temas de salud mental con niños, niñas y adolescentes?</p> <p>¿Hay alguna estrategia que podría utilizarse para acercar a niños, niñas y adolescentes a los temas de salud mental?</p>	

2 | CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ASENTIMIENTO

» Consentimiento informado para entrevistas

1. **Presentación:** La presente entrevista se hace en el marco del “Estudio de Políticas Públicas relacionadas con la Salud Mental de Niños, Niñas y Adolescentes”, encargado por la Defensoría de la Niñez a la Escuela de Salud Pública y al Instituto de Asuntos Públicos, de la Universidad de Chile. El estudio tiene como objetivo “elaborar propuestas y recomendaciones para una nueva red de salud mental para niños, niñas y adolescentes que dé soluciones a los desafíos identificados en base al cumplimiento de los estándares internacionales de DDHH y que permita asegurarles, a todos los niños, niñas y adolescentes que viven en Chile, el ejercicio efectivo de su derecho a la salud, a la supervivencia y el desarrollo en su máximo potencial”.
2. **Selección:** Los entrevistados/as han sido seleccionados/as por su experiencia y conocimiento en los ámbitos de salud mental, y de intervención, con niños, niñas y adolescentes.
3. **Sobre la actividad:** La entrevista tendrá una duración aproximada de 1 hora, en la que se plantearán preguntas que permitan indagar sobre temas relevantes para el estudio.
4. **Participación Voluntaria:** La participación es voluntaria sin que existan incentivos materiales u otros para participar. Las personas seleccionadas pueden negarse a participar o pueden retirarse en cualquier momento de la entrevista.
5. **Confidencialidad:** La información entregada por los participantes es confidencial. Sólo será usada por el equipo investigador para este estudio y siempre manteniendo el anonimato de las fuentes.
6. **Consultas:** En caso de dudas, consultas, reclamos o sugerencias, Usted puede contactar al Director del proyecto, Gonzalo Soto Brandt., al correo bsoto@uchile.cl.

- *Declaro que he leído la información anterior o me ha sido leída.*
- *He podido hacer consultas, las que me han sido contestadas satisfactoriamente.*
- *Consiento en participar en el estudio, en conocimiento que puedo retirarme en cualquier momento.*

Nombre de participante

Firma de consentimiento

Nombre del investigador/a que recibe el consentimiento

Firma del investigador/a

» Carta de asentimiento informado

Estudio de políticas públicas relacionadas con la salud mental de niños, niñas y adolescentes

Estimado/a participante:

Mediante esta carta te invitamos a participar de un estudio que está siendo desarrollado por la Escuela de Salud Pública y el Instituto de Asuntos Públicos, de la Universidad de Chile, el cual fue mandatado por la Defensoría de la Niñez. El jefe de proyecto es el Prof. Gonzalo Soto Brandt.

El estudio aborda el estado en que se encuentra la salud mental de niños, niñas y adolescentes en Chile y las acciones que realiza el gobierno respecto de este tema. El estudio busca conocer las necesidades, expectativas, y experiencias de los niños/as y adolescentes respecto de la temática de salud mental. Esperamos que los resultados del estudio nos permitan identificar aquellos aspectos más relevantes para el desarrollo de una política pública de salud mental para niños, niñas y adolescentes, así como de las oportunidades y desafíos para el acceso a salud mental de todos los niños, niñas y adolescentes en el país.

Para esto, requerimos de tu colaboración. Tú participación implicaría ser parte de un grupo de discusión junto con otros niñas, niños o adolescentes de tu edad, que durará un máximo de 45 minutos, dividido en dos partes, de 20 minutos cada una con un descanso de 5 minutos entre ambas. El grupo de discusión se realizará a distancia, a través de la plataforma ZOOM, dada la pandemia del COVID-19 que está experimentando el país.

Para ayudarle a tomar una decisión le informamos lo siguiente:

1. Tu participación será voluntaria y no supone un riesgo para tu salud física o mental.
2. Tu participación en la investigación no tendrá pago monetario.
3. Si aceptas participar, puedes dejar de hacerlo en cualquier momento cerrando la ventana del navegador. En este caso, tus datos no serán utilizados.
4. Tus datos son confidenciales. Los datos serán resguardados por el investigador. Esto significa que ni tú nombre, ni tu voz, ni tu imagen, ni ningún dato de identificación tuyo aparecerán nunca en las publicaciones o presentaciones de éste estudio, y que nadie ajeno a la investigación tendrá acceso a las grabaciones.
5. La información recolectada no será usada para ningún otro propósito, además de los señalados anteriormente, sin su autorización previa y por escrito.

Se espera que tu participación en el grupo de discusión sea beneficiosa para ti, ya que te puede ayudar a pensar sobre tus emociones y opiniones acerca del tema de la salud mental.

Si te sientes mal o triste durante el grupo de discusión, el profesional a cargo de éste podrá ayudar a que te sientas mejor en ese momento, porque están capacitados para ello y si necesitas apoyo adicional, se coordinará la mejor manera de poder ayudarte acorde a tus necesidades.

Es importante que sepas, que en caso de que el equipo de investigación detecte alguna situación de riesgo que atente en contra de tus derechos, nos comunicaremos con la Defensoría de la Niñez, quienes se encargarán de realizar acciones que busquen protegerlos.

La conversación en el grupo será grabada en audio, lo que se usará solamente para los análisis de esta investigación. Lo que conversemos es parte de los resultados del estudio, los cuales tú también podrás conocer cuando éste haya finalizado, para lo cual hemos informado a la persona adulta responsable de ti, el modo en que le entregaremos esta información. Sin embargo, también se invitará a algunos niños/as y adolescentes, que quieran participar, a una reunión para discutir los resultados y conocer sus impresiones.

Si aceptas participar, por favor firma al final de esta carta. También le hemos pedido a la persona adulta que está a cargo de ti que dé su autorización, para respaldar tú decisión. De todas maneras, aunque la persona adulta haya autorizado tú participación, finalmente sólo tú debes decidir si participas o no. Para ello eres completamente libre.

Le informamos, además, que el Comité de Ética de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile, aprobó la realización de este estudio. Cualquier consulta que pudiese tener los aspectos éticos de este proyecto o sobre los derechos que le competen al niño, niña o adolescente que está participando, o a Ud. como su padre, madre o representante legal, puede formularse directamente a su Presidente/a, la/el Prof. Manuel Oyarzún Gómez (Independencia 1027, Santiago, Chile - Teléfono: +562 29789536 mail: comiteceish@med.uchile.cl - ceish.uchile@gmail.com).

De mismo modo, en caso de que usted tenga alguna duda o pregunta respecto de este estudio, previa a decidir la participación del niño, niña o adolescente a su cargo, o posterior a su participación, se puede comunicar con el Director del estudio, Prof. Gonzalo Soto Brandt (Teléfono: +562 297 89618; email: bsoto@uchile.cl).

Te entregaremos una copia idéntica de esta carta una vez que la firmes.

Agradeciendo tu disposición, te saluda,

Gonzalo Soto Brandt, Director del estudio

» Asentimiento

Yo, , de años de edad
acepto participar en el estudio.

He leído (o me han leído) este documento y he entendido su contenido.

Me han explicado y entiendo que la investigación es sobre el tema de la salud mental de niños, niñas y adolescentes.

También me han asegurado que toda la información que yo diga es confidencial y, que puedo negarme a participar o dejar de hacerlo cuando desee, sin que tener que dar explicaciones o que eso tenga alguna consecuencia para mí.

He podido hacer todas las preguntas que he querido y se me ha contestado de la forma que yo necesitaba. Finalmente, doy fe de que he firmado dos ejemplares de este asentimiento, quedando uno en mi poder.

Sabiendo esto, acepto voluntariamente a participar.

Firma niño/a adolescente

Nombre:

Firma Investigador

Lugar y Fecha:

3 | PROTOCOLO FRENTE A DETECCIÓN DE VULNERACIÓN DE DERECHOS

» Protocolo frente a detección de vulneraciones

Defensoría de la Niñez

Dado que los estudios de la Defensoría de la Niñez tienen dentro de sus objetivos lograr la participación de niños, niñas y adolescentes en investigaciones, es que la institución adopta los resguardos y protección de su participación -preventiva y reactiva- de manera tal que ella no les genere ningún riesgo o daño para lo cual se generan protocolos en atención a la respuesta institucional ante el conocimiento de situaciones de riesgo que pueden estar afectando a los niños, niñas y adolescentes participantes y de los que la Institución como garante de sus derechos debe atender adecuadamente, reconociendo la protección reforzada de sus derechos, en tanto sujetos en proceso de desarrollo. El por lo anterior que el protocolo que se propone se basa en:

- **Necesidad de la incorporación de medidas de mitigación de riesgos para niños, niñas y adolescentes participantes en los estudios.** La Convención sobre los Derechos del Niño mandata a garantizar ambientes seguros, entornos protectores y realizar las acciones necesarias para ello. Debido a ello, las instituciones que implementan iniciativa que contemplan la participación de niños, niñas y adolescentes (niños, niñas y adolescentes) tienen el deber de preocuparse y tomar todas las consideraciones necesarias para minimizar los riesgos⁹³ de cualquier consecuencia negativa de la participación.
- **Necesidad de establecer procedimientos para hacer efectiva la obligación de denuncia de la manera más oportuna.** Le letra g) de la Ley N°21.067 que crea la Defensoría de la Niñez contempla dentro de las atribuciones de la institución el “Denunciar vulneraciones a los derechos de los niños ante los órganos competentes, remitiendo los antecedentes que funden dicha denuncia”.

A continuación, se presenta el protocolo de acción frente a vulneraciones identificadas durante el proceso de levantamiento de información del estudio “Estudio de políticas públicas relacionadas con la salud mental de niños, niñas y adolescentes”.

I. Considerando que:

La Defensoría de la Niñez es la Institución autónoma de derecho público cuya misión es promover, defender, observar y dar seguimiento al respeto de los derechos humanos de los niños, niñas y adolescentes (niños, niñas y adolescentes) que viven en Chile. Así, se perfila como el organismo encargado de asegurar que la voz de los niños, niñas y adolescentes sea escuchada, que sus derechos sean respetados, y que toda persona que crece en Chile tenga una infancia segura. Siendo sus objetivos estratégicos:

- La promoción y difusión de derechos de niños, niñas y adolescentes.
- La efectivización y restitución de los derechos vulnerados de niños, niñas y adolescentes.
- La consolidación institucional basada en la innovación pública.

93 El riesgo dice relación con la posibilidad de que el daño ocurra y los factores que lo componen son la amenaza y la vulnerabilidad (Valverde, 2004)

La Escuela de Salud Pública y el Instituto de Asuntos Públicos, de la Universidad de Chile será la responsable de realizar el estudio “Estudio de políticas públicas relacionadas con la salud mental de niños, niñas y adolescentes”, en el cual se contempla la participación de niños, niñas y adolescentes, junto con contemplar la participación de los adultos responsables para el caso de niños y niñas menores de 7 años.

Que cobra especial relevancia que, ante la detección de vulneraciones, se generen acciones oportunas por el equipo investigador, lo que significa detectar y reaccionar ante el conocimiento durante la investigación de la existencia de situaciones familiares, de contexto, escolares u otras, que puedan afectar o dificultar el ejercicio de los derechos de niños, niñas y adolescentes.

El alcance de este protocolo será aplicable con ocasión de la aplicación de los instrumentos por la Universidad de Chile, a modo de prevención como procedimiento de actuación en el ámbito de acciones que se señalan a continuación.

II. Obligación de denuncia.

La normativa determina que, en la práctica, tanto organismos como personas naturales están obligados a denunciar o actuar en caso de que se detecten vulneraciones a niños, niñas y adolescentes, en concordancia con el artículo 175 del Código Procesal Penal sobre denuncia obligatoria. Estarán obligados a denunciar:

- a) Los miembros de Carabineros de Chile, de la Policía de Investigaciones de Chile y de Gendarmería, todos los delitos que presenciaren o llegaren a su noticia. Los miembros de las Fuerzas Armadas estarán también obligados a denunciar todos los delitos de que tomaren conocimiento en el ejercicio de sus funciones;
- b) Los fiscales y los demás empleados públicos, los delitos de que tomaren conocimiento en el ejercicio de sus funciones y, especialmente, en su caso, los que notaren en la conducta ministerial de sus subalternos;
- c) Los jefes de puertos, aeropuertos, estaciones de trenes o buses o de otros medios de locomoción o de carga, los capitanes de naves o de aeronaves comerciales que naveguen en el mar territorial o en el espacio territorial, respectivamente, y los conductores de los trenes, buses u otros medios de transporte o carga, los delitos que se cometieren durante el viaje, en el recinto de una estación, puerto o aeropuerto o a bordo del buque o aeronave;
- d) Los jefes de establecimientos hospitalarios o de clínicas particulares y, en general, los profesionales en medicina, odontología, química, farmacia y de otras ramas relacionadas con la conservación o el restablecimiento de la salud, y los que ejercieren prestaciones auxiliares de ellas, que notaren en una persona o en un cadáver señales de envenenamiento o de otro delito, y
- e) Los directores, inspectores y profesores de establecimientos educacionales de todo nivel, los delitos que afectaren a los alumnos o que hubieren tenido lugar en el establecimiento. La denuncia realizada por alguno de los obligados en este artículo eximirá al resto.

Por otro lado, la importancia de denunciar y su obligación queda descrita dentro de las propias funciones de la Defensoría de la Niñez en el artículo 16 de la Ley N°21.067 que crea dicha institución, que señala:

- En el ejercicio de sus funciones, el Defensor no podrá intervenir en calidad de parte o perito en procedimientos judiciales o administrativos, sin perjuicio de lo dispuesto en los incisos cuarto y quinto de esta norma y en la letra j) del artículo 4° de la presente ley.
- En caso de que, en el ejercicio de sus funciones, conozca cualquier crimen o simple delito cometido contra niños, deberá denunciarlo ante el órgano competente.
- En el caso de hechos que revisten carácter de crímenes de genocidio, de lesa humanidad o de guerra, tortura, desaparición forzada de personas, tráfico ilícito de migrantes o trata de personas, el Defensor deberá, además, poner los antecedentes a disposición del Instituto Nacional de Derechos Humanos, para los fines previstos en el número 5 del artículo 3° de la ley N° 20.405.
- El Defensor podrá deducir acciones y querellas respecto de hechos que involucren a niños y revistan caracteres de gravedad, relevancia o interés social comprometido, siempre que se trate de aquellos delitos tipificados en el artículo 142 y en los Párrafos 5° y 6° del Título VII, y 1°, 2° y 3° del Título VIII, todos del Libro Segundo del Código Penal.
- También podrá deducir los recursos consagrados en los artículos 20 y 21 de la Constitución Política de la República, en el ámbito de su competencia.

III. Capacitación sobre las situaciones que pueden contravenir los derechos humanos de niños, niñas y adolescentes.

Es importante que, durante el proceso de aplicación de los instrumentos y técnicas, el equipo a cargo del trabajo de campo esté preparado para actuar frente al conocimiento de situaciones que puedan estar contraviniendo, vulnerando o infringiendo alguno de los derechos fundamentales de los niños, niñas y adolescentes, frente a lo cual es clave que el equipo pueda actuar ante este tipo de situaciones a través de un mecanismo previamente definido.

Para ello deben contemplarse capacitaciones donde se dé a conocer el protocolo a todos los intervinientes en la investigación, su finalidad y se resuelvan dudas sobre su aplicación.

IV. Tipos de vulneraciones que afectan especialmente a niños, niñas y adolescentes del protocolo.

Las situaciones identificadas como vulneratorias podrán referirse y no limitarse a: Maltrato infantil; Negligencia en cuidados; niños, niñas y adolescentes en situación de calle; Cualquier forma de explotación infantil; Violencia intrafamiliar; Violencia Escolar y acoso; Discriminación; Delitos de índole sexual; y cualquier otro delito.

Por tanto, el equipo involucrado en la investigación actuará frente a las siguientes situaciones identificadas durante el proceso:

- **Maltrato infantil:** Se entiende como todos aquellos actos de violencia física, sexual o emocional, sea en el grupo familiar o en el entorno social, que se cometen en contra de niños, niñas y adolescentes, de manera habitual u ocasional⁹⁴.

El maltrato puede tener diversas formas:

- Por omisión, entendido como falta de atención y apoyo de parte de una persona adulta a las necesidades y requerimientos del niño o niña, sea en alimentación, salud, protección física, estimulación, interacción social u otro,
- Supresión, que son las diversas formas en que se le niega al niño o niña el ejercicio y goce de sus derechos: por ejemplo, impedirle que juegue o que tenga amigos/as, no enviarlo a la escuela, etc.
- Transgresión, entendida como acciones contrarias a los derechos individuales y colectivos, e incluye el abandono completo y parcial. Se comprenden todas aquellas acciones o conductas hostiles, rechazantes o destructivas hacia el niño, niña o adolescentes, tales como malos tratos físicos, agresiones emocionales, entre otros.

Estas situaciones son definidas por UNICEF como: *“la población víctima de maltrato y abandono es aquel segmento conformado por niños, niñas y adolescentes hasta los 18 años que sufren ocasional o habitualmente, actos de violencia física, sexual y/o emocional, sea en el grupo familiar o en las instituciones sociales. El maltrato puede ser ejecutado por omisión, supresión o trasgresión de los derechos individuales y colectivos e incluye el abandono completo o parcial”*⁹⁵.

- **Negligencia en cuidados:** Se entenderá como vulneración de derechos en ésta área, el incumplimiento por parte del adulto responsable de enviar a su pupilo (a) continua y permanentemente a su jornada escolar, manifestándose así en inasistencias reiteradas y permanentes al Establecimiento sin el justificativo correspondiente, además con falta de higiene, inasistencias de apoderados a reuniones y/o citaciones que emanen desde el docente o Dirección, incluso en algunos casos, el niño o niña podría presentar un riesgo de deserción escolar.
- **Niños, niñas y adolescentes en situación de calle:** condición en la cual, no poseen un lugar habitacional estable ni permanente, frente a ello se genera un tránsito por diversos espacios privados (casas de familiares, amigos de consumo, entre otros) o la pernoctación en espacios públicos.

94 Ministerio de Educación (2017). Maltrato, Acoso, Abuso Sexual, Estupro en Establecimientos Educativos. Orientaciones para la elaboración de un Protocolo de Actuación. Ministerio de Educación. Gobierno de Chile. Pág. 9. Disponible en: <https://bibliotecadigital.mineduc.cl/bitstream/handle/20.500.12365/2020/mono-660.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

95 Información extraída de: <https://unicef.cl/web/wp-content/uploads/2015/07/Maltrato-Infantil.pdf>

- **Trabajo infantil:** refiere a cualquier forma de explotación infantil. Actualmente el Código del Trabajo no prohíbe el trabajo en menores de 18 años de edad, pudiendo trabajar legalmente desde los 15 años, siempre y cuando se trate de trabajos ligeros, que no afecten su desempeño escolar⁹⁶, por lo que la vulneración refiere a situaciones que exceden a esta ley.

- **Violencia intrafamiliar:** la violencia intrafamiliar es definida en su artículo 5 de la Ley 20.066 como: *“todo maltrato que afecte la vida o la integridad física o psíquica de quien tenga o haya tenido la calidad de cónyuge del ofensor o una relación de convivencia con él; o sea pariente por consanguinidad o por afinidad en toda la línea recta o en la colateral hasta el tercer grado inclusive, del ofensor o de su cónyuge o de su actual conviviente.*

También habrá violencia intrafamiliar cuando la conducta referida en el inciso precedente ocurra entre los padres de un hijo común, o recaiga sobre persona menor de edad, adulto mayor o discapacitada que se encuentre bajo el cuidado o dependencia de cualquiera de los integrantes del grupo familiar”.

- **Acoso Escolar:** el acoso escolar es definido en el artículo 16 de la Ley N°20.536 sobre violencia escolar, como: *“Se entenderá por acoso escolar toda acción u omisión constitutiva de agresión u hostigamiento reiterado, realizada fuera o dentro del establecimiento educacional por estudiantes que, en forma individual o colectiva, atenten en contra de otro estudiante, valiéndose para ello de una situación de superioridad o de indefensión del estudiante afectado, que provoque en este último, maltrato, humillación o fundado temor de verse expuesto a un mal de carácter grave, ya sea por medios tecnológicos o cualquier otro medio, tomando en cuenta su edad y condición.*

- **Discriminación:** se entiende por discriminación arbitraria toda distinción, exclusión o restricción que carezca de justificación razonable, efectuada por agentes del Estado o particulares, y que cause privación, perturbación o amenaza en el ejercicio legítimo de los derechos fundamentales establecidos en la Constitución Política de la República o en los tratados internacionales sobre derechos humanos ratificados por Chile y que se encuentren vigentes.

En el caso de los niños, niñas y adolescentes la Convención sobre los Derechos del Niño refiere a este punto en el artículo 2.1, señalando a los Estados:

96 Es importante señalar que por ley en el artículo 13 del código del trabajo: “Menores de dieciocho años y mayores de quince podrán celebrar contratos de trabajo sólo para realizar trabajos ligeros que no perjudiquen su salud y desarrollo, siempre que cuenten con autorización expresa del padre o madre; a falta de ellos, del abuelo o abuela paterno o materno; o a falta de éstos, de los guardadores, personas o instituciones que hayan tomado a su cargo al menor, o a falta de todos los anteriores, del inspector del trabajo respectivo. Además, previamente, deberán acreditar haber culminado su Educación Media o encontrarse actualmente cursando ésta o la Educación Básica. En estos casos, las labores no deberán dificultar su asistencia regular a clases y su participación en programas educativos o de formación. Los menores de dieciocho años que se encuentren actualmente cursando su Enseñanza Básica o Media no podrán desarrollar labores por más de treinta horas semanales durante el período escolar. En ningún caso los menores de dieciocho años podrán trabajar más de ocho horas diarias. A petición de parte, la Dirección Provincial de Educación o la respectiva Municipalidad, deberá certificar las condiciones geográficas y de transporte en que un menor trabajador debe acceder a su educación básica o media”.

Por otro lado el consejo nacional de televisión

“Los Estados Parte respetarán los derechos enunciados en la presente Convención y asegurarán su aplicación a cada niño sujeto a su jurisdicción, sin distinción alguna, independientemente de la raza, el color, el sexo, el idioma, la religión, la opinión política o de otra índole, el origen nacional, étnico o social, la posición económica, los impedimentos físicos, el nacimiento o cualquier otra condición del niño, de sus padres o de sus representantes legales”

- **Delitos de índole sexual:** Para el caso es importante tomar en cuenta los diversos delitos de índole sexual, siendo: *todos aquellos actos que atentan contra la libertad sexual y la indemnidad sexual de las personas, independientemente de su edad, estrato social, raza, etnia, sexo o nacionalidad*⁹⁷.

Entre los delitos sexuales⁹⁸ de mayor ocurrencia se encuentran la violación y el abuso sexual, y en el caso de tener como víctima a menores de 14 años, siempre constituyen delitos que se deben denunciar.

- La violación consiste en acceder carnalmente, por vía vaginal, anal o bucal.
- El abuso sexual, por su parte, es la realización de una acción sexual, distinta del acceso carnal, como, por ejemplo: tocaciones o besos en área de connotación sexual; simulación de acto sexual; exhibir o registrar material pornográfico particularmente a menores de edad o presenciar espectáculos del mismo carácter, entre otros.
- **Otros delitos:** Además de los delitos y vulneraciones descritos, hay otros tipos de delitos que pueden surgir a través de la aplicación de los instrumentos o técnicas, como lo son el hurto, la violencia general y/u otras situaciones anómalas a la ley que puedan perjudicar a los niños, niñas y adolescentes. En ese sentido, ante dudas se considerará la debida consulta a la contraparte de la Defensoría de la Niñez en atención a situaciones dudosas, si es que estas no se encuentran mencionadas en este apartado, evitando la omisión ante la alerta de situaciones.

V. Definición de procedimiento.

Antes de aplicar el procedimiento debe estar claramente identificado quién es el/a Jefe/a del Proyecto o Estudio, quien será el/a responsable de la correcta activación del protocolo por parte de la contraparte ejecutora de la investigación. Además, debe estar claramente establecida la contraparte técnica de la Defensoría de la Niñez para poder activar las acciones con la Unidad de Protección y Representación Judicial de la Defensoría de la Niñez.

Cuando el equipo del estudio esté en presencia o tome conocimiento de alguna situación que pudiera presentar una vulneración de derechos de los niños, niñas y adolescentes participantes deberán seguirse a lo menos los siguientes pasos:

97 Información extraída de: <http://www.fiscaliadechile.cl/Fiscalia/areas/sexuales.jsp>

98 Los delitos de índole sexual se encuentran tipificados en el Código Penal de la siguiente forma: art.361 Violación (de mayor de 14 años de edad), art.362 Violación impropio (de menor de 14 años de edad), art.365 Abuso sexual agravado o calificado, art. 366 Abuso sexual propio o directo (de mayor de 14 años de edad), art. 366 Abuso sexual propio o directo (de menor de 14 años de edad), art. 366 Abuso sexual impropio o indirecto o exposición de menores a actos de significación sexual (figura en la cual se incluye el child grooming), y delitos asociados a la explotación sexual de menores (art. 366 y 374) y Asociados a la prostitución (art. 367 y 411).

- **Informar al jefe/a de proyecto del adjudicatario**, poniendo en conocimiento de la situación y la propuesta de gestiones a realizadas, mediante teléfono y correo electrónico.
- **Comunicar inmediatamente a la Defensoría de la Niñez (contraparte)** a través de contacto telefónico y correo electrónico y dentro de la misma jornada, de la situación observada entregando todos los antecedentes del caso de manera tal que sea la DDN quien defina las acciones pertinentes para ello, haciendo seguimiento del caso y estableciendo los elementos que permitan o no judicializar dichos eventos.
- **Llevar un registro de los casos y actuaciones realizadas**, que debe incorporar a lo menos la siguiente información: Identificación de quien detecta la situación, Nombre, C.I del niños, niñas y adolescentes afectado; descripción de la situación (fecha y descripción), acción adoptada según el protocolo, respuesta de la contraparte de la DDN. Debe entregarse al final de la investigación un informe de reporte con los casos detectados y acciones adoptadas.

4 | DESCRIPCIÓN DE ESTÁNDARES INTERNACIONALES EN MATERIA DE SALUD MENTAL PARA NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES

» ANEXO: Descripción de estándares internacionales en materia de salud mental para niños, niñas y adolescentes

A partir de la revisión normativa en relación al derecho a la salud en población infante-adolescente, así como de la revisión de literatura técnica publicada por nueve organismos internacionales especializados en salud, salud mental, infancia o consumo de drogas⁹⁹, se sistematizaron los siguientes estándares técnicos en materia de salud mental para niños, niñas y adolescentes:

» 1. Legislación:

- **Interdependencia de los derechos humanos:** El ejercicio pleno del derecho a la salud por parte de niños, niñas y adolescentes es indispensable para que estos/as puedan ejercer otros derechos, en la medida de que al lograr abordar las problemáticas que afectan su salud física y mental también se alcanzaría un estado de bienestar que no solo permite desarrollar su vida en mejores condiciones, sino también un piso básico para poder alcanzar el máximo de potencialidades a nivel personal y social. Así, la CDN “reconoce la interdependencia y la igualdad de importancia de los distintos derechos (civiles, políticos, económicos, sociales y culturales) que permiten a todos los niños desarrollar su capacidad mental y física, su personalidad y su talento en la mayor medida posible” (UNICEF, 2014: p. 281).

⁹⁹ Organización de las Naciones Unidas (ONU), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Organización Mundial de la Salud (OMS), Oficina Europea de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS), International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions (IACAPAP), European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), Programa de Cooperación entre América Latina, el Caribe y la Unión Europea en Políticas sobre Drogas (COPOLAD), y Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD).

La naturaleza indivisible e interdependiente de los derechos de las personas deja en evidencia la necesidad de desarrollar políticas públicas que asuman un enfoque integrativo de las necesidades de los individuos y los colectivos, obligando a los Estados a adoptar enfoques de trabajo intersectorial que permitan mejorar las condiciones de vida tanto en lo que respecta a salud, como a otros ámbitos íntimamente relacionados, tales como educación, desarrollo social o igualdad ante la ley.

- **Autonomía progresiva:** Una temática particularmente relevante en los estándares internacionales de derechos humanos respecto de la salud mental tiene que ver con el reconocimiento y respeto a la evolución de las capacidades de los niños, niñas y adolescentes, a través de disposiciones que garanticen espacios crecientes de autonomía decisional.

En este sentido, de acuerdo a la ONU (2016, p13-14), el abordaje estatal de dicha temática debería involucrar, al menos, la introducción de “la presunción legal de la competencia de un adolescente que busca bienes y servicios de salud preventivos o para los que el tiempo es un factor crucial, incluida la salud sexual y reproductiva, para acceder a esos bienes y servicios”, además de “garantizar una edad mínima muy por debajo de los 18 años en que los adolescentes tengan el derecho de consentir o rechazar servicios sin la obligación de contar con la autorización de un padre, tutor, o de notificarlos”.

Con esto no solo se busca eximir de limitaciones por edad al ejercicio del derecho a obtener asesoramiento y consejo médico, diferenciándolo del consentimiento médico, sino también promover una mayor preocupación por los obstáculos que experimentan las personas con discapacidad, quienes deben ser escuchadas y consideradas de acuerdo con su edad y madurez, en base al derecho a la igualdad y no discriminación, respetando sus capacidades en evolución.

- **Desinstitucionalización de la población infanto-adolescente:** Los estándares internacionales instan a los Estados a eliminar el uso de la institucionalización para tratar problemas de salud mental en niños, niñas y adolescentes. Los comprobados efectos perjudiciales que acarrearía la institucionalización de esta población, y en particular de niños/as pequeños/as, hacen que dicha práctica sea actualmente considerada una forma de violencia (ONU, 2017).

En un sentido más específico, la institucionalización de niños/as con discapacidad vulnera explícitamente el artículo 19 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, relativo al derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad. Así, las modalidades de convivencia institucionalizadas (independientemente del tamaño de los centros donde ocurra), no deben utilizarse para tratar a niños, niñas y adolescentes con discapacidad física y psicosocial (OMS, 2017).

De este modo, los Estados deben transitar hacia procesos efectivos de desinstitucionalización, para abordar la atención y tratamiento enfocándose en la recuperación de niños, niñas y adolescentes, a fin de contribuir a un desarrollo personal integral, con un ejercicio efectivo de su autonomía progresiva, el cual posibilite el ejercicio del derecho de todo niño/a a crecer en el seno de una familia y a participar y ser incluidos en la comunidad que los alberga. Para esto, deben llevarse a cabo medidas que van más allá del tradicional ámbito de la salud, involucrando también entregar apoyo y/o atención en materia de vivienda o educación, tanto a los niños, niñas y adolescentes como también a sus familias y redes de apoyo (OMS, 2011; OMS, OPS y ACNUR, 2016; ONU, 2017).

- **Actualización de legislación existente, garantizando reconocimiento e igualdad de derechos:** Los estándares internacionales instan a los Estados a desarrollar un marco jurídico y normativo adecuado para el reconocimiento, protección y disfrute de los derechos relativos a la salud que establece el sistema internacional de derechos humanos. En este entendido, una medida básica es la revisión de la legislación nacional a la luz de las normas internacionales, analizando en qué medida se respetan los derechos de las personas con problemas de salud mental, los usuarios de servicios de salud mental y las personas con discapacidades psicosociales.

Así, se deberá actualizar o derogar, toda la legislación que impida u obstaculice que estas personas tengan los mismos derechos y oportunidades que los demás, siendo ejercidos en igualdad de condiciones. En este entendido, destaca la necesidad de que los marcos jurídicos: i) promuevan la identificación y eliminación del estigma y la discriminación en contra de las personas con problemas de salud mental; ii) aseguren la disponibilidad de servicios y asistencia para estas personas, garantizando el acceso equitativo a ellos, incluidas aquellas que estén en prisión o en otros centros de detención; iii) garanticen el consentimiento libre e informado, así como la capacidad decisional de las personas en el marco de sus tratamientos médicos, en particular de aquellas afectadas por algún tipo de discapacidad; iv) prohíban el tratamiento y el internamiento involuntarios, y; v) entreguen protección contra las infracciones de derechos humanos en centros de salud, incluyendo un acceso rápido a la justicia cuando estos casos sean identificados (OMS, 2006; ONU, 2017).

En lo que respecta específicamente a los derechos vinculados a la salud mental de los niños, niñas y adolescentes, la Organización Mundial de la Salud (OMS) destaca la necesidad de que los sistemas nacionales se alineen con la legislación internacional sobre los derechos del niño a ser escuchado y a ser criado en un entorno familiar; además de fortalecer la legislación relacionada con la intervención con familias en situaciones difíciles, incluido el proceso de sacar a niños, niñas y adolescentes de circunstancias familiares inseguras, garantizando el acceso al apoyo psicológico (Frances, 2020). En tanto, esta actualización normativa debe ser acompañada por una revisión de los protocolos de actuación utilizados por los Tribunales, procurando incluir profesionales de la salud mental debidamente especializados en casos que involucren a niños, niñas y adolescentes, además de hacer todo lo posible para considerar las experiencias y necesidades de estos/as durante las investigaciones y juicios (Frances, 2020).

- **Realización gradual del más alto nivel posible de salud:** Las normas internacionales son claras en consagrar la obligación jurídica de los Estados de realizar gradualmente el más alto nivel posible de salud física y mental, eliminar la discriminación y las desigualdades que obstaculizan el disfrute equitativo del derecho a la salud y dedicar los máximos recursos disponibles al derecho a la salud de niños, niñas y adolescentes (ONU, 2016).

Al respecto, el Comité de Derechos del Niño, a través de sus Observaciones Generales, señala que todos los niños, niñas, y adolescentes “tienen derecho a oportunidades de supervivencia, crecimiento y desarrollo en un contexto de bienestar físico, emocional y social al máximo de sus posibilidades”, no obstante, también reconoce que aún existen importantes desafíos que afectan el ejercicio del derecho a la salud por parte de los niños, niñas y adolescentes, por lo cual se

requiere de mayor “compromiso político y una asignación de suficientes recursos a la aplicación de los conocimientos y tecnologías disponibles con fines de prevención, tratamiento y atención” (UNICEF, 2014, p279).

Ahora bien, la Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), a través de diversas sentencias, indica que si bien es factible considerar la gradualidad de las acciones del Estado para lograr el más alto posible nivel de salud, en relación a las capacidades propias de cada Estado, esta gradualidad debe entenderse como “un sentido de progreso, que requiere la mejora efectiva de las condiciones de goce y ejercicio [del derecho a la salud], de forma tal que se corrijan las desigualdades sociales y se facilite la inclusión de grupos vulnerables”; vale decir, dicha obligación jurídica implica la prohibición de “la inactividad del Estado en su tarea de implementar acciones para lograr la protección integral [del derecho a la salud]” (CIDH, 2020, p10). En esta línea, la CIDH no solo establece que el Estado está obligado, en forma general, a promover mejores condiciones de salud para las personas, sino también que éste debe “regular con carácter permanente la prestación de servicios (tanto públicos como privados) y la ejecución de programas nacionales relativos al logro de una prestación de servicios de calidad (...); garantizar un trato igualitario a todas las personas que accedan a los servicios de salud (...), y prever mecanismos de supervisión y fiscalización estatal de las instituciones de salud, tanto públicas como privadas” (CIDH, 2020, p15-16).

» 2. Marco conceptual de la política de salud mental

Las políticas públicas son diseñadas a partir de determinados marcos conceptuales, los cuales definen cómo se entiende un determinado ámbito de la acción estatal y el tipo de acciones que deben emprenderse para resolver la problemática o necesidad identificada inicialmente. En este entendido, tanto el marco normativo como la evidencia técnica acumulada a nivel internacional, entregan ciertas directrices respecto al tipo de enfoque conceptual a partir del cual los Estados debiesen desarrollar intervenciones no solo efectivas sino también promotoras del respeto de los derechos humanos de la población infanto-adolescente.

En el ámbito de la salud mental de niños, niñas, y adolescentes las políticas públicas pueden adoptar distintos enfoques, sin embargo, muchos de ellos resultan altamente complementarios. En particular, a partir de orientaciones estratégicas desarrolladas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), durante la primera década del 2000, es posible identificar al menos cuatro enfoques fundamentales respecto a la atención de salud mental de niños, niñas y adolescentes (OMS, 2005a; 2008a; OMS y Organización Mundial de Médicos de Familia, 2008 citados en Servili, 2018).

- **Enfoque de derechos (rights based approach):** Es un marco conceptual referido al desarrollo humano, basado en las normas internacionales de derechos humanos y orientado a la promoción y protección de los mismos. En este sentido, los derechos humanos son el fundamento y la fuente desde la cual se nutren las políticas y prácticas, orientadas por principios como la universalidad, inalienabilidad, indivisibilidad e interdependencia de los derechos de las personas, así como la igualdad y no discriminación, la participación e integración, así como la transparencia y la rendición de cuentas.

Dentro de este marco, una obligación fundamental del Estado refiere al reconocimiento de los niños, niñas, y adolescentes como titulares de derecho, del mismo modo como las acciones estatales deben ser diseñadas e implementadas teniendo en cuenta el respeto al desarrollo progresivo de las capacidades de dicha población, la promoción de su participación en todo el ciclo de las políticas públicas y, en definitiva, una garantía efectiva del ejercicio de derechos para toda la población (ONU, 2016; UNICEF, 2014).

Por su parte, en el ámbito específico de la salud, el enfoque de derechos debiese promover la entrega de una atención médica oportuna, de calidad y adecuada a las necesidades, cultura y género de cada individuo; evitando también cualquier tipo de estigmatización o discriminación en contra de los niños, niñas o adolescentes que presenten algún tipo de trastorno. Al respecto el Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020 de la OMS recomienda acciones, metas claves e indicadores, para que los Estados diseñen planes nacionales de salud mental a través de cuatro objetivos: “liderazgo y gobernanza más eficaces en materia de salud mental; prestación de servicios integrales e integrados de salud mental y asistencia social con base en la comunidad; aplicación de estrategias de promoción y prevención; y fortalecimiento de los sistemas de información, las evidencias y la investigación” (OMS, 2013: p. 5).

Por otra parte, los planes y estrategias que se diseñen con base en un enfoque de derechos deben privilegiar “un enfoque holístico que aborde los determinantes básicos y sociales, equilibrando la prestación de servicios preventivos, curativos, con inversiones en la resiliencia y la autonomía de los adolescentes” (ONU, 2016: p. 24).

- **Enfoque Ecológico:** El ‘enfoque ecológico’ comprende el desarrollo de la conducta humana dentro de los contextos simbólicos y materiales definidos por los distintos sistemas de relaciones que forman el entorno de cada persona, concibiendo al ambiente ecológico como un conjunto de estructuras organizadas en diferentes niveles de complejidad creciente. Una de las principales teorías que sustentan este enfoque es la Teoría Ecológica del Desarrollo Humano de Bronfenbrenner, la cual identifica cinco sistemas ambientales con los cuales interactúa un individuo: microsistema, mesosistema, exosistema, macrosistema y cronosistema.

En el ámbito de la salud mental de niños, niñas y adolescentes, la adopción de un ‘enfoque ecológico’ resulta recomendable debido a que permite comprender que la mantención de determinados niveles de salud mental o bienestar psicosocial no dependen exclusivamente de factores individuales, sino también de las características y la calidad del ambiente familiar y escolar, así como del contexto psicosocial general en el que se desarrolla cada persona (OMS, 2005a; 2008a).

- **Enfoque de Determinantes Sociales:** Íntimamente vinculado con el enfoque anterior, el ‘enfoque de determinantes sociales de la salud’ reconoce la naturaleza multicausal de los problemas de salud pública, destacando la importancia de los factores sociales vinculados a ésta más allá de una lógica puramente epidemiológica o biomédica. Este enfoque no solo busca explicar sino también influir sobre los factores que condicional el estado de salud de las personas, así como en las inequidades en salud a nivel colectivo, producidas por las diferencias que existen, a nivel de educación, ingresos y otros factores ambientales, sociales y económicos, entre los diferentes subgrupos que conforman toda sociedad (Carmona-Meza y Parra-Padilla, 2015).

La OMS define los determinantes sociales de la salud como aquellas circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana; incluyendo políticas y sistemas económicos, programas de desarrollo, normas y políticas sociales y sistemas políticos. En 2005, la OMS estableció la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, con el objetivo de proponer estrategias de mitigación de los efectos de las desigualdades a nivel de dichos determinantes, sugiriendo tres recomendaciones principales: mejorar las condiciones de vida generales de la población; luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos al interior de la sociedad, y; desarrollar estrategias específicas de medición y análisis del problema.

- **Enfoque de desarrollo o ciclo vital:** Este enfoque reconoce la importancia de la perspectiva temporal y social a lo largo de las diferentes fases del ciclo vital (gestación, niñez, adolescencia, edad adulta joven y edad madura), posibilitando la elaboración y perfeccionamiento de modelos conceptuales que identifiquen los procesos biológicos, comportamentales y psicosociales fundamentales que intervienen a lo largo de la vida, así como también de intervenciones y políticas públicas desarrolladas para la promoción del capital de salud y la atención de procesos de enfermedad en cada una de las fases del ciclo vital (OMS-ILC, 2000).

De esta manera, este enfoque reconoce que los niños, niñas y adolescentes pueden verse afectados por vulnerabilidades específicas a las diferentes etapas del desarrollo, al mismo tiempo que van adquiriendo crecientes habilidades para hacer frente a los mismos. A su vez, también deja en evidencia que, si no se recibe tratamiento oportuno, los trastornos mentales de inicio durante la infancia y/o la adolescencia tienden a persistir y a conducir a problemas de salud, educativos y laborales en la vida adulta (OMS, 2005a; 2008a).

En este entendido, este tipo de enfoques hacen particular hincapié en la detección y abordaje temprano (anterior a los 11 años) de aquellos factores individuales, sociales o contextuales que inciden en el normal desarrollo de niños, niñas y adolescentes, antes de que se conviertan en condicionantes mayores una vez llegada la juventud o la adultez. Por tal razón, una de las tareas más urgentes para abordar adecuadamente la salud mental de la población infanto-juvenil es mejorar y ampliar la evidencia disponible (especialmente en países con recursos limitados), sobre la naturaleza, la prevalencia y los determinantes de los problemas de salud mental en niños, niñas y adolescentes, así como sobre las estrategias de prevención e intervención temprana a ser utilizadas (UNICEF, 2011; 2017b).

Adicionalmente, es importante indicar que también existen otros enfoques conceptuales centrados en el desarrollo madurativo de los individuos, los cuales complementan el enfoque de ciclo vital. Entre estos, destaca el 'enfoque de desarrollo positivo', que considera a los niños, niñas y adolescentes como un activo al interior de la sociedad (no como pasivos o cargas), razón por la cual propone el fortalecimiento de su participación en acciones destinadas a la mejora de su propia salud mental, teniendo en consideración las particularidades asociadas a su edad y grado de madurez. En lo que refiere a la adolescencia, este enfoque propone "apoyar una transición y un crecimiento saludables, promoviendo un conjunto amplio de aptitudes, comportamientos y cualidades personales para permitir a los adolescentes que transiten satisfactoriamente por su entorno, y consigan sus objetivos; [distanciándose de las perspectivas tradicionales que

consideran] a la adolescencia como un período problemático y de alto riesgo por los hábitos tóxicos o los comportamientos inadaptados (como el consumo de drogas o alcohol, las prácticas sexuales peligrosas, la delincuencia y la violencia)” (OMS, 2017, p.10).

Por otra parte, en el ámbito específico del consumo de drogas como problema de salud mental, también se han desarrollado y promovido enfoques conceptuales alternativos al tradicional modelo del déficit, los factores de riesgo y la enfermedad, buscando considerar las ventajas de trabajar con los activos en salud presentes en cualquier grupo social.

A modo de ejemplo, es posible señalar el “enfoque de salud colectiva”, el cual plantea que el abordaje de los problemas planteados por el consumo de drogas debiese estar dirigido, más allá de la superación de una “patología”, a alcanzar mayores niveles de bienestar personal y social, tanto para los afectados/as por estos problemas, como para sus familias y al conjunto de la sociedad. Para esto, se plantea que las políticas de salud deben reconocer la importancia tanto de la estructura de las sociedades como de los procesos y prácticas sociales a través de las cuales las patologías se producen y/o distribuyen al interior de comunidades concretas; con el propósito de desplegar atenciones orientadas a la comunidad, las cuales consideren prácticas participativas de toma de decisión a través de una red formal de servicios, permitiendo no solo influir positivamente en la salud, sino también en la promoción del bienestar y la inclusión social, la reducción de la violencia y la discriminación, así como en un mejor acceso a los recursos económicos presentes en la colectividad (Almeida Filho y Silva Paim 1999; RIOD, 2019).

Por último, cabe mencionar que, de acuerdo con los estándares de derechos humanos, un aspecto urgente del que deben hacerse cargo los Estados al diseñar políticas públicas dirigidas a niños, niñas y adolescentes, es la superación del “enfoque de seguridad pública” para abordar problemáticas como el consumo problemático de drogas o la infracción penal en población infanto-adolescente, dado que dicha aproximación puede afectar seriamente la salud mental de niños, niñas, y adolescentes que suelen encontrarse en situación exclusión social o abierta vulneración de derechos. En atención a este fenómeno, se recomienda que los Estados adopten estrategias que protejan efectivamente a esta población del consumo de drogas ilícitas y de la participación en el comercio ilícito de drogas, haciendo primar la garantía del derecho a la salud de niños, niñas y adolescentes y planteando estrategias distintas de las políticas punitivas o represivas de la fiscalización de drogas (ej. servicios de prevención, reducción de los daños y tratamiento de la dependencia sin discriminación) (ONU, 2016).

» 3. Coordinación intersectorial:

El abordaje adecuado e integral de la salud de niños, niñas, y adolescentes requiere de una actuación intersectorial entre todos los sectores que se desempeñan en los ámbitos de niñez y adolescencia. Ya sea dentro del sector salud o fuera de éste, en el ámbito público o privado, es necesario que los diversos actores coordinen sus esfuerzos y compartan aprendizajes y experiencias, además de desarrollar conjuntamente aspectos de planificación y financiamiento (EMCDDA, 2011 y 2013; ONU, 2016).

En este entendido, Servili (2018) indica que las políticas de salud mental en población infanto-adolescente deben ‘garantizar la coordinación intersectorial’ dado que los niños, niñas y adolescentes afectados/as por este tipo de dificultades, así como sus

familias y grupos cercanos, tienen necesidades complejas y multifactoriales, las cuales requieren respuestas multidisciplinarias, considerando explícitamente vías para la coordinación entre servicios tanto dentro del sector salud como con otros sectores, incluyendo mecanismos de derivación y devolución. A su vez, resulta relevante señalar que la coordinación intersectorial es una necesidad aún más fundamental si lo que se desea es garantizar una adecuada atención de problemas específicos que enfrentan grupos particularmente marginados o vulnerables, tales como la población migrante o LGTBQ+ (ONU, 2016).

En tanto, si bien el sector salud debe ser protagonista en la provisión estatal de este bien público, es fundamental que exista una coordinación intersectorial efectiva con los sectores de educación y protección social, los cuales permitan garantizar acceso a oportunidades educativas y ocupacionales apropiadas, así como servicios sociales y de rehabilitación, todo en el marco de estrategias de abordaje holísticas e integradas generadas a partir de compromisos intersectoriales amplios. Al respecto, la Oficina Europea de la OMS, a través de la sistematización de la experiencia concreta en la gestión del trauma temprano en Bielorrusia y Ucrania, recoge las siguientes consideraciones en torno a la coordinación intersectorial (Frances, 2020):

- **Sistema de salud:** Se recomienda poner fin a las prácticas discriminatorias, como informar diagnósticos de trastornos mentales, o por uso de sustancias, a los ministerios del interior y la policía, buscando proteger la confidencialidad de los pacientes y reducir los temores relacionados con la búsqueda de atención.
- **Sistema educativo:** Los ministerios de educación y las instituciones educativas podrían fortalecer la capacidad de los maestros y psicólogos escolares para proteger y apoyar a los estudiantes ofreciendo capacitación profesional en la detección y respuesta al trauma, reduciendo la carga de trabajo mediante la creación de más puestos y desarrollando redes profesionales para compartir información y recursos. También, las escuelas podrían ampliar el acceso de los niños a espacios seguros ofreciendo más actividades después de la escuela y los fines de semana, especialmente para aquellos con mayor riesgo de exclusión social (los que viven en la pobreza, con discapacidades, etc.). Del mismo modo, es importante que las escuelas establezcan vínculos con los centros de salud y las organizaciones de servicios sociales para evitar que los niños, niñas y adolescentes caigan por las grietas del sistema.
- **Medios de comunicación:** Los medios podrían asociarse con ONGs y/o agencias de salud pública para desarrollar un mensaje coherente sobre el trauma en la vida temprana y la salud mental, y coordinar el uso de las plataformas de redes sociales para compartir evidencia, desafiar estereotipos y generar diálogo.
- **Comunidades y familias:** Las comunidades podrían ampliar los grupos de apoyo y los programas para padres y cuidadores, buscando promover estrategias de crianza positivas, favorecer la comprensión del desarrollo de la primera infancia y aumentar la receptividad a la vida emocional de los niños. Del mismo modo, las comunidades podrían buscar oportunidades para ofrecer servicios de salud mental informales y gratuitos, como apoyo entre pares o grupos de usuarios de servicios en espacios comunitarios para aumentar la accesibilidad y enfatizar la integración y la recuperación.

- **Organizaciones benéficas u ONG:** La colaboración con iniciativas de investigación podría construir la base de evidencia para intervenciones sociales y fortalecer las solicitudes de financiamiento para expandir la programación. Además, las asociaciones adicionales con organizaciones no gubernamentales y el sector privado permitirían aprovechar mejor los recursos y ampliar el alcance, promoviendo los esfuerzos para aumentar la conciencia pública y cambiar las normas culturales.

En esta misma línea, la Oficina Europea de la OMS (2012a) también desarrolló un boletín en el que se presenta una breve revisión sobre la salud mental y el bienestar en la adolescencia, reflexionando sobre cómo un abordaje multilateral puede ayudar a desarrollar mejores y más eficientes política de promoción de la salud mental y prevención de trastornos mentales en el espacio escolar (OMS Europa, 2012b).

» 4. Participación comunitaria:

La participación de la comunidad en los procesos de formulación, implementación y evaluación de políticas públicas en materia de salud mental constituye una temática poco desarrollada tanto a nivel normativo como a nivel técnico, por parte de los organismos internacionales consultados en el marco de este estudio.

Sin embargo, es posible indicar que los Estándares *Europeos de calidad en prevención de drogas*, sí consideran la comunicación y el involucramiento de los diferentes grupos de interés como un eje central que debe ser resguardado por todo programa preventivo. En este entendido, los actores involucrados pueden ser individuos, grupos y organizaciones que tienen un interés genuino en las actividades y resultados del programa, y/o que están directa o indirectamente afectados por el mismo, tales como la población objetivo, la comunidad, fuentes de financiación y otras organizaciones que trabajan en el campo de la prevención de drogas. Otras formas de implicación de grupos de interés pueden incluir el establecimiento de vínculos con “líderes” comunitarios o de los medios de comunicación locales, que ulteriormente podrían apoyar el programa y aumentar su visibilidad (EMCDDA, 2011 y 2013).

» 5. Participación de niños, niñas y adolescentes:

Los estándares internacionales establecen que la plena participación de las personas usuarias de los servicios de salud mental, incluyendo a los niños, niñas y adolescentes, constituye un elemento fundamental para el adecuado diseño, implementación y evaluación de acciones desplegadas en dicha materia. Tal participación no solo es relevante en la medida de que permitiría alcanzar una mejor sintonía entre las características de los servicios provistos y las necesidades específicas de los usuarios/as que los demandan (repercutiendo finalmente en la calidad de la atención ofrecida), sino también porque la participación posiciona a las personas como sujetos de derecho frente a las problemáticas que las afectan y las respuestas que el Estado entrega ante éstas, instalando capacidades ciudadanas que se extienden más allá del ámbito de atención en salud mental (UNICEF, 2014; ONU, 2016; OMS, 2017).

En este entendido, es importante destacar que los niños, niñas y adolescentes no solo tienen derecho a ser informados sobre sus problemas de salud, sino también a participar en la toma de decisiones sobre su tratamiento, siempre que sea posible, considerando su edad y nivel de desarrollo, razón por la cual los servicios de salud deben disponer de mecanismos operativos que permitan hacer efectiva dicha participación (Servili, 2018).

- **Derecho a la información para la participación:** La Observación General N°12 del Comité de los Derechos del Niño, sobre el derecho a ser escuchado, establecido en la CDN, aborda específicamente las cuestiones relativas a la entrega de información requerida para que niños, niñas y adolescentes puedan generar una opinión propia frente a las necesidades específicas que presentan. Respecto de la atención en salud esto implica entregar información para que los niños, niñas y adolescentes comprendan los efectos y resultados de la atención o tratamiento que se les propone, como también “introducir medidas para permitir que los niños aporten sus opiniones y experiencia a la planificación y programación de servicios destinados a su salud y desarrollo” (UNICEF, 2014, p.219-220).
- **Mecanismos de participación efectiva en la provisión de salud mental:** La sola declaración de que la participación es importante resulta insuficiente, siendo necesario incorporar mecanismos transparentes que permitan a los niños, niñas y adolescentes, involucrarse en los procesos de política pública, participando activamente en el diseño y revisión periódica de las mismas, y en particular en las evaluaciones y procesos de examen a los cuales tales políticas sean sometidas (ONU, 2016; OMS, 2017). En un nivel más específico, se plantea que los adolescentes deben involucrarse activamente en los procesos de rendición de cuentas, participando “en la determinación de indicadores a nivel nacional y local que reflejen las cuestiones que consideren de importancia decisiva para la realización del derecho a la salud” (ONU, 2016, p15).
- **Desarrollo de capacidad para una participación efectiva:** Para que lo anterior sea una realidad es fundamental que se implementen medidas que promuevan el desarrollo de capacidades en los niños, niñas y adolescentes, las cuales les permitan involucrarse efectivamente en todas las fases de la política pública de salud mental. En este sentido, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad establece que “una estrategia eficaz comprenderá una labor de educación y toma de conciencia y el establecimiento de mecanismos de participación transparentes y accesibles a nivel comunitario, subnacional y nacional” (ONU, 2017, p14).

En el caso específico de la población infanto-adolescente, es necesario que las medidas para el desarrollo de estas capacidades tengan en cuenta las particularidades derivadas de la edad y nivel de desarrollo que presenten los(as) participantes. Es decir, para poder garantizar la consideración de las opiniones de los niños, niñas y adolescentes, al momento de abordar su salud mental (así como también física y sexual), los Estados primero deberían empoderarles, respetando sus derechos y autonomía, y reconociendo sus capacidades y potencialidades (ONU, 2016).

Ahora bien, resulta evidente que esta disposición, también requiere del involucramiento y capacitación de los cuidadores, así como de un fortalecimiento de los recursos disponibles dentro de la familia, la escuela y la comunidad, con el objetivo de que estos puedan asumir un papel activo en la promoción del funcionamiento y bienestar psicosocial de los niño, niñas y adolescentes (Servili, 2018).

» 6. Estructura de la Política

Los estándares internacionales en materia de salud mental establecen que una política integral de atención de niños, niñas y adolescentes en dicho ámbito, debe incorporar cuatro componentes esenciales para hacer realmente efectivo el ejercicio del derecho a la salud: promoción, prevención, tratamiento e integración y recuperación.

En específico, la satisfacción de las necesidades de salud mental en la población infante-adolescente exige la instalación de sistemas de atención multidisciplinarios que incluyan una amplia gama de servicios, desplegados en diversos contextos, tales como hogares, escuelas, comunidades y centros de salud, ajustándose a las necesidades de poblaciones específicas y bien delimitadas. Adicionalmente, estas intervenciones deben ser valoradas y desplegadas considerando no solo su evidencia de efectividad, sino también su apego a altos estándares éticos, garantizando el ejercicio de derechos a través de acciones fácilmente accesibles y basadas en la intervención a nivel comunitario (ONU, 2016; Servili, 2018).

- **Promoción del bienestar emocional y prevención de problemas de salud mental:** Tanto las acciones de promoción como de prevención son elementos fundamentales en cualquier política nacional de salud, en la medida de que ambas son reconocidas como obligaciones de los Estados en el marco internacional de derechos humanos y en la regulación orientada a la protección de los derechos de niños, niñas, y adolescentes.

Adicionalmente, tanto el Comité de los Derechos del Niño como la Asamblea Mundial de la Salud sostienen que las estrategias de acción dirigidas a promover la salud mental y prevenir los trastornos mentales, en particular entre niños, niñas y adolescentes, serían recomendadas debido a que han demostrado consistentemente ser eficaces y costo-efectivas. Por tal razón, ambos organismos instan a que los Estados no solo desarrollen un mayor número de acciones en los componentes promocional y preventivo de la salud mental, sino también que incorporen estos componentes en las políticas y programas de otros sectores, como educación y protección social, los cuales también tienen un rol relevante en la protección de la infancia y la adolescencia (UNICEF, 2014; ONU, 2016).

En atención a este último punto, resulta importante destacar que, si bien existen distintos contextos en los cuales se pueden desplegar programas de promoción y/o prevención (familia, comunidad, trabajo, etc.), las escuelas constituyen uno de los espacios más adecuados para abordar la salud mental de niños, niñas, y adolescentes (EMCDDA, 2013); en la medida de que permiten implementar programas informativos para erradicar las creencias obsoletas y las actitudes negativas hacia los problemas de salud mental, entregar información sobre la oferta en salud mental y ser una puerta de acceso hacia los servicios sanitarios, contribuir a prevenir y eliminar el acoso escolar, además de promover el conocimiento y la comprensión del derecho a la salud como un derecho humano para todos los niñas, niños, y adolescentes (UNICEF, 2014).

Dentro de este marco, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura en conjunto con la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito y la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el contexto de las Metas de Desarrollo Sostenible para 2030, desarrollaron un documento sobre Buenas políticas y prácticas en el sector de educación para la salud, específicamente en respuestas para el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas. Al respecto, la evidencia disponible indica que la prevención es más

efectiva cuando: (a) comienza temprano, (b) cubre todos los grupos de edad, y (c) se dirige especialmente a los períodos críticos de transición (por ejemplo, paso de la escuela primaria a la secundaria). Además, una respuesta integral debe dirigirse a diferentes subpoblaciones, incluidas las que corren mayor riesgo y asegurarse de que las actividades sean siempre apropiadas y relevantes para tanto para la edad como para el nivel de riesgo de la población objetivo (UNESCO, 2017).

En este mismo sentido, la Sesión especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre drogas, del año 2016, destaca que los programas de prevención eficaces para población infantil incluyen, entre otros elementos: apoyo a las familias; intervención breve en atención primaria de salud; programas de educación en habilidades para la vida; mayor protección infantil; estrategias para reducir la deserción escolar; prohibición del trabajo infantil; tratamiento temprano para el trastorno por estrés postraumático; tratamiento basado en la evidencia para los trastornos por consumo de drogas entre los padres; promoción de la salud; y, por último, actividades educativas y de ocio después de la escuela, como deportes (UNODC, 2016a).

Por su parte, en un sentido más amplio, la ONU también ha indicado las acciones específicas que se realicen, en el marco de la promoción del bienestar emocional y la prevención de problemas de salud mental para adolescentes, deben estar dirigidas a desarrollar la “resiliencia, apoyar a los padres, estimular conductas adecuadas de búsqueda de ayuda, crear grupos de pares y entornos escolares positivos, garantizar oportunidades para ejercer influencia y adoptar decisiones, y aumentar el empoderamiento y la alfabetización emocional. [De igual modo, deben aportar a la prevención de] comportamientos de riesgo, como el acoso, el comportamiento suicida, la violencia doméstica y el uso de sustancias” (ONU, 2016, p.16-17).

- **Tratamiento en salud mental con énfasis en intervenciones psicosociales:** El tratamiento y atención en salud mental para niños, niñas, y adolescentes también están establecidos como obligaciones para los Estados en el marco internacional de derechos humanos. Al respecto, el Comité de los Derechos del Niño, establece que “los Estados tienen la obligación de ofrecer tratamiento y rehabilitación adecuados a los niños que presenten trastornos psicosociales y de salud mental, absteniéndose de administrarles medicaciones innecesarias” (UNICEF, 2014, p.287).

La medicalización excesiva en los tratamientos de salud mental se plantea como una problemática vigente y que requiere de atención especialmente cuando refiere a los niños, niñas y adolescentes. En este sentido se insta a los Estados a terminar con los modelos basados en el uso excesivo de medicamentos, privilegiando una combinación equilibrada de intervenciones psicosociales y médicas, así como intervenciones tempranas y respuestas multisectoriales integrales, basadas en la comunidad (UNODC, 2013; ONU, 2016).

En definitiva, tal como ya ha sido señalado, las políticas públicas en materia de salud mental deben desarrollar intervenciones psicosociales y de salud pública adecuadas, accesibles, costo efectivas, que aborden diversas medidas para atender las necesidades de salud mental de los adolescentes (psicoeducación, preparación individual, psicoterapia, asesoramiento, y protección social), junto con contribuir a mejorar las capacidades parentales para abordar los problemas de salud mental.

En tanto, no está de más señalar que las condiciones y objetivos de los tratamientos que sean desarrollados con el propósito de superar trastornos de salud mental o mejorar el bienestar subjetivo de los individuos, deben considerar las características y necesidades específicas de cada caso. En este marco, resulta fundamental reconocer la relevancia de las circunstancias personales y contextuales de los casos que requieren de tratamiento, del mismo modo como desarrollar estrategias de acción especializadas para la atención de subpoblaciones que enfrenten condiciones particulares de exclusión o vulnerabilidad.

Así, los Estándares Internacionales para el tratamiento de desórdenes por consumo de sustancias, desarrollados por la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito y la Organización Mundial de la Salud, hacen hincapié en que las circunstancias y los entornos del tratamiento pueden diferir sustancialmente del tratamiento tradicional ambulatorio o residencial, dependiendo del contexto de los niños, niñas y adolescentes (ej. si viven con su familia, en la calle o en residencias). Además, señalan que hay otras cuestiones a considerar al brindar tratamiento a niños, niñas y adolescentes con trastornos por uso de sustancia, tales como (UNODC y OMS, 2020):

- a. la situación jurídica de los niños, niñas y adolescentes con respecto a su competencia y capacidad para dar su consentimiento al tratamiento;
- b. al ser más concretos en su pensamiento y menos desarrollados en sus habilidades lingüísticas, los niños, niñas y adolescentes también pueden tener menos habilidades de hablar de sus problemas;
- c. es necesario adaptar las intervenciones de tratamiento conductual, teniendo en cuenta las capacidades cognitivas limitadas de los niños, niñas y adolescentes; y, por último,
- d. los niños, niñas y adolescentes pueden tener diferentes motivaciones que los adultos para participar en el tratamiento y compartir objetivos de tratamiento comunes con un proveedor de tratamiento;
- e. los adolescentes con problemas de consumo de drogas tienen una alta prevalencia de trastornos psiquiátricos comórbidos y disfunciones familiares, que deberían ser un foco de tratamiento.

Por su parte, en lo que respecta a la atención de poblaciones particularmente vulnerables, la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito también ha hecho hincapié en que los(as) adolescentes infractores de ley suelen presentar una prevalencia de trastornos mentales mucho más alta que la reportada en la población general, lo cual tiende a incrementarse al estar expuestos a periodos de privación de libertad (la reclusión en sí misma tiene un impacto negativo sobre la salud mental de las personas). Por esta razón, se recomienda que la atención de salud mental en estos casos debe ser entregada de acuerdo al principio del entorno menos restrictivo y respetando siempre los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental (Resolución de la Asamblea General 46/119) (UNODC, 2013).

Ahora bien, es importante considerar que tanto las acciones de promoción o prevención, así como los programas de tratamiento deben ser desarrollados teniendo en cuenta no solo su evidencia de efectividad, sino también los contextos en que éstos han sido desarrollados, dado que los países varían considerablemente en términos de

recursos e infraestructura (Servili, 2018). En este entendido, la siguiente tabla presenta algunos ejemplos de intervenciones susceptibles de ser implementadas en países de ingresos bajos y medios, los cuales podrían ser considerados como referencias para el caso de Chile.

TABLA I PLAN DE SALUD FAMILIAR EN POBLACIÓN ADOLESCENTE

PROBLEMA	PREVENCIÓN	TRATAMIENTO
Trastornos del desarrollo	<ul style="list-style-type: none"> • Suplementos nutricionales y de micronutrientes para la madre e hijo. • Atención prenatal y perinatal. • Reducción de la exposición prenatal al alcohol. • Programas de inmunización. • Programas de estimulación temprana. 	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación y orientación familiar sobre los servicios educativos, sociales y de rehabilitación disponibles localmente. • Entrenamiento de habilidades parentales. • Promoción de DDHH de niños, niñas y adolescentes y de la familia. • Prestación de apoyo a los cuidadores. • Terapia cognitivo conductual dirigida a conductas problemáticas.
Trastornos del comportamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Intervenciones basadas en la escuela implicando entrenamiento de educadores. • Intervención conductual breve de entrenamiento para padres (en servicios de salud). 	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación familiar. • Entrenamiento de habilidades parentales. • Terapia cognitivo conductual y entrenamiento de habilidades sociales. • Apoyo a cuidadores y familias (para manejar problemas sociales y atender necesidades de salud mental de cuidadores). • Tratamiento farmacológico para el TDAH (> 6 años).
Trastornos internalizantes	<ul style="list-style-type: none"> • Programas escolares de actividad física y entrenamiento de habilidades para la vida. • Intervención grupal psicosocial en escuela para niños, niñas y adolescentes en riesgo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación familiar. • Psicoterapia interpersonal. • Terapia cognitivo conductual. • Tratamientos complementarios (programas de actividad física estructurada, entrenamiento de relajación y resolución de problemas). • Tratamiento farmacológico.
Conducta suicida	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo de políticas para reducir el uso nocivo del alcohol y restringir el acceso a los medios de autolesión. • Prácticas de notificación responsable de eventos suicidas para medios de comunicación. 	
Psicosis		<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación para niños, niñas y adolescentes y cuidadores. • Tratamiento farmacológico. • Intervenciones psicosociales (terapia familiar, entrenamiento de habilidades sociales y rehabilitación).

FUENTE | KIELING ET AL. (2011) Y CENTRO DE DATOS MHGAP, EN SERVILI, 2018.

- Integración y recuperación centrada en lo comunitario: Por último, la integración y recuperación, pese a ser considerado otro de los componentes esenciales de las políticas integrales de atención de niños, niñas y adolescentes en materia de salud mental, resulta escasamente desarrollado en tanto en los textos normativos como técnicos que fueron consultados en el marco de la revisión desarrollada. No obstante, sí es posible señalar que las recomendaciones en dicho ámbito establecen que los servicios de salud mental debiesen abordar la integración y la recuperación desde el ámbito comunitario, centrando la atención en la entregar apoyo a las personas con problemas crónicos de salud mental, con el propósito de alcanzar sus aspiraciones y objetivos vitales. Para lograr esto se debe enfocar la acción en “los puntos fuertes de la persona y en ayudarla a obtener el apoyo que necesita, integrando una dimensión de comprensión de los traumas, encargando la prestación de servicios a personas con amplia experiencia en el ámbito de la salud mental” (ONU, 2017, p.16).

» 7. Calidad y derechos

Un aspecto esencial en cualquier política pública de salud mental es el desarrollo de mecanismos para monitorear e implementar mejoras en los servicios que derivan de ella. La rendición de cuentas es un elemento fundamental para el examen y la mejora de las políticas públicas de salud mental, y de los servicios que la implementan, así como para revisar el cumplimiento de las obligaciones de derechos humanos de los Estados respecto de la salud pública. Instrumentos como la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030) y los Objetivos de Desarrollo Sostenible, establecen que, para el logro de una rendición de cuentas efectiva, los Estados deben asegurar la producción de datos de calidad, levantados periódicamente y la existencia de proceso de examen públicos, cuyos resultados sean entregados a la ciudadanía y que se realicen con regularidad, respecto de las políticas, programas y leyes que abordan la salud mental de los niños, niñas, y adolescentes (ONU, 2017; ONU, 2016).

No solo el resultado, sino que también el propósito tras la rendición de cuentas es relevante desde un enfoque de derechos humanos. En este sentido, ambos contribuyen a garantizar el “empoderamiento de los usuarios, las personas con problemas de salud mental y las personas con discapacidad psicosocial, en particular por medio de medidas jurídicas y de política que les den participación en la fijación de prioridades y la formulación, aplicación y examen de la política, así como la posibilidad de medidas correctivas [cuando estas sean apropiadas]” (ONU, 2017, p.15). Es fundamental que tanto los niños, niñas, y adolescentes, como los actores de la sociedad civil involucrados en la salud mental de los niños, niñas y adolescentes, participen activamente en la rendición de cuentas y en los procesos de examen (ONU, 2016). En este sentido se establece que los Estados deben, en el marco de la rendición de cuentas, realizar análisis de los datos y celebrar consultas “con los niños, [niñas, y adolescentes], las familias, otros cuidadores y la sociedad civil para determinar si la salud infantil ha mejorado y si el Gobierno y otras instancias han cumplido sus compromisos” (UNICEF, 2014, p301).

Indicadores de calidad de la atención de salud mental para niños, niñas y adolescentes: Los mecanismos para el monitoreo y la mejora de la política y los servicios en salud mental requieren necesariamente de la construcción y recopilación de indicadores adecuados y pertinentes en los ámbitos que componen la salud mental. En este sentido

las políticas públicas sobre salud para niños, niñas, y adolescentes requieren sumar entre sus indicadores y datos de referencia para la planificación, implementación y evaluación de medidas, información relativa al derecho de la salud. Una perspectiva adecuada e integral sobre el derecho a la salud de los adolescentes es fundamental para monitorear y evaluar en qué medida estos pueden ejercer efectivamente su derecho a la salud (ONU, 2016).

La definición de estándares e indicadores de calidad de la atención de salud mental para niños, niñas y adolescentes es clave para mejorar el funcionamiento de los sistemas de atención. Fung, Chern y Fang (2018), sugieren que las dimensiones de la calidad en la atención en salud son:

- **Seguridad:** Reducir el daño debido a la atención;
- **Efectividad:** Aumentar la alineación entre la evidencia científica y la práctica, reduciendo tanto el uso insuficiente de prácticas eficaces y el uso excesivo de las ineficaces;
- **Focalización en el paciente:** Ofrecer a los pacientes y a sus seres queridos más control, elección, autoeficacia e individualización de la atención;
- **Accesibilidad:** Reducir los retrasos que no son instrumentales, intencionales o informativos;
- **Eficiencia:** Reducir las pérdidas en todas sus formas, y;
- **Equidad:** Reducir las brechas raciales y socioeconómicas en la calidad, acceso y resultados de salud.

De este modo, para mejorar la asistencia sanitaria, no es suficiente organizar el trabajo en torno a tratamientos basados en la evidencia, sino que estos deben ser aplicados en el mundo real de manera segura, asequible, accesible, oportuna y eficaz. En tanto, para evaluar el sistema de entrega de servicios basados en la evidencia es posible utilizar metodologías de mejoramiento tales como el modelo “Plan-Do-Study-Act” (PDSA). Esta metodología proporciona un modelo para el mejoramiento, permitiendo que los equipos pongan a prueba los cambios a una escala menor, antes de implementarlos a gran escala o en otros servicios, a través de un ciclo de cuatro pasos: planificar, hacer, estudiar y actuar (Fung, Chern y Fang, 2018).

En esta misma línea, COPOLAD (2014) desarrolló un amplio set de criterios de calidad y base en la evidencia, aplicables para la acreditación e implementación de programas dirigidos a la reducción de la demanda de drogas en población general, teniendo en cuenta tanto el contexto donde éstos se desarrollan como sus procesos de gestión, incluyendo la incorporación de recursos y herramientas para garantizar su adecuada planificación, implementación y evaluación¹⁰⁰. Si bien este set de indicadores no está específicamente ajustado a las características de la población infanto-adolescente, constituye un valioso insumo para el desarrollo de una política de salud mental que contemple la prevención del consumo de alcohol y drogas como parte de sus líneas de intervención. Por esta razón, los criterios básicos desarrollados por COPOLAD (2014) son presentados en otro de los anexos de este documento, organizados en torno a tres grandes ámbitos:

100 Para esto, se adoptó la definición de “estándares de calidad” propuesta por el EMCDDA, la cual los entiende como “principios o grupos de reglas generalmente aceptadas para la mejor o la más apropiada forma de implementar una intervención”.

- Indicadores estructurales, los cuales incluyen aspectos materiales y financieros de los servicios/programas, su composición y la cualificación y experiencia de los equipos que los prestan (entre otros elementos);
- Indicadores funcionales o de proceso, entre los que se encuentran la accesibilidad a los programas/servicios, sus objetivos y contenidos, así como también la organización y coordinación de los mismos;
- Indicadores de evaluación, los cuales se relacionan con los mecanismos y procedimientos de evaluación interna y externa que deben permitir conocer la efectividad de las intervenciones.

Vulneraciones de derechos: monitoreo, denuncia y reparación: Otro punto fundamental a abordar con el propósito de garantizar adecuados estándares de atención en materia de salud mental, tiene que ver con el monitoreo de las posibles vulneraciones de derechos del paciente, los mecanismos de pesquisa y denuncia, así como las medidas de reparación frente a dichas situaciones.

Los estándares internacionales son claros en señalar que las afectaciones a la salud mental de los niños, niñas, y adolescentes provocadas por la violación de sus derechos humanos en el marco de la acción estatal, son de especial preocupación y deben ser denunciadas, investigadas, y reparadas con celeridad en atención al interés superior de los niños, niñas y adolescentes, y a su derecho a estar protegidos/as y no ser objeto de ninguna forma de violencia. Cabe señalar, también, que esta población estaría más expuesta a sufrir violencia por parte de profesionales y agentes del Estado en lugares donde, lamentablemente, aún existen condiciones para que estos abusen de su poder, tales como los hogares y residencias donde se encuentran personas bajo cuidado del Estado, las escuelas, las comisarías de policía y las instituciones judiciales¹⁰¹.

En este sentido el Comité de los Derechos del Niño, en su Observación General N°13, destaca las obligaciones que tienen los Estados de asumir “sus responsabilidades para con los niños a nivel no solo nacional, sino también provincial y municipal. Estas obligaciones especiales son las siguientes: actuar con la debida diligencia, prevenir la violencia o las violaciones de los derechos humanos, proteger a los niños que han sido víctimas o testigos de violaciones de los derechos humanos, investigar y castigar a los culpables, y ofrecer vías de reparación de las violaciones de los derechos humanos” (UNICEF, 2014, p.230).

Por lo tanto, los servicios de salud, así como todas las instituciones que se involucran en la salud mental niños, niñas y adolescentes, deben incluir dentro de su funcionamiento principios, normas de atención y mecanismos, relativos a la vigilancia, denuncia y reparación; los cuales deben ser públicos y conocidos por todos (usuarios, funcionarios, y otros actores), solidarios y adecuados con respecto a los grupos etarios involucrados, además de ser eficaces y seguros, acorde con las obligaciones que derivan de los instrumentos internacionales de derechos humanos (ONU, 2016).

¹⁰¹ Este punto cobra especial relevancia teniendo en cuenta los resultados que arrojó el estudio “Efectos del estado de excepción y posterior crisis social en niños, niñas y adolescentes”, desarrollado por la Universidad de Chile para la Defensoría de la Niñez el año 2019, en el cual se señala que un número importante de miembros de dicha población experimentaron afectaciones de su salud mental dada la exposición a la violencia social o represiva de las fuerzas de orden y seguridad. Al respecto, se indica que “las víctimas de violencia policial aumentan en el rango de edad de 14 a 17 años, aumentando también las querrelas por tortura y otros tratos crueles y por tortura con violencia sexual” (Defensoría de la Niñez, 2020, p.62).

Es importante señalar que los mecanismos de denuncia y otras vías de reparación también forman parte de las estrategias de rendición de cuentas sobre la salud mental, siendo un proceso crítico para examinar el cumplimiento de las obligaciones de los Estados en materia de derechos humanos respecto de salud (ONU, 2016, 2017). Sin embargo, las acciones a desarrollar no deben enfocarse solo en posibilitar las denuncias y entregar reparación cuando exista una violación del derecho a la salud, sino también ser capaces de identificar y prevenir la aparición o mantención de obstáculos institucionales para el acceso a bienes y servicios de salud para niños, niñas, y adolescentes (ONU, 2016).

Respecto de los niños y niñas, el Comité de los Derechos del Niño insta a los Estados a que fortalezcan una aproximación comunitaria que facilite el involucramiento de cuidadores e instituciones especializadas (ej. instituciones de DD.HH., defensores del niño, asociaciones de profesionales de la salud, asociaciones de consumidores etc.) las cuales pudieran aportar al desarrollo de “mecanismos de presentación de denuncias funcionales y accesibles de ámbito comunitario que permitan a los niños solicitar y obtener reparación cuando se viole o ponga en peligro su derecho a la salud” (UNICEF, 2014, p.301-302). En tanto, para esto, es fundamental que los Estados garanticen “el acceso a servicios jurídicos gratuitos o subvencionados y otra asistencia apropiada, y mecanismos de reparación con la autoridad suficiente para resolver las reclamaciones hechas por los [niños, niñas o] adolescentes o que sean presentadas en su nombre” (ONU, 2016, p-14-15).

Adicionalmente, los Estados deben garantizar y posibilitar la existencia de mecanismos de vigilancia independiente de los centros de salud mental infanto-adolescente, tanto en el ámbito central o nacional como en el comunitario (ONU, 2016).

Particular atención a la protección de derechos de grupos particularmente vulnerables: Vigilar el estado de salud y el resguardo de los derechos de sectores marginados o particularmente vulnerables/vulnerados constituye otro desafío particularmente relevante, con el propósito de garantizar adecuados estándares de atención en materia de salud mental (ONU, 2016).

En este sentido, la ‘Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad’ establece como elemento central para la plena efectividad del derecho a la salud, no solo la existencia de mecanismos de prevención de la violencia, los abusos y la explotación hacia las personas con discapacidad (física o mental), sino también la garantía de que existan medidas de reparación y compensación frente a vulneraciones de derechos humanos (ej. internación o reclusión arbitraria en caso de una deficiencia) (ONU, 2017, p.15). En tanto, ante estos casos, es necesario que los Estados lleven a cabo iniciativas integrales enfocadas en “promover la recuperación física, cognitiva y psicológica, la rehabilitación y la reintegración social de las personas con discapacidad que sean víctimas de cualquier forma de explotación, violencia o abuso”. (ONU, 2017, p.16). Del mismo modo, la Oficina Europea de la OMS presentó en 2010 y 2012 una serie de publicaciones denominada “Documentos prioritarios: Mejor salud, mejor vida” orientadas a cubrir la brecha de información y evidencia sobre los niños, niñas y adolescentes con discapacidad intelectual, subdividida en diferentes temáticas de interés prioritarias (OMS-Europa, 2010; 2012b).

Adicionalmente, es fundamental reconocer e intentar superar la aún permanente debilidad de los sistemas de salud en materia de género, lo que genera deficiencias en la cobertura y una preparación inadecuada para las emergencias sanitarias. En este

sentido, el Foro Político de Alto Nivel sobre Desarrollo Sostenible (HLPF, por sus siglas en inglés) sobre la garantía de vida sana y bienestar en todas las edades, concluyó que la violencia generalizada contra las mujeres y las niñas refuerza las desigualdades de género en la salud y el acceso a los servicios, así como la propia calidad de las atenciones que son entregadas, las cuales muchas veces no protegen, no promueven, ni respetan los derechos y la dignidad de las mujeres y niñas que las solicitan (HLPF, 2017). Así, UNICEF (2017b) ha subrayado la importancia de las intervenciones que promuevan la autoimagen positiva de niñas y adolescentes, así como su capacidad general para responder a las presiones de su entorno social.

Por otra parte, es sumamente importante considerar el concepto de violencia estructural para comprender los determinantes sociales vinculados con los problemas de salud mental de las poblaciones más vulnerables. Al respecto, es importante señalar que las poblaciones indígenas suelen ser consideradas como las mayores “víctimas del progreso”, producto de la colonización activa y la acelerada modernidad, el aislamiento geográfico y cultural que limitan el acceso de muchos jóvenes indígenas a la atención médica, incluidos servicios de salud mental. En este sentido, los problemas de salud mental que presentan los jóvenes indígenas deben entenderse dentro del contexto amplio de sus desventajosas condiciones de vida¹⁰². Ante esta situación, diversos organismos internacionales instan a los Estados a desarrollar estrategias de abordaje que resulten culturalmente pertinentes a la perspectiva de los jóvenes indígenas, tales como (CEPAL, 2011; Foro Permanente de las Naciones Unidas para las Cuestiones Indígenas, 2015):

- Avanzar en la comprensión de los cursos de vida en general, y de la etapa de juventud en particular, entre los distintos pueblos indígenas.
- Relevar sistemática y periódicamente indicadores convencionales de salud, que permitan orientar sanitariamente las acciones.
- Consensuar con los pueblos indígenas indicadores complementarios que rescaten la integralidad de los sistemas médicos tradicionales.

Adicionalmente, las poblaciones de migrantes y refugiados también carecen en gran medida de acceso a los servicios de salud, incluida la salud mental (HLPF, 2017)¹⁰³. Por esta razón, el desarrollo de una estrategia de salud pública para promover el bienestar y la salud mental en los niños, niñas y adolescentes migrantes y refugiados debe tener un marco holístico, enfocado en los factores de riesgo para el individuo, su familia y la comunidad (ej. proveyendo tratamiento y apoyo a los padres que presentan trastornos psiquiátricos, sistemas de apoyo social basados en escuelas y centros de cuidado infantil), utilizando una combinación de intervenciones basadas en políticas más específicas. De igual forma, es importante indicar que los migrantes recién establecidos enfrentan numerosas barreras para acceder a la atención, vinculados

¹⁰² Dentro de estos problemas, resultan especialmente preocupante las altas tasas de suicidio en este grupo; lo cual puede ser explicado ya sea por las tensiones históricas, así como por los retos actuales de equilibrar su lugar dentro de sus comunidades y la marginación que sufren del resto de la sociedad, que se ven reflejadas en las altas tasas de pobreza y desempleo (CEPAL, 2011; Foro Permanente de las Naciones Unidas para las Cuestiones Indígenas, 2015).

¹⁰³ Al respecto, la Oficina Europea de la OMS (2018), señala que existe abundante evidencia que muestra que los niños, niñas y adolescentes migrantes, recién llegados, tienen un alto riesgo de problemas mentales y psicosociales, predominantemente trastornos internalizantes, tales como el trastorno de estrés postraumático, depresión y ansiedad.

no solo al desconocimiento de los derechos y el sistema de salud en general, sino también a las barreras culturales y lingüísticas. Por tal razón, se recomienda el uso de intérpretes profesionales y mediadores culturales para mejorar la calidad de la atención (OMS Europa, 2018).

En esta misma línea, UNICEF presentó un Manual para promover la salud mental de niños, niñas y adolescentes migrantes y refugiados, en el cual se establecen recomendaciones para implementar intervenciones de apoyo psicosocial en situaciones de emergencia, de acuerdo al enfoque **SMATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD** (Salud Mental y Apoyo Psicosocial) (UNICEF, 2017a):

- En el ámbito de servicios básicos y seguridad, la respuesta de salud mental puede incluir: abogar para que estos servicios se pongan en práctica con actores responsables; documentar su impacto en la salud mental y el bienestar psicosocial; así como influenciar a los actores humanitarios para que los entreguen de manera segura, digna y socioculturalmente apropiada que promueva la salud mental y el bienestar psicosocial.
- Por otro lado, respecto a las intervenciones para brindar apoyo familiar y comunitario, se incluye búsqueda y reunificación familiar; ceremonias de duelo asistido; comunicación masiva sobre métodos de afrontamiento constructivos; programas de apoyo para padres; actividades educativas formales y no formales; actividades de subsistencia y activación de redes sociales, como grupos de mujeres y clubes de jóvenes; actividades sociales y recreativas diversas para activar las redes sociales y fortalecer el sistema comunitario; y, actividades no estructuradas con diferentes grupos de personas afectadas.
- En otro ámbito, la entrega de apoyos focalizados y no especializados refiere a apoyo psicológico individual; apoyo psicosocial grupal (talleres psicosociales con niños y adultos) y apoyo psicosocial familiar.
- Por último, en cuanto a la provisión de apoyo especializado, se debe incluir apoyo psicológico o psiquiátrico para personas con trastornos mentales graves.

» 8. Fuente de financiamiento:

Respecto del financiamiento de la política de salud mental en infancia y adolescencia, los estándares internacionales establecen recomendaciones generales para los Estados a fin de garantizar el derecho a la salud y a servicios de calidad. En este sentido se indica que los sistemas de salud deberían contar con recursos suficientes para que niños, niñas y adolescentes tengan acceso gratuito a servicios básicos de salud (considerando salud mental y salud sexual y reproductiva), avanzando hacia la elaboración de una “canasta básica de servicios” como parte de los compromisos estatales de cobertura sanitaria universal (ONU, 2016; OMS, 2017).

En tanto, junto con diseñar planes y estrategias basados en la garantía de acceso, es vital “asignar recursos a prácticas respetuosas de los derechos humanos y adoptar criterios de evaluación basados en el principio de ‘no hacer daño’” (ONU, 2017, p.8). Del mismo modo, los Estados deben transitar hacia una asignación de recursos que aborde de manera integral la provisión de salud mental, considerando los siguientes tópicos al momento de la destinación de dichos recursos (ONU, 2017):

- a) mejorar la calidad de la atención de la salud, así como asegurar su disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad;
- b) mejorar las condiciones de trabajo del personal de salud mental;
- c) mejorar la formación del personal de salud, particularmente en el ámbito de los derechos humanos;
- d) prestar toda la gama de servicios de asistencia;
- e) lograr la igualdad entre los servicios de salud mental y física en todos los ámbitos, incluidos la asignación de recursos, las investigaciones y los datos;
- f) servicios de salud mental de emergencia;
- g) servicios de salud mental basados en la comunidad;
- h) la promoción de la salud mental, y;
- i) asegurar servicios de educación, vivienda adecuada, asistencia, apoyo para obtener y conservar un empleo y de protección social.

Ahora bien, tal como establecen los *Estándares europeos de calidad en prevención de drogas*, publicado por la EMCDDA, los programas de atención o intervención requieren que su funcionamiento y sustentabilidad en el largo plazo sea garantizada no solo a través de la entrega permanente y suficiente de recursos financieros, humanos y materiales, sino también del compromiso y la voluntad política de las autoridades nacionales, las cuales deben procurar “anclar” dichas iniciativas a los sistemas y políticas públicas nacional en materia de salud mental o de drogas (EMCDDA, 2011 y 2013).

En esta misma línea, es importante mencionar que la capacitación en materia de derechos humanos, junto a la especialización en la atención de población infanto-adolescente, resultan fundamentales para los trabajadores y los servicios de salud mental, razón por la cual se deben garantizar los recursos necesarios para aquello. Por el contrario, la falta de inversión y decisiones inadecuadas en el gasto en salud mental (ya sea en recursos financieros o humanos) afectaría directamente la posibilidad de desarrollar y/o profundizar un real enfoque de derechos humanos en el abordaje especializado de las necesidades de niños, niñas y adolescentes, lo cual vulneraría el ‘Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales’, que establece que los Estados están obligados a “destinar el máximo de los recursos de que dispongan a la consecución progresiva de la plena efectividad de los derechos reconocidos en el Pacto, incluido el derecho a la salud” (ONU, 2017, p.8).

» 9. Organización de servicios de salud mental

En términos generales, los estándares internacionales establecen que la coordinación de la oferta, tanto dentro como fuera del sector de salud, constituye un factor fundamental para la organización de los servicios de salud mental para niños, niñas, y adolescentes, en la medida de que permite asegurar que una adecuada detección y entrega de respuestas a todo el amplio espectro de necesidades psicosociales y de salud que presenta la población infanto-adolescente (ONU, 2016).

Esto implica desarrollar un enfoque integral y transversal entre los sectores mencionados, junto con un sistema de servicios de salud mental en el ámbito comunitario, donde los sectores de salud, bienestar social y educación, adquieran

compromisos y trabajen en conjunto. Así, la estructura de servicios para niños, niñas y adolescentes debe avanzar desde la disposición de intervenciones e instalaciones separadas, hacia la provisión de atención adecuada e integrada de todas las políticas, estrategias y programas que les afectan, respetando el derecho a la salud de la población (ONU, 2016). En este sentido, es fundamental que los Estados evalúen qué nivel de segregación y centralización tienen sus servicios de salud mental en torno a instituciones psiquiátricas y hospitales, ya que esto produce “la no incorporación de servicios de salud mental interdisciplinarios en la atención primaria, [lo cual] aumenta el riesgo de quebrantar o no cumplir con los derechos humanos” (ONU, 2017, p.17).

Otro aspecto ampliamente relevante para la organización de los servicios de salud mental es la identificación y disminución de la brecha entre oferta y demanda en los servicios de salud mental para niños, niñas y adolescentes, a fin de que estos pueden acceder efectivamente, y en condiciones igualitarias, a bienes y servicios de salud mental (ONU, 2007, 2016). En este entendido, los Estados deben desarrollar programas y atención de la salud gratuitos, o a precios asequibles, los cuales otorguen servicios de alta calidad para todas las personas, sin discriminación o exclusión, incluyendo atención en materia de salud sexual y reproductiva (ONU, 2007). Del mismo modo, los sistemas de salud deben procurar que la provisión de servicios privados “no comprometan la disponibilidad, la accesibilidad, la aceptabilidad y la calidad de la atención de la salud y otros servicios, establecimientos y bienes pertinentes para niños, niñas, y adolescentes” (ONU, 2016, p.25)¹⁰⁴.

En un plano más específico, la evidencia internacional ha configurado una serie de principios referidos a la organización de los servicios de salud mental para niños, niñas y adolescentes, cuatro de los cuales han sido destacados y sistematizados por Servili (2018), de la siguiente manera:

- i. Integración de la salud mental en los servicios generales de salud, lo cual contribuiría tanto a una mejor identificación de los trastornos mentales como a garantizar una aproximación integral a través de la cual no se descuiden las necesidades físicas de atención de personas afectadas por trastornos mentales.
- ii. Ofrecer atención de salud mental como parte de los servicios de atención primaria y a nivel de la comunidad, promoviendo la equidad y facilidad de acceso a la atención y al tratamiento, acercando los servicios a los hogares de los usuarios/as y reduciendo los costos directos e indirectos que estos deben asumir.

Los servicios comunitarios y de atención primaria no solo resultan más baratos y extensivos que los servicios terciarios y especializados, sino que también ofrecen múltiples puntos de entrada para educar e identificar a niños, niñas y adolescentes en peligro de desarrollar problemas de salud mental. Adoptar esta estrategia demanda una mayor asignación de recursos financieros y humanos a los servicios de salud, pero al mismo tiempo permite un mayor uso de recursos externos al sistema al favorecer la vinculación con padres, personal de la escuela y miembros influyentes de la comunidad en acciones de promoción¹⁰⁵.

104 De manera complementaria, es fundamental asegurar la existencia de información pública y accesible respecto de disponibilidad, ubicación, costo y calendario de los servicios de salud (ONU, 2016).

105 En este entendido, la evidencia sugiere que el establecimiento de *modelos colaborativos de atención* puede conducir a un mayor impacto en la calidad general de la atención y promover un uso mejor y más equitativo del siempre escaso personal especializado. En estos modelos los médicos generales conservan la responsabilidad principal de la atención, pero profesionales con habilidades complementarias trabajan como parte de un grupo, colaborando con el paciente y el profesional de salud primaria para aumentar la eficacia general del tratamiento (Servili, 2018).

iii. Promover una atención continuada, desarrollando estrategias de acción coordinada de los profesionales de salud que trabajan en los diversos niveles del sistema (atención comunitaria, servicios especializados, servicios de adultos) con el propósito de aumentar la eficiencia y calidad de la atención.

Al respecto, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha recomendado que, junto con el desarrollo de establecimientos, bienes y servicios en lugares accesibles para las personas, es necesario que los tratamientos basados en recuperación puedan entregarse en la comunidad y de atención primaria. Esto no solo contribuye a garantizar el derecho a la salud, sino también a que las personas puedan abordar los problemas de salud mental, manteniendo contacto con su familia, conservando su empleo y fuente de subsistencia, y estando cerca de sus redes de apoyo, factores que facilitan el tratamiento temprano y la recuperación (ONU, 2007a, 2017).

iv. Fortalecer las intervenciones de promoción en los contextos de atención primaria, a través de estrategias de reducción de riesgos y fortalecimiento de la resiliencia, las cuales han demostrado ser eficaces para la prevención de los trastornos mentales y la promoción del bienestar psicosocial en niños, niñas y adolescentes.

» 10. Recursos humanos, capacitación y formación en el sistema.

Toda política de salud mental requiere una dotación de personal que resulte pertinente y suficiente para sus objetivos. Un elemento fundamental dentro de este marco es lograr contar con equipos multidisciplinarios bien organizados, conformados por profesionales calificados y altamente motivados, para lo cual se requiere contar con un competente sistema de gestión del personal, que considere estrategias administrativas y financieras adecuadas para asegurar la contratación, motivación y retención de los profesionales salud mental que sean idóneos para las tareas encomendadas (Servili, 2018). Estas condiciones basales son indispensables para desarrollar culturas organizacionales receptivas frente a los objetivos estratégicos del sistema (ej. enfoque en la prevención y provisión de atención integrada), todo lo cual apunta a la obtención de adecuados niveles de calidad en la atención (Frances, 2020)¹⁰⁶.

Por su parte, otro elemento fundamental es la formación del personal. Dentro de este contexto, tanto el personal de salud como los otros profesionales colaboradores del sistema, deben contar con formación transversal sobre Derechos Humanos, y contar con competencias en materia de salud mental, tales como la adecuada detección de trastornos mentales frecuentes, el manejo de tratamiento básico y psicoeducación, y la derivación a otros servicios comunitarios y especializados cuando sea necesario (conocimiento de la operación de los sistemas públicos de atención). Por su parte, estas habilidades deben ser reforzadas y permanentemente actualizado mediante una supervisión de apoyo y asesoramiento *in situ*, así como a través del entrenamiento en relación a la toma de decisiones sobre cuestiones relacionadas con la ética médica, el aseguramiento de la calidad de los procedimientos y habilidades básicas de investigación (Jacobs et al., 2018; Servili, 2018).

106 Así, resulta evidente que la modificación del diseño de las políticas de salud suele hacer necesaria una reasignación del personal disponible, moviendo trabajadores de instituciones residenciales a los servicios comunitarios, o bien, desde zonas urbanas a las zonas rurales más afectadas por la escasez de profesionales. Del mismo modo, también hacer necesaria la contratación y formación de una gama más amplia de trabajadores a nivel de atención primaria (Servili, 2018).

Adicionalmente, más allá de estos requisitos generales, los estándares revisados permiten identificar algunos requerimientos específicos en materia de formación:

- **Formación específica para promover el acceso a la atención en materia de salud mental:** Los estándares internacionales señalan que la formación y capacitación de quienes se desempeñan en los servicios de salud constituyen un aspecto fundamental, no solo para la provisión de un servicio de calidad, sino también un factor promotor del acceso y la retención en éste. En este sentido, se recomienda que los Estados desarrollen:
 - Campañas informativas y de sensibilización de los proveedores de atención de salud para niños, niñas y adolescentes (también educadores y trabajadores sociales), con el propósito de erradicar actitudes y comportamientos discriminatorios y estigmatizantes que obstaculicen el acceso de los usuarios/as a bienes, servicios y establecimientos de salud mental (ONU, 2016).
 - Estrategias de formación del personal de los servicios de salud mental, destinadas a desarrollar competencias sobre el abordaje de episodios traumáticos, buscando evitar cualquier forma de re-traumatización de las personas que acceden a los servicios (ONU, 2017).
 - Amplias campañas de sensibilización sobre los derechos humanos, la dignidad, la autonomía y las necesidades de las personas con discapacidad, las cuales deben ser acompañadas por estrategias de capacitación especializada y la promulgación de normas éticas para la atención de la salud en los ámbitos público y privado, las cuales aseguren que los profesionales de la salud posibiliten un acceso igualitario, y entreguen igual calidad de servicio para dicha población (ONU, 2007a; 2017).
- **Capacitación específica para la atención de poblaciones específicas, el caso de los(as) adolescentes en conflicto con la ley:** Los instrumentos internacionales de derechos humanos también establecen algunos estándares o recomendaciones en relación al personal de establecimientos de administración penitenciaria para adolescentes, señalando la necesaria formación y/o capacitación que estos deben tener en el ámbito de salud mental. En este sentido, las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos (Reglas Nelson Mandela), establecen que el personal penitenciario (tanto para población adulta como adolescente) debe recibir formación, antes de comenzar sus funciones, en las necesidades psicosociales de los individuos, así como en la detección temprana de problemas de salud mental; señalando, adicionalmente, que dichos establecimientos deben contar, en la medida de sus recursos y capacidades, con un número suficiente de psicólogos y psiquiatras, y que los equipos de inspecciones externas a los establecimientos deben contar con personal de la salud (ONU, 2007c).

» 11. Adquisición y distribución de medicamentos

La revisión documental realizada en el marco de este estudio no logró identificar recomendaciones o estándares relativos a la adquisición y/o distribución de medicamentos.

» 12. Sistemas de información

Los sistemas de información que alimentan el funcionamiento de los servicios de salud mental, constituyen elementos esenciales para la planificación e implementación de una política pública construida sobre la base del enfoque de derechos. En tanto, dichos sistemas deben construirse mutuamente integrando información cuantitativa y cualitativa, considerando datos sobre asignación de recursos, disparidades en obtención de atención y asistencia de salud, la identificación de las personas más vulnerables y marginadas, las pautas de discriminación, el empleo, la vivienda y la educación y la situación socioeconómica de los usuarios. (ONU, 2017).

Al respecto, el Comité de los Derechos del Niño, señala que “la disponibilidad de datos pertinentes y fiables ocupa un lugar central en la elaboración, la aplicación y el seguimiento de políticas, programas y servicios encaminados a realizar el derecho del niño a la salud, lo cual debe incluir datos debidamente desglosados durante la trayectoria vital del niño, prestando especial atención a los grupos vulnerables; datos sobre los problemas sanitarios prioritarios, en particular sobre las causas de mortalidad y de morbilidad, nuevas o descuidadas hasta ahora; y datos sobre los principales factores determinantes de la salud infantil” (UNICEF, 2014, p.299). Del mismo modo, en el caso de los adolescentes, se recomienda que los gobiernos posibiliten y entreguen garantías para la generación de “datos de calidad debidamente desglosados para que sirvan de base a las políticas públicas, y muestren las condiciones reales y las necesidades de los adolescentes” (ONU, 2016, p.24).

» 13. Evaluación de políticas, servicios y/o programas:

En el ámbito de la evaluación de la política de salud mental para niños, niñas y adolescentes, así como de sus servicios y programas asociados, los estándares internacionales señalan que, además de los procesos de evaluación interna que tiene cada gobierno de la implementación y los resultados de sus políticas públicas, es necesario y urgente que los gobiernos entreguen apoyo y asistencia, y condiciones de acceso suficientes, a las instituciones nacionales de derechos humanos para que puedan llevar a cabo investigaciones públicas y evaluaciones nacionales sobre el ejercicio efectivo del derecho a la salud de los niños, niñas y adolescentes (ONU, 2016).

En este ámbito, la OMS en conjunto con la Agencia de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) han sistematizado una serie de buenas prácticas para la evaluación de necesidades y recursos en el área de salud mental aplicables, particularmente, en contextos de crisis humanitarias, entre los cuales destacan los siguientes (OMS y ACNUR, 2015, p.13):

- Coordinación con los actores intervinientes (incluyendo, cuando sea posible, además del gobierno, a ONGs, organizaciones comunitarias, universidades y poblaciones afectadas), haciéndolos participar en el diseño de la evaluación, la interpretación de los resultados y en la transformación de los mismos en recomendaciones.
- Inclusión de distintos sectores de la población afectada, prestando especial atención a niños, niñas, jóvenes, mujeres, hombres, personas mayores y a grupos culturales, religiosos y socioeconómicos diferentes.
- Diseñar y analizar las evaluaciones con especial hincapié en la acción, más que solo en la recolección de información. Recolectar demasiados datos (es decir, tantos datos que no pueden ser analizados o utilizados de manera significativa) desperdicia recursos y coloca cargas innecesarias sobre los actores involucrados.

- Pertinencia cultural de la metodología de las evaluaciones y el comportamiento de los miembros del equipo de evaluación.
- Evaluar tanto las necesidades como los recursos para aumentar la probabilidad de que las recomendaciones que sean desarrolladas se basen en apoyos y recursos ya existentes en el territorio.
- Considerar principios éticos, incluyendo el respecto a la privacidad, la confidencialidad, la participación informada y voluntaria, y el interés superior de los(as) participantes.

5 | HALLAZGOS RESPECTO DE ESTÁNDARES Y/O LINEAMIENTOS NACIONALES EN ATENCIÓN DE SALUD MENTAL DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES

A continuación, se describen de manera preliminar los hallazgos respecto de estándares y/o lineamientos de las instituciones nacionales especializadas (descritas en el apartado Instituciones Especializadas en el Ámbito Nacional del presente Informe Final), en atención de salud mental de niños, niñas y adolescentes, ejecución de oferta programática en este ámbito o en temáticas relacionadas, como prevención y tratamiento de consumo de drogas o niños, niñas y adolescentes bajo cuidado del Estado. La tabla que se presenta continuación da cuenta de las temáticas abordadas por las mencionadas instituciones en los documentos revisados:

TABLA | INSTITUCIONES ESPECIALIZADAS EN EL ÁMBITO NACIONAL REVISADAS

INSTITUCIONES REVISADAS	TEMÁTICAS ABORDADAS	
Ministerio de salud	Enfoque de derechos en la infancia	género interculturalidad
	primera infancia	
Ministerio de Desarrollo Social	Grupos vulnerables	adolescentes LGBT adolescentes indígenas adolescentes migrantes
	Modelo bioecológico Primera infancia	
Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA)	Consumo de sustancias	prevención tratamiento
	Población infanto-juvenil	
Servicio Nacional de Menores (SENAME)	Vulneración de derechos Abordaje de desajustes emocionales y conductuales en niños, niñas y adolescentes	
	Grupos vulnerables	niños, niñas y adolescentes vulnerados en sus derechos jóvenes en conflicto con la justicia
UNICEF Chile	Enfoque preventivo	
	Abordaje temprano	
	Adolescencia	

FUENTE | ELABORACIÓN PROPIA.

» Ministerio de Salud (MINSAL)¹⁰⁷:

A partir de los múltiples documentos publicados en el sitio web del MINSAL, es posible identificar una serie de lineamientos o recomendaciones técnicas que pueden ser interpretados como estándares de calidad a ser observadas en el diseño, implementación y/o evaluación de las políticas de salud mental para niños, niñas y adolescentes en Chile:

Marco conceptual de la política

El Programa Nacional de Salud de la Infancia se sustenta sobre el enfoque de derechos en la infancia en el campo de la salud, los determinantes sociales de la salud en infancia y el enfoque de curso de vida, así como el enfoque de interculturalidad (MINSAL, 2013a).

De manera complementaria, el Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes (MINSAL, 2013), se basa en el marco conceptual de servicios de salud de calidad para adolescentes de la OPS/OMS. La OPS propicia la estrategia de Integración del Manejo de Adolescentes y sus Necesidades (IMAN), que busca mejorar la salud y desarrollo de adolescentes en las Américas, mediante una atención integral y multidisciplinaria, e intervenciones integradas en múltiples niveles de influencia: individuo, familia, comunidad, sociedad y servicios de salud.

De acuerdo a las recomendaciones de organismos internacionales y expertos nacionales (OPS, 2010 citado en MINSAL, 2013; MINSAL, 2018b), el Programa se basa en el Modelo de Salud Integral e Integrado (biopsicosociocultural), el Modelo Ecológico Bronfenbrenner y el Modelo de Factores de Riesgo y Protección, así como una serie de enfoques integradores entre los cuales desatacan: Resiliencia, Enfoque de curso de vida, Enfoque de determinantes sociales de la salud (DSS), Enfoque de derechos, Enfoque de equidad en salud, Equidad de género en salud, Interculturalidad, Enfoque anticipatorio y Enfoque participación.

- **Enfoque de Género**

El Manual para el apoyo y seguimiento del desarrollo psicosocial de los niños y niñas de 0 a 6 años destaca la necesidad de que la atención de dicha población asuma un Enfoque de Género, buscando promover la equidad de género. Así, establece una serie de mensajes a ser entregados a las familias y cuidadores(as) que pueden contribuir a dicho propósito, entre los cuales destaca la redistribución y flexibilización de las responsabilidades y tareas sociales y domésticas asociadas a la gestación, el parto, el puerperio, la lactancia y la crianza de NN, involucrando al hombre como co-responsable de las labores tradicionalmente atribuidas a la mujer (MINSAL y ChCC, 2008).

En este mismo sentido, la guía clínica de atención de niños, niñas y adolescentes menores de 15 años, víctimas de abuso sexual asume el Enfoque de Género como modelo comprensivo esencial para analizar la situación de niños, niñas y adolescentes, a la luz de las expectativas, roles y comportamientos que son socialmente atribuidos en función de su sexo, a partir de lo cual, poder desnaturalizar y reflexionar en torno a las oportunidades y/o dificultades que dichas atribuciones generan. En este entendido, destacan hallazgos vinculados al

¹⁰⁷ <https://www.minsal.cl/>.

develamiento de prejuicios y estereotipos de género presentes en las situaciones de abuso sexual que afectan a niños, niñas y adolescentes, los cuales operan en distintos niveles, a partir de diversos actores involucrados; desde las familias de las víctimas hasta las instancias encargadas de detectarlas y tratarlas, como de aquellas encargadas de la protección. Así, considerar la perspectiva de género en la intervención con niños, niñas y adolescentes que han sufrido abuso sexual implicaría (MINSAL y UNICEF, 2011):

- Identificar sesgos y/o estereotipos de género facilitadores de la reproducción de ciertos patrones de conducta violenta, que impiden o dificultan la detección y el tratamiento.
- Considerar la opinión de los niños, niñas y adolescentes para la realización de las intervenciones que se desarrollen, respetando sus intereses y evitando los estereotipos de género.
- Potenciar los recursos personales de cada niños, niñas y adolescentes, superando los estereotipos de género y secuelas del abuso que pueden obstaculizar su pleno desarrollo.
- Incorporar fuertemente a los padres o a aquellos que cumplen el rol parental masculino en el plan de intervención, para romper con la lógica de asignación tradicional de los roles femeninos y masculinos al interior de las familias.
- Generar una apertura que incluya, además, a otros miembros del grupo familiar (ej. abuelos y abuelas), reconociendo de esta forma la importancia de la familia como agente de socialización que permite fortalecer roles masculinos y femeninos de carácter positivo y una importante red primaria de apoyo.
- **Interculturalidad:**

El Programa Nacional de Salud de la Infancia reconoce la importancia de reconocer los aspectos culturales que pueden ser factores protectores o de riesgo en la atención de niños y niñas, como la comunicación verbal, las indicaciones de la atención, e identificar dentro de la cultura si existe un socializador interlocutor entre la cultura y salud. De este modo, la incorporación del enfoque intercultural en salud permite a los equipos locales reconocer la existencia de un sistema médico indígena activo con base en el territorio y en su cultura, donde todo grupo familiar mantiene un nivel de conocimiento que le permite distinguir y actuar ante una anomalía, realizar ciertas prácticas médicas y recurrir a los especialistas de la medicina indígena. El equipo de salud infantil que interacciona con la comunidad con heterogeneidad cultural (originaria, migrante, territorial) necesita (MINSAL, 2013a):

- Reconocer el medio territorial al que pertenece la familia y establecer actividades de fomento, protección y prevención acorde a sus necesidades.
- Conocer los rasgos culturales en cuidados y crianza de la población infantil.
- Mejorar el acceso a la atención en salud y trabajar con las personas que ellos validan en su comunidad indígena y cultural.
- Reconocer y respetar las características del estilo de vida de las personas que viven en comunidades indígenas.

- Utilizar mecanismos de ayuda efectiva y escucha activa para favorecer la adherencia a las políticas en infancia y la óptima salud de la población indígena.

En un plano más específico, la norma administrativa del Programa Nacional de Salud de la Infancia destaca la Red Intercultural de Salud como instancia intersectorial a nivel regional orientada a la participación de representantes de pueblos indígenas, visibilización de los problemas de salud existente en cada territorio y formulación de planes de salud orientados a la prevención de enfermedades y promoción de la salud de los indígenas. En este contexto, en la medida que los centros de salud asuman las estrategias de la pertinencia cultural y la complementariedad con los sistemas de salud indígenas, se abren posibilidades para que la gestión de los problemas de salud de la población adquiera una orientación diferenciada. Vale decir, fortalecer las experiencias desarrolladas por los equipos de salud y las comunidades indígenas, facilitando la comunicación intercultural, elaborando planes de trabajo que permitan rescatar las mejores prácticas para el cuidado de la salud y en lo específico, sobre el desarrollo de infancia indígena (MINSAL, 2013b).

- **Enfoque de Derechos Humanos**

El Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes considera una serie de lineamientos sustentados sobre el marco de protección de derechos de niños, niñas y adolescentes. Dentro de estos, la atención especializada en contexto cerrado (intrahospitalario) requiere de un ambiente que permita cubrir necesidades de desarrollo básicas, cumpliendo con requisitos como (MINSAL, 2018a):

- **Privacidad:** Durante su entrevista, examen físico y procedimientos. Respetar el deseo de compañía durante la atención clínica. Además de reconocer y respetar el pudor de los pacientes durante la atención y procedimientos clínicos.
- **Confidencialidad:** Respetar la confidencialidad de la información entregada por adolescentes y jóvenes, durante la atención de salud, de acuerdo con la normativa vigente y toda vez que no se presenten situaciones de riesgo vital.
 - **Protección de adolescentes y jóvenes:** Se debe asegurar protección frente a cualquier forma de abuso, explotación o discriminación. Incluso acudiendo a las instancias judiciales pertinentes.
- **Familia:** Debe tener información completa respecto a la enfermedad, tratamientos e intervenciones con relación a su hijo y debe tener autorización permanente de visitas. Desde la perspectiva de derechos, se debe informar al adolescente qué temas serán abiertos a la familia, resguardando siempre la privacidad y la confidencialidad.
- **Participación:** Se debe facilitar la participación e involucramiento de adolescentes y jóvenes en sus procesos clínicos y en el desarrollo de un hospital con servicios más amigables.
- **Necesidades educativas y de aprendizaje para el autocuidado:** El adolescente debe ser informado, de acuerdo con su etapa de desarrollo, de su enfermedad, tratamiento y procedimientos, así como debe recibir educación en promoción de salud y prevención de conductas de riesgo.

En la misma línea, el manual para el apoyo y seguimiento del desarrollo psicosocial de los niños y niñas de 0 a 6 años contempla como uno de sus principios orientadores el reconocimiento de los NN como sujetos de derechos tal como lo define la Convención sobre los Derechos del Niño. Así, los NN deben tener iguales oportunidades para un desarrollo óptimo de sus potencialidades sin distinción, e independientemente de cualquier característica personal o de su familia (MINSAL y ChCC, 2008).

Legislación

Tanto el Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes (MINSAL, 2013) como las orientaciones técnicas para la implementación y desarrollo de servicios de salud integrales amigables para adolescentes (MINSAL, 2018b), se enmarcan en la consideración y protección de cuatro principios bioéticos fundamentales: no maleficencia, justicia, beneficencia y autonomía; así como también el derecho a la confidencialidad y la privacidad, los cuales inciden directamente con el estado de salud y en el uso de servicios de salud.

En un plano más operativo, los Servicios de Salud Amigables para adolescentes no solo se caracterizan por ser espacios agradables y adaptados a la edad, desarrollo y gusto juvenil, sino por sobre todo por ser espacios de atención centrados en un marco de derechos, donde se resguarda la integralidad, la privacidad y confidencialidad, la calidad y la interdisciplinariedad de la atención. Por su parte, en términos estratégicos, el impulso y fortalecimiento de este tipo de servicios busca reducir la discriminación y las desigualdades que afectan a los grupos más vulnerables (MINSAL, 2018b).

En tanto, las orientaciones técnicas para la implementación y desarrollo de servicios de salud integrales amigables de calidad para adolescentes (MINSAL, 2018b), destacan que la normativa internacional y nacional establece que los servicios de salud deben ser provistos a todos los niños, niñas y adolescentes en igual de condiciones y sin discriminación. En este sentido, destacan también que la atención de adolescentes pertenecientes a poblaciones particularmente vulnerables, tales como LGTB, indígenas o migrantes, exige mayores esfuerzos a nivel legal, institucional y técnico para poder conseguir dicho objetivo.

Coordinación intersectorial

De acuerdo con la norma administrativa del Programa Nacional de Salud de la Infancia (MINSAL, 2013b), la intersectorialidad refiere la transversalización de temas prioritarios que deben ser abordados por uno o más sectores, y que requieren de coherencia interna en la articulación de sus acciones, considerando las actuales orientaciones que mantienen las políticas sociales del país (valoración de la territorialidad, descentralización, etc.). La coordinación intersectorial es especialmente facilitadora de las tareas y metas en materias de salud, ya que posibilita la búsqueda de soluciones integrales y permite que las diferencias entre sectores puedan ser usadas productiva y sinérgicamente para resolver problemas sociales.

Bajo esta misma lógica, el Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes reconoce la importancia del fortalecimiento del trabajo intersectorial, razón por la cual lo contempla como una de sus líneas estratégicas más relevantes (MINSAL, 2013).

Participación comunitaria

El manual para el apoyo y seguimiento del desarrollo psicosocial de los niños y niñas de 0 a 6 años contempla como uno de sus principios orientadores a la participación de las comunidades en el desarrollo y mejoramiento de la salud de niños y niñas, en cada etapa de su desarrollo. De esta manera, las autoridades deben comprometer disponibilidad y acceso a servicios y ambientes locales inclusivos que favorezcan la participación y la cohesión social, al mismo tiempo que la ciudadanía debe demandar una participación activa a través de todos los canales que han sido dispuestos para aquello (MINSAL y ChCC, 2008).

Por su parte, las orientaciones técnicas para la implementación y desarrollo de servicios de salud integrales amigables de calidad para adolescentes, establecen que tales servicios deben contemplar canales de participación comunitaria, los cuales incluyan a las familias y a toda la comunidad, particularmente los establecimientos educacionales (WHO, 2002 en MINSAL, 2018b).

Participación de niños, niñas y adolescentes

La “participación de los y las adolescentes” constituye uno de los principales estándares de calidad para los servicios de salud de adolescentes y jóvenes considerados por el Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes¹⁰⁸, indicando que “el grupo de adolescentes participan activamente en la planificación, monitoreo, evaluación y mejora del Servicio de Salud Integral y Amigable, y en las decisiones relacionadas con la atención de su salud” (MINSAL, 2018a).

En este entendido, las orientaciones técnicas para la implementación y desarrollo de servicios de salud integrales, amigables y de calidad para adolescentes (MINSAL, 2018b), reconocen que considerar las perspectivas y opiniones de los propios adolescentes es fundamental para el diseño, implementación, monitoreo y evaluación de las iniciativas que emanen de una política y/o programa de salud de manera que sean más pertinentes, inclusivas y equitativas para esta población. Por ello, el Estado debe avanzar en la calidad y amplitud de los mecanismos de participación en las generaciones para que su visión sea incluida en el ciclo de las Políticas Públicas. En este sentido, si bien la concepción de adolescente como sujeto en preparación para la adultez y subordinado a la discrecionalidad de los adultos, aún se encuentra muy arraigada en la cultura chilena, resulta importante destacar la implementación y acción de los Consejos Consultivos de Adolescentes y Jóvenes (CCAJ) en espacios locales, regionales y a nivel nacional.

La participación de adolescentes en el ámbito de la salud implica escuchar y considerar plenamente sus opiniones y perspectivas. Requisito para ello es que se trate de una participación informada, la cual permita sacarlos del tradicional rol de receptores del mensaje de la salud, convirtiéndolos en interlocutores que toman parte activa en

108 Ver Anexo: Estándares y recomendaciones para la instalación de servicios de atención en salud considerados por el Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes.

las decisiones que afectan su vida, salud y bienestar, y asumen de forma consciente responsabilidades compartidas encaminadas a satisfacer necesidades, deseos y expectativas. En esta línea, UNICEF ha recomendado que los equipos fomenten la participación adolescente a través de las siguientes acciones (MINSAL, 2018b):

- Entregar y buscar información junto con los(as) adolescentes, sobre el estado de la salud adolescente en los servicios de salud y sus comunidades.
- Consultar la opinión de los(as) adolescentes para conocer y comprender sus necesidades e inquietudes en salud, acompañar y apoyar su proceso de participación.
- Co-construir respuestas públicas conjuntas entre adolescentes y adultos, los cuales deben promover dicha participación a través de espacios de discusión centrados en los(as) adolescentes.

Fuente de financiamiento

El Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes contempla como una de sus líneas estratégicas más relevantes el sostener un aporte financiero consistente, sin embargo, no detalla medidas específicas en dicho sentido (MINSAL, 2013).

Por su parte, tanto el manual para el apoyo y seguimiento del desarrollo psicosocial de los niños y niñas de 0 a 6 años (MINSAL y ChCC, 2008), como las orientaciones técnicas para la implementación y desarrollo de servicios de salud integrales amigables de calidad para adolescentes (MINSAL, 2018b), reconocen que las políticas de salud para niños, niñas y adolescentes deben asegurar el acceso universal y equitativo a servicios de calidad y que se adapten flexiblemente a la diversidad de sus necesidades, de manera de complementar los recursos para apoyar su desarrollo. Sin embargo, ninguno de estos documentos hace alusión a estrategias específicas para el financiamiento de políticas públicas en materia de salud mental.

Estructura de la Política en salud

Los lineamientos del Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes establecen que la Red de Salud Pública coordina y complementa las actividades de promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación, reinserción social y cuidados paliativos de los adolescentes y jóvenes que presentan problemas de salud. Estos servicios deben ser provistos a través de un trabajo en red que permita que los cuidados se entreguen en forma diferencial a través del curso de vida de la persona y su familia, y para que las necesidades de atención consideren las características y capacidades resolutivas de cada nivel de atención. Entre las estrategias comunes a toda la red debe existir un sistema de referencia y contra-referencia constituido por coordinaciones, procedimientos e instrucciones para prestar atención al adolescente y joven dentro del sistema de salud, según el nivel de atención y grado de complejidad de los establecimientos y con la debida oportunidad y eficacia, considerando que el usuario adolescente transita por la red y no pertenece a algún componente específico de ella (MINSAL, 2018a).

Organización de servicios de salud mental

MINSAL y ChCC (2008) reconocen que la infancia constituye una etapa crítica donde se establecen los cimientos del desarrollo futuro de las personas, en un proceso continuo que se inicia en la gestación y continúa en el nacimiento y a lo largo de los primeros años de la vida. En esta misma línea, el MINSAL destaca la relevancia de la detección y atención temprana de problemas de salud mental en niños, niñas y adolescentes en el contexto comunitario-educacional, a través de diversos lineamientos tales como las guías clínicas sobre “atención integral de niños, niñas y adolescentes con trastorno hiperactivo/ trastorno de la atención (THA)” (MINSAL, 2008); “consumo perjudicial y dependencia de alcohol y otras drogas en personas menores de 20 años” (MINSAL, 2013d).

La evidencia nacional e internacional da cuenta que la población adolescente, en su mayoría, no utiliza o utilizan poco los dispositivos tradicionales de salud, en particular los servicios de atención primaria, ya que los mismos serían inadecuados para las necesidades de esta población quienes “perciben una carencia de respeto, de privacidad y de confidencialidad, el temor al estigma y la discriminación y la imposición de los valores morales de los proveedores de atención de salud”. A partir de esta situación, los Espacios Amigables constituyen un nuevo paradigma para enfrentar la atención de salud de la población adolescente en el nivel primario de atención, buscando disminuir las barreras de acceso y mejorar la adherencia a los programas, otorgando una atención más adecuada, pertinente y de calidad para este grupo, especialmente para adolescentes en situación de vulnerabilidad o de alto riesgo psicosocial (OPS/OMS/ONUSIDA, 2016; OPS, 2016 citados en MINSAL, 2018b)¹⁰⁹.

En base a recomendaciones y experiencias nacionales e internacionales, se proponen tres modalidades básicas de organización amigable de servicios de salud de calidad para la atención de adolescentes en el nivel primario de salud: Establecimientos de Salud de Atención Primaria (CESFAM, Centros de Salud, Consultorios), Espacios Amigables de Atención de Salud Integral y, Servicio diferenciado para la atención integral de adolescentes (experiencias como: CEMERA, Serjoven, Rucahueche, Alterjoven o Atina). Las tres modalidades pueden ser entendidas como una forma progresiva de organizar la prestación de servicios, con el fin de satisfacer las necesidades, demandas y expectativas de salud que tienen los adolescentes (MINSAL, 2018b).

- **Reconocimiento y atención de necesidades de poblaciones específicas:**

Las orientaciones técnicas para la implementación y desarrollo de servicios de salud integrales, amigables y de calidad para adolescentes (MINSAL, 2018b), consideran un conjunto de recomendaciones orientadas a los equipos de salud, para una la atención inclusiva y respetuosa de las personas adolescentes pertenecientes a grupos particularmente vulnerables: población LGBT, población indígena o población migrante.

¹⁰⁹ Ver Anexo: Características de los Servicios de Salud Amigables para Adolescentes.

RECOMENDACIONES PARA LA ATENCIÓN DE GRUPOS PARTICULARMENTE VULNERABLES

Adolescentes LGBT

- Desarrollar políticas a nivel local para la atención inclusiva, considerando la capacitación de equipos de salud reforzando la no discriminación.
- Eliminar toda práctica con enfoque reparativo o que apunte a patologizar la diversidad sexual.
- Sensibilizar y capacitar a profesionales de la salud en diversidad sexual.
- Cautelar que los instrumentos de recolección de datos consideren la diversidad sexual.
- Visualizar la temática en salas de espera o boxes.
- Abogar y realizar educación sexual con enfoque inclusivo de la diversidad sexual.
- Tener presencia activa en la comunidad sensibilizando y educando en temáticas sobre diversidad sexual para prevenir y/o detener la discriminación.
- Abogar en la comunidad por los derechos de la población LGTB
- Reconocer y fomentar las fortalezas individuales de los(as) consultantes, como pilar para la promoción del desarrollo positivo.
- Asegurar la privacidad y confidencialidad.
- No asumir heterosexualidad, utilizar lenguaje respetuoso, inclusivo y neutro.
- Profesionales de la salud capacitados para brindar atención competente y sin prejuicios.
- Controles periódicos, que incluya educación, fomentando la prevención y pesquisa de ITS/VIH.
- Cautelar que las medidas preventivas sean universales y neutrales respecto al género.
- No vincular orientación sexual con VIH.
- Proporcionar información sobre el autocuidado, considerando las diferentes prácticas sexuales.
- Reconocer y satisfacer las necesidades y demandas específicas de fertilidad para mujeres lesbianas y bisexuales.
- Reconocer y acompañar familias homo/lesbo parental.
- Desarrollar habilidades para apoyo y acompañamiento a adolescentes durante proceso de confusión/ asumirse y divulgación.
- Desarrollar habilidades para apoyo y acompañamiento familias en proceso de asumir e integrar un hijo/a GLBT.
- Explorar situaciones de discriminación y victimización, estableciendo medidas de abordaje.
- Interiorizar que la "terapia reparativa" es intrínsecamente coercitiva e incompatible con la atención de salud.

FUENTE | ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE MINSAL (2018B).

RECOMENDACIONES PARA LA ATENCIÓN DE GRUPOS PARTICULARMENTE VULNERABLES

Adolescentes Indígenas

- Valorar la diversidad biológica, cultural y social del ser humano como un factor importante en todo el proceso de salud.
- A los equipos de salud, les corresponde conocer la situación de salud que enfrenta la población adolescente indígena y estar abiertos al diálogo y a reconocer la importancia de valor su cultura (competencias Interculturales).
- El respeto y la consideración de la cosmovisión de los pueblos, sus sistemas de salud, sus conceptos de salud y enfermedad deben incorporarse en el diseño de las políticas públicas. La incorporación de un enfoque intercultural en salud solo tiene significación, en la medida que los equipos de salud reconocen la existencia y visibilizan en el modelo de atención los aportes de las culturas que coexisten en algún territorio.
- Establecer planes de mejoras para lograr un sistema de información y registro en pertenencia de pueblos indígena, de esa manera contar con datos estadísticos de salud confiables, así como desarrollar competencias epidemiológicas e interculturales en los equipos.
- Habilitar espacios y adecuaciones de infraestructura para una atención de salud con pertinencia cultural.
- Elaborar material educativo considerando la cultura del pueblo originario y cosmovisión.
- Planificar acciones de promoción de la salud, que contribuya a mejorar la calidad de vida.
- Fortalecer trabajo comunitario, en el territorio para establecer vínculos con organizaciones indígenas.
- Fortalecer y propiciar la participación de adolescentes con los espacios naturales, sitios ceremoniales, simbólicos y materiales, reconocidos en sus territorios, a través de estrategias que involucren la participación de familias, referentes socioculturales y autoridades.
- Favorecer espacios de trabajo en torno a los saberes que permitan la transmisión de prácticas en torno al sistema de conocimientos, valores y principios propios de los pueblos indígenas para la formación de adolescentes en sus respectivos territorios y contextos.
- Apoyar y potenciar las redes familiares y parentales propias de los pueblos indígenas, a fin de mantener su cohesión social y cultural.
- Generar indicadores interculturales que permitan vislumbrar las brechas de inequidad que afectan a los adolescentes indígenas.
- Contar con un sistema de registro de datos oficiales y actualizados que dé cuenta de las condiciones de vida de los adolescentes indígenas.

FUENTE | ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE MINSAL (2018B).

RECOMENDACIONES PARA LA ATENCIÓN DE GRUPOS PARTICULARMENTE VULNERABLES

Adolescentes Migrantes

- Integrar una cultura de derechos en todos los ámbitos de la gestión del Servicio de Salud Amigable.
- Participar en la elaboración de diagnósticos locales vinculados a población migrante desde un modelo ecológico, con el fin de conocer la situación de migración y de salud integral que tiene la localidad, donde el Servicio de Salud Amigable tiene injerencia.
- Incorporación en programaciones locales de acciones de salud orientada a este grupo, con el fin de visibilizar y abordar sus problemas y potencialidades, con enfoque de derechos, integral e intercultural.
- Incorporar sistema de registros actualizados respecto a adolescentes inmigrantes de manera de conocer sus características y necesidades específicas de atención.
- Brindar servicios de SSR relativos a la anticoncepción, diagnóstico y tratamiento de las ITS, incluida la infección por el VIH.
- Orientar a las familias y adolescentes en los procesos administrativos para acceder a la salud y fortalecer su capacitación respecto a sus derechos.
- Desarrollar actividades de comunicación social y educación en salud permanentes de sensibilización sobre la diversidad cultural, migraciones y derechos humanos que contribuyan a eliminar los prejuicios frente a la población de adolescentes y familias migrantes.
- Desarrollar acciones promocionales y preventivas con enfoque intersectorial para erradicar las prácticas discriminatorias, violencia y prejuicios en los establecimientos de educación y en la comunidad.
- Promover la autonomía y participación de adolescentes migrantes en Consejo Consultivo de adolescentes y jóvenes locales, de manera que participen en la planeación, desarrollo y evaluación de los servicios de salud, programas y proyectos.
- Incorporar en la atención, mediadores interculturales y/o facilitadores lingüísticos, a fin de brindar servicios de salud en el idioma materno. Incluir en el desarrollo de material educativo y difusión adolescentes migrantes de manera de asegurar que sean pertinentes para este grupo poblacional.
- Pesquisa y seguimiento de casos de riesgo a través del control de salud integral y programas de acompañamiento de población vulnerable.
- Desarrollar capacitaciones que incorporen el desarrollo de competencias del equipo de salud para un abordaje específico desde una perspectiva intercultural y de derechos.

FUENTE | ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE MINSAL (2018B).

- **Restricciones al tratamiento farmacológico:**

Diversos lineamientos del MINSAL destacan la relevancia de realizar intervenciones psicosociales antes de decidir implementar algún tratamiento farmacológico en niños, niñas y adolescentes con diagnósticos como THA (MINSAL, 2008), consumo perjudicial de sustancias (MINSAL, 2013d) o depresión (MINSAL, 2013c). Adicionalmente, cuando la respuesta terapéutica no es suficiente con las intervenciones psicosociales, el tratamiento farmacológico debe ser considerado conjuntamente con los padres o cuidadores, resguardando los intereses de los niños, niñas y adolescentes.

Recursos humanos, capacitación y formación en el sistema.

La norma administrativa del Programa Nacional de Salud de la Infancia reconoce que la capacitación de profesionales en la primera infancia es una actividad de primera prioridad para lograr los objetivos sanitarios esperados en la población infantil, sin embargo, no identifica contenidos técnicos específicos que deben ser cubiertos para tales fines (MINSAL, 2013b)¹¹⁰.

Por su parte, el Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes contempla como una de sus líneas estratégicas más relevantes el desarrollo técnico del recurso humano (MINSAL, 2013). En este sentido, uno de los principales estándares de calidad para los servicios de salud de adolescentes y jóvenes que considera refiere a las “competencias del personal de salud”, el cual establece que “el personal de salud demuestra las competencias requeridas para prestar servicios de salud integrales para adolescentes, conforme al paquete de servicios establecido, incluida la evaluación psicosocial y física adecuada y cuidado integral individual. Así mismo, respeta, protege y vela por que se cumplan los derechos del grupo de adolescentes a la información, privacidad, confidencialidad y no discriminación, sin prejuicios y respeto” (MINSAL, 2018a)¹¹¹.

De manera más específica, el Programa reconoce un conjunto amplio de competencias¹¹² que deben poseer los equipos (interdisciplinarios) de salud para la atención diferencial de adolescentes y jóvenes a nivel especializado, partiendo por la necesidad de “estar motivado/a” para atender adolescentes y presentar una actitud empática para aquello, ya que es un elemento primordial para el desarrollo de un vínculo profesional-usuario/a. Adicionalmente, los equipos deben contar con competencias en ámbitos tales como: conceptos básicos en materia de salud y desarrollo de adolescentes; leyes, políticas, normas de calidad y aspectos éticos; comunicación eficaz; atención clínica de adolescentes con enfermedades específicas a nivel especializado (MINSAL, 2018a).

En esta misma línea, el Programa establece lineamientos para la capacitación de equipos de salud y acciones que contribuyen a la formación de los equipos que atienden adolescentes tales como (MINSAL, 2018a):

110 El Ministerio de Salud, a través de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, cuenta con dos entidades que orientan la gestión en capacitación: el Departamento de Formación y Capacitación, de la División de Gestión y Desarrollo y el Programa de Capacitación en la Atención Primaria, de la División de Atención Primaria (MINSAL, 2013b).

111 Ver Anexo: Estándares y recomendaciones para la instalación de servicios de atención en salud considerados por el Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes.

112 Adaptadas desde OMS (2015). Competencias básicas en materia de salud y desarrollo de los adolescentes para los proveedores de atención primaria.

- Desarrollar un plan progresivo de sensibilización y capacitación en atención de salud diferencial para adolescentes a todo el personal de salud del nivel especializado abierto y cerrado.
- Establecer estrategias que faciliten la actualización de los profesionales en el ámbito del área clínica y psicosocial para la atención integral especializada de adolescentes.
- Identificar necesidades específicas de capacitación.
- Difundir buenas prácticas y acciones de transferencia técnica de profesionales expertos que puedan aportar apoyo y experiencia.
- Impulsar en universidades, a nivel de pre y postgrado, la formación de profesionales en el área de Medicina de la Adolescencia y servicios de transición.

Adicionalmente, las orientaciones técnicas para la implementación y desarrollo de servicios de salud integrales amigables de calidad para adolescentes (MINSAL, 2018b), indican que los equipos encargados de dar atención deben contar entre sus características más relevantes con una vocación o carisma especial para el trabajo con adolescentes, que genere un compromiso de mediano a largo plazo con la comunidad donde se desempeña, lo que debe ser apoyado por procesos continuos de acompañamiento técnico, capacitación y supervisión. De esta manera, se procura evitar altas rotaciones de los equipos profesionales y técnicos o que, en el caso de no ser evitables, se pueda garantizar capacitación que dé continuidad en la calidad de las actividades desarrolladas. En este contexto, se recomienda que los profesionales de la salud tengan las siguientes características (MINSAL, 2018b):

- Valores fundamentales que debe tener todo adulto que desea iniciar una relación de alianza con adolescentes: Audacia, honestidad, perseverancia, respeto, responsabilidad, solidaridad y flexibilidad.
- Actitudes deseables que indican el grado de predisposición de adultos hacia el establecimiento de una relación intergeneracional con adolescentes: aceptación y tolerancia hacia matrices culturales diferentes; apoyo a adolescentes; disponibilidad corporal y anímica, y; motivación genuina por conocer a los adolescentes.
- Habilidades básicas requeridas para generar una relación de alianza adulto-adolescente: capacidad en la creación de confianza; hacer sentir al adolescente parte de la iniciativa; manejo de lenguaje verbal y no verbal; reconocer en cada adolescente singularidad y diferencia, y; saber escuchar.

Estas mismas orientaciones destacan que cualquiera que sea la disciplina de las personas que conforman el equipo de atención en salud, deben desarrollar progresivamente diversas competencias. La más importante es estar motivado/a para atender adolescentes ya que eso es lo primero que perciben los consultantes, las demás se tienen que adquirir con capacitación específica (MINSAL, 2018b):

COMPETENCIAS REQUERIDAS PARA EQUIPOS DE ATENCIÓN EN SALUD PARA ADOLESCENTES

En Promoción y Prevención

- Aplicar técnicas participativas educativas.
- Habilidades de consejería.
- Habilidades de trabajo en equipo con enfoque interdisciplinario y transdisciplinario.
- Habilidades de trabajo inter-programas e intersectorial.
- Abordar los aspectos relativos al género en forma crítica y transformadora.
- Habilidades en el trabajo de abogacía para la promoción de los derechos y el desarrollo saludable.
- Habilidades para planificar, evaluar la calidad y cobertura de los servicios de salud prestados.

En atención Individual Integral

- Actitud empática en la atención de adolescentes y sus familias.
- Habilidades para una escucha activa.
- Habilidades para establecer una comunicación eficaz.
- Conocimientos teóricos y competencia para atención integral.
- Habilidades para realizar examen físico completo en adolescentes.
- Aplicar enfoque bio-psico-social y familiar en la formulación de evaluación de riesgos.
- Respetar la confidencialidad del/la adolescente.
- Respetar y promover los derechos de los adolescentes.
- Evitar cualquier forma de discriminación y enjuiciamiento.
- Conocimiento para poner en práctica normativas legales o jurídicas, en un marco de derechos.
- Darse el tiempo para escuchar las demandas de los adolescentes y evaluar sus necesidades.

FUENTE | ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE MINSAL (2018B).

- **Recursos físicos**

El Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes contempla indicadores referidos al “ambiente físico y equipamiento de los servicios de salud para adolescentes”, estableciendo que “el servicio de salud amigable para adolescentes dispone de un horario adecuado, un entorno acogedor y limpio, y mantiene la intimidad y la privacidad. Cuenta con el equipamiento, los medicamentos, los suministros y la tecnología que se necesitan para garantizar la prestación de servicios de salud intramurales o extramurales, conforme al paquete básico establecido”¹¹³. Adicionalmente, los hospitales y otros recintos de atención terciaria deben contar con infraestructura que resguarde la privacidad y equipamiento adecuado a las necesidades de adolescentes y jóvenes, considerando espacios de intercambio y recreación junto a sus pares, con disponibilidad de material educativo, computadores, música, materiales de arte, juegos, entre otros (MINSAL, 2018a).

Sistemas de información

El Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes contempla como una de sus líneas estratégicas más relevantes el desarrollo e implementación de sistemas de información confiables, sin embargo, no detalla medidas específicas en dicho sentido (MINSAL, 2013).

Evaluación de la política, servicios y programas

El Programa Nacional de Salud de la Infancia es evaluado periódicamente a través de indicadores organizados en tres dimensiones: i) equidad, buscando asegurar que la totalidad de usuarios y beneficiarios reciban las prestaciones correspondientes según su necesidad; ii) accesibilidad, verificando que todos los potenciales usuarios efectivamente acceden a las prestaciones que les corresponden, y; iii) calidad, monitoreando el funcionamiento de un modelo de protocolización y estandarización de procedimientos asociados al funcionamiento del Programa (MINSAL, 2013b).

De manera similar, las orientaciones técnicas para la implementación y desarrollo de servicios de salud integrales amigables de calidad para adolescentes, establecen que tales servicios deben ser efectivos y eficientes, desplegando intervenciones basadas en evidencia y contando con un sistema de manejo y control de costos, además de evaluación de impacto (WHO, 2002 en MINSAL, 2018b).

¹¹³ En esta misma materia, el Programa establece un conjunto de recomendaciones específicas que orientan la implementación de su modelo de atención, las cuales fueron adaptadas de criterios entregados por la OPS (Ver Anexo: Estándares y recomendaciones para la instalación de servicios de atención en salud considerados por el Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes).

Mejora de la Calidad y derechos

El Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes contempla como una de sus líneas estratégicas más relevantes la organización de la Oferta de Servicios sobre la base del modelo de salud integral con enfoque de aseguramiento de la calidad (MINSAL, 2013). En este entendido, la “información y mejora de la calidad” constituye uno de los principales estándares de calidad para los servicios de salud de adolescentes y jóvenes considerados por dicho Programa¹¹⁴, el cual apunta a que “el servicio de salud amigable para adolescentes cuenta con un sistema de información, que recopila datos de uso y calidad de la atención entregada, desglosados por edad, sexo y otras variables sociodemográficas, y los utiliza para mejorar la calidad del servicio de salud. El personal de salud recibe apoyo para participar en la mejora continua de la calidad” (MINSAL, 2018a).

En este entendido, las orientaciones técnicas para la implementación y desarrollo de servicios de salud integrales, amigables y de calidad para adolescentes, reconocen que, en la medida que los servicios mejoran su calidad, también aumenta su utilización y uso por parte de los adolescentes; para lo cual se establece que tales servicios deben alcanzar las siguientes dimensiones de calidad (MINSAL, 2018b):

- **Apropiados:** Se prestan los servicios de salud requeridos por adolescentes.
- **Integrales:** Los servicios de salud otorgan principalmente atención preventiva primaria, pero también secundaria y terciaria, con enfoque biopsicosocial y están centrados en los adolescentes, sus familias y la comunidad. Se articulan en red de servicios por niveles de complejidad y están vinculados con escuelas y otras organizaciones/instituciones con programas de promoción y prevención.
- **Efectivos:** Se prestan los servicios de salud apropiados de una manera correcta y contribuyen positivamente a la salud de adolescentes.
- **Accesibles:** La población adolescente puede acceder a los servicios de salud que se prestan, sin barreras económicas, organizacionales, culturales o de género.
- **Aceptables:** Los servicios de salud se prestan de una manera que satisface las expectativas de los usuarios adolescentes.
- **Equitativos:** Todos los adolescentes, no sólo los pertenecientes a ciertos grupos, pueden acceder a los servicios de salud que necesitan.
- **Eficientes:** Todos los adolescentes reciben la atención que necesitan, en el momento que lo requieran, al menor costo posible y utilizando eficazmente los recursos disponibles.

¹¹⁴ Ver Anexo: Estándares y recomendaciones para la instalación de servicios de atención en salud considerados por el Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes.

» Ministerio de Desarrollo Social y Familia (MIDESO)¹¹⁵:

A partir de la orientación técnica para el Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil de niños y niñas de 5 a 9 años (PASMI), desarrollada en conjunto por el MINSAL y por Chile Crece Contigo, y publicado en el sitio web del MINSAL, es posible identificar una serie de lineamientos o recomendaciones técnicas que pueden ser interpretados como estándares de calidad a ser observadas en el diseño e implementación de las políticas de salud mental para niños, niñas y adolescentes en Chile:

Marco conceptual de la política

El Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil (PASMI) basa su intervención en el Modelo Bioecológico el cual establece que el desarrollo se produce a través de lo largo de la vida por procesos cada vez más complejos, derivados de las características de los niños(as) y del ambiente, tanto en el ambiente inmediato como el remoto y dentro de una continuidad de cambios que ocurren a través del tiempo (MINSAL y ChCC, 2017).

Estructura de la Política

La estrategia general de atención desplegada por MIDESO reconoce la importancia de las intervenciones dirigidas a la promoción de salud mental. Al respecto, una revisión sistemática desarrollada por Moraga y Moreno (2007)¹¹⁶ reveló que las intervenciones y/o programas de promoción de salud mental dirigidas a niños/as de 0 a 6 años que cuentan con evidencia de efectividad son:

- Intervenciones de CPP dirigidas a la promoción de lactancia, realizadas durante el período prenatal, nacimiento (a nivel hospitalario se recomienda instalar estrategias de contacto piel a piel entre la madre y el recién nacido) o durante el período postnatal, siendo particularmente positivas las intervenciones de consejería cara a cara, al menos hasta los 4 meses, con un alto número de visitas domiciliarias.
- Contacto piel a piel y masajes dirigidos a la promoción de la regularización fisiológica temprana del bebé en la expresión del llanto (mejora frecuencia y duración del llanto). De manera complementaria, las intervenciones educativas a la madre y guías anticipatorias o instrucciones escritas ayudan a la regularización de los ciclos de sueño del bebé.
- Intervenciones dirigidas a la promoción de ambiente doméstico de calidad en población universal y selectiva. Los programas de visitas domiciliarias múltiples y de largo plazo realizadas por enfermeras resultan efectivas en población universal (con efectos además en otros desenlaces: competencias maternas, conocimientos, riesgo de maltrato, riesgo de depresión materna). Por su parte, los programas que contemplan visitas domiciliarias resultan efectivas en niños "de riesgo" (ej. familias vulnerables, niños de bajo peso o prematuros de muy bajo peso).

¹¹⁵ <http://www.desarrollosocialyfamilia.gob.cl/>

¹¹⁶ Este estudio buscó identificar y sintetizar la mejor evidencia disponible sobre la efectividad de las intervenciones de promoción en el ámbito de la salud mental, en familias con niños y niñas de 0 a 6 años, a nivel nacional e internacional, a través de una revisión sistemática de literatura publicada hasta el año 2007, en idioma inglés, español y portugués, en bases de datos electrónicas como Medline, Lilacs, Psycinfo, SOC index, DARE, Cochrane Databases y HTA Database (fundamentalmente) (Moraga y Moreno, 2007).

- Intervenciones dirigidas a la promoción de competencias parentales en población universal (excepto las intervenciones educativas prenatales dirigidas a padres).
- Intervenciones dirigidas hacia la promoción de la Interacción/relación, aplicadas en padres o madres (excepto las intervenciones educativas prenatales dirigidas a padres). En padres se observan efectos positivos cuando hay un involucramiento temprano con los cuidados del niño, cuando el padre conoce las habilidades del recién nacido, participa en grupos de juego interactivo y en talleres grupales. Las madres se benefician de educación sobre el desarrollo a través de guías anticipatorias.
- Intervenciones dirigidas a la promoción del rol/identidad materna, excepto intervenciones no estructuradas (grupos informales en atención primaria) o basadas en menos de tres visitas domiciliarias.
- Intervenciones dirigidas a la promoción de adaptación emocional y conductual de los niños/as, especialmente las de tipo afectivas y de entrenamiento de resolución de problemas interpersonales en niños de 2 a 7 años.
- Intervenciones dirigidas a la promoción del desarrollo del lenguaje/aprendizaje en población universal, basadas en visitas domiciliarias y guías anticipatorias.
- Intervenciones educativas en escuelas u hogares, dirigidas a la promoción de conductas saludables tales como la actividad física (nivel de actividad e ingesta calórica), teniendo efectos particularmente positivos en la educación posterior de madres adolescentes.

Por otra parte, las orientaciones técnicas del programa PASMI reconoce que la escuela es un espacio clave para la promoción de la salud mental infantil, señalando que es un espacio ideal para la detección de problemas y un contexto ideal para intervenciones efectivas en materia de promoción y prevención (MINSAL y ChCC, 2017).

Coordinación intersectorial

El componente de salud del subsistema ChCC reconoce la importancia de la coordinación intersectorial para la obtención de resultados satisfactorios en la detección y atención de problemáticas de salud mental. En este sentido, el programa PASMI concibe un trabajo intersectorial entre escuela, salud y municipio para poner toda la oferta programática al servicio de mejorar el contexto de desarrollo infantil (MINSAL y ChCC, 2017).

Organización de servicios de salud mental

El componente de salud del subsistema ChCC reconoce la importancia de las acciones de diagnóstico y tratamiento en la Atención Primaria de Salud y el acercamiento de las políticas de salud pública al contexto comunitario. En este entendido el programa PASMI ofrece atención integral en salud mental fortaleciendo la oferta disponible en salud mental en la atención primaria, principalmente con el Programa de Salud Mental en la atención primaria de salud, y derivando casos al programa de gestión de casos “Acompañamiento de niños y niñas con alto riesgo psicosocial” (MINSAL y ChCC, 2017).

» Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA)¹¹⁷:

El sitio web de SENDA está focalizado en la publicación de documentos con información relativa a la prevalencia del consumo de drogas y alcohol, no a documentos que ofrezcan lineamientos o estándares de prevención o intervención. Sin embargo, a partir de la recientemente presentada Estrategia Nacional de Drogas 2021-2030 es posible desprender diversos estándares en materia de reducción de demanda (SENDA, 2021):

Marco conceptual de la política

La Estrategia Nacional de Drogas 2021-2030 adscribe a una serie de modelos teóricos y conceptuales que sustentan la manera en que se interpreta el fenómeno del consumo de sustancias y la forma en que los desafíos de prevención, tratamiento e integración social deben ser abordados. Entre estos modelos se cuenta el Modelo Ecológico del Desarrollo Humano propuesto por Uri Bronfenbrenner a fines de la década de 1970, además de los modelos de Ciclo Vital y Curso de Vida, y el de Factores de Riesgo y Protección.

Legislación/Enfoque de Derechos Humanos

La Estrategia Nacional de Drogas 2021-2030 prioriza las acciones destinadas a la prevención y tratamiento de la población infanto-juvenil, no solo por la alta prevalencia del consumo de sustancias registradas en dicho tramo etario, sino también porque éste goza de un marco de derechos especial, adoptado por el país al suscribir la Convención Internacional de los Derechos del Niño. De esta manera, la Estrategia adopta el interés superior del niño como uno de sus criterios rectores.

La Ley N°20.502 (2011), que regula el funcionamiento de SENDA, establece explícitamente que su objeto se enfoca en “políticas en materia de prevención del consumo de estupefacientes, sustancias psicotrópicas e ingestión abusiva de alcohol, y de tratamiento, rehabilitación y reinserción social de las personas afectadas por dichos estupefacientes y sustancias psicotrópicas”. En este sentido, la Estrategia Nacional de Drogas 2021-2030 otorga prioridad a la dimensión de la reducción de la demanda de drogas, a diferencia de algunas versiones anteriores de la Estrategia, donde el propósito fundamental hacía alusión a enfrentar el “problema de las drogas” a través de la reducción de la demanda de drogas y el control de la oferta de drogas.

Estructura de la Política en salud

La Estrategia Nacional de Drogas 2021-2030 no solo reconoce la importancia de la prevención del consumo de alcohol y otras drogas en edades tempranas, sino que otorga particular relevancia a las intervenciones en promoción y prevención en el espacio educativo. En este sentido, el establecimiento educacional constituye un ámbito socializador clave que debiese proveer un ambiente propicio para que niños, niñas y adolescentes vivan de manera sana, involucrando en ellos patrones cognitivos, emocionales, afectivos, culturales, conductuales y sociales, que fortalezcan los factores protectores frente al consumo de sustancias.

117 <https://www.senda.gob.cl/>

Coordinación intersectorial

La complejidad multicausal del consumo de alcohol y otras drogas, obliga a SENDA a impulsar y participar de múltiples iniciativas de cooperación intersectorial, incluyendo el trabajo coordinado con otras instituciones y servicios del nivel central de la administración del Estado, la colaboración con las municipalidades y, en general, la alianza con todos los actores claves en la materia, para el despliegue de la oferta de servicios de prevención, tratamiento y reinserción social.

Las actividades específicas que se desarrollan con distintas instituciones, en el marco de los convenios, incluyen:

- Diseño de políticas de prevención y tratamiento del consumo de alcohol y otras drogas, existiendo coordinaciones con el Ministerio de Salud para promover la consistencia en los contenidos entre la presente estrategia y la Estrategia Nacional sobre Alcohol, liderada por el Minsal;
- Planteamiento de metas de políticas de prevención del consumo de sustancias. En este sentido, las metas planteadas en la Estrategia 2021-2030 han sido validadas con un comité de expertos que incluye al Ministerio de Salud;
- Implementación de estrategias y programas de prevención del consumo de alcohol y otras drogas. Por ejemplo, SENDA realiza convenios periódicos con municipalidades, del mismo modo como el Ministerio de Justicia, el Ministerio de Salud, el Servicio Nacional de Menores (SENAME) y SENDA, desarrollaron el Sistema Intersectorial de Salud Integral.
- Ejecución de talleres informativos y preventivos con funcionarios de diversos servicios públicos y empresas privadas.
- Implementación de estrategias y programas de tratamiento y reinserción social de personas que presentan consumo problemático de sustancias.
- Desarrollo de sistemas multiagenciados de vigilancia de tendencias relativas al consumo de sustancias en Chile.

Otro elemento particularmente relevante que requiere de la coordinación intersectorial es la promoción del desarrollo de conocimiento científico en materia de prevención y tratamiento del consumo de sustancias, razón por la cual SENDA debe asumir un rol activo en promover que estos se transformen en materias prioritarias de la agenda nacional de investigación. Para estos efectos, se establece la necesidad de desarrollar gestiones con diversas entidades, y en particular con el nuevo Ministerio de Ciencia, Tecnología, Conocimiento e Innovación, a fin de incrementar progresivamente la alineación de agendas de investigación en esta materia tan relevante para el país.

Participación comunitaria

Uno de los principios orientadores de la Estrategia 2021-2030 es la participación de la comunidad, teniendo en consideración las múltiples y complejas influencias familiares, comunitarias y macrosistémicas que inciden sobre el consumo de drogas. Así, se reconoce que los cambios de comportamiento relativos al consumo de sustancias sólo serán viables si se comprenden las necesidades, inquietudes, motivaciones y circunstancias en las que la comunidad vive y se desarrolla.

En este contexto, SENDA se propone desarrollar acciones de diseño, implementación y rendición de cuentas progresivamente más abiertas a la comunidad, basando sus decisiones no solo en criterios netamente técnicos sino también acogiendo las demandas y siendo sensible a las necesidades de la comunidad en la ejecución de todos sus procesos. De esta manera, el diseño, implementación, administración y control de gestión de las intervenciones requiere sensibilidad respecto a las diferencias locales y a las particularidades de las poblaciones objetivo en las distintas regiones del país.

Evaluación de la política, servicios y programas

Gran parte de los principios orientadores de la nueva Estrategia, apuntan a la necesidad de que las intervenciones que involucra sean capaces de reportar su eficacia, efectividad y eficiencia.

Las intervenciones eficaces son diseñadas e implementadas de manera que se incremente al máximo posible su probabilidad de producir el impacto social esperado en términos de reducir la prevalencia de consumo de alcohol y otras drogas. Por esto, las intervenciones deben sustentarse a partir de los hallazgos de investigaciones científicas de calidad suficiente para informar decisiones de políticas públicas, que sean rigurosas en términos metodológicos y lo más actualizadas posible.

Por su parte, las intervenciones efectivas son aquellas que logran el impacto social en condiciones de implementación reales, inclusive en contextos de trabajo que puedan verse dificultados por condiciones o contingencias propias de los distintos escenarios de implementación (condiciones no óptimas). Para esto, las intervenciones deben ser lo suficientemente estructuradas y estandarizadas.

Finalmente, las intervenciones eficientes son aquellas que logran el máximo impacto social posible, al menor costo posible en términos de tiempo, de esfuerzo laboral y de gasto financiero. Si bien este criterio es secundario a los de eficacia y eficiencia, es altamente relevante en la medida de que responde a la responsabilidad fiscal en el buen uso de recursos públicos escasos para atender grandes y crecientes demandas sanitarias y sociales.

Mejora de la Calidad y derechos

La Estrategia 2021-2030 reconoce que, a pesar de que la gestión pública en Chile ha logrado avances sostenidos en la expansión de la cobertura de servicios de prevención y tratamiento del consumo de sustancias, aún prevalecen brechas de cobertura y el gran desafío de procurar un alto nivel de calidad en los servicios que el Estado ofrece a la población. De esta manera, en el ámbito de acción de SENDA, la mejora de calidad de los servicios depende de utilizar más y mejor conocimiento técnico y evidencia científica en el diseño de programas, y desarrollar mejores prácticas de gestión en la implementación de estas iniciativas.

» Servicio Nacional de Menores (SENAME)¹¹⁸:

A posible identificar una serie de lineamientos o recomendaciones técnicas que pueden ser interpretados como estándares de calidad a ser observadas en el diseño, implementación y evaluación de las políticas de salud mental para niños, niñas y adolescentes en Chile:

Participación de niños, niñas y adolescentes

Las normas técnicas para la promoción del bienestar, prevención y abordaje integral de desajustes emocionales y conductuales en niños, niñas y adolescentes en cuidado alternativo residencial señala que el equipo de intervención debe incorporar a los niños, niñas y adolescentes en la elaboración de sus planes de intervención; generar espacios de escucha para que los niños, niñas y adolescentes puedan expresar sus opiniones, emociones y sentimientos; informar a cada niños, niñas y adolescentes con respecto a los mecanismos de manejo de situaciones de crisis y definir conjuntamente con ellos las acciones más adecuadas a tomar con él o ella; desarrollar asambleas quincenales para canalizar las opiniones y propuestas de los niños, niñas y adolescentes a ser consideradas en la toma de decisiones; incorporar a los niños, niñas y adolescentes en los procesos de evaluación de la intervención (MINSAL, 2019).

Recursos humanos, capacitación y formación en el sistema.

Las normas técnicas para la promoción del bienestar, prevención y abordaje integral de desajustes emocionales y conductuales en niños, niñas y adolescentes en cuidado alternativo residencial (ala de protección de SENAME), desarrolladas por el MINSAL (2019) establecen que los equipos deben estar capacitados para:

- generar un ambiente familiar y acogedor, asegurando que los niños, niñas y adolescentes tengan al menos un “cuidador referente” que actúe como adulto significativo;
- potenciar los factores protectores y detectar tempranamente cuando existan factores de riesgo para la estabilidad emocional de los niños, niñas y adolescentes;
- identificar señales de estrés y malestar psicológico, e intervenir de manera oportuna y certera cuando los niños, niñas y adolescentes experimentan una situación de crisis;
- generar un vínculo positivo con los niños, niñas y adolescentes, siendo sensible a sus necesidades e intereses, además de proteger, dar seguridad y confianza a todo niños, niñas y adolescentes bajo su cuidado;
- fomentar relaciones interpersonales satisfactorias entre los niños, niñas y adolescentes, desarrollando la empatía y respeto por los otros y favorecer mecanismos para una resolución no violenta de conflictos entre niños, niñas y adolescentes;
- fomentar el desarrollo integral de los niños, niñas y adolescentes, estimulando activamente el desarrollo de sus potencialidades e identificar y reforzar factores protectores del desarrollo integral;

¹¹⁸ <https://www.senda.gob.cl/>

- manejar los desajustes conductuales y/o emocionales en niños, niñas y adolescentes a través de la contención emocional, el soporte ambiental para la desescalada de la conducta presentada durante el episodio crítico, descartando el uso de procedimientos restrictivos ya que tales experiencias pueden causar traumas adicionales y un aumento en el comportamiento problemático;
- asegurar el acceso a los servicios de salud, inscribiéndoles en los establecimientos de atención primaria correspondientes; mantener los controles de salud del niños, niñas y adolescentes sano al día, de acuerdo con su edad; llevar un adecuado control y manejo de la administración de fármacos; garantizar la continuidad de los cuidados y promover la pronta recuperación luego de cualquier intervención.

En tanto, las orientaciones técnicas para Residencias de Alta Especialidad (RAE), del Departamento de Protección de Derechos, destacan una serie de competencias personales que deben tener los(as) Gestores Terapéuticos, o cualquier miembro de la RAE, entre los cuales destacan¹¹⁹: iniciativa, compromiso, y responsabilidad; capacidad de liderazgo y trabajo en equipo transdisciplinario; comunicación efectiva; alta motivación al servicio público; comprender la salud mental desde el enfoque de derechos, equidad, curso de vida y determinantes sociales; trabajar con enfoque de calidad y mejora continua de la atención; competencias y conocimientos específicos de su cargo; competencias para el trabajo con población de alta vulnerabilidad y grupos específicos, y; desempeño efectivo de trabajo en red, sectorial e intersectorial (SENAME, 2019).

- **Recursos físicos**

Cuando un niños, niñas y adolescentes es vulnerado/a en sus derechos y el Estado se ve obligado a separarlo/a de su familia, el Estado asume el deber de proveer todo lo necesario para que dicho niños, niñas y adolescentes desarrolle una vida lo más normalizada posible, con pleno ejercicio de sus derechos y satisfacción de sus necesidades (ONU, 2010 art. 123). De tal manera, se requiere de residencias cuya infraestructura favorezca el bienestar psicológico y emocional de los niños, niñas y adolescentes, contando con una serie de condiciones materiales básicas tales como: ubicarse en un lugar accesible a servicios sanitarios y comunitarios, pero alejado de situaciones que puedan interferir en su proyecto de protección y reparatorio; contar con una distribución y ornamentación de espacios que promuevan un ambiente acogedor y familiar; promover espacios que faciliten los vínculos entre niños, niñas y adolescentes y el equipo educativo; mantener dependencia en buen estado, limpias e iluminadas; espacios físicos adecuados a la cantidad de niños, niñas y adolescentes atendidos; espacios donde los niños, niñas y adolescentes puedan realizar actividades recreativas y deporte; disponer de material didáctico, recreativo y deportivo acorde con la edad de los residentes; facilitar que los niños, niñas y adolescentes puedan intervenir su espacio personal de manera consensuada y de acuerdo a sus preferencias; contar con un libro de reclamos visible y accesible para quienes visitan a los niños, niñas y adolescentes (MINSAL, 2019).

119 Las RAE son espacios de atención especializada transitoria, el cual busca contribuir a la mantención de la estabilización psicoemocional de los niños, niñas y adolescentes de entre 14 y 17 años 11 meses y 29 días, que son egresados (alta médica) de una Unidad Hospitalaria de Cuidado Intensivo Psiquiátrico (UHCIP) y que requieran de cuidados integrales, de un abordaje de especialidad en salud mental y de rehabilitación intensiva, en un plazo no mayor a 6 meses (SENAME, 2019).

Organización de servicios de salud mental

El Departamento de Justicia Juvenil de SENAME, sugiere desplegar las siguientes estrategias preventivas de suicidios en Centros y Programas de Justicia Juvenil: promoción de salud mental y auto cuidado para los niños, niñas y adolescentes y todos quienes participan de la ejecución de las medidas dispuestas; sensibilizar y capacitar a equipos técnicos y funcionarios; identificar y actualizar perfiles de niños, niñas y adolescentes y situaciones de aumento de riesgo; elaboración de protocolos de prevención del suicidio; facilitadores comunitarios¹²⁰; vigilancia permanente al niños, niñas y adolescentes en riesgo; seguimiento post-crisis; control del efecto de contagio o suicidio en cadena (SENAME, 2019b).

» UNICEF Chile¹²¹:

Si bien la revisión de literatura permitió identificar que el sitio web de UNICEF no incluye documentación específica sobre salud de mental de niños, niñas y adolescentes, sin embargo, sí contiene una publicación que presenta una propuesta de “Piso de Protección Social” (PPS) que contribuya a cumplir los derechos de niños, niñas y adolescentes y que incluye un Programa de Salud Mental para Adolescentes, el cual contempla un sistema de prevención y alerta temprana localizado en la escuela y vinculado al proyecto educativo escolar (Vinculo Consultores, 2020). En concreto, el PPS pretende servir como insumo para la discusión del proyecto de ley de Garantías, la implementación progresiva del Sistema de Protección Integral de la Niñez y la Adolescencia y aportar a la toma de decisiones en políticas públicas orientadas a asegurar el bienestar de niños, niñas y adolescentes que viven en Chile.

A partir de esta publicación se desprenden los siguientes elementos clave (Vinculo Consultores, 2020):

Marco conceptual de la política

La propuesta de PPS contempla, de manera transversal, un conjunto integrado de políticas sociales que se enmarcan en la perspectiva del ciclo de vida y la perspectiva de género.

- **Enfoque de Derechos Humanos / Fuente de financiamiento**

Cualquier política de salud pública para niños, niñas y adolescentes debe proveer acceso universal a las prestaciones de salud o, al menos, garantizar financiamiento suficiente para los servicios requeridos por la población más vulnerable de acuerdo con criterios socioeconómicos.

¹²⁰ Estrategia de prevención comunitaria a nivel local que consiste en disponer personas de la misma comunidad, entrenadas para detectar a las personas en riesgo de suicidio.

¹²¹ <https://www.unicef.org/chile/>

Estructura de la Política en salud

Las políticas de salud mental de niños, niñas y adolescentes deben asumir un enfoque eminentemente preventivo cuya implementación incluya diversas locaciones, principalmente comunidades, servicios de salud primarios, medios de comunicación y, en particular, escuelas y comunidades educativas siendo estos espacios primordiales para promover el bienestar y salud mental de los niños, niñas y adolescentes. Dichas políticas deben incluir intervenciones orientadas a fortalecer la capacidad de regular emociones, potenciar alternativas frente a comportamientos de riesgo, desarrollar resiliencia ante adversidades y promover entornos sociales favorables (OMS, s/f citado en Vinculo Consultores, 2020).

Organización de servicios de salud mental

Las políticas de salud mental para niños, niñas y adolescentes deben procurar evitar la institucionalización y medicalización excesiva, priorizando intervenciones no farmacológicas. Para esto resultan esenciales estrategias de detección y tratamiento tempranos de problemas de salud mental, desplegadas a través de un modelo comunitario en la atención primaria de salud, el cual tome en cuenta las redes sociales en las que el individuo está inserto.

El diagnóstico y atención de las problemáticas de salud mental debe comenzar tempranamente, antes de los 11 años, cuando muchos niños y niñas ya experimentan síntomas regulares. Dicha aproximación reporta dividendos en múltiples sentidos. Por una parte, resulta beneficiosa tanto para los niños, niñas y adolescentes en la actualidad como para los adultos/as en que estos se convertirán en un futuro próximo. Por otro lado, mejorar la salud de niños, niñas y adolescentes reportaría beneficios generales para la economía y la sociedad, a través de un incremento de la productividad, una reducción de los costos sanitarios y una mejora del capital social.

En tanto, durante el periodo de la adolescencia, la adolescencia temprana aparece como una etapa crítica desde el punto de vista de la salud mental, ya que en ella se aceleran los procesos de crecimiento y aprendizaje, generando una cascada de cambios hormonales que estimula cambios estructurales y funcionales a nivel cerebral. Los impactos negativos sobre estos procesos suelen repercutir en la adopción de trayectorias de vida negativas durante la juventud y la adultez.

6 | CATASTRO DE LA OFERTA NACIONAL

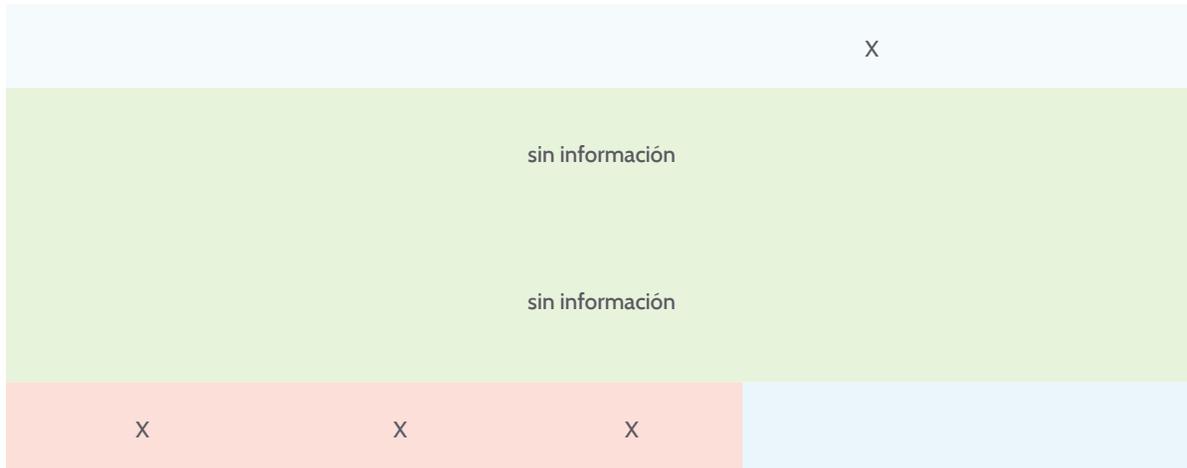
» 1. Población objetivo y tipología de la oferta

POBLACIÓN OBJETIVO			PROGRAMA / DISPOSITIVO
Cuidadores/Docentes	Niñez	Adolescencia	
X	X (primera infancia, 0 a 4 años)		Programa de Apoyo a la Parentalidad (MIDESO, Chile Crece Contigo?)
	X (NT 1 a 8° básico)		Escuelas Saludables para el Aprendizaje (MINEDUC/JUNAEB)
	X (NT 1 a 4° básico)		Habilidades para la Vida I (MINEDUC/JUNAEB)
X	X		Programa de Apoyo al Recién Nacido (PARN) (MIDESO, Chile Crece Contigo)
X	X	X	Programa Nacional de Prevención del Suicidio (MINSAL)
X	X	X (menores de 18 años)	Programa de Prevención Focalizada (PPF) (SENAME)
X	X	X	Oficinas de Protección de Derechos (OPD) (SENAME)
	X	X	Programa Continuo Preventivo (SENDA)
	X (5° y 6° básico)	X (7° y 8° básico)	Habilidades para la Vida II (MINEDUC/JUNAEB)
	X	X	Aulas de Bienestar (MIDESO, Chile Crece Contigo)
	X (desde 5 años)	X (hasta 17 años)	Elige Vivir Sin Drogas (SENDA)
X		X (7° básico a 4° medio)	Programa Actuar a Tiempo (SENDA)
		X (7° básico a 4° medio)	Habilidades para la Vida III (MINEDUC/JUNAEB)
	X (5 a 9 años)		Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil (PASMI) (MIDESO, Chile Crece Contigo)
	X (menores de 6 años)		Residencias para Lactantes y Pre-Escolares (RPP) (SENAME)
X	X (Gestación hasta 4 años)		Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial (PADBP) (MIDESO, Chile Crece Contigo)
X	X	X	PrePara (SENDA)
X	X	X (menores de 18 años)	Programa de Protección Especializada en Explotación Sexual Comercial Infantil y Adolescente (PEE) (SENAME)
X	X	X (menores de 18 años)	Programas de Protección Especializada en Maltrato y Abuso Sexual Infantil (PRM) (SENAME)
X	X	X (menores de 18 años)	Residencias para Niños/as con Discapacidad Discreta o Moderada (RDD) (SENAME)
X	X (preferentemente desde 10 años)	X (menores de 18 años)	Programa de Intervención Integral Especializada (PIE) (SENAME)

TIPOLOGÍA				
Promoción	Prevención	Tratamiento	Integración	Recuperación
X				
X				
X	X			
X	X			
X	X			
X	X			
X	X			
X	X			
X	X			
X	X			
	X			
X	X			
X	X			
		X		
X	X	X		
X	X	X		
X	X	X (Convenio MINSAL)		
X	X	X		
X	X	X		
X	X	X		
X	X	X		

sin información			Atención Primaria de Salud (ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD) (MINSAL)
	X	X (menores de 18 años)	Programa de Protección Especializada para niños, niñas y adolescentes con Consumo Problemático de Alcohol y/u otras drogas (PDC) (SENAME)
	X (Desde 6 años)	X (menores de 18 años)	Residencias de Protección para mayores (RPM) (SENAME)
		X (15 a 29 años)	Hablemos de Todo (INJUV)
		X	Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes (MINSAL)
		X (10 a 19 años)	Programa Espacios Amigables (MINSAL)
		X (10 a 17 años)	Programa 24-Horas (Subsecretaría de Carabineros y SENAME, Ministerio de Justicia y DD.HH.)
		X (menores de 18 años)	Residencias de Protección para Madres Adolescentes (RPA) (SENAME)
	X	X (menores de 18 años)	Programa de Protección Especializada en Intervención Educativa (PDE) (SENAME)
		X (14 a 18 años o más)	Programas de Apoyo Psicosocial para Adolescentes Privados de Libertad y en el Medio Libre (SENAME, JJ)
X			FonInfancia (Chile Crece Contigo + Fundación INTEGRA)
		X (10 años en adelante)	Programa DIR ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD Alcohol, tabaco y otras drogas (MINSAL)
		X (10 a 19 años)	Programa Apoyo a la Atención en Salud Mental (MDSF)
	X	X	Programa La Hora Segura (Todo Mejora; LGBTQ+)
	X (0 a 5 años)		Programa de Familia de Acogida Simple (FAE) (SENAME)
	X (< 3 años y hermanos/as)		Familias de Acogida de Administración Directa (FAE AADD) (SENAME)
	sin información	sin información	Red Hospitalaria (MINSAL)
	X (Desde 3 años)	X (hasta 17 años y 11 meses)	Programas de Reparación del Abandono para la Integración de Niños/as Institucionalizados/as en Familia Alternativa a la de Origen (PRI) (SENAME)
	X (Desde lactancia)	X (hasta 17 años y 11 meses)	Centros de Reparación Especializada de Administración Directa (CREAD) (SENAME)
	X	X	Unidad de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría (UHICIP) (MINSAL)
		X (14 a 18 años o más)	Programas de Reinserción Educativa para Adolescentes Privados de Libertad (ASR) (SENAME, JJ)

		X (14 a 18 años o más)	
			Programas de Intermediación Laboral (PIL) (SENAME, JJ)
	X	X	Programa de Acompañamiento Psicosocial a niños, niñas y adolescentes y jóvenes en alto riesgo psicosocial en la ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (MINSAL)
	X	X	Piloto de Atención en Salud Integral para niños, niñas y adolescentes con vulneración de derechos y/o sujetos a la Ley de Responsabilidad Penal Adolescente (MINSAL)
		X	Programa de Salud Mental en la ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD



» 2. Fichas de Programas

PROGRAMA: HABLEMOS DE TODO (HDT) - INSTITUTO NACIONAL DE LA JUVENTUD

El componente 2 del programa (Chat en línea) adscribe a lineamientos de la Organización de las Naciones Unidas en torno al aporte de las líneas de ayuda en la promoción y la protección de los derechos de adolescentes y jóvenes, al ser canales seguros y efectivos de denuncia y apoyo. Además, se basan en menciones del Comité de los Derechos del Niño (2009) y del Informe Mundial sobre la Violencia contra los Niños (2006), para proponer un mecanismo de comunicación accesible, seguro y confidencial (Fundación para la Confianza, 2020, p. 10).

Adscriben al Enfoque de Derechos basado en la Declaración Universal de Derechos Humanos y la Convención Internacional sobre los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes, ratificada por Chile en el año 1990 (Fundación para la Confianza, 2020, p. 14).

Se contempla la legislación nacional en términos de protección de la adolescencia como parte del público objetivo, entregando un marco normativo, estructural y pragmático para la intervención (Fundación para la Confianza, 2020, p. 20). Entre ellas, leyes de regulación de aspectos relativos a la infancia y adolescencia, tales como leyes de menores, tribunales de familia, violencia escolar, corresponsabilidad parental, adopción, responsabilidad penal juvenil, entre otras. Asimismo, artículos contenidos en el Código Penal, Civil y del Trabajo.

1. Legislación

En función del resguardo de los derechos de los(as) jóvenes y adolescentes, se consideran aspectos éticos en la intervención mediante el Chat en línea. los(as) consultantes tienen derecho a permanecer en el anonimato, las consultas son de carácter confidencial a menos que el/la consultante, de manera voluntaria y explícita, proporcione sus datos y/o consentimiento para informar a terceros (Fundación para la Confianza, 2020, p. 48). Sus datos y el contenido de las conversaciones son resguardados y utilizados en función de los Términos y Condiciones del chat HDT, que deben ser aceptados previo al ingreso al chat. Disponibles en: <https://hablemosdetodo.injuv.gob.cl/terminos-y-condiciones-generales/>. Toda la información es tratada con cuidado, respeto y confidencialidad, siguiendo las normas proporcionadas por el Colegio de Psicólogos de Chile (Fundación para la Confianza, 2020, p. 49).

El Chat en línea cuenta con un Protocolo de Acción ante riesgo y vulneración de derechos, que orienta las acciones y toma de decisiones ante hechos constitutivos de delitos perpetrados contra niños, niñas y adolescentes (Ver Fundación para la Confianza, 2020, pp. 55-56). También cuentan con un Protocolo de Actuación ante casos de Comportamiento Suicida, con lineamientos para la intervención ante casos de ideación y riesgo suicida (Ver Fundación para la Confianza, 2020, pp. 57-64).

2. Marco conceptual

Tiene en su base los "enfoques transversales": Enfoque de Derechos Humanos, Enfoque de Género, Enfoque Intercultural y Enfoque de Curso de Vida (Fundación para la Confianza, 2020, p. 13).

- Enfoque de derechos humanos: se considera a adolescentes y jóvenes como sujetos que "ocupan un lugar activo tanto en las manifestaciones de su padecimiento como en el mejoramiento de sus condiciones socioafectivas" (Fundación para la Confianza, 2020, p. 9). Así, trabajan por la promoción del respeto hacia niños, niñas y adolescentes y jóvenes, reconociéndoles como sujetos de derechos a quienes debe ser garantizado su pleno ejercicio de ciudadanía e igualdad sin discriminación alguna (Fundación para la Confianza, 2020, p. 13).
- Enfoque de determinantes sociales de la salud: en el Modelo de Intervención del programa se entiende que las problemáticas abordadas, entre ellas algunas de carácter social e interpersonal, impactan e influyen sobre la salud mental de los(as) jóvenes (Fundación para la Confianza, 2020, p. 9).
- Enfoque de Curso de Vida: para HDT es relevante comprender de qué manera las experiencias moldean el desarrollo de las personas, y posicionarse como agentes contenedores y orientadores de las vivencias de adolescentes y jóvenes que acceden al programa (Fundación para la Confianza, 2002, p. 17)
- Enfoque de Género: HDT se propone desarrollar prácticas que "aporten a la equidad en derechos de hombres y mujeres, a través de reconocer y problematizar a las propias representaciones sociales y personales" (Fundación para la Confianza, 2020, p. 15).
- Enfoque Intercultural: al constituirse (HDT) como un canal de ayuda a nivel nacional, se otorga importancia a la consideración del entorno de los(as) consultantes, sus culturas y las características de sus comunidades (Fundación para la Confianza, 2020, pp. 15-16).

Componente 2 – Chat de HDT

Su implementación y ejecución está a cargo de Fundación para la Confianza, y opera como un "primer contacto" de orientación y evaluación de riesgo.

Un profesional intersector general está a cargo de las redes de derivación, en trabajo conjunto con la Red de Apoyo de la Mesa Intersectorial HDT; también de convenios y trabajo en Red con Programas de Adolescencia y Juventud.

Se cuenta con convenios con red pública y privada para la derivación (de casos que lo requieran) en todas las temáticas abordadas en el programa. Las derivaciones pueden ser simples, solo entregando orientación al consultante sobre dónde acudir para realizar una denuncia o solicitar atención; o asistidas, realizadas directamente desde HDT hacia las entidades externas, informándoles sobre los objetivos de la derivación, las necesidades y posibilidades del consultante (Fundación para la Confianza, 2020, p. 37).

En materia de salud mental, HDT puede realizar una derivación a: Centros de Salud Familiar (CESFAM), Programa Comunícate, ONG Psicólogos Voluntarios de Chile, Programa de Apoyo a Víctimas de Delitos Violentos, Círculo de Escucha Virtual, Atención psicológica gratuita en estado de emergencia, Escuchar y Hablar Te Ayuda. En caso de ideación suicida: Salud Responde o Fundación José Ignacio. En caso de consumo problemático de sustancias: Fono Alcohol y Drogas de SENDA, Fono Drogas de Carabineros de Chile, Programa de Intervención y Referencia (DIR) Asistida en Alcohol, Tabaco y otras Drogas.

Además, se cuenta con una oferta amplia de convenios de colaboración con Centros de Atención Psicológica, suscritos por Fundación para la Confianza, para otorgar valores preferentes de atención a usuarios/as del programa (Ver Anexo N.º 6: Centros de Atención Psicológica en Convenio, Fundación para la Confianza, pp. 81-82).

3. Coordinación intersectorial

Componente 3 - Encuentros Territoriales:

Su ejecución supone la coordinación y convenio con un ente ejecutor (fundaciones, asociaciones, ONG's sin fines de lucro, universidades, centros de formación técnica o institutos profesionales) que, mediante un concurso público, se adjudica el rol de ente ejecutor de los encuentros. Por su parte, el Instituto Nacional de la Juventud (INJUV) cumple con un rol de coordinador y supervisor del ente ejecutor.

En el año 2020 Fundación Observa Ciudadanía es contratada para cumplir con el rol de ejecución, en coordinación y colaboración continua con el INJUV para la organización y ejecución de los encuentros.

Entre las responsabilidades del ente ejecutor se encuentran la mantención de contacto permanente con INJUV, la planificación conjunta con INJUV a nivel regional, brindar las condiciones de seguridad de las actividades, y ejecutar, facilitar y moderar los encuentros (Instituto Nacional de la Juventud [INJUV], 2020, p. 2).

Entre las responsabilidades del INJUV se encuentran: realizar inducción a personal de ente ejecutor, participar en la ejecución de los encuentros, coordinar los roles de los profesionales participantes, supervisar y registrar el cumplimiento de responsabilidades del ente ejecutor (INJUV, 2020, p. 2).

4. Participación comunitaria

Sin información disponible

5. Participación de niños, niñas y adolescentes

Entre las actividades del diseño original del programa se contó con "un proceso consultivo-participativo con jóvenes de distintas regiones del país, para identificar y validar las temáticas" de este (Ministerio de Desarrollo Social y Familia [MIDESO], 2020a, p. 1).

El componente 3 (Encuentros Territoriales) contempla en las etapas de la intervención la creación de contenido para la difusión de conocimientos por parte de los(as) jóvenes participantes, con características y formatos de su elección.

Con respecto a la evaluación del programa, el componente 2 (Chat en línea) cuenta con una encuesta para los(as) usuarios/as, destinada a la evaluación de su percepción sobre la efectividad de la intervención (Fundación para la Confianza, 2020). El componente 3 cuenta con una encuesta de satisfacción, voluntaria y anónima, aplicada al finalizar las jornadas (Fundación Observa Ciudadanía, 2021, pp. 32-33).

6. Estructura del programa en salud

El programa se estructura en torno a la promoción y fortalecimiento de factores protectores, y la prevención (primaria) y disminución de factores de riesgo que afecten la salud física y mental de los(as) adolescentes y jóvenes. Así, se centra en la entrega de conocimientos para el autocuidado de adolescentes y jóvenes, desde un abordaje digital y territorial, de alcance nacional. A la vez, busca fortalecer la responsabilidad comunitaria al formar a jóvenes que puedan informar y extender los conocimientos adquiridos a sus pares, mediante narrativas audiovisuales generadas en los Encuentros Territoriales.

Las temáticas abordadas por el programa son: (1) VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual, (2) Embarazo Adolescente, (3) Violencia hacia las juventudes, (4) Violencia en la pareja y de género, (5) Ansiedad, angustia, depresión y suicidio; (6) Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en jóvenes; (7) Bullying y Cyberbullying, y (8) Ciberacoso.

Inclusión de enfoques: de derechos humanos, determinantes sociales de la salud y curso de vida.

7. Calidad y derechos en los servicios de salud mental para niños, niñas y adolescentes

Para asegurar la calidad de la intervención en el componente 2 (Chat en línea), otorgan relevancia al cuidado del equipo, a la capacitación inicial y formación continua, al trabajo en equipo, a la supervisión y mejora continua, y a la elaboración de protocolos y evaluación de usuario (Fundación para la Confianza, 2020, pp. 46-49). Así, cuentan con:

- Protocolo ante Riesgo y Vulneración de Derechos de niños, niñas y adolescentes y jóvenes
- Protocolo de Actuación ante casos de Comportamiento Suicida
- Guía de desarrollo de la intervención (Ver Fundación para la Confianza, 2020, pp. 20-31)
- Principios de orientación de la intervención: entre ellos la aceptación positiva incondicional, el buen trato y la escucha activa y empática (Ver Fundación para la Confianza, pp. 32-33).

los(as) profesionales cuentan con el acompañamiento y apoyo de supervisores durante sus turnos, de manera remota o presencial, así como con procesos de acompañamiento personales. Se realizan supervisiones mensuales a cargo de la Coordinadora del Área Técnica de la Fundación para la Confianza, pudiendo realizarse supervisiones de emergencia.

El componente 2 y 3 cuentan con medidas para evaluar la satisfacción con el servicio de los adolescentes y jóvenes, mediante encuestas de satisfacción que se aplican posterior a las intervenciones.

El componente 3 ha desarrollado mecanismos de análisis de las jornadas realizadas para su mejora para el año 2021, procesando información sobre los(as) participantes, sobre las temáticas priorizadas, desconocidas y necesarias por región; el análisis semántico de las narrativas producidas, además de un análisis reflexivo sobre la ejecución de la intervención y sus resultados (Fundación Observa Ciudadanía, 2021).

8. Fuente de financiamiento

Se cuenta con un financiamiento público y estable, destinados específicamente para este programa y sus componentes.

Para la ejecución del componente 3 (Encuentros Territoriales) se destinó un presupuesto único por \$30.000.000.

HDT es un programa de cobertura nacional, con acceso a través de dispositivos electrónicos con acceso a internet para los componentes 1 y 2. El componente 3 fue diseñado para ser realizado en cada región (16) del país, no obstante, debido a la situación de pandemia, los encuentros se realizaron de manera digital.

El componente 1 (Plataforma web) es de acceso público, con contenido enfocado en adolescentes y jóvenes de entre 15 y 29 años. El componente 2 (Chat en línea) está enfocado en población entre 15 y 29 años, pero personas de otras edades también pueden acceder. La convocatoria del componente 3 es realizada exclusivamente para personas de entre 15 y 29 años.

Sobre los dispositivos y su cobertura, para el año 2020 se estimó una población potencial de 1.601.600 y una cobertura de 1,69%, con una meta de 27.024 personas como población objetivo. En función de los componentes, se estimó un total de 21.400 jóvenes informados mediante la Plataforma web, 6.884 jóvenes que recibieran asistencia psicosocial mediante el Chat en línea, y la realización de 19 Encuentros Regionales (MIDESO, 2019).

Para el año 2021 se estima una población potencial de 4.288.805 personas, y una cobertura de 0.92%, con una meta de 39.579 personas como población objetivo. Se espera informar mediante la Plataforma web a 22.744 jóvenes, asistir mediante el Chat en línea a 4.443 jóvenes, y contar con la inscripción de 2.880 jóvenes para las Actividades Regionales (MIDESO, 2020)

9. Organización de servicios de salud mental

El componente 2 (Chat en línea) cuenta con la posibilidad de generar continuidad con la Red de Apoyo de la Mesa Intersectorial Hablemos de Todo, mediante la derivación de los casos que lo requieran. Estas pueden ser simples, otorgando información a los(as) usuarios/as sobre lugares donde pueden asistir a denunciar o recibir atención en salud mental (y otras áreas); o asistidas, donde los(as) profesionales de HDT realizan el contacto con el lugar de derivación y explicitan los objetivos de esta y las necesidades del usuario/a (Fundación para la Confianza, 2020). HDT realiza un seguimiento con las instituciones de derivación/denuncia, "hasta que el/la consultante inicia el proceso en la red correspondiente" (Fundación para la Confianza, 2020, p. 38).

los(as) usuarios/as del Chat en línea pueden acceder de manera preferencial a tratamientos en centros de Salud Mental, mediante convenios suscritos por Fundación para la Confianza (2020).

En este componente se lleva registro de los correos electrónicos de registro de los(as) usuarios/as, con la finalidad de realizar seguimiento a los casos que ingresan más de una vez a la plataforma.

10. Recursos humanos, capacitación y formación en el sistema

Componente 1 - Plataforma web: sin información disponible

Componente 2 - Chat en línea:

los(as) psicólogos/as que trabajan en el Chat deben estar capacitados en acompañamiento de jóvenes, temáticas psicológicas, legales y sociales del área juvenil. Estos cuentan con una capacitación inicial para comenzar a atender en el chat, donde se abordan los temas asociados al Modelo de Intervención. Se realizan capacitaciones internas a cargo de profesionales con experiencia en atención remota, así como capacitaciones externas en otras líneas de ayuda psicológica. También es posible asistir a seminarios y/o charlas relativas a la salud mental.

Componente 3 - Encuentros Territoriales (Fundación Observa Ciudadanía, 2021).

Se cuenta con un equipo de Coordinación Nacional de INJUV, así como coordinadores regionales de INJUV y de Fundación Observa Ciudadanía.

los(as) monitores que faciliten los encuentros deben ser capacitados por INJUV y el ente ejecutor en las temáticas a abordar.

Para la difusión de los encuentros 2020 se contó con el apoyo de 419 actores claves (instituciones, organizaciones de jóvenes y líderes juveniles) a nivel nacional y con 2 a3 jóvenes embajadores regionales para la difusión de la convocatoria.

11. Adquisición y distribución de medicamentos básicos

No aplica.

12. Sistemas de información

Componente 1 - Plataforma web: sin información disponible.

Componente 2 - Chat en línea: se lleva un registro de información de las intervenciones en hablemosdetodo@paralaconfianza.com, con la finalidad de generar insumos y estadísticas sobre estas, para colaborar "con la evaluación del modelo, difusión, comunicaciones e incidencia" (Fundación para la Confianza, 2020, p. 43).

Componente 3 - Encuentros Territoriales:

- Se desarrolla una plataforma web de acceso para los(as) asistentes del programa, donde se encuentra información sobre las temáticas abordadas y recursos para la realización de las narrativas gráficas: <https://www.recursoshdt.cl/>.
- Se desarrolla una plataforma e-learning de soporte Moodle con los recursos de la capacitación, de acceso para monitores/as de los encuentros: <https://recursoshdt.cl/cursos/>

13. Evaluación

El año 2019 se realizó una Evaluación Ex Ante para el Proceso de Formulación Presupuestaria 2020. En esta evaluación el programa fue presentado como "Nuevo" y calificado como "Recomendado Favorablemente". La evaluación general estipuló que el programa cumplía en términos de atingencia, de consistencia y de coherencia (MIDESO, 2019).

En el año 2020 se realizó una Evaluación Ex Ante para el Proceso de Formulación Presupuestaria 2021. En esta evaluación el programa fue presentado como "Reformulado" y calificado como "Objetado técnicamente". La evaluación general estipuló que el programa no cumple en términos de atingencia, consistencia ni coherencia, recomendándose la profundización en ciertos elementos.

- Se evidencia parcialmente la pertinencia del diseño para resolver el problema identificado.
- No se presentan antecedentes suficientes para avalar la pertinencia del diseño.
- Se observa una limitada relación entre los objetivos, la población a atender y la estrategia de intervención propuesta.
- Se observa una limitada relación entre el diseño del programa y su posterior ejecución. (MIDESO, 2020, p. 4).

Además, se realiza una evaluación más extensa en función de los componentes del programa (ver MIDESO, 2020).

PROGRAMA: PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

1. Legislación

Para el marco normativo del programa, son de relevancia las siguientes resoluciones y leyes:

- Norma General Administrativa N.º 27, aprobada por Resolución Exenta N.º 750 el 29 de octubre de 2013, del MINSAL. Este regula la instalación del programa en las 15 SEREMI de Salud del país en pos de la contribución al logro de las metas de la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020 (Ministerio de Desarrollo Social [MIDESO], 2018).
- Resolución Exenta N.º 1.286 de 2017 del MINSAL que aprueba el Plan Nacional de Salud Mental, que presenta "estrategias sectoriales e intersectoriales, para la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales, y cuyo propósito es contribuir a mejorar la salud mental de las personas [mediante la] atención garantizada de salud mental e inclusión social, en el marco del modelo de salud integral con enfoque familiar y comunitario" (Ministerio de Desarrollo Social y Familia [MDSF], 2020a, p. 1).
- Resolución Exenta N.º 296 de 2018 que aprueba el Modelo de Gestión de la Red Temática de Salud Mental en la Red General de Salud, que entrega directrices para organizar y articular las acciones y relaciones entre los nodos y puntos de atención entre ambas redes, así como para los estándares de calidad que deben contemplar su evaluación y mejora continua de su funcionamiento (MDSF, 2020a).
- Resolución Exenta N.º 374 de 2020 del MINSAL que aprueba la Comisión de Prevención de Suicidio, con el "objetivo de ser una instancia de participación, coordinación, proposición y evaluación en la referida materia" (MDSF, 2020a, p. 2).
- Ley 19.628 sobre Protección de Datos de Carácter Personal
- Ley 20.584 sobre Derechos y Deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud

2. Marco conceptual

Específicamente, el cuarto componente del programa y el manual de Recomendaciones para la prevención de conducta suicida en establecimientos educacionales, se enmarcan en el Modelo de Gestión Intersectorial Aulas del Bien Estar, el cual "organiza los distintos ámbitos biopsicosociales relacionados con la convivencia escolar en tres ejes temáticos" (MINSAL, 2019, p. 20). Uno de estos ejes es el de Mecanismos Protectores Psicosociales, Ambientales y Culturales, donde se inserta la estrategia preventiva de conductas suicidas en establecimientos educacionales (MINSAL, 2019).

El programa incorpora los siguientes enfoques (MIDESO, 2018):

- a) Enfoque de Derechos Humanos: el programa incorpora este enfoque mediante el resguardo al derecho de la vida, a través de acciones dirigidas a evitar y/o prevenir muertes por suicidio
- b) Enfoque de Determinantes Sociales
- c) Enfoque de Género: se complementa con este enfoque en la ejecución de estrategias específicas, en consideración particular de grupos que presenten mayores tasas de intentos y muertes por suicidio.
- d) Enfoque de Interculturalidad: al ejecutarse a nivel regional y local, el programa considera las particularidades y necesidades de la población de cada región. En su formulación también "se especifica cómo se presenta el fenómeno del suicidio en población indígena, quienes tienen tasas de suicidio mayores que la población no indígena" (MIDESO, 2018, p. 15).

3. Coordinación intersectorial

El programa se articula con (MIDESO, 2018a; MINSAL, 2013):

a) Medios de Comunicación de Masa: como parte del componente 6 del programa, se realizan capacitaciones y asesorías a personal de los medios de comunicación sobre su rol en la prevención del suicidio.

b) Servicio Médico Legal (SML): se trabaja con la unidad de peritajes, la cual notifica al encargado regional del programa ante casos de suicidio consumado, mediante el envío de los certificados de defunción.

c) Ministerio de Educación (MINEDUC): se trabaja a nivel central en la elaboración de protocolos de prevención y manejo de riesgo suicida en contexto escolar, y a nivel regional en la elaboración de programas de prevención en conjunto con los establecimientos educacionales.

La propuesta de reformulación del programa propone coordinarse intersectorialmente con los siguientes organismos (MDSF, 2020a):

d) Servicio Nacional de Menores

e) Gendarmería de Chile: en función de fortalecer las competencias de profesionales de unidades penales y otros programas de la institución, para la detección manejo de comportamiento suicida.

f) Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas (SENDA): en función de fortalecer las competencias de profesionales y técnicos de los programas de prevención y tratamiento asociados al consumo de drogas.

El cuarto componente del programa (Estrategias de Prevención en Establecimientos Educacionales) se encuentra coordinado con Salud. En función de la valoración de riesgo suicida, se puede llevar a los(as) estudiantes a un Servicio de Urgencia, o derivar a Centros de Atención Primaria en Salud a estudiantes que se atienden en el sistema de salud pública, y a establecimientos privados si se atienden en el sistema privado de salud (MINSAL, 2019). Esta derivación se realiza mediante la entrega de una Ficha de Derivación con los antecedentes del establecimiento educacional, del estudiante, los motivos de derivación y las acciones efectuadas por el establecimiento educacional (MINSAL, 2019).

4. Participación comunitaria

El programa no cuenta con mecanismos de participación comunitaria ni para su diseño ni para su evaluación. En el año 2017 se establece que no se cuenta con mecanismos de participación ciudadana o comunitaria, ya que el programa se encuentra en una fase inicial de implementación gradual, y que, una vez instalados los seis componentes del programa a nivel regional y nacional, se incluirían (MIDESO, 2017).

En la propuesta de reformulación del programa para el año 2021, se añade como componente la prevención del suicidio en instancias de participación coordinadas por el Servicio de Salud, SEREMI o gobierno regional con la comunidad, mediante "consejos asesores regionales, consejos consultivos de los Servicios de Salud y consejos consultivos de adolescentes" (MDSF, 2020a, p. 11).

Para el cuarto componente del programa (Estrategias de Prevención en Establecimientos Educacionales), se espera la participación tanto de estudiantes como sus familias y redes comunitarias de los establecimientos educacionales (MINSAL, 2019).

5. Participación de niños, niñas y adolescentes

El programa no cuenta con mecanismos de participación de niños, niñas y adolescentes, en ninguna de sus fases.

En la propuesta de reformulación del programa para el año 2021 se incluye la participación de adolescentes mediante consejos consultivos como parte de un nuevo componente, a realizar en espacios comunitarios, municipales o del sector salud, orientados a educar en prevención del suicidio (MDSF, 2020a).

En las Recomendaciones para la prevención de conducta suicida en establecimientos educacionales, se espera que los(as) estudiantes formen parte de las estrategias tanto como participantes como beneficiarios de estas (MINSAL, 2019).

6. Estructura del programa en salud

El programa se centra en la prevención del suicidio y la promoción de la salud mental con líneas en torno a su prevención en el sistema de salud, así como en establecimientos educacionales y en medios de comunicación masiva (MINSAL, 2013).

En torno a la prevención se plantean los siguientes componentes (MINSAL, 2013):

1. Instalación de un sistema de Estudio de Casos regionales: con la función de levantar información de casos de intento o consumación de suicidio, con el objetivo de caracterizarlos, elaborar perfiles de riesgo por región y proteger a los casos no consumados.
2. Implementación de un Plan Regional Intersectorial de Prevención del Suicidio para integrar acciones preventivas en distintas áreas de la sociedad.
3. Fortalecimiento de competencias de profesionales de la salud: capacitación de funcionarios/as y personal de salud en la detección y primera respuesta para personas con riesgo suicida.
4. Incorporación de programas preventivos en establecimientos educacionales.
5. Desarrollo de sistema de ayuda para personas en situación de crisis, mediante la habilitación de canales de comunicación.
6. Apoyo técnico a medios de comunicación masiva para informar y reforzar sobre su rol en la prevención del suicidio, así como capacitarlos al respecto.

En torno a la promoción, el cuarto componente del programa incluye estrategias en pos del bienestar y la salud mental, así como el desarrollo de factores y habilidades protectoras (MINSAL, 2019).

7. Calidad y derechos en los servicios de salud mental para niños, niñas y adolescentes

En función del segundo componente del programa, el tipo de colaboración intersectorial es de carácter colaborativo (MINSAL, 2013).

Para el tratamiento de la información incluida en el componente Sistema de Estudio de Casos, se trabaja a partir de la Ley 19.628 sobre Protección de Datos de Carácter Personal y en la Ley 20.584 sobre Derechos y Deberes que tienen las Personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud (MINSAL, 2013, p. 10).

El programa cuenta con una serie de guías y protocolos clínicos que regulan las intervenciones en salud mental, establecimientos educacionales y en medios de comunicación (MINSAL, 2013):

- Guía Práctica para la Detección del Riesgo Suicida en la Adolescencia
- Guía Práctica para la Detección del Riesgo Suicida en la Niñez
- Manejo de una crisis suicida
- Manejo del Riesgo Suicida en Atención Primaria
- Manejo de pacientes que han hecho un intento de suicidio
- Protocolo de Entrevista Estructurada para Autopsia Psicológica
- Guía de Orientaciones para profesionales de los medios de comunicación sobre Prevención del Suicidio
- Recomendaciones Generales a los Equipos de Salud para la Pesquisa y Manejo del Riesgo Suicida en Adolescentes
- Recomendaciones para la prevención de conducta suicida en Establecimientos Educacionales (2019). En este se incluye información sobre el suicidio y los aspectos a focalizar, así como protocolos de actuación, apoyo, derivación y seguimiento frente a señales de alerta, riesgo suicida o intento o consumación de suicidio (MINSAL, 2019)

El programa establece criterios para la hospitalización de personas con riesgo alto de repetición de intento suicida (personas que han cometido intentos previos): red de apoyo sociofamiliar escasa, presencia de alta impulsividad en el paciente, antecedentes de intentos previos, plan estructurado y de elevada letalidad para el intento actual y presencia de síntomas psicóticos (MINSAL, 2013). Ante casos de riesgo grave o extremo se puede proceder a hospitalización involuntaria (administrativa) de urgencia, en servicios de urgencia general con intervención especializada o en hospitales, al menos por 72 horas (MINSAL, 2013). Para casos de riesgo extremo, se establecen criterios para tomar "medidas de contención físicas" (MINSAL, 2013, p. 42)

El programa declara no priorizar ningún grupo poblacional en condición de vulnerabilidad (MIDESO, 2018). No obstante, en el manual de Recomendaciones para la prevención de conducta suicida en Establecimientos Educacionales se establece la necesidad de prestar especial atención a niños, niñas y adolescentes que pertenezcan a grupos LGBTI, pueblos indígenas o se encuentren en situación de migración, en tanto se constituyen como factores de riesgo asociados a una situación de vulnerabilidad, victimización y discriminación (MINSAL, 2019).

El programa no presenta planes de acción para involucrar a niños, niñas y adolescentes en el diseño, implementación y/o evaluación de los servicios, ni mecanismos para evaluar su satisfacción con este. A partir de la propuesta de reformulación planteada para el 2021, se busca implementar un componente que incluye consejos consultivos con adolescentes (MDSF, 2020a)

Con respecto a los indicadores del Plan Nacional de Salud Mental, donde se plantea como meta que al año 2020 se encuentre plenamente implementado el programa, con todos sus componentes, esta no es alcanzada. Al año 2020 el programa se encuentra funcional en tres regiones del país: Coquimbo, O'Higgins y Aysén (MDSF, 2020a).

8. Fuente de financiamiento

Financiamiento público.

El año 2017 se asignó un presupuesto de \$178 millones para el programa.

En la propuesta de reformulación para el 2021 se establece que desde el 2015 se han presentado propuestas de expansión y reformulación, en tanto se requieren más recursos para la implementación del programa en todo el territorio nacional, pero estas no han sido priorizadas y "nunca se entregan los recursos en dotación y presupuesto" para llevar a cabo las versiones mejoradas del diseño del programa (MDSF, 2020a, p. 3).

El año 2017 se ejecutó \$3.3 millones en el componente de prevención del suicidio en el ámbito escolar (2,9% del presupuesto total asignado) (MIDESO, 2018).

9. Organización de servicios de salud mental

El ente que organiza la implementación y la oferta del programa son las SEREMI de Salud regionales, en coordinación con la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

El programa se focaliza en la prevención del suicidio y en la promoción de la salud mental. Cuenta con oferta en salud mental en Atención Primaria en Salud (ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD) y apoyo social.

La coordinación de la oferta en la red se realiza mediante mesas regionales constituidas a partir del componente dos del programa, Planes Regionales Intersectoriales de Prevención del Suicidio (MINSAL, 2013).

El cuarto componente del programa, específicamente, se focaliza en las siguientes temáticas: promoción de un clima escolar protector, prevención del acoso escolar (bullying), promoción de participación activa de actores en la comunidad educativa, prevención de problemas y trastornos de salud mental, desarrollo de habilidades y competencias socioemocionales, alfabetización en salud mental, bienestar psicosocial, educación y sensibilización sobre suicidio, detección de riesgo suicida (MINSAL, 2019).

Para este componente se especifica que, en caso de riesgo de conducta suicida, los(as) estudiantes deben ser derivados a establecimientos de salud pública o privada, en función de su previsión (MINSAL, 2019).

El quinto componente del programa (Sistema de ayuda en Situaciones de Crisis) incluye el seguimiento de personas que hayan realizado intentos de suicidio, "así como el apoyo y seguimiento de la familia en los casos de suicidios consumados" (MINSAL, 2013, p. 19). Para la atención en ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD, se debe realizar seguimiento ambulatorio a personas con riesgo de suicidio, intento de suicidio y riesgo bajo y/o personas con sin ideación suicida, pero con factores de riesgo, evaluándoles cada cierto tiempo (MINSAL, 2013).

Para los casos de riesgo extremo al menos se debe contar con "seguimiento por un equipo técnico por un periodo no menor a 18 meses" (MINSAL, 2013, p. 42).

<p>10. Recursos humanos, capacitación y formación en el sistema</p>	<p>Para el primer componente del programa (Estudio de Casos), "los profesionales que realicen el estudio de casos deben contar con una capacitación específica en la metodología de autopsia psicológica" (MINSAL, 2013, p. 13).</p> <p>Dentro del cuarto componente del programa (Estrategias Preventivas en Establecimientos Educativos), se requiere la capacitación de funcionarios/as de educación (docentes, paradocentes y otros) en identificación y manejo de niños, niñas y adolescentes en riesgo, que entreguen herramientas y protocolos para actuar ante casos de intento de suicidio o de suicidio en una comunidad escolar (MINSAL, 2013). Su ejecución directa puede ser llevado a cabo por un equipo profesional en los establecimientos educacionales, o por las redes de apoyo con las que cuente este. Forma parte de las recomendaciones otorgadas por el MINSAL que cada establecimiento defina encargados/as de las estrategias de prevención (MINSAL, 2019).</p> <p>Como parte del componente seis del programa (Apoyo técnico para una correcta Cobertura Mediática), se incluye la capacitación de periodistas y editores de medios de comunicación masivos a nivel regional, en el fenómeno del suicidio y su rol en su prevención (MINSAL, 2013).</p> <p>Todas estas capacitaciones dependen del trabajo de SEREMIS en coordinación con los Servicios de Salud regionales.</p> <p>En la propuesta de reformulación del programa para el año 2021, se establece que, pese a que año tras año se aprueban mejoras para este, no se entregan los recursos de dotación necesarios para llevarlo a cabo (MDSF, 2020a).</p>
<p>11. Adquisición y distribución de medicamentos básicos</p>	<p>Sin información disponible.</p>
<p>12. Sistemas de información</p>	<p>Se utilizan sistemas de Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) y Sistemas Regionales de Vigilancia de la Conducta Suicida, registros implementados a partir del primer componente del programa (Instalación de un Sistema de Estudio de Casos) (MINSAL, 2013). Este Sistema de Vigilancia propicia que la información se encuentre digitalizada y centralizada en una base de datos en cada una de las SEREMI de Salud, en las regiones priorizadas (Coquimbo, O'Higgins y Aysén) (MIDESO, 2018).</p>
<p>13. Evaluación</p>	<p>La incorporación inicial y gradual del programa en las regiones de Coquimbo, O'Higgins y Aysén, responde a la presencia de tasas de suicidio mayores a las de la población general para el año 2012. Desde la fecha, estas regiones han logrado una disminución en sus tasas, pasando de 10,1 a 9,1; 12,4 a 10,5; y 13,2 a 10, respectivamente (MDSF, 2020a).</p> <p>El programa es evaluado por el MDSF, organismo que se encarga de su monitoreo y seguimiento, a partir de distintos indicadores establecidos en sus orientaciones técnicas. Entre los resultados de la evaluación de desempeño del año 2019 se establece que el programa (MDSF, 2020b):</p> <ul style="list-style-type: none"> • No cuenta con criterios de focalización pertinentes ni un adecuado método de selección de sus beneficiarios. • Presenta una baja cobertura (menor al 10%) respecto a la población potencial y a la población objetivo. • Tiene indicadores que no cumplen en términos de calidad y/o pertinencia, por lo que no es posible evaluar su eficacia y cumplimiento en relación con la meta 2019. • Debe revisar su diseño en el proceso de Evaluación Ex Ante.

PROGRAMA: PROGRAMA NACIONAL DE SALUD INTEGRAL DE ADOLESCENTES Y JÓVENES

Se enmarca éticamente en los tratados ratificados por Chile en materia de derechos: la Declaración Universal de los Derechos Humanos y la Convención sobre los Derechos de los Niños y Adolescentes, otorgando relevancia a las condiciones particulares del desarrollo de niños, niñas y adolescentes (niños, niñas y adolescentes).

En el desarrollo de este programa, el Ministerio de Salud cumple con su función como ente rector y regulador del Sistema Nacional de Servicios de Salud, en función de lo establecido en la Constitución de la República de Chile.

El programa prioriza algunas leyes que afectan de manera específica a adolescentes y jóvenes:

a) Ley 20.084 de Responsabilidad Juvenil: amplía el rango de edad de los adolescentes (14 a 18 años) sujetos a la ley y que son inculpados de cometer un delito.

b) Ley 19.927: busca proteger contra los abusos y la explotación sexual, aumentando la edad de consentimiento de 12 a 14 años. Esto obliga a prestadores de salud a realizar una denuncia ante presunción de que en una actividad sexual haya delito de abuso sexual.

c) Ley 20.418: que "fija normas sobre información, orientación y prestaciones en materia de regulación de la fertilidad" (Minsal, 2012, p. 57).

1. Legislación

Por otro lado, se enmarca en la Política Nacional de Salud de Adolescentes y Jóvenes, formulada el año 2008, la cual tiene por propósito "contribuir al máximo estado de bienestar biopsicosocial de la población de adolescentes y jóvenes en Chile, con equidad, enmarcado este bienestar en la promoción del desarrollo humano" (Minsal, 2008, p. 53), enfatizando el rol del Estado como garante de los bienes primarios y de la salud para el desarrollo de las personas y sus comunidades.

Además, el programa se alinea tanto en marco conceptual como prioridades temáticas, objetivos y metas con la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020 (Gobierno de Chile, 2011). Respecto con el área de salud mental, se plantean los objetivos (Gobierno de Chile, 2011):

a) "Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental" (p. 49).

b) "Disminuir la mortalidad por suicidio en adolescentes" (p. 157).

c) "Reducir el consumo de tabaco" en población de 12 a 64 años (p. 113).

d) "Reducir el consumo de riesgo de alcohol" en población de 15 a 24 años (p. 113).

e) "Disminuir la prevalencia de consumo de drogas ilícitas en población general" (p. 113).

En torno al fortalecimiento de la institucionalidad del sector salud: "Aumentar los mecanismos de participación ciudadana y fortalecer el trabajo integrado de los directivos del sector" (p. 254).

2. Marco conceptual

El programa se basa en el marco conceptual de salud de calidad para adolescentes de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la cual "propicia la estrategia de Integración del Manejo de Adolescentes y sus necesidades (IMAN, 2010), que busca mejorar la salud y desarrollo de adolescentes en las Américas, mediante una atención integral y multidisciplinaria, e intervenciones integradas en múltiples niveles de influencia: individuo, familia, comunidad, sociedad y servicios de salud" (Minsal, 2012, p. 44).

Los modelos teóricos y de intervención a su base son el Modelo de Salud Integral e Integrado, y el Modelo Ecológico de Bronfenbrenner (Minsal, 2012). Para el abordaje del consumo de alcohol y otras drogas, se tiene como base el Modelo Transteórico del cambio (Minsal, 2015).

Con respecto a los enfoques, se estipulan los siguientes:

- a) Enfoque Curso de Vida: provee una visión integral de la salud, comprendiendo los resultados en este ámbito como producto de la interacción entre factores protectores y de riesgo, en múltiples dominios (sociales, psicológicos, conductuales, ambientales y biológicos) a lo largo del curso de vida de adolescentes y jóvenes, y entre generaciones. Así, se da relevancia al cuidado continuo entre distintas etapas del curso vital.
- b) Enfoque de Determinantes Sociales de la Salud: otorga relevancia a aspectos sociales que influyen de manera indirecta o directa en la salud de las personas, entre ellas "las condiciones en las que la gente nace, vive, trabaja y envejece" (Minsal, 2012, p. 53).
- c) Enfoque de Género: se deben considerar las percepciones, los riesgos y las construcciones sobre las necesidades de salud de manera diferenciada según género.
- d) Enfoque Familiar y Comunitario: la atención de salud debe constituirse como un proceso continuo, centrado en el cuidado integral de las familias y comunidades, otorgando herramientas para su autocuidado y no solo centrado en la aparición de la enfermedad.
- e) Enfoque de Equidad en Salud: las acciones en materia de salud deben orientarse a la "minimización de las desigualdades evitables en el nivel de salud y sus determinantes, y requiere identificar los grupos sociales y territorios excluidos" (Minsal, 2012, p. 54).
- f) Enfoque Intercultural: implica la importancia de reconocer y respetar "las singularidades y diversas características de cada pueblo originario", lo que se debe expresar en la organización de los servicios (Minsal, 2012, p. 54).

3. Coordinación intersectorial

El programa hace inclusión de un enfoque intersectorial en su nivel de acción regional. En este se estipula la necesidad de generar un plan estratégico que incluya el "diseño y ejecución de intervenciones poblacionales y focalizadas de tipo promocional y preventivo, con enfoque intersectorial" (Minsal, 2012, p. 65). Así, uno de sus objetivos específicos es "Establecer alianzas estratégicas y mecanismos de coordinación y cooperación intersectorial e instancias del ámbito público y privado, para establecer convenios y líneas de trabajo conjunta que favorezcan el desarrollo saludable de adolescentes y jóvenes" (Minsal, 2012, p. 61). Desde este objetivo nace la Línea Estratégica 3 - Abogacía y fortalecimiento del trabajo intersectorial, donde se planifican productos como planes de trabajo integrados con distintos ministerios, por ejemplo, con el Ministerio de Educación e INJUV para la implementación de estrategias de Control de Salud Joven Sano; también con organismos internacionales como UNICEF Y UNFPA (Minsal, 2012).

Se busca establecer alianzas con los municipios, establecimientos educacionales y otras instancias territoriales. Ejemplos de esta coordinación se encuentran en el documento de sistematización de Experiencias Nacionales de Buenas Prácticas en la atención de salud (véase Minsal, 2014a).

Entre niveles de atención, esta se encuentra coordinada mediante mecanismos de referencia y contra-referencia, que aseguran la continuidad de la atención en la red en función de la complejidad de los casos.

En el flujograma de atención integral de adolescentes se estipulan las vías de ingreso, mediante vías dentro (Espacios Amigables o SOME) y fuera (INJUV, establecimientos educacionales, SENAME, ONGs y otras instituciones) de los centros de salud. A partir de las pesquisas integrales es posible la derivación de casos de mediana o alta complejidad a centros de nivel secundario de atención, según se requiera (Minsal, 2012, p. 74).

4. Participación comunitaria

El programa se enmarca en la Política de Salud del país, que tiene un Enfoque de Salud Familiar y Comunitario, desde el cual la salud de adolescentes y jóvenes "debe abordarse de manera integral y con la activa participación de las familias, escuelas y comunidad en general" (Minsal, 2012, p. 55).

Entre los objetivos específicos del programa se establece "Desarrollar estrategias de promoción orientadas a fomentar factores protectores que contribuyan al desarrollo integral, con intervenciones basadas en comunidades que fortalezcan las familias, incluyan las escuelas y fomenten una amplia participación de adolescentes y jóvenes que permita prevenir problemáticas de salud que afecten su desarrollo" (Minsal, 2012, p. 61). Así, en el programa se incluyen una serie de aspectos que favorecen la participación de las familias y comunidades de los(as) adolescentes y jóvenes:

a) Actividades Comunitarias de Comunicación Social: actividades de promoción, "de sensibilización, difusión y movilización de recursos para promover la toma de conciencia, que se desarrollan a nivel familiar, escolar, grupos de ayuda, con la comunidad juvenil u organizaciones/instituciones, entre otros, que trabajan con población joven" (Minsal, 2012, p. 75). Estas se centran especialmente en "población con condiciones de mayor vulnerabilidad por discapacidad física y mental, condición social y considerando, además, particularidades de género y etnia" (Minsal, 2012, p. 75).

b) Intervenciones psicosociales grupales: son intervenciones terapéuticas realizadas por equipos de salud especializados en salud mental y psiquiatría. Se pueden realizar con consultantes, miembros de sus familias y/o cuidadores, entre otros, tanto en establecimiento de atención ambulatoria como en dispositivos comunitarios o propios de la comunidad (Minsal, 2012).

c) Consulta de Salud Mental y Consejería General: está dirigida tanto a personas consultantes como a sus familiares y/o cuidadores.

En todas las prestaciones se toman acciones para indagar en la vulnerabilidad social y familiar, y en las condiciones de educación y/o trabajo tanto del adolescentes y jóvenes como de sus familias, "considerando las disparidades prevalentes en el estado de salud, según regiones, comunas e incluso barrios" (Minsal, 2012, p. 9). Esto es parte de los objetivos específicos del programa: "Garantizar el acceso a la población de adolescentes vulnerables a la modalidad de servicios de salud diferenciados" (Minsal, 2012, p. 61).

A partir del tercer nivel de acción del programa (Servicios de Salud), se establecen mecanismos de coordinación con instancias comunales donde se trabaja con adolescentes y jóvenes, tales como escuelas, clubes deportivos, organizaciones juveniles comunitarias, centros recreativos, laborales, judiciales e iglesias, entre otros.

Un aspecto principal del programa, el Control de Salud Integral o Control de Joven Sano, establecido como la puerta de entrada al sistema de salud para adolescentes y jóvenes, puede ser llevado a cabo tanto en centros de atención de nivel primario, como en establecimientos educacionales u otros dispositivos comunitarios. En la Cuenta Pública del Ministerio de Salud del año 2014 se destacó que el 64,1% de los controles se habrían realizado en establecimientos educacionales (Minsal, 2014b).

5. Participación de niños, niñas y adolescentes

Los(as) adolescentes y jóvenes tienen un importante rol de participación tanto en el diseño del programa como en la implementación y evaluación de este (Minsal, 2012).

Para la construcción del Plan de Acción y del programa se realizaron seis encuentros de participación juvenil, con la finalidad de indagar en sus opiniones y reflexiones sobre las necesidades en salud de adolescentes y jóvenes. En junio del 2011 se realizó en Santiago el primer Consejo Consultivo de Jóvenes en Salud, donde asistieron 25 consejeros/as en representación de organizaciones juveniles de las 15 regiones del país (véase sistematización del consejo en Hasen, 2011a). Entre septiembre y diciembre del 2011 se realizaron cinco encuentros "En Salud los Jóvenes Eligen", en cuatro regiones del país (Región de Tarapacá, Región de Valparaíso, Región Metropolitana y Región del Biobío), donde participaron 514 adolescentes de entre 14 y 18 años, casi en su totalidad pertenecientes a establecimientos de dependencia municipal (48%) y particular subvencionada (43%) (véase sistematización de los encuentros en Hasen, 2011b). A partir de estos encuentros se determinaron distintas áreas temáticas a priorizar, necesidades de salud y barreras de acceso a la atención, y se realizaron recomendaciones que fueron consideradas en el programa (véase Anexo 2 de Minsal, 2012, p. 142).

La creación y continuidad del Consejo Consultivo de Adolescentes y Jóvenes del Ministerio de Salud están definidas en el Exento N.º 65, publicado en marzo de 2010. Su objetivo es asesorar a autoridades ministeriales en las decisiones en torno a políticas y servicios públicos de salud para su grupo poblacional. Sesionan al menos una vez por semestre, con el propósito de conocer el estado de avance del programa, planificar y evaluar sus acciones, dialogar con las autoridades, opinar, priorizar y decidir propuestas. Los resultados de los consejos son llevados en calidad de recomendación a las autoridades ministeriales correspondientes (Minsal, 2012). Para la elección de los(as) consejeros/as nacionales se realizan procesos democráticos, responsabilidad de las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud (SEREMI), y tienen una duración de 2 años en sus cargos. En su elección se resguarda la paridad de género, siendo un hombre y una mujer como consejeros/as por región.

La mantención y el fortalecimiento del consejo responde a la Línea Estratégica N.º 7 del programa: Participación de adolescentes y jóvenes y fortalecimiento de las redes sociales, que tiene por objetivo "desarrollar estrategias que promuevan el diálogo y la participación de adolescentes y jóvenes en iniciativas que favorezcan la integración social y el reconocimiento del ejercicio de sus derechos" (Minsal, 2012, pp. 129-131). Así, los(as) consejeros/as regionales del Consejo Consultivo tienen un rol primordial en la organización y participación de adolescentes y jóvenes a nivel nacional y regional, tanto mediante los consejos anuales como mediante la realización de distintas actividades y técnicas de participación juvenil regionales, en torno a las temáticas priorizadas por el programa.

En cuanto al rol de los(as) adolescentes y jóvenes en la atención primaria de salud, desde el enfoque de Curso de Vida, se plantea la necesidad de ofrecerles autonomía y autodeterminación sobre su salud. Sobre todo, en las prestaciones de salud mental y consejería, el/la profesional es una orientación y guía para que el/la adolescente o joven tome sus propias decisiones, tenga un rol activo en el diseño de planes de acción y/o contingencia, con metas específicas y realistas en función de sus condiciones particulares. La interacción entre profesional y adolescente/joven debe ser horizontal, colaborativa y no directiva, propiciando un espacio de confianza y reflexión.

6. Estructura del programa en salud

Se constituye como un plan de abordaje integral de la salud de adolescentes y jóvenes, donde es prioritario el Control de Salud Integral como puerta de ingreso al sistema de atención en salud. Uno de los modelos que rige el programa es el de Salud Integral e Integrado, desde donde se percibe la salud como una de múltiples dimensiones que interactúan entre sí, junto con el contexto donde se encuentran insertas las personas. En función de ello, se priorizan diversas áreas temáticas: salud mental, salud sexual reproductiva, salud nutricional, actividad física y sedentarismo, enfermedades crónicas, enfermedades oncológicas, discapacidad y salud bucal.

Se estructura en torno a la promoción y el fortalecimiento de factores protectores, y la prevención y reducción de factores de riesgo que afecten la salud física y mental de adolescentes y jóvenes. El programa se centra en el diseño e implementación de "una oferta de servicios de salud integral en el sistema público" para este grupo de la población, en el nivel primario de atención (Minsal, 2012, p. 9).

Con respecto al ámbito de promoción, se realizan acciones que incluyen tanto a los(as) adolescentes y jóvenes como a sus familias, comunidad escolar y organizaciones donde participen, con la finalidad de sensibilizar y formar a la población en las temáticas abordadas.

Con respecto al ámbito de prevención, se ofrece una serie de prestaciones para cada temática priorizada. Específicamente en el ámbito de salud mental, se ofrecen consultas y consejerías, intervenciones psicosociales grupales y consejerías sobre el consumo de tabaco y otras drogas.

Se incluyen además los enfoques de derechos humanos, determinantes sociales de la salud y curso de vida.

7. Calidad y derechos en los servicios de salud mental para niños, niñas y adolescentes

La relación entre el programa y otros sectores, así como entre los distintos niveles del programa, es integrativa y colaborativa.

Se desarrolló un Plan de Acción para el periodo 2012-2020, donde se describen acciones claves para la implementación del programa. En este se establecen 9 líneas estratégicas de trabajo, con metas e indicadores para su monitoreo y evaluación (véase Minsal, 2012, pp. 115-134). Uno de los objetivos del programa es el desarrollo de "un plan de evaluación, monitoreo y mejora continua" (Minsal, 2012, p. 60).

Se cuenta con una amplia gama de orientaciones técnicas y guías y protocolos clínicos para orientar y mejorar la atención y las competencias de los(as) profesionales en salud. En el Plan de Acción se incluyen algunas, y se han ido desarrollando y actualizando otras a lo largo de los años, entre estas se encuentran:

- Orientación Técnica para la ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD - Servicios de Salud Integrales, Amigables y de Calidad para adolescentes (2018)
- Metodología de priorización para instalación de Espacios Amigables (2017)
- Orientaciones técnicas para el Control de Salud Integral de Adolescentes (2016)
- Orientaciones técnicas para la detección, intervención motivacional y referencia a tratamiento para el Consumo de alcohol y otras drogas en adolescentes (2015)
- Orientaciones técnicas para el control de Salud Integral "Control Joven Sano"(2014)
- Guía Clínica: Detección y primera respuesta a niños, niñas y adolescentes víctimas de maltrato por parte de familiares o cuidadores (2013)

Se realizan procesos de evaluación de cumplimiento de metas y de impacto del programa, en función de los cuales se han realizado distintas modificaciones. En el año 2015 se realizó una reformulación de los Espacios Amigables de atención y del Control de Salud Joven Sano, siendo fusionados, en función de ofrecer una mejor cobertura y atención (ONG Poder Compartido, 2017). Como parte de la reformulación, se elaboró una metodología de priorización de comunas para la inserción de nuevos Espacios Amigables, "considerando comunas del país con altas tasas de fecundidad, suicidio y vulnerabilidad social en adolescentes" (Minsal, 2017, p. 4).

En el año 2017, en el 8vo Consejo Consultivo, se presentaron estrategias orientadas a la mejora de la calidad y cobertura de los servicios, entre ellos el desarrollo de un Programa de Atención de Adolescentes en el nivel secundario y terciario, el desarrollo de orientaciones técnicas en la prevención del suicidio, la elaboración de recomendaciones para promover la participación juvenil en el sector de salud, y la definición de competencias para la formación de profesionales en el pregrado para la atención de adolescentes (ONG Poder Compartido, 2017).

A su vez, los Consejos Consultivos son espacios de evaluación constante por parte de la población de adolescentes y jóvenes, que desde el 2012 hasta el 2020 han levantado inquietudes y propuestas para la mejora del programa y el acceso a la salud pública.

8. Fuente de financiamiento

Financiamiento público.

Dentro de la Línea Estratégica 9 del Plan de Acción, se establece como objetivo el "desarrollar un plan de soporte financiero sustentable que permita la implementación del programa (...) realizando anualmente evaluación de logro de resultados comprometidos" (Minsal, 2012, p. 134). Desde el 2012 se han aprobado distintas expansiones presupuestarias que han posibilitado una mejora de la atención y de la cobertura de distintos aspectos del programa, como una mayor implementación de Espacios Amigables.

El año 2015 se asignó un monto de \$23.157.597, del cual se ejecutó un \$17.857.597 (77,11%) (Consulta ASIDES, 2015). El año 2017 se contó con un presupuesto asignado de \$21.683.000, del cual se ejecutó un 97,7% (Minsal, 2017).

Uno de los aspectos presentados en los últimos Consejos Consultivos es la ausencia de un presupuesto fijo regional a través de las Seremis, orientado exclusivamente para el fortalecimiento de este espacio de participación.

9. Organización de servicios de salud mental

Las instituciones a cargo de la coordinación de la oferta a nivel regional son las Seremis.

El tipo de oferta corresponde a Salud Mental en ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD y apoyo social. Las prestaciones del programa se implementan en todos los centros de atención primaria a nivel nacional, habiéndose planificado una implementación gradual desde el año 2012 al 2020. También es posible acceder al Control de Salud Integral en los Espacios Amigables y en establecimientos educacionales coordinados con la red de atención.

Al año 2017 se cuenta con 264 Espacios Amigables financiados por el Ministerio de Salud (Minsal, 2018), y al 2021 se cuenta 575 Centros de Salud Familiar (Salud Responde, 2021). Estos Espacios y Centros se encuentran distribuidos a lo largo de todo el país, al menos ubicados en las principales comunas de cada región.

La red se encuentra coordinada de modo tal que es posible dar continuidad a los casos en ella, mediante los mecanismos de referencia (derivación) y contra-referencia (retorno).

Si bien el programa trata diversas áreas temáticas, el área de salud mental y sus metas de impacto asociadas se encuentran focalizadas en la prevención del suicidio y en el consumo de alcohol y otras drogas, sin perjuicio de las problemáticas particulares que cada adolescente o joven pueda requerir abordar (Minsal, 2012).

10. Recursos humanos, capacitación y formación en el sistema

Dentro del Plan de Acción del programa se especifica que los centros proveedores de los servicios deben asegurar la presencia de "un equipo interdisciplinario de profesionales, con competencias para la atención de salud" de adolescentes y jóvenes (Minsal, 2012, p. 73). Estos equipos deben estar compuestos por al menos: médicos, enfermeros/as, matronas/es, nutricionistas, psicólogos/as, asistentes sociales, odontólogos/as y profesionales de educación, en función de las necesidades y de los recursos asignados.

La Línea Estratégica 4 - Desarrollo de Recursos Humanos se erige en torno al objetivo específico "Contar con recursos humanos con competencias y capacidades que respondan a las necesidades y características de esta población" (Minsal, 2012, p. 60). A partir de este se estipulan metas e indicadores, entre ellos (Minsal, 2012, pp. 123-124):

- a) La elaboración de un "perfil de competencias, habilidades y actitudes de profesionales que brindan atención a la población de adolescentes y sus familias".
- b) La incorporación de contenidos en salud integral en adolescencia en las mallas curriculares de centros de formación de pre y postgrado.
- c) La implementación de un "programa de formación continua" para los(as) profesionales.

11. Adquisición y distribución de medicamentos básicos

Se incluye en el Plan de Acción del programa "garantizar la prescripción y control de los métodos anticonceptivos y condones, de acuerdo a normas vigentes de regulación de la fecundidad" (Minsal, 2012, p. 85), así como de otros métodos de acuerdo a los criterios de elegibilidad y que consideren la gestión del riesgo de prevención de embarazo, VIH, SIDA e infecciones de transmisión sexual (Minsal, 2012).

12. Sistemas de información

Los sistemas de registro de información que se utilizan son:

- a) Resúmenes Estadísticos Mensuales del Ministerio de Salud
- b) Plataforma de registro del Departamento de Estadística e Información en Salud
- c) Fichas CLAP/OPS/OMS de Historia Clínica del Adolescente y hojas diarias para el registro de toda la información de las consultas en las distintas áreas temáticas.
- d) Sistemas de registro de información de los establecimientos prestadores de servicios

13. Evaluación

Uno de los objetivos del programa es el desarrollo de "un plan de evaluación, monitoreo y mejora continua" (Minsal, 2012, p. 60). No obstante, no hay información sobre este.

En los Consejos Consultivos se realizaron breves cuentas públicas de parte de Minsal hasta el año 2017. En este contexto con respecto al área de salud mental, para el año 2014 se habría evidenciado un aumento en la tasa de suicidio (Minsal, 2014c). Para el año 2015, no se habría logrado disminuir las tasas de suicidio en el país. En el 6to Consejo Consultivo Nacional de Adolescentes y Jóvenes se habría informado cambios en las orientaciones técnicas para su prevención (Consultora ASIDES, 2015).

Para el año 2016 se establecen necesidades como un perfil de profesional que trabaje con adolescentes y jóvenes, y mejorar el trabajo intersectorial con áreas como educación (Fundación Repuyen, 2016).

En la Cuenta Pública del Ministerio de Salud en el año 2014 se presenta "el aumento progresivo de la cobertura del control preventivo de adolescentes" gracias al programa, a través del Control de Salud Integral de esta población (Minsal, 2014b, pp. 336-335). Se destacó que el 64,1% de los controles se habrían realizado en establecimientos educacionales, dando prioridad a la intersectorialidad a nivel central y regional, que habría demostrado la efectividad en la implementación del programa (Minsal, 2014b).

En el periodo 2015-2017 la oferta y disponibilidad de Espacios Amigables fue incrementada en un 370% (ONG Poder Compartido, 2017). Además, se presentaron resultados de mejora en la coordinación intersector con el Ministerio de Educación, levantando el programa Aulas del Bien Estar, el establecimiento de acciones de promoción y prevención de salud con el Servicio Nacional de Menores y el fortalecimiento de la cobertura de las prestaciones en los servicios de salud (ONG Poder Compartido, 2017).

El programa ha sido altamente efectivo y de alto impacto en la consecución de sus metas en la Línea Estratégica N°. 7 "Participación de adolescentes y jóvenes y fortalecimiento de las redes sociales", mediante la realización de los Consejos Consultivos anuales, así como de todas las actividades que los(as) consejeros/as regionales han llevado a cabo en sus respectivas comunidades (Minsal, 2019).

PROGRAMA: DETECCIÓN, INTERVENCIÓN Y REFERENCIA (DIR) ASISTIDA EN ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS (EX VIDA SANA - ALCOHOL)

Datos Generales

El Programa DIR ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD Alcohol, Tabaco y Otras Drogas (Ex Vida Sana - Alcohol), de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud (MINSAL), busca resolver el riesgo de consumo de estas sustancias, entendido como un patrón de consumo que puede aumentar los riesgos y daños a corto y largo plazo sobre la salud física, mental y social, en población de diez años o más, inscrita en sistema de salud público y los centros correspondientes.

Tipología	Prevención y tratamiento
Objetivo general	"Disminuir el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas" en población beneficiaria de 10 años en adelante (Ministerio de Desarrollo Social y Familia MDSF, 2020a, p. 1).
Población objetivo	El programa se centra en población mayor de 10 años, beneficiarios del sistema de salud pública y que puedan tener algún consumo de riesgo de alcohol, tabaco y/o otras drogas.
Contexto de implementación	Las evaluaciones y las intervenciones del programa se realizan en establecimientos de Atención Primaria en Salud (ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD), tanto en Centros de Salud como en Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU). También pueden llevarse a cabo a partir de operativos de salud en terreno, en lugares de trabajo y establecimientos educacionales.
Entidad creadora	Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud
Entidad ejecutora	Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud
Fuente y estrategia de financiamiento	Financiamiento público. El año 2016 se asignó un presupuesto de M\$2.418.028. Para el año 2020 se contó con un presupuesto de M\$2.542.704. El presupuesto invertido en el componente de tamizaje en el año 2019 fue de M\$1.979.487, mientras que para el componente de intervención fue de M\$494.872.
Tiempo de ejecución	El programa se inicia en el año 2011 como piloto, bajo el nombre "Vida Sana - Alcohol", enfocado solo en la pesquisa de consumo de alcohol en veinte comunas de la Región Metropolitana. Es renombrado y amplía su cobertura a alcohol, tabaco y otras drogas, en el año 2016 y se encuentra vigente hasta la actualidad.
Criterios de focalización	Su foco de intervención está en las personas que presentan un consumo de alcohol, tabaco y otras drogas que sea de riesgo, de bajo riesgo o abstinencia.
Cobertura (beneficiarios)	Cobertura nacional. Se encuentra presente en alrededor de 186 comunas con mayor población del país, en todas las regiones. los(as) beneficiarios/as son personas de 10 años o más que estén inscritas y validadas en los registros de Fonasa, que accedan al centro de Atención Primaria de Salud (MDSF, 2020b). La población potencial para el año 2021 es de 10.455.678 personas. El año 2017, 1.184.068 personas fueron beneficiarias del primer componente del programa (tamizaje), y 78.039 del segundo componente (intervención). El año 2020, 813.118 personas fueron beneficiarios/as del programa. Para el año 2021 el programa estima una baja cobertura (menor al 10%), equivalente al 8% de la población potencial, es decir, 836.454 beneficiarios/as del primer componente del programa (evaluación mediante tamizaje). De este grupo se estiman 88.079 beneficiarios/as del componente "Intervención", que reciban intervención breve (MDSF, 2020b).

Situación/Problema que busca resolver	
Principales características del problema	El alto consumo de alcohol, tabaco y drogas en el país se constituye como una problemática que se ve complejizada por los patrones de consumo, lo cual se advierte en los resultados de encuestas y estudios realizados por el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol en la población (MIDESO, 2018, p. 4). En estas encuestas se obtienen resultados preocupantes sobre la prevalencia de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas como marihuana y cocaína (MIDESO, 2018).
Rol de niños, niñas y adolescentes en diagnóstico	El programa no cuenta con mecanismos de participación de niños, niñas y adolescentes en el diagnóstico de la problemática.
Marco Teórico que explica la intervención	
Enfoque conceptual general	<p>El programa adscribe al enfoque de Derechos Humanos. Si bien no cuenta con estrategias que consideren este enfoque, pero sí se consideran valores, principios y elementos esenciales que "priorizan el acceso, cobertura universal, atención integral o e integrada, atención apropiada, participación, entre otros elementos que resguardan los derechos de las personas" (MIDESO, 2018, p. 13).</p> <p>El programa no incluye los enfoques de género, de interculturalidad ni de pertenencia territorial, ya que no incluye estrategias distintas para la detección, intervención y derivación a tratamiento en función del género o particularidades culturales, u otras vulnerabilidades que puedan presentar los(as) beneficiarios (MIDESO, 2018).</p>
Modelos de intervención	El programa refiere al "Modelo DIR", consistente en la Detección, Intervención y Referencia a tratamiento.
Técnicas de intervención	<p>Para el primer componente (evaluación y detección) se utilizan instrumentos de tamizaje, entre ellos: Test de identificación de trastornos por consumo de alcohol desde los veinte años (AUDIT), Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias desde los veinte años (ASSIST), y Entrevista de diagnóstico CRAFFT para detección de abuso o dependencia de alcohol y/o drogas en población adolescente.</p> <p>Para el segundo componente del programa (intervención) se utilizan técnicas de intervención breve y motivacional.</p>
Ajustes a contexto infantojuvenil	<p>Uno de los instrumentos de tamizaje que se utilizan es específico para la población de adolescentes. Por otro lado, con adolescentes solo se trabaja intervenciones de tipo motivacional.</p> <p>En caso de requerir del tercer componente del programa (en función del riesgo detectado), los(as) adolescentes son referidos al Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes.</p>
Marco Institucional	
Principales características de la legislación donde se inserta	<p>Chile adscribe a los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) planteados por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) el año 2015 en su aprobación de la Agenda 2030 sobre el Desarrollo Sostenible. Chile adscribe a estos objetivos. Mediante el programa se busca contribuir al objetivo N.º 3 sobre salud y bienestar, que busca "garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades" (MDSF, 2020a). Específicamente contribuye a las metas: "3.5 Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol; 3.a Fortalecer la aplicación del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco en todos los países, según proceda" (MIDESO, 2018, p. 3).</p> <p>El marco normativo del programa se constituye en la Resolución 1313, que aprueba el programa en el año 2016 (Ministerio de Desarrollo Social [MIDESO], 2018).</p>

Inserción en el sistema de salud nacional	Sin información disponible
Articulación con planes o políticas de mayor envergadura	<p>El programa responder al Objetivo Estratégico N.º 3 de la Estrategia Nacional de Salud (ENS) 2011-2020: "Desarrollar hábitos y estilos de vida saludables, que favorezcan la reducción de los factores de riesgo asociados a la carga de enfermedad de la población" (Gobierno de Chile, 2011, p. 113). En este objetivo se establecen metas asociadas al consumo de alcohol, tabaco y otras drogas ilícitas, en función de disminuir su prevalencia en la población.</p> <p>Por otro lado, se relaciona con el Área Estratégica de Salud Integral y Bienestar de la Política Nacional de Niñez y Adolescencia 2015-2025, que tiene por objetivo "Promover la salud integral de todos las niñas, niños y adolescentes que habitan el país para su pleno desarrollo físico, mental y social, a lo largo del curso de vida" (Consejo Nacional de la Infancia, 2015, p. 85).</p>
Metodología de Intervención	
Objetivo general	Elevar el nivel de salud de las personas, mejorando su capacidad individual para reducir el consumo riesgoso de alcohol, tabaco y otras drogas, mediante la implementación de intervenciones preventivas, ayudando de manera oportuna y eficaz a adolescentes, jóvenes y adultos.
Objetivos específicos	Sin información disponible
Componentes de intervención	<p>1. Evaluación del nivel de riesgo del consumo: se otorga una prestación de salud a los(as) consultantes para detectar su patrón de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas. Un/a funcionario/a del centro de salud de ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD que al que asista el/la beneficiario/a aplica los instrumentos de tamizaje (screening). El instrumento por aplicar depende del tipo de población: se aplica CRAFFT para población adolescente, AUDIT (C) para población mayor e igual a 20 años para consumo de alcohol, o ASSIST para la detección de consumo de alcohol y otras drogas. A partir de este componente se obtiene un nivel de riesgo de consumo, bajo, de riesgo o de riesgo alto.</p> <p>2. Intervención: es realizada por el/la mismo/a funcionario/a que realiza el tamizaje, y consiste en una intervención psicosocial y psicoeducativa según el patrón de consumo detectado.</p> <p>Ante un consumo de bajo riesgo se realiza una intervención mínima, que consiste en consejos de refuerzo y preventivos.</p> <p>Ante casos de consumo de riesgo, se realiza una intervención breve en que "se entrega información, estrategias y consejería que intenta ayudar a la persona a cambiar su patrón de consumo riesgoso" (MIDESO, 2018, p. 9).</p> <p>Ante casos de riesgo alto, el procedimiento es realizar una intervención motivacional y una referencia asistida a tratamiento en el centro ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD. El/la funcionario/a se debe asegurar de que el/la beneficiario/a cuente con una cita para la confirmación diagnóstica e ingrese a tratamiento en el centro.</p>
Etapas de intervención	<p>El programa cuenta con tres etapas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tamizaje (screening) de riesgo de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, en población de 10 años en adelante. 2. Según los resultados del tamizaje, se establecen patrones de consumos de alcohol, tabaco y otras drogas, y se define la intervención a realizar. En casos de bajo riesgo se realizan intervenciones mínimas y en casos de riesgo mayor se realizan intervenciones breves. 3. Si se pesquisa un riesgo o consumo perjudicial o dependencia, se realiza una derivación asistida o referencia dentro del establecimiento de salud, vinculando al consultante al Programa de Salud Mental Integral.

Rol de niños, niñas y adolescentes en diseño	El programa no cuenta con mecanismos de participación de niños, niñas y adolescentes en su diseño (MIDESO, 2018).
Rol de niños, niñas y adolescentes en intervención	El programa no cuenta con mecanismos de participación de niños, niñas y adolescentes en las estrategias de intervención (MIDESO, 2018).
Gestión del Programa	
Estructura de implementación	Sin información disponible
Esquema de coordinación interinstitucional/intersectorial	<p>El programa no se complementa con programas o intervenciones de otras instituciones o servicios (MIDESO, 2018).</p> <p>El programa se vincula y articula con SENDA, de modo tal que "las definiciones técnicas de las acciones que se ejecuten en el sector salud sean coherentes con la Política de Estado en el tema de alcohol y drogas que coordina" esta institución (MIDESO, 2018, p. 10).</p> <p>Por otra parte, el programa se vincula y complementa con otros programas y/o intervenciones de la misma institución o Servicios Públicos, entre ellos el Control de Salud Integral del Adolescente, por medio del cual se realiza una pesquisa de diversos problemas de salud, entre los que se realiza el tamizaje propuesto por este programa (MIDESO, 2018).</p>
Equipo de ejecución directa	Los componentes del programa pueden ser ejecutados por cualquier miembro de los equipos de salud de ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.
Requisitos de capacitación y formación (equipo)	El modelo DIR (Detección, Intervención y Referencia a tratamiento) está "diseñada para ser implementada por cualquier miembro de los equipos de salud, es decir, por no especialistas" (MINSAL, 2019, p. 2). Esto responde a la necesidad de entregar intervenciones oportunas, en cualquier momento del contacto con el/la usuario/a en los establecimientos de salud.
Sistemas de registro y gestión de información utilizados	<p>Se utilizan los sistemas de registro de información del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS), información que se publica en los Registros Estadísticos Mensuales (REM).</p> <p>Se integran sistemas de información entre MINSAL y SENDA (MIDESO, 2018).</p>
Monitoreo y Evaluación	
Sistema de monitoreo de gestión de intervención	<p>El organismo encargado del monitoreo del programa es el Ministerio de Desarrollo Social y Familia (MDSF), que realiza informes de descripción y seguimiento del programa de manera periódica.</p> <p>Además, se integran estrategias de sistemas de información y registro entre MINSAL y SENDA, en función del monitoreo del programa (MIDESO, 2018).</p>
Mecanismos de mejora de calidad de la intervención	<p>En la propuesta de reformulación para el año 2021, para la Evaluación Ex Ante, el programa establece que se requiere "soporte organizacional, financiamiento y procesos de supervisión continua para los equipos en los centros de salud" (MDSF, 2020b, p. 1).</p> <p>El programa declara no priorizar ningún grupo que se pueda encontrar en una situación de vulnerabilidad (MIDESO, 2018).</p>
Estrategias de evaluaciones desplegadas	El MDSF realiza evaluaciones de desempeño al programa, con base a los distintos indicadores establecidos por este. El programa no cuenta con otro tipo de evaluaciones externas.

Rol de niños, niñas y adolescentes en evaluaciones

Sin información disponible.

Resultados reportados (énfasis en efectividad)

Dentro de los resultados reportados por el programa, con base en los REM del DEIS, se encuentran (MDSF, 2020b):

- Aumento de pesquisas de personas con consumo de riesgo entre 2012, con un total de 13.555 personas, y 2019, con un total de 77.294 personas.
- Aumento de pesquisas de personas con consumo de alto riesgo entre 2012, con un total de 7.155 personas, y 2019, con un total de 27.634 personas.
- Aumento gradual en el componente de intervención a personas que presentan consumos de riesgo, entre el 2012, con un total de 18.610 personas intervenidas, al año 2019, con un total de 88.585 personas intervenidas.

Los resultados de la evaluación de desempeño para el año 2019 son los siguientes:

- El programa no cuenta con criterios de focalización pertinentes y ni un adecuado método de selección de sus beneficiarios.
- El programa presenta una cobertura suficiente 2019 (mayor al 10% y menor al 100%), respecto a la población potencial.
- El programa presenta una sobre cobertura 2019 (mayor al 100%) respecto a la población objetivo.
- Debido a que los indicadores no reportan valor efectivo y/o meta 2019, no es posible evaluar el resultado.
- Los indicadores de componentes no cumplen con las metas propuestas para el 2019" (MDSF, 2020a, p. 1).

Además, se establece la necesidad del programa de cambiar sus indicadores de propósito, ya que no es posible medir los que indican al momento de la evaluación. Se determina que deben realizar una revisión de diseño en Evaluación Ex Ante 2020 (MDSF, 2020a).

La calificación del diseño del programa en la Evaluación Ex Ante es de "recomendado favorablemente" (MDSF, 2020b, p. 1), evidenciándose la pertinencia del programa para resolver el problema identificado, la coherencia entre sus objetivos, componentes y las estrategias de intervención propuestas; así como la consistencia entre el diseño del programa y sus indicadores, sistemas de información y gastos planificados (MDSF, 2020b).

PROGRAMA: HABLEMOS DE TODO (HDT) - INSTITUTO NACIONAL DE LA JUVENTUD	
Datos Generales	
Programa del Instituto Nacional de la Juventud (INJUV) que busca fomentar las potencialidades de jóvenes de entre 15 y 29 años, aumentando sus niveles de acceso a la información y orientación oportuna y confiable sobre factores protectores y de riesgo en su salud. A su vez, busca fomentar que los(as) jóvenes sean capaces de informar a sus pares acerca de las temáticas revisadas.	
Tipología	Promoción y prevención (primaria)
Objetivo general	Contribuir a la disminución de conductas de riesgo y fortalecimiento de los factores protectores en jóvenes, a través de la entrega de información sobre autocuidado y bienestar, la atención psicosocial y atención especializada y directa.
Población objetivo	Jóvenes de entre 15 y 29 años
Contexto de implementación	<p>Plataforma web informativa: implementada mediante servidor, disponible de manera permanente.</p> <p>Chat: implementado a través de la web https://hablemosdetodo.injuv.gob.cl/, disponible de lunes a viernes entre 11 y 20 horas. Se ingresa mediante cualquier dispositivo con acceso a navegación web, desde todo el territorio nacional, de manera gratuita, anónima y sin requerir el consentimiento de un adulto. Para iniciar el chat se debe registrar un nombre, género, rango de edad, correo electrónico y aceptar los términos y condiciones.</p> <p>Encuentros Territoriales: encuentros en formato digital (vía Zoom) de 3 horas de duración, realizados por región (16 en total) con un cupo de 90 jóvenes de entre 15 y 29 años por región. Se realiza una convocatoria masiva mediante difusión en redes sociales y correos electrónicos a jóvenes, con la participación de actores claves (instituciones, organizaciones de jóvenes y líderes juveniles). Al inscribirse los(as) jóvenes mediante un formulario de inscripción, reciben el enlace de conexión para los encuentros.</p>
Entidad creadora	Instituto Nacional de la Juventud (INJUV)
Entidad ejecutora	<p>Plataforma Web: gestionada por Fundación Todo Mejora.</p> <p>Chat: Fundación Para la Confianza es el organismo encargado de implementar y desarrollar el chat de atención y orientación en Línea de Hablemos de Todo.</p> <p>Encuentros Territoriales: requiere de un ejecutor externo (fundaciones, asociaciones, ONG's sin fines de lucro, universidades, centros de formación técnica o institutos profesionales) contratado mediante Concurso Público. En el año 2020 fue Fundación Observación Ciudadana.</p>
Fuente y estrategia de financiamiento	<p>Público</p> <p>Encuentros Territoriales: financiamiento vía Concurso Público (fondo concursable). El año 2020 se otorgó un total de \$30.000.000 (treinta millones de pesos) al ejecutor externo.</p>
Tiempo de ejecución	<p>Página web y chat: en marcha blanca desde junio 2020, operativos desde el 3 de septiembre de 2020 (5 meses en ejecución).</p> <p>Encuentros Territoriales: realizados por primera vez entre el 16 y 29 de diciembre de 2020.</p>
Criterios de focalización	(1) VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual, (2) Embarazo Adolescente, (3) Violencia hacia las juventudes, (4) Violencia en la pareja y de género, (5) Ansiedad, angustia, depresión y suicidio; (6) Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en jóvenes; (7) Bullying y Cyberbullying, y (8) Ciberacoso.

Cobertura (beneficiarios)	El año 2020 tuvo un total de 28.284 personas como población objetivo (cobertura de 0,66%). Para el año 2021 se espera una cobertura de 0,92% (baja), es decir, una población objetivo de 39.579 jóvenes de una población potencial de 4.288.805.
Situación/Problema que busca resolver	
Principales características del problema	El programa busca abordar las principales problemáticas heterogéneas que afectan el bienestar y el autocuidado de las/os jóvenes en Chile, entendiendo la adolescencia y la adultez emergente como periodos críticos y de mayor riesgo de adquirir hábitos no saludables que tienen repercusiones negativas para la salud en las siguientes etapas de la vida (Fundación para la Confianza, 2020, p. 6). La prevalencia de las problemáticas por abordar (violencia en la pareja y de género, bullying, ciberacoso, embarazo adolescente, consumo de sustancias, entre otras) ha sido estipulada en distintos estudios y configuran la vida de la juventud en Chile, afectando y determinando en alguna medida el bienestar, la salud y las relaciones interpersonales, lo que puede ejercer alguna influencia sobre la salud mental de los(as) jóvenes (Fundación para la Confianza, 2020, p. 8). Estas problemáticas se abordan en detalle en el documento de Equipo Todo Mejora (2020).
Rol de niños, niñas y adolescentes en diagnóstico	<p>Se desarrolló un proceso consultivo-participativo con jóvenes de distintas regiones del país, para identificar y validar las temáticas del programa, priorizando los ámbitos de salud física, mental y social más relevantes para la juventud (Ministerio de Desarrollo Social y Familia [MIDESO], 2020, p. 1).</p> <p>Encuentros Territoriales: El formulario de inscripción 2020 contó con preguntas enfocadas en la priorización temática del programa HDT para el año 2021, con la finalidad de conocer los tres temas más relevantes para los(as) jóvenes de cada región (dentro de los ocho propuestos por el programa). A la vez, se añadieron preguntas enfocadas a la importancia de las temáticas de salud y bienestar para los jóvenes, así como de su motivación por participar en las jornadas (Fundación Observa Ciudadanía, 2021, p. 18).</p>
Marco Teórico que explica la intervención	
Enfoque conceptual general	<p>Inicialmente el programa tenía como base un enfoque centrado en conductas de riesgo individuales de los(as) adolescentes y jóvenes. A partir del proceso de validación de las temáticas del programa, se reformula este enfoque hacia factores de riesgo/resiliencia y protección desde el Modelo Ecológico de Factores de Bronfenbrenner, con la poner énfasis en las fortalezas de los(as) adolescentes y jóvenes, mediante el abordaje de temáticas específicas de alta prevalencia en esta población. De esta forma, los factores de riesgo/resiliencia y de protección son entendidos como resultado de una interacción compleja entre factores individuales (de los(as) jóvenes y adolescentes) y aspectos familiares, comunitarios y sociales (MIDESO, 2020).</p> <p>Con respecto a los enfoques, el programa tiene en su base los denominados "enfoques transversales", a saber, Enfoque de Derechos Humanos, Enfoque Intercultural y Enfoque de Curso de Vida (Fundación para la Confianza, 2020, p. 13). Además, cuenta con perspectivas del Enfoque de Género y del Enfoque de Determinantes Sociales de la Salud. En función de estos enfoques, el programa desarrolla una visión de los(as) adolescentes y jóvenes como sujetos de derechos, que forman parte de comunidades con culturas particulares, donde tienen lugar problemáticas que impactan e influyen sobre su salud mental.</p>

	<p>Modelo Ecológico de Bronfenbrenner.</p>
Modelos de intervención	<p>Chat:</p> <p>a) Modelo de intervención en crisis, con el objetivo de ayudar a la persona a recobrar un nivel de funcionamiento o nueva visión sobre el problema que presenta (Fundación para la Confianza, 2020, p. 18).</p> <p>b) Elementos de psicoterapia tales como: "la terapia breve estratégica de Palo Alto (MRI); la Terapia Centrada en Soluciones de De Shazer y el grupo de Milwaukee (TBS) y las Prácticas Narrativas de Epston y White. Adicionalmente se consideran como aporte la terapia cognitiva constructivista de Guidano, la Terapia Cognitivo-Conductual, la terapia Sistémica de la Escuela de Milán, la Entrevista Motivacional (Miller & Rollnick, Prochaska) y el desarrollo de habilidades clínicas planteadas por Hill & O'Brien (1999)" entre otras (Fundación para la Confianza, 2020, p. 18).</p> <p>c) Modelo Ecológico de Bronfenbrenner (Fundación para la Confianza, 2020, p. 49).</p>
Técnicas de intervención	<p>Chat: priorización de técnicas de intervención psicológica colaborativas, con un centro en los intereses del consultante; orientadas a objetivos y a la resolución efectiva de los problemas; basadas en los recursos de la persona y su entorno; que consideren la interdependencia de los seres humanos y pongan énfasis en las relaciones y comunidad del consultante (Fundación para la Confianza, 2020, p. 19).</p>
Ajustes a contexto infantojuvenil	<p>Las intervenciones se elaboran desde un contexto en que los medios tecnológicos son una forma familiar de comunicación para niños, niñas y adolescentes. Esto ofrece la oportunidad de recibir asesoramiento en un espacio seguro, confidencial y anónimo, seleccionado por el los(as) mismos/as, lo que puede contribuir a dar una sensación de privacidad y otorgar un sentido de agencia a los(as) jóvenes al hacer posible buscar ayuda sin la participación de adultos (Fundación para la confianza, 2020, p. 11).</p> <p>Asimismo, la comunicación escrita responde a una preferencia particular de niños, niñas y adolescentes (Fundación para la confianza, 2020, p. 12), lo que contribuye a la implementación del chat.</p>
Marco Institucional	
Principales características de la legislación donde se inserta	<p>El programa nace desde la misión de INJUV, según la Ley 19.042: "Colaborar con el Poder Ejecutivo en el diseño, la planificación y la coordinación de las políticas relativas a los asuntos juveniles, de acuerdo con la presente ley".</p> <p>Se contempla en la legislación nacional en términos de protección de la adolescencia como parte del público objetivo, entregando un marco normativo, estructural y pragmático para la intervención (Fundación para la Confianza, 2020, p. 20).</p>
Inserción en el sistema de salud nacional	<p>El programa se vincula con las prioridades ministeriales (MIDESO 2020, p. 4).</p>
Articulación con planes o políticas de mayor envergadura	<p>Sin información disponible</p>

Metodología de Intervención

Objetivo general

Contribuir a la disminución de conductas de riesgo en jóvenes, a través de la entrega de información sobre autocuidado y bienestar, la atención psicosocial a jóvenes y atención especializada en torno al autocuidado y bienestar por medio de asistencia, contención y orientación personalizada, directa y anónima.

Encuentros Territoriales: "formar a las/os jóvenes para la elaboración de narrativas digitales, desde los(as) jóvenes hacia otros/as jóvenes, en relación a la prevención de factores de riesgo, por medio de la entrega de información y la concientización de temáticas ligadas al autocuidado y bienestar, a partir de un abordaje digital y territorial de alcance nacional" (Instituto Nacional de la Juventud [INJUV], 2020a, Diapositiva 9).

Plataforma web:

- a) Informar a la población juvenil respecto de factores de riesgo y estrategias preventivas de salud
- b) Sensibilizar sobre el efecto negativo de los factores de riesgo y de los factores protectores disponibles.

Chat:

- a) Informar y orientar a través del chat de HDT, respondiendo a inquietudes puntuales de los(as) usuarios/as, entregando información necesaria y redes de apoyo a las cuales acudir.
- b) Contener emocionalmente a consultas que requieran atención psicosocial, evaluando el nivel de riesgo en que se encuentre el/la usuaria/o y cómo movilizarle hacia la solución de su problema.
- c) Derivar en forma asistida, en caso que se requiera, a las instituciones del ámbito público y privado que el INJUV y Fundación Para la Confianza han identificado previamente, las cuales formarán la Red de Apoyo de la Mesa Intersectorial HDT
- d) Generar reportería mensual a partir de los datos recabados por la plataforma, que den cuenta de los motivos de atención, género, edades de los(as) usuarios/as, temáticas recurrentes y efectividad de las respuestas según la percepción los(as) usuarios/.

Objetivos específicos

Encuentros Territoriales (INJUV, 2020a, Diapositiva 10):

- a) Otorgar información y orientación a las juventudes en temas relativos al autocuidado y bienestar, específicamente en 1) VIH/SIDA e ITS, 2) Embarazo Adolescente, 3) Violencia hacia las juventudes, 4) Violencia en la Pareja (incluida violencia de género), 5) Ansiedad, angustia, depresión y suicidio, 6) Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en jóvenes, 7) Bullying-Ciberbullying y 8) Ciberacoso.
- b) Formar a jóvenes participantes para la elaboración de narrativas digitales, atractivas y breves en plataformas digitales (tipo TIKTOK, videos de Instagram o memes), en relación a la prevención de factores de riesgo, en los temas de salud sexual y reproductiva, consumos problemáticos y riesgo de violencia y discriminación, específicamente en las temáticas mencionadas.
- c) Priorizar qué temáticas en salud y bienestar son de mayor interés para las juventudes de cada región.

Componentes de intervención	<p>1. Entrega de información sobre autocuidado y bienestar mediante plataforma web https://hablemosdetodo.injuv.gob.cl/ y la publicación de contenido digital.</p> <p>2. Atención psicosocial directa mediante asistencia, contención y orientación personalizada, vía chat anónimo en la misma página web, con psicólogos/as del programa.</p> <p>3. Encuentros Territoriales ejecutados en cada región del país (2020 en formato digital).</p>
Etapas de intervención	<p>Chat:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Acogida y vínculo: información sobre qué puede ofrecer HDT, generar un ambiente de comprensión y respeto; recolección de datos y antecedentes para estadísticas e intervención. 2. Co-construcción del problema: exploración y recolección de información para co-construir el problema y permitir la comprensión de la situación del/de la usuario/a. 3. Evaluación de factores de riesgo y protectores: atender e indagar factores de protección y de riesgo que puedan ayudar a develar situaciones de vulneración que permitan proteger a los(as) consultantes. 4. Levantamiento de recursos: exploración de recursos y fortalezas del/la consultante para abrir nuevas posibilidades respecto a la situación de consulta. 5. Discusión: Posibilidades y barreras: evaluar en conjunto las posibilidades que han surgido a lo largo del contacto y trabajar las barreras identificadas. 6. Plan/Acuerdo: desarrollo de plan con el/la consultante en pos de la solución del problema, recogiendo lo desprendido de las fases anteriores. 7. Cierre e invitación a un nuevo contacto 8. Posible derivación asistida: en función de los requerimientos del caso, puede ser derivado a red de salud, se puede orientar en torno a la realización de una denuncia o asistencia a centro asistencial o de urgencias. <p>Encuentros Territoriales</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Convocatoria: despliegue nacional en búsqueda de participantes para los encuentros regionales. 2. Ejecución: realización de 16 Encuentros Territoriales vía Zoom, denominados "Hablemos de todo, hablemos en digital". 3. Retroalimentación y Cierre: fase de producción de requerimientos propios de la rendición de cuentas y generación de contenidos.
Rol de niños, niñas y adolescentes en diseño	<p>Se desarrolló un proceso consultivo-participativo con jóvenes de distintas regiones del país, para identificar y validar las temáticas del programa, priorizando los ámbitos de salud física, mental y social más relevantes para la juventud (MIDESO, 2020, p. 1).</p>
Rol de niños, niñas y adolescentes en intervención	<p>Chat: rol activo en la co-construcción de las problemáticas y posibles soluciones junto profesional de salud con quien se realice el contacto.</p> <p>Encuentros Territoriales: los(as) jóvenes tienen un rol activo en su participación en el encuentro, ya que este se construye a modo de conversación y/o discusión entre asistentes y monitores. Además, a partir del encuentro deben generar un insumo gráfico o audiovisual para la difusión, a otros pares, de las temáticas abordadas en el encuentro.</p>

Gestión del Programa	
Estructura de implementación	El programa es implementado desde una Mesa Intersectorial y por una Mesa Regional. Estas están constituidas por los equipos de Fundación Todo Mejora (para el componente 1, Plataforma Web), Fundación para la Confianza (componente 2, Chat de apoyo psicosocial), INJUV y ejecutor externo (componente 3, Encuentros Territoriales) e INJUV para las Activaciones regionales (no realizado por situación de pandemia).
Esquema de coordinación interinstitucional/intersectorial	<p>Plataforma web: coordinación entre Todo Mejora e INJUV para la recopilación y selección de información, posteriormente validada por servicios públicos que trabajan temáticas afines (MINSAL, SERNAMEG, SENDA, SENADIS, etc.)</p> <p>Chat:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coordinación y colaboración continua de INJUV con Fundación para la Confianza, ente ejecutor de este componente. No se detalla cómo es esta coordinación. • Coordinación entre Fundación para la Confianza y Red de Apoyo de la Mesa Intersectorial HDT (en distintas áreas, entre ellas salud mental) en casos que requieran derivación o ante riesgo psicosocial o vulneración de derechos de niños, niñas y adolescentes. Para ello cuentan con un equipo compuesto por un profesional intersector y un abogado (Fundación para la Confianza, 2020, pp. 75-80). <p>Encuentros Territoriales: coordinación y colaboración continua y activa entre INJUV y Fundación Observa Ciudadanía para la implementación del proyecto. Fundación Observa Ciudadanía tiene el rol de ente ejecutor, mientras que INJUV tiene el rol de coordinador y supervisor del programa (para detalle de responsabilidades ver INJUVb, 2020).</p>
Equipo de ejecución directa	<p>Chat: psicólogos/as de Fundación para la Confianza.</p> <p>Encuentros Territoriales: monitores/as (coordinadores regionales) capacitados por Fundación Observa Ciudadanía.</p>
Requisitos de capacitación y formación (equipo)	<p>Chat: los(as) psicólogos/as deben estar capacitados/as en acompañamiento de jóvenes y en temáticas psicológicas, legales y sociales del área juvenil (Fundación para la Confianza, 2020, p. 17). Se realizan capacitaciones internas a cargo de profesionales con experiencia en atención remota y capacitaciones en otras líneas de ayuda psicológica. A su vez, los psicólogos/as pueden asistir a seminarios y charlas relativas a la salud mental (Fundación para la Confianza, 2020, p. 48).</p> <p>Encuentros Territoriales: el ejecutor externo y sus facilitadores deben asistir a capacitación ejecutada por Programa HDT sobre componentes y contenidos abordados en el programa. Se genera plataforma e-learning de soporte Moodle con los recursos de la capacitación, también para futuros monitores/as: https://recursoshdt.cl/cursos/</p>
Sistemas de registro y gestión de información utilizados	<p>Plataforma web: sin información disponible</p> <p>Chat: registran la información en "hablemosdetodo@paralaconfianza.com", con la finalidad de generar insumos y estadísticas sobre las atenciones. Registro de correo electrónico de asistentes para realizar seguimiento en caso de volver acceder al chat.</p> <p>Encuentros Territoriales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Registro de caracterización de los(as) participantes, así como de los temas más importantes tratados, los más desconocidos y los más relevantes a trabajar en el 2021 por cada región (Fundación Observa Ciudadanía, 2021, pp. 24-27). • Desarrollo de página "Recursos HDT" con información sobre las temáticas, material para la generación de contenido audiovisual y espacio para la recolección de productos de jóvenes: https://recursoshdt.cl

Monitoreo y Evaluación	
Sistema de monitoreo de gestión de intervención	<p>Chat:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acompañamiento y apoyo al equipo de psicólogos/as, tanto internas como externas. Se supervisa durante el turno de cada psicólogo/a, de forma remota o presencial; o mediante un proceso de acompañamiento personal a cada psicólogo/a. Consiste en tener disponibilidad para cualquier necesidad o apoyo ante una situación de emergencia o alta complejidad, contención emocional luego de una intervención compleja o prestar ayuda o información puntual. <p>Encuentros Territoriales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realización de reuniones con coordinadores regionales para seguimiento de avances y consecución de metas. • Contacto periódico con encargados regionales INJUV HDT para supervisión de trabajo de coordinadores regionales.
Mecanismos de mejora de calidad de la intervención	<p>Chat:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Protocolos establecidos de intervención, protocolo de acción ante riesgo y vulneración de derechos, protocolo ante comportamiento suicida. • Lineamientos éticos en torno a la intervención, sobre el uso de información, confidencialidad y conflictos de intereses. • Cuentan con protocolos de apoyo y cuidado del equipo interventor, considerando las características de la intervención que pueden generar afectación emocional. <p>Encuentros Territoriales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Implementación de acciones de mejora de resultados en diálogo y acuerdo con Equipo INJUV (no especifica cuáles acciones) (Fundación Observa Ciudadanía, 2021, p. 6). • Inclusión de preguntas de relevancia temática en el formulario de inscripción del año 2020, en función de mejorar el proyecto para el año 2021.
Estrategias de evaluaciones desplegadas	<p>Plataforma web: sin información disponible</p> <p>Chat: aplicación de evaluación de atención a usuarios/as. Sin información disponible sobre esta evaluación.</p> <p>Encuentros Territoriales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Supervisión y evaluación de participación y colaboración de coordinadores regionales en la implementación y desarrollo de la intervención (Fundación Observa Ciudadanía, 2021, 20-22). • Análisis de formularios de inscripción, temáticas priorizadas y temáticas desconocidas y temáticas necesarias por región. • Análisis semántico de narrativas de las piezas gráficas generadas por los(as) participantes, para identificar los conceptos más relevantes para estos/as, así como los tipos de recursos utilizados. • Análisis reflexivo de la intervención y sus resultados por parte de Fundación Observa Ciudadanía (2021, pp. 45), donde se da cuenta de obstáculos como las estrategias de difusión del proyecto y su adecuación a las variables de inestabilidad del contexto pandemia.
Rol de niños, niñas y adolescentes en evaluaciones	<p>Chat: Evaluación de percepción de efectividad de respuestas entregadas.</p> <p>Encuentros Territoriales: evaluación voluntaria y anónima de la intervención, mediante encuesta de satisfacción, al finalizar los encuentros. El 2020 se obtuvieron un total de 104 respuestas, evaluación general positiva (Fundación Observa Ciudadanía, 2021, pp. 32-33).</p>

**Resultados reportados
(énfasis en efectividad)**

En términos de cobertura, para el programa del año 2020 se estipuló una meta de 27.024 personas como población objetivo (MIDESO, 2019), la cual se alcanzó, accediendo efectivamente a 28.284 personas (MIDESO, 2020).

Encuentros Territoriales:

- Baja convocatoria (se levantan variables de incidencia tales como fecha de realización por ser fin de año educativo y ambiente festivo, dificultades asociadas al contexto de realización online, disposición de jóvenes) (Fundación Observa Ciudadanía, 2021, p. 10).
- Evaluación general positiva de la intervención por parte de participantes, mediante encuesta de satisfacción (Fundación Observa Ciudadanía, 2021, pp. 32-33).
- Con respecto al diseño del programa original, el año 2020 se debió reformular este componente, pasando de su realización de manera presencial en los territorios, a un formato remoto (online), debido a la situación que han generado la crisis sanitaria y el estallido social, a nivel regional y nacional.

Análisis general del programa a la luz del contexto nacional chileno

PROGRAMA: PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

Datos Generales

El Programa Nacional de Prevención del Suicidio surge del Objetivo Estratégico N.º4 de la Estrategia Nacional de Salud para el 2010-2020, que tiene como foco la disminución de la mortalidad por suicidio, abarcando a toda la población que pueda ser afectada por ideación, intento o suicidio como tal. Este programa busca instalar, de manera paulatina, distintas orientaciones técnicas a nivel regional en pos de la prevención del riesgo suicida, involucrando y formando a distintos sectores sociales.

Tipología	Promoción y prevención
Objetivo general	"Reducir la tasa de mortalidad por suicidio, en ambos sexos" (MINSAL, 2013, p. 10), en la población general. Se propone por parte del Departamento de Salud Mental su reformulación a "Contribuir a disminuir el comportamiento suicida en personas de 5 años o más" (MDSF, 2020a).
Población objetivo	El programa está enfocado a personas que se encuentran en riesgo de cometer suicidio a nivel nacional. El componente 3 del programa está enfocado en población escolar (niños, niñas y adolescentes), docentes y apoderados/as o tutores/as. En la reformulación del programa para el año 2021, se establece como población objetivo a personas de 5 años o más con comportamiento suicida en las regiones de Coquimbo, O'Higgins y Aysén (Ministerio de Desarrollo Social y Familia [MDSF], 2020a). A su vez, tiene como población objetivo de formación a actores estratégicos de instituciones públicas, privadas u ONGs, como personal de salud y docentes y asistentes de educación (MDSF, 2020a).
Contexto de implementación	Establecimientos de salud pública y privada, Unidades y Servicios de Urgencia, medios de comunicación, establecimientos educacionales de educación básica y media municipalizados, particulares subvencionados y privados.
Entidad creadora	Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud [MINSAL].
Entidad ejecutora	Coordinado y ejecutado por las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud (SEREMIS) y Subsecretaría de Redes Asistenciales.
Fuente y estrategia de financiamiento	Financiamiento público. El año 2017 se asignó un presupuesto de \$178 millones para el programa. En la Evaluación Ex Ante 2021 se establece que desde el 2015 se han presentado propuestas de expansión y reformulación, en tanto se requieren más recursos para la implementación del programa en todo el territorio nacional, pero estas no han sido priorizadas y "nunca se entregan los recursos en dotación y presupuesto" para llevar a cabo las versiones mejoradas del diseño del programa (MDSF, 2020a, p. 3).
Tiempo de ejecución	Su diseño comienza en el año 2007. Se formula el 2013 y se inicia en el año 2015 (MIDESO, 2018). Se estipula una instalación gradual y paulatina del programa, estimándose un plazo de 3 a 4 años para la instalación de todos los componentes a nivel nacional. Para el año 2017 está instalado de manera integral en las regiones de Coquimbo, O'Higgins, y Aysén; en el resto de las regiones, cuenta con al menos uno de los componentes del programa (MIDESO, 2018). En el año 2019 se implementa un manual de Recomendaciones para la Prevención de la Conducta Suicida en Establecimientos Educacionales (MINSAL, 2019).

	Estrategias de prevención del comportamiento suicida y suicidio.
Criterios de focalización	El cuarto componente del programa, a implementar en establecimientos educacionales, se focaliza en las siguientes temáticas: promoción de un clima escolar protector, prevención del acoso escolar (bullying), promoción de participación activa de actores en la comunidad educativa, prevención de problemas y trastornos de salud mental, desarrollo de habilidades y competencias socioemocionales, alfabetización en salud mental, bienestar psicosocial, educación y sensibilización sobre suicidio, detección de riesgo suicida (MINSAL, 2019).
Cobertura (beneficiarios)	Se prioriza como población objetivo a personas que habiten en las regiones de Coquimbo, O'Higgins y Aysén, ya que en estas regiones se habrían trabajado con mayor tiempo los sistemas de vigilancia de suicidio y en el desarrollo de acciones de prevención de esta conducta (MIDESO, 2018), debido a que presentarían al año 2012 eran zonas con tasas de suicidio mayores a las de la población general (MDSF, 2020a). Se espera incorporar a 6 regiones más a partir del año 2022, de acuerdo con aquellas que tienen mayores tasas de suicidio (MDSF, 2020a). Los beneficiarios efectivos para los años 2016 y 2017 fueron de 16.573 y 16.865 respectivamente. Para el año 2020 se contó también con una población objetivo de 16.865. Para el año 2021, 2022 y 2023 se espera una población objetivo de 40.505 (MDSF, 2020a).
Situación/Problema que busca resolver	
Principales características del problema	El programa busca responder a las altas tasas de suicidio en Chile, las cuales se habrían triplicado en los últimos 20 años, con una preocupación especial en el incremento de los suicidios entre adolescentes y jóvenes (MIDESO, 2018). En niños, niñas y adolescentes se identifican factores de riesgo para la conducta suicida como "acontecimientos que conducen al estigma, a la humillación o a la vergüenza" (MIDESO, 2018, p. 4). Se busca trabajar con los medios de comunicación en consideración que estos ejercen una fuerte influencia sobre creencias, comportamientos y actitudes de las comunidades (MINSAL, 2013).
Rol de niños, niñas y adolescentes en diagnóstico	No cuenta con mecanismos de incorporación de niños, niñas y adolescentes en diagnóstico (MIDESO, 2018).
Marco Teórico que explica la intervención	
Enfoque conceptual general	El programa incorpora los siguientes enfoques (MIDESO, 2018): a) Enfoque de Derechos Humanos: el programa incorpora este enfoque mediante el resguardo al derecho de la vida, a través de acciones dirigidas a evitar y/o prevenir muertes por suicidio b) Enfoque de Determinantes Sociales c) Enfoque de Género: se complementa con este enfoque en la ejecución de estrategias específicas, en consideración particular de grupos que presenten mayores tasas de intentos y muertes por suicidio (MDSF, 2020a). d) Enfoque de Interculturalidad: al ejecutarse a nivel regional y local, el programa considera las particularidades y necesidades de la población de cada región. En su formulación también se especifica cómo se presenta el fenómeno del suicidio en población indígena, quienes tienen tasas de suicidio mayores que la población no indígena" (MIDESO, 2018, p. 15).

<p>Modelos de intervención</p>	<p>Sin información disponible para el programa.</p> <p>Específicamente, el componente 4 del programa y el manual de Recomendaciones para la prevención de conducta suicida en establecimientos educacionales, se enmarcan en el Modelo de Gestión Intersectorial Aulas del Bien Estar, el cual "organiza los distintos ámbitos biopsicosociales relacionados con la convivencia escolar en tres ejes temáticos" (MINSAL, 2019, p. 20). Uno de estos ejes es el de Mecanismos Protectores Psicosociales, Ambientales y Culturales, donde se inserta la estrategia preventiva de conductas suicidas en establecimientos educacionales (MINSAL, 2019).</p>
<p>Técnicas de intervención</p>	<p>Para el primer componente del programa (Estudio de Casos) se lleva a cabo mediante la aplicación de entrevistas semiestructuradas mediante la metodología de Autopsia Psicológica (MINSAL, 2013). Además, se aplican una serie de instrumentos de detección y evaluación de riesgo suicida: Escala de Desesperanza de Beck, Escala de Ideación Suicida (SSI), Escala de Intención Suicida de Pierce, Escala de Suicidalidad, Escala SAD de PERSONS (MIDESO, 2013).</p> <p>En el cuarto componente del programa (Estrategias de Prevención en Establecimientos Educacionales) se utilizan entrevistas semiestructuradas para indagar en pensamientos y planes suicidas (basadas en Columbia-Escala de Severidad Suicida C [C-SSRS], así como la aplicación de pasos a seguir ante señales de alerta (MINSAL, 2019). A su vez se aplican Pautas para la Evaluación y Manejo del Riesgo Suicida (elaborada con base en C-SSRS) (MINSAL, 2019).</p>
<p>Ajustes a contexto infantojuvenil</p>	<p>Su cuarto componente está diseñado para ser implementado en establecimientos educacionales.</p>
<p>Marco Institucional</p>	
<p>Principales características de la legislación donde se inserta</p>	<p>Para el marco normativo del programa, son de relevancia las siguientes resoluciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Norma General Administrativa N.º 27, aprobada por Resolución Exenta N.º 750 del 29 de octubre de 2013, del MINSAL. Este regula la instalación del programa en las 15 SEREMIS de Salud del país en pos de la contribución al logro de las metas de la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020 (MIDESO, 2018). • Resolución Exenta N.º 1.286 de 2017 del MINSAL que aprueba el Plan Nacional de Salud Mental, que presenta "estrategias sectoriales e intersectoriales, para la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales, y cuyo propósito es contribuir a mejorar la salud mental de las personas [mediante la] atención garantizada de salud mental e inclusión social, en el marco del modelo de salud integral con enfoque familiar y comunitario" (MDSF, 2020a, p. 1). • Resolución Exenta N.º 296 de 2018 que aprueba el Modelo de Gestión de la Red Temática de Salud Mental en la Red General de Salud, que entrega directrices para organizar y articular las acciones y relaciones entre los nodos y puntos de atención entre ambas redes, así como para los estándares de calidad que deben contemplar su evaluación y mejora continua de su funcionamiento (MDSF, 2020a). • Resolución Exenta N.º 374 de 2020 del MINSAL que aprueba la Comisión de Prevención de Suicidio, con el "objetivo de ser una instancia de participación, coordinación, proposición y evaluación en la referida materia" (MDSF, 2020a, p. 2).

Articulación con planes o políticas de mayor envergadura

Se enmarca en la Estrategia Nacional de Salud para el periodo 2010-2020, abordando directamente el Objetivo Estratégico N.º 4 "Reducir la mortalidad, morbilidad y mejorar la salud de las personas a lo largo del ciclo vital", que establece objetivos específicos relacionados con la disminución de la mortalidad por suicidio en la población general, y específicamente en adolescentes y jóvenes (Gobierno de Chile, 2011).

Además, se enmarca en el Plan Nacional de Salud Mental para el periodo 2017-2025, que se erige como el marco general de acciones y lineamientos para la prevención en salud mental, y específico para la prevención del suicidio. La implementación del programa se establece como una meta del Objetivo Estratégico N.º 2 del Plan: "elaborar e implementar planes de acción intersectoriales para dar respuesta a las necesidades de salud mental" (MINSAL, 2017, p. 161).

A su vez, responde al Programa de Gobierno, el cual plantea la necesidad de fortalecer la salud mental del país mediante la capacitación y formación de profesionales adecuados, y la revisión de los protocolos de prevención y atención, "a través de, la formación de equipos clínicos en el abordaje de la conducta suicida y del mejoramiento de los protocolos y procedimientos de manejo y gestión de estos casos" (MDSF, 2020a, p. 1).

Se vincula con la Política de Niñez y Adolescencia 2015-2025, mediante el área estratégica "Salud Integral y Bienestar", ya que desarrolla una línea de prevención en escuelas para la disminución de la conducta suicida entre niños, niñas y adolescentes (MIDESO, 2018).

Metodología de Intervención

Objetivo general

Reducir la tasa de mortalidad por suicidio

Objetivos específicos

"1. Instalar en cada SEREMIS de Salud y en forma paulatina, los 6 componentes que han mostrado una mayor efectividad para la prevención del riesgo suicida.

2. Involucrar a los distintos sectores sociales y a la comunidad en la prevención del suicidio.

3. Contribuir al logro de las metas de la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020" (MINSAL, 2013, p. 10).

Los objetivos específicos propuestos en la reformulación del programa son (MDSF, 2020a):

- "Potenciar en la conciencia pública la noción de que el suicidio es prevenible, disminuir el estigma asociado a las personas con comportamiento suicida, conocer sobre los mitos, señales de alerta, factores y grupos de riesgo del comportamiento suicida, fortalecer la ayuda mutua, y la valorización de la búsqueda de ayuda y dónde encontrarla, entre otros aspectos" (p. 6).

- "Que el personal de salud cuente con las competencias y herramientas técnicas necesarias para abordar de manera oportuna y efectiva el comportamiento suicida" (p. 6).

- "Que docentes y asistentes de la educación cuenten con conocimientos y competencias necesarias para prevenir, detectar y abordar oportunamente el comportamiento suicida en la comunidad educativa" (p. 7).

- "Que actores estratégicos cuenten con conocimientos y competencias necesarias para prevenir, detectar y abordar oportunamente el comportamiento suicida" (p. 7).

Componentes de intervención

El programa cuenta con 6 componentes:

1. Instalación de un Sistema de Estudio de Casos

Sistema de registro localizado en cada SEREMIS de Salud, que incluye información de casos de intento o consumación de suicidio. Se incluyen datos como: sexo, edad, medio utilizado, lugar de ocurrencia, nivel socioeconómico, estructura familiar, nivel educacional, diversos antecedentes, entre otros (MINSAL, 2013).

Como parte de este componente realiza:

a) Registro y estudio de suicidios consumados: mediante la metodología de Autopsia Psicológica se recoge información para el monitoreo del comportamiento suicida, identificación de factores de riesgo, establecimiento de perfiles de riesgo por región y entrega de información para el desarrollo de estrategias de intervención locales (MINSAL, 2013, p. 10).

b) Registro y estudio de casos en intentos de suicidio: referentes de salud mental, en coordinación con el Departamento o Unidad de Epidemiología de las SEREMIS, deben mantener un registro con el objetivo de levantar "perfiles de riesgo y garantizar la atención preventiva de las personas que han realizado un intento" de suicidio (MINSAL, 2013, p. 11). Estas personas deben estar en control preventivo en el Programa de Salud Mental del Centro de Atención Primaria o en el Equipo de Salud Mental y Psiquiatría de otro nivel de atención, de acuerdo con su previsión de salud o domicilio.

2. Implementación de un Plan Regional Intersectorial de Prevención del Suicidio

Diseño, elaboración, ejecución y evaluación de un Plan Regional Intersectorial de Prevención del Suicidio, por parte de las SEREMIS en coordinación con otros sectores, mediante la creación de mesas regionales intersectoriales. En estas deben participar a lo menos los siguientes sectores: "Educación, Trabajo, Salud, Deportes y Recreación, Intendencia, SENAMA, SENAME, SENDA, SERNAM, Justicia, PDI, Carabineros y Ministerio de Desarrollo Social" (MINSAL, 2013, p. 16).

A partir de este Plan se deben desarrollar acciones orientadas a: "restringir el acceso a medios letales, fortalecer las capacidades organizativas y de autoayuda de la comunidad, y potenciar en la conciencia pública la noción que el suicidio es prevenible, y la valorización de la búsqueda de ayuda", entre otras (MINSAL, 2013, p. 16).

3. Fortalecimiento de las competencias de los profesionales de la salud

Capacitación de funcionarios/as y personal de salud en la detección de personas con riesgo suicida y en el desarrollo de herramientas básicas para una primera respuesta ante estos casos (MINSAL, 2013). Las SEREMIS, en coordinación con los Servicios de Salud regionales, deben desarrollar cursos y talleres de capacitación, difundir las normas y orientaciones técnicas, así como facilitar la elaboración de protocolos de derivación y atención, y de instrumentos de detección (MINSAL, 2013).

4. Incorporación de programas preventivos en los establecimientos educacionales

Incorpora la implementación de programas preventivos en establecimientos educacionales, por parte de las SEREMIS de Salud en coordinación con la SEREMIS de Educación de cada región, con el objetivo de prevenir el suicidio entre niños, niñas y adolescentes (MINSAL, 2013). Los responsables de definir la implementación de las estrategias preventivas son los mismos establecimientos educacionales (MINSAL, 2019). Entre los programas deben incluirse:

- Programas educativos dirigidos a toda la comunidad educacional, centrado en el fortalecimiento de los factores protectores propios del medio escolar.
- Programas preventivos dirigidos a docentes, paradocentes, padres y apoderados, que incorporen herramientas para detectar e intervenir los factores de riesgo.
- Programas de capacitación en identificación y manejo de niños, niñas y jóvenes en riesgo.
- Programas de capacitación que entreguen herramientas y protocolos para actuar ante casos de intento o de suicidio en la comunidad escolar. (MINSAL, 2013, p. 18).

El año 2019 se publicó un manual de Recomendaciones para la prevención de conducta suicida en establecimientos educacionales, que tiene por objetivo "sensibilizar, educar y entregar herramientas a directivos, docentes, asistentes de la educación y equipos de salud, para el despliegue de una estrategia de prevención del suicidio" (MINSAL, 2019, p. 5).

5. Desarrollo de un sistema de ayuda en situaciones de crisis

Implementación de un sistema de ayuda en crisis por región, que incluya al menos: una línea de ayuda telefónica, idealmente en coordinación con Salud Responde; una página de ayuda en Internet y/o un programa de intervención en crisis en cada servicio de salud de la región. Este último puede ser implementado en servicios o unidades de salud mental y psiquiatría, así como en servicios o unidades de urgencia de establecimientos públicos y privados de la red asistencial de cada Servicio de Salud (MINSAL, 2013). Estos dispositivos deben incluir el seguimiento de personas que hayan realizado intentos de suicidio, y sistemas de apoyo y seguimiento familiar en casos de suicidio consumado (MINSAL, 2013).

6. Apoyo técnico para una correcta Cobertura mediática, y refuerzo del papel de los medios de comunicación en la prevención del suicidio

Diseño de plan comunicacional con el objetivo de sensibilizar, capacitar y apoyar a medios de comunicación, para que cumplan un rol activo en la prevención del suicidio, mediante la entrega de recomendaciones prácticas a editores y responsables de los medios de comunicación regional sobre cómo transmitir información sobre la temática de manera adecuada. Dentro de las actividades del componente, además de reuniones informativas con directivos y representantes de medios de comunicación, se deben desarrollar talleres de capacitación para periodistas y editores, elaborar documentos informativos y con recomendaciones para la difusión de información sobre el suicidio. También se debe incluir un sistema de monitoreo de los contenidos difundidos por los medios de comunicación (MINSAL, 2013).

En la propuesta de reformulación para el año 2021, se plantea la modificación de los componentes del programa, para contar con cuatro componentes centrados en la educación y capacitación de distintas poblaciones en prevención del suicidio (MIDESO, 2020a):

1. Educación a la comunidad en comportamiento suicida: en este componente se incluye la entrega de material de difusión (flyers, trípticos y posters), espacios de educación en medios de comunicación masiva, sesiones educativas a grupos como consejos consultivos adolescentes, jóvenes y personas mayores, entre otros.

2. Formación del personal de salud: con el objetivo de que otorgar competencias y herramientas técnicas para abordar de manera oportuna y efectiva el comportamiento suicida. Se realiza mediante capacitaciones en detección y evaluación de riesgo suicida, manejo terapéutico, seguimiento de usuarios, construcción y difusión de protocolos de referencia y contrarreferencia, entre otros.

3. Formación a docentes y asistentes de educación en prevención de suicidio: con el objetivo de entregar conocimientos y competencias necesarias para prevenir, detectar y abordar oportunamente el comportamiento suicida.

4. Formación a otros actores estratégicos en prevención de suicidio: capacitación a actores estratégicos de distintas instituciones.

Etapas de intervención

Sin información disponible.

Rol de niños, niñas y adolescentes en diseño

El programa no cuenta con mecanismos de participación de niños, niñas y adolescentes en su diseño.

Rol de niños, niñas y adolescentes en intervención

El programa no cuenta con mecanismos de participación de niños, niñas y adolescentes en la intervención.

En la propuesta de reformulación del programa para el año 2021 se incorpora la realización de consejos consultivos con adolescentes, como parte de un nuevo primer componente (MDSF, 2020a).

En las Recomendaciones para la prevención de conducta suicida en establecimientos educacionales, se espera que los(as) estudiantes formen parte de las estrategias tanto como participantes como beneficiarios de estas (MINSAL, 2019).

Gestión del Programa	
Estructura de implementación	<p>Con respecto a la incorporación de un sistema de estudio de casos (componente 1), las SEREMIS y Servicios de Salud deben difundir la Ficha de Notificación de Intentos de Suicidio (FNIS) y capacitar a equipos de salud públicos y privados, y a establecimientos educacionales. Estos deben llenar las FNIS ante casos de intento de suicidio y hacerlos llegar a SEREMIS. Ante esto, Epidemiología incorpora la información de la ficha a la base de datos, y Salud Mental envía la información del caso al Servicio de Salud respectivo, organismo que a su vez hace llegar la información al establecimiento de salud más cercano al domicilio de la persona. Así, se incorpora a la persona en riesgo de suicidio a un tratamiento preventivo (MINSAL, 2013).</p>
Esquema de coordinación interinstitucional/intersectorial	<p>El programa se articula con (MIDESO, 2018; MINSAL, 2013):</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Medios de Comunicación de Masa: como parte del componente 6 del programa, se realizan capacitaciones y asesorías a personal de los medios de comunicación sobre su rol en la prevención del suicidio. b) Servicio Médico Legal (SML): se trabaja con la unidad de peritajes, la cual notifica al encargado regional del programa ante casos de suicidio consumado, mediante el envío de los certificados de defunción. c) Ministerio de Educación (MINEDUC): se trabaja a nivel central en la elaboración de protocolos de prevención y manejo de riesgo suicida en contexto escolar, y a nivel regional en la elaboración de programas de prevención en conjunto con los establecimientos educacionales. <p>También, a partir de reformulaciones, se articula con (MDSF, 2020a):</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Servicio Nacional de Menores b) Gendarmería de Chile: en función de fortalecer las competencias de profesionales de unidades penales y otros programas de la institución, para la detección manejo de comportamiento suicida. c) Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas (SENDA): en función de fortalecer las competencias de profesionales y técnicos de los programas de prevención y tratamiento asociados al consumo de drogas. <p>El cuarto componente del programa (Estrategias de Prevención en Establecimientos Educacionales) incluye un flujograma que considera el trabajo intersectorial con Salud, donde dependiendo de la valoración de riesgo suicida se puede llevar a los(as) estudiantes a un Servicio de Urgencia, o derivar a Centros de Atención Primaria en Salud a estudiantes que se atienden en el sistema de salud pública, y a establecimientos privados si se atienden en el sistema privado de salud (MINSAL, 2019). Esta derivación se realiza mediante la entrega de una Ficha de Derivación que incluye los antecedentes del establecimiento educacional, del estudiante, los motivos de derivación y las acciones efectuadas por el establecimiento educacional (MINSAL, 2019).</p>
Equipo de ejecución directa	<p>Los profesionales que realicen el estudio de casos mediante autopsia psicológica pueden ser "profesionales de la red asistencial, de la Dirección del Servicio de Salud respectivo o de la SEREMIS de Salud" (MINSAL, 2013, p. 13).</p> <p>A partir del tercer componente del programa, es de responsabilidad de la SEREMIS de Salud el desarrollo de cursos y talleres de capacitación en detección e intervención temprana del riesgo suicida, dirigidos a funcionarios de salud tanto pública como privada en cada región (MINSAL, 2013).</p> <p>La ejecución directa del cuarto componente del programa puede ser realizada por un equipo profesional disponible en los establecimientos educacionales, o por las redes de apoyo con las que cuenta. Dentro de las recomendaciones para los establecimientos, se sugiere cada uno defina encargados/as de las estrategias de prevención (MINSAL, 2019).</p>

Requisitos de capacitación y formación (equipo)

Para el primer componente del programa, "los profesionales que realicen el estudio de casos deben contar con una capacitación específica en la metodología de autopsia psicológica" (MINSAL, 2013, p. 13).

Dentro del cuarto componente del programa, se requiere la capacitación de funcionarios/as de educación (docentes, paradocentes y otros) en identificación y manejo de niños, niñas y adolescentes en riesgo, que entreguen herramientas y protocolos para actuar ante casos de intento de suicidio o de suicidio en una comunidad escolar (MINSAL, 2013).

Como parte del componente seis de programa, se incluye la capacitación de periodistas y editores de medios de comunicación regional en el fenómeno del suicidio y su rol en su prevención (MINSAL, 2013).

Todas estas capacitaciones dependen del trabajo de SEREMISS en coordinación con los Servicios de Salud regionales.

En la propuesta de reformulación del programa para el año 2021, se establece que, pese a que año tras año se aprueban mejoras para este, "nunca se entregan los recursos en dotación y presupuesto" necesarios para llevarlo a cabo (MDSF, 2020a).

Sistemas de registro y gestión de información utilizados

El programa no cuenta con sistemas de información para la identificación de beneficiarios. Cada SEREMIS debe registrar mediante listas de asistencia las personas que asisten a formación, y reportarlo a nivel central de manera trimestral (MDSF, 2020a).

Para el registro de datos se implementan los Sistemas Regionales de Vigilancia de la Conducta Suicida como parte del primer componente del programa (Instalación de un Sistema de Estudio de Casos) (MINSAL, 2013). Este Sistema de Vigilancia propicia que la información se encuentre digitalizada y centralizada en una base de datos en cada una de las SEREMI de Salud, en las regiones priorizadas (Coquimbo, O'Higgins y Aysén) (MIDESO, 2018).

Monitoreo y Evaluación

Sistema de monitoreo de gestión de intervención

El organismo responsable del monitoreo y seguimiento del programa es el Ministerio de Desarrollo Social y Familia (MDSF), que realiza informes de seguimiento semestrales, con base en los indicadores establecidos en las Orientaciones Técnicas del programa (MINSAL, 2013).

<p>Mecanismos de mejora de calidad de la intervención</p>	<p>El programa cuenta con las guías y protocolos para la mejora de la calidad de intervención por parte de funcionarios/as de salud, de establecimientos educacionales y de medios de comunicación (MINSAL, 2013):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Guía Práctica para la Detección del Riesgo Suicida en la Adolescencia • Guía Práctica para la Detección del Riesgo Suicida en la Niñez • Manejo de una crisis suicida • Manejo del Riesgo Suicida en Atención Primaria • Manejo de pacientes que han hecho un intento de suicidio • Protocolo de Entrevista Estructurada para Autopsia Psicológica • Guía de Orientaciones para profesionales de los medios de comunicación sobre Prevención del Suicidio • Recomendaciones Generales a los Equipos de Salud para la Pesquisa y Manejo del Riesgo Suicida en Adolescentes <p>En el año 2019 se publicó un documento con Recomendaciones para la prevención de la conducta suicida en establecimientos educacionales, elaborado por el Ministerio de Salud en conjunto con el Ministerio de Educación (MINSAL, 2019). En este se incluye información sobre el suicidio y los aspectos a focalizar, así como protocolos de actuación, apoyo, derivación y seguimiento frente a señales de alerta, riesgo suicida o intento o consumación de suicidio (MINSAL, 2019)</p> <p>El año 2020 se plantea una propuesta de reformulación del programa como respuesta a la evaluación de desempeño realizada por el MDSF del año 2019, para que este comprenda de manera más integral el problema de salud en torno al comportamiento suicida, incluyendo "pensar en el suicidio (o ideación suicida), planificar el suicidio, intentar el suicidio y morir por suicidio" (MDSF, 2020a, p. 2). Asimismo, se propone realizar cambios en sus componentes.</p>
<p>Estrategias de evaluaciones desplegadas</p>	<p>El organismo encargado del monitoreo y seguimiento del programa es el MDSF (2021), que evalúa en función de los logros obtenidos, medidos a partir de los indicadores planteados para el programa en sus Orientaciones Técnicas. A su vez, se espera que las SEREMIS instalen mecanismos de seguimiento y evaluación de los distintos componentes del programa, a nivel regional (MINSAL, 2013).</p>
<p>Rol de niños, niñas y adolescentes en evaluaciones</p>	<p>El programa no cuenta con mecanismos de evaluación que involucre a niños, niñas y adolescentes.</p>
<p>Resultados reportados (énfasis en efectividad)</p>	<p>La incorporación inicial y gradual del programa en las regiones de Coquimbo, O'Higgins y Aysén, responde a la presencia de tasas de suicidio mayores a las de la población general para el año 2012. Desde la fecha, estas regiones han logrado una disminución en sus tasas, pasando de 10,1 a 9,1; 12,4 a 10,5; y 13,2 a 10, respectivamente (MDSF, 2020a).</p> <p>El año 2019 el programa es evaluado por el MDSF, y entre los resultados de su evaluación de desempeño se establece que (MDSF, 2020b):</p> <ul style="list-style-type: none"> • El programa no cuenta con criterios de focalización pertinentes ni un adecuado método de selección de sus beneficiarios. • Presenta una baja cobertura (menor al 10%), respecto a la población potencial y a la población objetivo. • Tiene indicadores que no cumplen en términos de calidad y/o pertinencia, por lo que no es posible evaluar su eficacia y cumplimiento en relación con la meta 2019. • Debe ser revisado su diseño, en el proceso de Evaluación Ex Ante.

PROGRAMA: PROGRAMA NACIONAL DE SALUD INTEGRAL DE ADOLESCENTES Y JÓVENES

Datos Generales

A partir de los resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2009-2010 surge la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020, que busca abordar las cifras de prevalencia de factores de riesgo de morbilidad detectadas en la población chilena, particularmente en el grupo de adolescentes y jóvenes. En concordancia con esta estrategia, el programa y su Plan de Acción son formulados para el aumento de cobertura en atención de salud y para orientar la implementación de estrategias que permitan el logro de objetivos propuestos para la atención integral de adolescentes y jóvenes en las Secretarías Regionales de Salud (Seremis) y Servicios de Salud a lo largo del país, abordando las principales problemáticas que se presentan en este grupo de la población.

Tipología	Promoción, prevención, detección y tratamiento
Objetivo general	"Desarrollar un programa de atención de salud integral para adolescentes y jóvenes que favorezca su crecimiento y desarrollo saludable, mediante el fortalecimiento y optimización de la oferta y el acceso a servicios de salud integrales y prestaciones de salud que respondan a sus necesidades, considerando especialmente el enfoque de derechos, de género y de pertinencia cultural, así como la participación activa de adolescente y jóvenes, focalizados en los más vulnerables, la familia y la comunidad" (Ministerio de Salud [Minsal], 2012a, p. 60).
Población objetivo	a) Población de adolescentes entre 10 y 19 años, para la atención de las actividades asistenciales de la atención primaria. b) Jóvenes entre 20 a 24 años para las actividades de promoción y prevención de salud. c) Beneficiarios indirectos: familia, escuelas y comunidad.
Contexto de implementación	Implementación en centros de salud primaria: establecimientos y/o centros de salud familiar urbanos y rurales, postas y estaciones médico rurales, centros comunitarios de salud familiar (CECOSF), como en establecimientos que reúnan las condiciones físicas y de privacidad requeridas por adolescentes y jóvenes, como escuelas, centros juveniles y comunitarios, entre otros.
Entidad creadora	Subsecretaría de Salud Pública (Ministerio de Salud)
Entidad ejecutora	Debe ser implementado progresivamente por las Secretarías Regionales Ministeriales (Seremis) y los Servicios de Salud, y ejecutado a través de la Red de Servicios del Sistema Público de Salud.
Fuente y estrategia de financiamiento	Público. Dentro de la Línea Estratégica 9 del Plan de Acción, se establece como objetivo el "desarrollar un plan de soporte financiero sustentable que permita la implementación del programa (...) realizando anualmente evaluación de logro de resultados comprometidos" (Minsal, 2012a, p. 134). Desde el 2012 se han aprobado distintas expansiones presupuestarias que han posibilitado una mejora de la atención y de la cobertura de distintos aspectos del programa, como una mayor implementación de Espacios Amigables. El año 2015 se asignó un monto de \$23.157.597, del cual se ejecutó un \$17.857.597 (77,11%) (Consultora ASIDES, 2015). El año 2017 se contó con un presupuesto asignado de \$21.683.000, del cual se ejecutó un 97,7% (Minsal, 2017).
Tiempo de ejecución	Desde 2012 a la actualidad (9 años).
Criterios de focalización	Se abordan las áreas temáticas priorizadas en la Estrategia Nacional 2011-2020 (Gobierno de Chile, 2011) y en el Plan de Acción 2012-2020 del programa (Ministerio de Educación, 2012): promoción de la salud, salud mental, salud sexual y reproductiva, salud nutricional, enfermedades crónicas y adolescentes con necesidades especiales en la atención de salud, enfermedades oncológicas, discapacidad y salud bucal.
Cobertura (beneficiarios)	Corresponde a la población de adolescentes y jóvenes beneficiarios de Fonasa, inscritos voluntariamente en un establecimiento de atención primaria. Para el año 2011 se estimó un total de 2.136.006 adolescentes inscritos en atención primaria de salud (Minsal, 2012a, p. 18).

Situación/Problema que busca resolver	
Principales características del problema	<p>El programa se fundamenta en la situación de las condiciones de salud de adolescentes y jóvenes para el año 2011, basadas en datos de diversas encuestas realizadas en materia de salud y juventud entre los años 2009 y 2011 (Minsal, 2012a). Se evidencia en el grupo una alta prevalencia de consumo de alcohol y drogas, de sintomatología asociada a problemas de salud mental (trastornos del ánimo, ideación suicida y mortalidad por suicidio), problemáticas relacionadas con la salud sexual y reproductiva, así como problemas de salud, como obesidad y sedentarismo (Minsal, 2012a). El programa se enfoca en el abordaje de estas problemáticas, en pos de una mejora en la salud general de los adolescentes y en la prevención del agravamiento y cronificación de estas dificultades.</p>
Rol de niños, niñas y adolescentes en diagnóstico	<p>Para la construcción del Plan de Acción y del programa, durante el 2011 se realizaron seis encuentros de participación juvenil, para indagar en sus opiniones y reflexiones sobre las necesidades en salud de adolescentes y jóvenes. En junio del 2011 se realizó en Santiago el primer "Consejo Consultivo de Jóvenes en Salud", donde asistieron 25 consejeros/as en representación de organizaciones juveniles de las 15 regiones del país (véase sistematización del consejo en Hasen, 2011a). Entre septiembre y diciembre del 2011 se realizaron cinco encuentros "En Salud los Jóvenes Eligen", en cuatro regiones del país (Región de Tarapacá, Región de Valparaíso, Región Metropolitana y Región del Biobío), donde participaron 514 adolescentes de entre 14 y 18 años, pertenecientes casi en su totalidad a establecimientos de dependencia municipal (48%) y particular subvencionada (43%) (véase sistematización de los encuentros en Hasen, 2011b).</p> <p>Se comunicaron necesidades de salud, se identificaron barreras de acceso y se realizaron recomendaciones que fueron consideradas en la propuesta del programa (véase Anexo 2 de Minsal, 2012a, p. 142).</p>
Marco Teórico que explica la intervención	
Enfoque conceptual general	<p>El programa tiene en su base los enfoques: Curso de Vida, de Determinantes Sociales de la Salud, de Género, Familiar y Comunitario, de Equidad en Salud, e Intercultural. Así, el enfoque general del programa es uno donde la salud de los(as) adolescentes y jóvenes se ve afectada por la interacción de múltiples determinantes (biológicos, conductuales, ambientales, psicológicos) a lo largo del curso de su vida, entre ellos, determinantes sociales como las condiciones en que viven, estudian y/o trabajan. Se busca abordar estos aspectos desde un marco de respeto e inclusión, mediante procesos que reconozcan la singularidad y diversidad cultural, en pos de minimizar las desigualdades en el acceso a la salud. Todo lo anterior desde la priorización del cuidado integral de las familias y comunidades, centrado en la entrega de herramientas para el autocuidado (Minsal, 2012a). Estos enfoques permiten visualizar a los adolescentes "como sujetos de derechos y protagonistas de sus propias vidas" (Minsal, 2021, p. 63).</p>
Modelos de intervención	<p>Se rige por tres modelos de intervención (Minsal, 2012a, pp. 46-47):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Modelo de Salud Integral e Integrado: centrado en la relevancia de abordar a adolescentes y jóvenes desde una perspectiva que tome en consideración las múltiples dimensiones en las que interactúan de manera continua (biológica, psicológica, social y cultural); así como el contexto donde se encuentran (familiar, educacional y comunitario). Desde la integralidad se considera la salud de adolescentes y jóvenes como un proceso continuo en el curso de vida, viendo este periodo como una etapa "en la que se consolidan los estilos de vida que serán determinantes de la calidad de vida y salud en periodos siguientes" (p. 46). Este modelo requiere de un trabajo colaborativo e intersectorial desde la atención en salud, organizado en distintos niveles de complejidad. 2. Modelo Ecológico de Bronfenbrenner: centrado en la identificación de factores de riesgo y protección/resiliencia. Las conductas de riesgo de los(as) adolescentes y jóvenes son entendidos como el resultado de una acción recíproca y compleja entre los factores individuales y los familiares, escolares e institucionales, comunitarios y sociales. Este modelo da relevancia a una perspectiva interaccional que enfatiza las fortalezas de las personas y sus comunidades. 3. Específicamente el abordaje para casos de consumo de alcohol y otras drogas se realiza desde el Modelo Transteórico del Cambio, que "permite reconocer diversos momentos de disposición o motivación para cambiar" (Minsal, 2015, p. 11). Mediante la identificación del estadio en que se encuentra el/la adolescentes o joven, es posible desarrollar estrategias específicas para su intervención y generar un cambio conductual.

Técnicas de intervención	<p>El programa presenta técnicas diversas y específicas para las temáticas priorizadas. Con respecto a la salud mental y al consumo de sustancias, dentro de las técnicas de intervención se encuentran: talleres temáticos grupales, diagnóstico de problemas y necesidades, anamnesis psicosocial y familiar, aplicación de genograma para la evaluación del funcionamiento familiar, evaluación diagnóstica psicosocial, técnicas psicoeducativas, actividades de entrenamiento de habilidades, actividades de entrenamiento en comportamientos de autoayuda, actividades de motivación para la participación social y comunitaria, implementación de planes de acción de acuerdo a la motivación a campo y evaluación de riesgo (Minsal, 2012).</p>
Ajustes a contexto infantojuvenil	<p>Para la atención de adolescentes y jóvenes se dispone de espacios pertenecientes al Programa Espacios Amigables (EA), incorporados a partir del año 2009 y bajo recomendaciones de OMS/OPS con características: "enfoque promocional-preventivo, respeto a privacidad, acceso en horarios diferenciados, atención amigable y con personal capacitado" (Minsal, 2012a p. 40), con espacios físicos agradables, atractivos y cercanos a los(as) jóvenes.</p> <p>Al 2012 se cuenta con 106 EA, 58 de financiamiento del nivel central y 48 con financiamiento local (municipal y servicios de salud). Estos están insertos o en conexión con establecimientos de baja complejidad. Al año 2017 se cuenta con 264 EA financiados por el Ministerio de Salud (Minsal, 2018).</p>
Marco Institucional	
Principales características de la legislación donde se inserta	<p>El programa se enmarca éticamente en tratados ratificados por Chile en materia de derechos: la Declaración Universal de los Derechos Humanos y la Convención sobre los Derechos de los Niños y Adolescentes, relevando la importancia de las condiciones particulares de del desarrollo de niños, niñas y adolescentes.</p> <p>Específicamente, el programa nace de la función del Ministerio de Salud como ente rector y regulador del Sistema Nacional de Servicios de Salud, y por lo establecido en la Constitución de la República de Chile, "que el Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud, y de rehabilitación del individuo", a través del sistema de salud público.</p>
Articulación con planes o políticas de mayor envergadura	<p>Se enmarca en la Política Nacional de Salud de Adolescentes y Jóvenes, formulada el año 2008, que tiene por propósito "contribuir al máximo estado de bienestar biopsicosocial de la población de adolescentes y jóvenes en Chile, con equidad, enmarcado este bienestar en la promoción del desarrollo humano" (Minsal, 2008, p. 53), enfatizando en el rol del Estado como garante de los bienes primarios y de la salud para el desarrollo para las personas y sus comunidades.</p> <p>También se alinea con la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020 y los objetivos estratégicos y metas que se establecen (Gobierno de Chile, 2011). Específicamente en torno al área de salud mental, se plantean los siguientes objetivos (Gobierno de Chile, 2011):</p> <ul style="list-style-type: none"> a) "Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental" (p. 49). b) "Disminuir la mortalidad por suicidio en adolescentes" (p. 157). c) "Reducir el consumo de tabaco" en población de 12 a 64 años (p. 113). d) "Reducir el consumo de riesgo de alcohol" en población de 15 a 24 años (p. 113). e) "Disminuir la prevalencia de consumo de drogas ilícitas en población general" (p. 113). <p>En torno al fortalecimiento de la institucionalidad del sector salud: "Aumentar los mecanismos de participación ciudadana y fortalecer el trabajo integrado de los directivos del sector" (p. 254).</p>
Metodología de Intervención	
Objetivo general	<p>"Desarrollar un programa de atención de salud integral para adolescentes y jóvenes que favorezca su crecimiento y desarrollo saludable, mediante el fortalecimiento y optimización de la oferta y el acceso a servicios de salud integrales y prestaciones de salud que respondan a sus necesidades, considerando especialmente el enfoque de derechos, de género y de pertinencia cultural, así como la participación activa de adolescentes y jóvenes, focalizados en los más vulnerables, la familia y la comunidad" (Minsal, 2012a, p. 60).</p>

Objetivos
específicos

1. Establecer marco regulatorio técnico administrativo y operacional, vinculado a las áreas programáticas priorizadas, que permita la implementación del Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes.
2. Examinar y actualizar el marco jurídico que protege los derechos de adolescentes y jóvenes.
3. Mejorar la oferta de servicios de salud diferenciados integrales e integrados y de calidad para adolescentes, aumentando la capacidad de respuesta del sector salud, con el fin de atender las necesidades de la población adolescente, haciendo hincapié en el nivel primario y poblaciones vulnerables.
4. Incorporar el control de salud integral de adolescentes en la cartera de prestaciones del Programa de la Red Asistencial del nivel primario de atención.
5. Fortalecer el sistema de información de salud de adolescentes y jóvenes, desagregando la información por edad, sexo, etnia y nivel socioeconómico, y generando información de calidad en el nivel nacional, regional y local.
6. Abogar por la presencia prioritaria de la temática de salud de adolescentes y jóvenes en las agendas políticas públicas.
7. Contar con recursos humanos con competencias y capacidades que respondan a las necesidades y características de esta población.
8. Desarrollar un plan de soporte financiero sustentable que permita la implementación del Programa Nacional de Salud de Adolescentes y Jóvenes realizando anualmente evaluación de logros de resultados comprometidos.
9. Establecer alianzas con los medios de comunicación a fin de promover imágenes positivas de adolescentes y jóvenes que promuevan comportamientos sociales y compromisos adecuados con las cuestiones de salud a nivel nacional y regional.
10. Incorporar el modelo de atención de salud integral para adolescentes dentro del Sistema Nacional de Salud.
11. Conformar equipos de salud interdisciplinarios, comprometidos y capacitados en los espacios diferenciados de salud integral de adolescentes a nivel nacional.
12. Desarrollar áreas temáticas prevalentes de acuerdo al perfil epidemiológico, tales como promoción de la salud, salud mental, salud nutricional, salud sexual y reproductiva, discapacidad, enfermedades crónicas y oncológicas, y salud odontológica.
13. Desarrollar un plan de evaluación, monitoreo y mejora continua del Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes.
14. Articular la red asistencial en torno a la salud de adolescentes y jóvenes.
15. Garantizar el acceso de la población de adolescentes vulnerables a la modalidad de servicios de salud diferenciados.
16. Mejorar el acceso y abordaje oportuno de atención diferenciada de adolescentes pertenecientes a instituciones de protección social, con estrategias de articulación y coordinación con programas intersectoriales.
17. Desarrollar estrategias de promoción orientadas a fomentar factores protectores que contribuyan al desarrollo integral, con intervenciones basadas en las comunidades que fortalezcan las familias, incluyan las escuelas y fomenten una amplia participación de adolescentes y jóvenes que permita prevenir problemáticas de salud que afecten su desarrollo.
18. Desarrollar estrategias que promuevan el diálogo y participación efectiva de adolescentes y jóvenes en iniciativas que favorezcan la integración social y el reconocimiento del ejercicio de sus derechos.
19. Establecer alianzas estratégicas y mecanismos de coordinación y cooperación intersectorial e instancias del ámbito público y privado, para establecer convenios y líneas de trabajo conjunta que favorezcan el desarrollo saludable de adolescentes y jóvenes" (Minsal, 2012a, pp. 60-61).

Componentes de intervención

1. Ámbito de promoción de la salud integral de adolescentes y jóvenes

Este ámbito involucra a toda la población de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años, con y sin riesgo específico. Está orientado hacia la promoción de la salud y la atención integral, enfocada en el aumento de factores protectores para la salud y la resiliencia de la población.

Las actividades en este ámbito se realizan tanto con el grupo de adolescentes y jóvenes como con sus familias y la comunidad escolar, "organizaciones deportivas, sociales u otros entornos comunitarios, donde se desarrolla su vida, coordinación y alineados con los programas comunales de promoción" (Minsal, 2012a p. 75). Entre las actividades se realizan:

a) Actividades comunitarias de comunicación social: enfocadas en la sensibilización, difusión y movilización de recursos para la toma de conciencia en torno a las temáticas abordadas.

b) Talleres grupales: son actividades formativas en modalidad grupal con 8 a 12 participantes, en grupos de adolescentes de 10 a 14 años, de 15 a 19 años y de 20 a 24 años, implementados de acuerdo a la priorización temática. Estos cuentan con varias sesiones, "con el propósito de desarrollar habilidades o destrezas y/o potenciar factores protectores/resilientes, que favorezcan el crecimiento y desarrollo saludable" (Minsal, 2012a p. 76).

2. Ámbito de prevención, atención integral y rehabilitación

Este ámbito, específicamente en las temáticas de salud mental y consumo de sustancias, se enfoca en la detección oportuna "mediante el uso de instrumentos de tamizaje, y capacitación en el reconocimiento de riesgo suicida en adolescentes, incrementando la detección oportuna, además de estrategias de prevención comunal de consumo de drogas y alcohol" (Minsal, 2012a p. 70). Cuentan con las siguientes actividades:

a) Control de Salud Integral de Adolescentes de 10 a 19 años: para evaluar su estado de salud, crecimiento y desarrollo, y poder fomentar factores y conductas protectoras y detectar tempranamente factores y conductas de riesgo, así como problemas de salud, con el objeto de intervenir de manera oportuna.

b) Consulta de Salud Mental: evaluación integral y oportuna de problemas de salud mental, y en caso necesario el inicio de tratamientos de acuerdo con protocolos y guías clínicas vigentes. Está dirigida a consultantes, sus familiares y/o cuidadores.

c) Intervención psicosocial grupal: consiste en una intervención terapéutica con un grupo de 2 a 12 personas. Pueden asistir usuarios consultantes, familiares y/o cuidadores. Tiene por objetivo prestar apoyo emocional, educación en torno al autocuidado, reforzar adhesión a tratamiento, entre otros.

d) Consejería General: consiste en una intervención psicosocial de una o más sesiones donde se "escucha, acoge, informa y orienta" a los adolescentes y jóvenes, en consideración de sus necesidades y problemáticas. También puede ser dirigida a familiares y/o adultos significativos para asistir en su rol de apoyo a los(as) consultantes.

e) Consejería sobre consumo de tabaco: instancia de ayuda psicosocial personalizada con el objetivo de "prevenir, retardar la iniciación del hábito o apoyar el proceso de cesación del consumo de tabaco" (Minsal, 2012a p. 87).

f) Consejería en Drogas: instancia de ayuda psicosocial personalizada, con el objetivo de "prevenir o reducir el consumo de drogas ilícitas" (Minsal, 2012a p. 87).

3. Ámbito de tratamiento, recuperación y rehabilitación

Este componente se diseña para el tratamiento integral de adolescentes que presenten un problema de salud, con el objetivo de modificar "los factores biológicos, psicológicos y sociales que condicionan y/o, desencadenan la enfermedad" (Minsal, 2012a p. 92). Específicamente en torno a la salud mental, se llevan a cabo Consultas Médicas de Salud Mental, dirigidas a "adolescentes que presentan factores de riesgo y/o se sospecha un problema de salud mental o una enfermedad mental y se requiere confirmar el diagnóstico" (Minsal, 2012a p. 92).

Etapas de intervención

Las etapas de intervención van a depender de la temática específica a tratar con cada adolescente o joven. En general, para la intervención en salud mental y por consumo de sustancias, la oferta de prestaciones individuales tiene una estructura similar:

1. Encuadre: presentación, explicación de objetivos, duración, voluntariedad, confidencialidad y límites.
2. Consejería en la temática (salud mental o entrega de información sobre consumo de alcohol y sustancias).
2. Evaluación Diagnóstica Psicosocial o Entrevista Diagnóstica, donde se evalúa la situación del problema y distintas variables de distintos ámbitos (familiar, social, laboral, escolar, etc.).
3. Indicación de tratamiento o Desarrollo de planes de acción frente a situación de riesgo-
4. Control y seguimiento en caso de Salud Mental y/o evaluación y monitoreo del plan desarrollado.
5. Derivación en función de problemas de salud identificados

Rol de niños, niñas y adolescentes en diseño

Para el diseño del programa se obtuvieron insumos sobre salud y atención a partir de los cinco encuentros de participación juvenil llevados a cabo durante el 2011 (Consejo Consultivo de Jóvenes en Salud con 25 consejeros/as de las 15 regiones del país (Hasen, 2011a) y encuentros "En Salud los Jóvenes Eligen" (véase sistematización de los encuentros en Hasen, 2011b).

Rol de niños, niñas y adolescentes en intervención

Desde el enfoque de Curso de Vida, se plantea en el programa la necesidad de dar a los(as) adolescentes y jóvenes autonomía y autodeterminación respecto de su salud.

En las intervenciones, sobre todo en las de consejería, el/la profesional es una orientación y guía para el/la adolescente o joven, para que este/a tome sus propias decisiones, tenga un rol activo en el diseño de planes de acción y/o contingencia, con metas específicas y realistas en función de sus condiciones particulares. Se espera que la interacción entre profesional y adolescente/joven sea horizontal, colaborativa y no directiva, generando un espacio de confianza y reflexión.

los(as) adolescentes y jóvenes cumplen un rol predominante en la Línea Estratégica N.º 7 del programa: Participación de adolescentes y jóvenes y fortalecimiento de las redes sociales, que tiene por objetivo "desarrollar estrategias que promuevan el diálogo y la participación de adolescentes y jóvenes en iniciativas que favorezcan la integración social y el reconocimiento del ejercicio de sus derechos" (Minsal, 2012a, pp. 129-131). En función de esta línea de trabajo, se impulsa la organización y participación de adolescentes y jóvenes a nivel nacional y regional mediante Consejos Consultivos anuales, que además cuentan con distintas actividades y metodologías de participación juvenil regionales.

Gestión del Programa

1. Nivel de Acción Ministerial (Minsal, 2012a, pp. 64-65)

El Ministerio de Salud se rige como máximo responsable tanto de la implementación como del desarrollo del programa. En este nivel operan la Subsecretaría de Salud Pública y la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

La primera tiene a su cargo funciones como: diseño del programa, su plan de acción, un plan de monitoreo, su evaluación y de un marco regulatorio de este; establecer alianzas estratégicas y mecanismos de colaboración y coordinación sectorial e intersectorial, y con organizaciones involucradas con la salud y desarrollo de adolescentes a nivel nacional e internacional. También procurar la asignación de recursos humanos y materiales para el desarrollo del plan de acción y mantener instancias de participación juvenil.

Por su parte, la Subsecretaría de Redes Asistenciales tiene la labor de gestionar en red el programa en los 29 Servicios de Salud a lo largo del país, articulando y desarrollando la red asistencial. También funciones de evaluación de estándares y gestión clínica, así como de la efectividad de la coordinación de la red, para asegurar la implementación del programa.

Estructura de implementación

2. Nivel de Acción Regional (Minsal, 2012a, p. 65)

En este nivel operan las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, que tienen por labor velar por el cumplimiento de políticas, normas y planes que emanen del programa, elaborar un plan regional de desarrollo, evaluar y monitorear la situación de salud de adolescentes y jóvenes a nivel regional, así como el impacto del programa en esta población. Además, deben constituir la Secretaría Ejecutiva para el funcionamiento del Consejo Consultivo Regional de Jóvenes en Salud.

3. Nivel de Acción Servicios de Salud (Minsal, 2012a, p. 66-67)

En este nivel operan los Encargados del Programa por Servicio de Salud, que están a cargo de su ejecución y seguimiento, y tienen funciones como identificar problemas y necesidades de salud prioritarios en la población de adolescentes a nivel comunal, difundir y asegurar la implantación de normas clínicas, organizar la atención integral de salud, coordinar con instancias comunales y redes con otros centros de salud en todos los niveles de atención, entre otras.

También en este nivel se contempla la Red de Servicios de Atención de Salud Integral para Adolescentes y Jóvenes, donde para su establecimiento es necesario el establecimiento de mecanismos de derivación y retorno (referencia y contrarreferencia) consensuados entre los distintos niveles de atención, que permitan una atención expedita, oportuna y diferenciada.

Esquema de coordinación interinstitucional/intersectorial

Se espera que, a partir del programa y su ejecución regional, los distintos niveles de atención se organicen para dar respuesta a los requerimientos específicos del programa. Así, estos deben establecer mecanismos de referencia y contra-referencia (derivación y retorno) consensuados para la atención expedita, oportuna y diferenciada de adolescentes y jóvenes. También se espera que el sector de salud se coordine con municipios, establecimientos educacionales y otras instancias territoriales.

A partir de la Línea Estratégica 3 - Abogacía y fortalecimiento del trabajo intersectorial establece los siguientes objetivos (Minsal, 2012a):

- a) La constitución de alianzas estratégicas de manera formal, con sectores e instancias públicas y privadas. Entre ellas: Ministerio de Educación, INJUUV, Ministerio de Desarrollo Social, Cultura, Deportes, Sernam, Sename, Senda y otros.
- b) El desarrollo de planes de trabajo con organismos internacionales como UNICEF y UNFPA para trabajar en pos del reconocimiento de los derechos de los(as) adolescentes.

En función del trabajo intersectorial, el ingreso de adolescentes y jóvenes al programa puede ser a través del Centro de Salud o a través de instituciones fuera de este, como INJUUV, su establecimiento educacional, SENAME, ONGs y otras instituciones.

A su vez, a partir de la Línea Estratégica 8 - Comunicación social y participación de los medios de difusión, se establecen el objetivo de elaborar e implementar una estrategia comunicacional intra e intersectorial que promueva imágenes positivas de la adolescencia (Minsal, 2012a).

Equipo de ejecución directa

La implementación directa de los programas está a cargo de las Seremis. La ejecución queda en manos de los centros proveedores de los servicios, quienes deben asegurar la presencia de "un equipo interdisciplinario de profesionales, con competencias para la atención de salud" de adolescentes y jóvenes (Minsal, 2012a, p. 73). Estos equipos deben estar compuestos por al menos: médicos, enfermeros/as, matronas/es, nutricionistas, psicólogos/as, asistentes sociales, odontólogos/as y profesionales de educación, en función de las necesidades y de los recursos asignados.

Requisitos de capacitación y formación (equipo)

En la Línea Estratégica 4 - Desarrollo de Recursos Humanos, se estipulan las metas e indicadores para "contar con recursos humanos con competencias y habilidades, que respondan a las necesidades y características" de la población de adolescentes y jóvenes (Minsal, 2012a, p. 123). Entre los objetivos de esta estrategia se encuentran (Minsal, 2012a, pp. 123-124):

- a) La elaboración de un "perfil de competencias, habilidades y actitudes de profesionales que brindan atención a la población de adolescentes y sus familias".
- b) La incorporación de contenidos en salud integral en adolescencia en las mallas curriculares de centros de formación de pre y postgrado.
- c) La implementación de un "programa de formación continua" para los profesionales.
- d) La implementación de un programa de pasantías nacional e internacional para el intercambio de buenas prácticas en el área.

Sistemas de registro y gestión de información utilizados

Entre los sistemas de información utilizados se encuentran: Resúmenes Estadísticos Mensuales, datos del Departamento de Estadísticas e Información de Salud, Encuestas Senda.

Dentro de las líneas estratégica se considera el desarrollo de "Sistemas de información confiable", donde se busca "alinear la información de los registros requeridos por el Programa Adolescentes, con el sistema de información institucional de salud actual", mediante el uso de "Fichas CLAP" (Minsal, 2012a, p. 119).

También se establecen como metas la actualización del diagnóstico epidemiológico nacional y regional cada dos años, la instalación de un Observatorio de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes que cuente con información regional y nacional, y el desarrollo de estudios sobre la efectividad de la implementación del programa y su impacto en la población de adolescentes y sus familias (Minsal, 2012a).

Monitoreo y Evaluación

Sistema de monitoreo de gestión de intervención

Se definieron una serie de indicadores con base en el marco regulatorio del programa, para cada nivel de acción, con el fin de evaluar sus diversas dimensiones (véase Minsal, 2012a, pp. 96-110). El Plan de Acción estipulado cuenta con "evaluaciones de procesos, de resultados e impacto, en períodos anuales y definidos, según plan de monitoreo" (Minsal, 2012a, p. 113). Además, se desarrolló el documento "Orientaciones Técnicas para el Monitoreo del Programa" (Minsal, 2012b).

Los datos y la información para la evaluación de los indicadores se obtienen de: Resúmenes Estadísticos Mensuales, del Departamento de Estadísticas e Información de Salud, convenios municipales y Encuestas Senda. Los encargados del monitoreo de los indicadores en salud mental, evaluados a nivel nacional y regional, son: Programa Salud Integral Adolescentes y Jóvenes, Programa de Salud Mental, Departamento de Salud Mental).

Entre los indicadores específicos para la temática de salud mental y consumo de alcohol y sustancias se encuentran (Minsal, 2012a):

- Tasa de mortalidad y muertes por suicidio en población de 10 a 19 años
- Tasa de mortalidad por accidentes de tránsito en población adolescente
- Prevalencia de consumo de tabaco, de alcohol y de drogas en población adolescente
- Tasa y porcentaje anual de adolescentes con diagnóstico de depresión y que ingresan a tratamiento
- Tasa anual de adolescentes que ingresan a tratamiento por trastornos asociados al consumo de alcohol y otras drogas

Mecanismos de mejora de calidad de la intervención

Se desarrolló un Plan de Acción para el periodo 2012-2020, donde se estipulan acciones claves para la implementación del programa. Se estipulan 9 líneas estratégicas de trabajo, con metas e indicadores para su monitoreo y evaluación (véase Minsal, 2012a, pp. 115-134). Uno de los objetivos del programa es "Desarrollar un plan de evaluación, monitoreo y mejora continua" (Minsal, 2012a, p. 60).

En función de mejorar las competencias de los profesionales para la atención de salud de adolescentes y jóvenes, se elaboraron y editaron una serie de documentos regulatorios enmarcados en las líneas estratégicas. Estas se presentan en el Plan de Acción para cada una de las temáticas (véase Minsal, 2012a, pp. 58-59). En el periodo se han desarrollado o actualizado, entre ellas:

- Orientación Técnica para la ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD - Servicios de Salud Integrales, Amigables y de Calidad para Adolescentes (2018)
- Orientaciones Técnicas para el Control de Salud Integral de Adolescentes (2016)
- Guías anticipatorias para la adolescencia (2015)
- Instructivo para completar Historia Clínica del Adolescente CLAP/OPS/OMS (2016)
- Orientaciones Técnicas para la detección, intervención motivacional y referencia a tratamiento para el Consumo de alcohol y otras drogas en adolescentes (2015)
- Guía Clínica: Detección y primera respuesta a niños, niñas y adolescentes víctimas de maltrato por parte de familiares o cuidadores (2013)

En los años 2014 y 2015 se realizó una reformulación y fusión de los Espacios Amigables y del Control de Salud Joven Sano, así como de los convenios estipulados, esto para ofrecer una mejor cobertura y atención (ONG Poder Compartido, 2017). Para mejorar la cobertura de los Espacios Amigables, se elaboró una metodología de priorización de comunas para su instalación, teniendo como foco "el principio de equidad, que considere comunas del país con altas tasas de fecundidad, suicidio y vulnerabilidad social en adolescentes" (Minsal, 2017, p. 4).

En el 8vo Consejo Consultivo se presentaron estrategias orientadas a la mejora de la calidad y la cobertura de los servicios del programa, entre ellos el desarrollo de un Programa de Atención de Adolescentes en el nivel secundario y terciario, el desarrollo de orientaciones técnicas en la prevención del suicidio, la elaboración de recomendaciones para promover la participación juvenil en el sector de salud, y la definición de competencias para la formación de profesionales en el pregrado para la atención de adolescentes (ONG Poder Compartido, 2017).

Estrategias de evaluaciones desplegadas

Desde el año 2011, el Consejo Consultivo Nacional de Adolescentes y Jóvenes se reúne anualmente, con el objetivo de conversar con las autoridades sobre las principales problemáticas y/o necesidades en salud de la población de adolescentes y jóvenes, así como para indagar en su percepción y evaluación sobre las acciones en la materia y en sus recomendaciones para hacer más eficaces las soluciones a sus problemáticas.

Estos consejos cuentan con un espacio de "Cuenta Pública" por parte del Ministerio de Salud hacia los consejeros/as regionales para mostrar los avances asociados a las metas estipuladas en el Plan de Acción (Minsal, 2012a).

Por otra parte, en el Plan de Acción se establecen una serie de indicadores que deben ser monitoreados y evaluados en distintas periodicidades, por distintas entidades, tanto a nivel regional como nacional (Minsal, 2012a). Las formas de evaluación no son estipuladas y deben ser construidas por los entes evaluadores a partir de las Orientaciones Técnicas diseñadas (Minsal, 2012b).

Rol de niños, niñas y adolescentes en evaluaciones

Está definido en el Exento N.º 65 publicado el 1 de marzo de 2010 la creación del Consejo Consultivo de Adolescentes y Jóvenes del Ministerio de Salud, con el objetivo de asesorar a autoridades ministeriales en las decisiones en torno a políticas y servicios públicos de salud para su grupo poblacional. Está constituido por 2 representantes de cada región, que formen parte de instancias de participación adolescentes o juvenil, siendo un total de 30 consejeros. Al menos deben sesionar presencialmente 1 vez por semestre, con el propósito de conocer el estado de avance del programa, planificar y evaluar sus acciones, dialogar con las autoridades, opinar, priorizar y decidir propuestas. Los resultados de los consejos son llevados en calidad de recomendación a las autoridades ministeriales correspondientes (Minsal, 2012a, p. 149).

Resultados reportados (énfasis en efectividad)

El año 2014 se publicó el documento "Experiencias Nacionales de Buenas Prácticas en la atención de Salud de Adolescentes y Jóvenes", a partir de una convocatoria a los equipos de las Seremis, Servicios de Salud, Centros de Atención Primaria y Universidades, para que presentaran sus experiencias en la implementación del programa. La convocatoria buscaba "identificar y relevar a aquellas experiencias destacadas, que pueden constituirse como Buenas Prácticas e incentivar el trabajo de los equipos de salud que realizan a diario acciones de salud para dar respuesta a las necesidades y problemas de los y las adolescentes y jóvenes en el país" (Minsal, 2014a, p. 7).

Con respecto al área de salud mental, para el año 2014 se habría evidenciado un aumento en la tasa de suicidio (Minsal, 2014b). Para el año 2015, no se habría logrado disminuir las tasas de suicidio en el país. En el 6to Consejo Consultivo Nacional de Adolescentes y Jóvenes se habría informado cambios en las orientaciones técnicas para su prevención (Consultora ASIDES, 2015).

Para el año 2016 se establecen necesidades como un perfil de profesional que trabaje con adolescentes y jóvenes, y mejorar el trabajo intersectorial con áreas como educación (Fundación Repuyen, 2016).

En la Cuenta Pública del Ministerio de Salud en el año 2014 se presenta "el aumento progresivo de la cobertura del control preventivo de adolescentes" gracias al programa, a través del Control de Salud Integral de esta población (Minsal, 2014c, pp. 336-335). Se destacó que el 64,1% de los controles se habrían realizado en establecimientos educacionales, dando prioridad a la intersectorialidad a nivel central y regional, que habría demostrado la efectividad en la implementación del programa (Minsal, 2014c).

En el periodo 2015-2017 la oferta y disponibilidad de Espacios Amigables fue incrementada en un 370% (ONG Poder Compartido, 2017). Además, se presentaron resultados de mejora en la coordinación intersector con el Ministerio de Educación, levantando el programa Aulas del Bien Estar, el establecimiento de acciones de promoción y prevención de salud con el Servicio Nacional de Menores y el fortalecimiento de la cobertura de las prestaciones en los servicios de salud (ONG Poder Compartido, 2017).

El programa ha sido altamente efectivo y de alto impacto en la consecución de sus metas en la Línea Estratégica N.º 7 "Participación de adolescentes y jóvenes y fortalecimiento de las redes sociales", mediante la realización de los Consejos Consultivos anuales, así como de todas las actividades que los(as) consejeros/as regionales han llevado a cabo en sus respectivas comunidades (Minsal, 2019).

7 | MENCIONES AL DERECHO A LA SALUD EN CONVENCIONES

En esta sección se da cuenta de las diversas menciones que se hace al derecho a la salud como un derecho humano, y las medidas que han acordado los Estados Parte para el aseguramiento y pleno ejercicio de este derecho.

» 1. Convención sobre los Derechos del Niño, Organización de las Naciones Unidas, 1989 (ratificada por Chile en 1990).

La Convención da cuenta de lo acordado por los Estados Parte respecto de los derechos que tienen todos los niños y el establecimiento de normas básicas para su bienestar en diferentes etapas del desarrollo. En su artículo 24 se aborda el derecho a la salud, apelando a que los Estados Parte deben reconocer “el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud” y esforzarse “por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios” (ONU, 1989, p.12).

A fin de asegurar la aplicación del derecho a la salud, se conviene la adopción de diversas medidas como la reducción de la mortalidad infantil y en la niñez; asegurar la prestación de asistencia médica y atención sanitaria a todos los niños, especialmente en la atención primaria; aseguramiento del acceso a información sobre principios básicos de salud y nutrición de los niños, para todos los sectores de la sociedad, y especialmente para niños y padres; desarrollo de la atención sanitaria preventiva; entre otras. Adicionalmente se declara que los Estados Parte deben adoptar medidas adecuadas y eficaces para abolir prácticas tradicionales que sean perjudiciales para la salud de los niños.

La Convención establece diversos derechos que se relacionan con el bienestar de los niños, y a su vez con las condiciones para el pleno ejercicio del derecho a la salud, como el derecho a la protección contra toda forma de discriminación; a la consideración del interés superior del niño en todas las medidas que se adopten para estos; a la adopción de medidas de diverso tipo por parte de los Estados para hacer efectivos los derechos mencionados en la Convención; a la vida, la supervivencia y el desarrollo; a formarse un juicio propio y expresar sus opiniones libremente; a la protección de la vida privada; al acceso a información adecuada y de diversas fuentes; a que su padre y madre sean responsables de su crianza y desarrollo; a la protección contra los malos tratos; a la protección si son privados de su medio familiar; a que los niños impedidos física o mentalmente tengan derecho a disfrutar de una vida plena y decente; a la seguridad social; a evaluación periódica en caso de internación; a un nivel de vida adecuado para su desarrollo; a la educación; a la protección contra el uso ilícito de estupefacientes y sustancias psicotrópicas; a la protección contra toda forma de explotación y abuso sexual; a no ser sometidos a tortura, tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, a no ser detenidos arbitrariamente, a ser tratado con humanidad y respeto si está privado de libertad; y a la recuperación y reintegración social (artículos 2, 3, 4, 6, 12, 16, 17, 18, 19, 20, 23, 25, 26, 27, 28, 33, 34, 37, 39).

» 2. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Organización de las Naciones Unidas, 1966 (ratificado por Chile en 1972)

El Pacto aborda los derechos básicos del ser humano que permiten su realización en libertad y acorde a la dignidad inherente del ser humano, y las condiciones y medidas necesarias para el disfrute de estos derechos. En su artículo 12 establece que los Estados Parte deben reconocer “el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental” (ONU, 1966, p.5). A fin de asegurar el ejercicio del derecho a la salud, se establecen medidas que los Estados Parte debieran adoptar como el sano desarrollo de los niños y la disminución de la mortalidad infantil, la prevención y el tratamiento de enfermedades de diversa índole, y el desarrollo de condiciones para asegurar la asistencia y servicios médicos en caso de enfermedad a todas las personas.

» 3. Declaración Universal de Derechos Humanos, Organización de las Naciones Unidas, 1948

La Declaración establece los derechos inalienables de los seres humanos. Entre estos, y respecto del derecho a la salud, cabe mencionar el artículo 1 que establece que “todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos” (ONU, 1948, p.4) y el artículo 25 que establece el derecho que tiene toda persona a un “nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial (...), la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de (...) enfermedad, invalidez, (...) y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad” (ONU, 1948, p.52). Asimismo, se establece el derecho que tienen la maternidad y la infancia al cuidado y asistencia especiales, y el derecho a igual protección social para todos los niños.

» 4. Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, Organización de las Naciones Unidas, 1966 (ratificado por Chile en 1972)

El Pacto establece en diversos artículos (artículos 6, 7, 16, 17, 23, 24, 26) , derechos para todas las personas, sin distinción, que se destacan debido a la implicancia que tienen estos en el ejercicio del derecho a la salud, entre estos es posible mencionar los derechos a, la vida; al reconocimiento de la personalidad jurídica; a no ser objeto de injerencias arbitrarias o ilegales, en la vida privada y la familia, y a protección contra estas injerencias; a no ser sometido a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes, ni ser sometido sin consentimiento a experimentos médicos o científicos; a la protección por parte de la sociedad y del estado de la familia, como elemento natural y fundamental de la sociedad; a las medidas de protección que todo niño debe tener por su condición de menor, por su familia, la sociedad y el estado, sin discriminación alguna; y a la igualdad ante la ley y protección por parte de esta, sin discriminación.

» 5. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, Organización de las Naciones Unidas, 2007 (ratificada por Chile en 2008)

La Convención aborda los derechos que tienen todas las personas con discapacidad y las medidas que deben desarrollar los Estados Parte para asegurar el ejercicio de estos derechos. En su artículo 1 se establece la definición de quienes son las personas con discapacidad como “aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás” (ONU, 2007a, p.4). Entre sus principios generales se destaca “el respeto a la evolución de las facultades de los niños y las niñas con discapacidad y de su derecho a preservar su identidad” (ONU, 2007a, p.6). La temática de los niños y niñas con discapacidad se aborda en el artículo 7 de la Convención, estableciendo que los Estados Partes deben tomar las medidas necesarias para asegurar el goce pleno de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por parte de los niños y niñas, considerar siempre la protección del interés superior del niño en las actividades que se relacionen con ellos, y garantizar el derecho de los niños y niñas a expresar su opinión libremente en las temáticas relacionadas con ellos, así como la asistencia adecuada, respecto de su discapacidad y rango etario, para ejercer este derecho. En su artículo 6, se reconoce a las múltiples formas de discriminación a la que niñas y mujeres están sujetas, y se abordan las medidas que los Estados Parte deben tomar para hacer frente a estas formas de discriminación.

En el ámbito específico de la salud, el artículo 25 de la Convención establece el reconocimiento de que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad, y las medidas para asegurar este derecho en igualdad de condiciones y con atención especial a los requerimientos de las personas con discapacidad, entre estas se cuentan: proporcionar a las personas con discapacidad programas y atención de salud gratuitos o a precios asequibles; proporcionar servicios de salud necesarios para las personas con discapacidad específicamente como consecuencia de su discapacidad, incluidas pronta detección e intervención, y servicios destinados a prevenir y reducir aparición de nuevas discapacidades; exigir a profesionales de la salud que presten atención a personas con discapacidad de la misma calidad que a otros, en base a consentimiento informado; y prohibir discriminación a las personas con discapacidad por parte de los seguros de salud y vida cuando estos existan.

Adicionalmente se establecen diversos derechos que se relacionan con asegurar el pleno ejercicio del derecho de salud de las personas con deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales, entre estos el derecho a la igualdad y no discriminación; a la vida; a la protección en situaciones de riesgo y emergencia humanitaria; a la igualdad de reconocimiento como persona ante la ley; al acceso a la justicia; a la libertad y seguridad de la persona; a la protección contra la tortura y otros tratos o penas crueles; a la protección contra la explotación, la violencia y el abuso; a la protección de la integridad personal; a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad; a la libertad de expresión y de opinión y acceso a la información; al respeto de la privacidad; al respeto del hogar y de la familia; a la educación; a la habilitación y rehabilitación; al trabajo y empleo; a un nivel de vida adecuado y protección social; a la participación en la vida política y pública; y a la participación en la vida cultural, las actividades recreativas, el esparcimiento y el deporte (artículos 5, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 21, 22, 23, 24, 26, 27, 28, 29, 30).

» 6. Convención Interamericana para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad, Organización de Estados Americanos, 1999 (ratificada por Chile en 2002)

La Convención establece diversas medidas a las cuales se comprometen los Estados Parte en prevenir y eliminar, en todas sus formas y manifestaciones, la discriminación que experimentan las personas con discapacidad. En su artículo 1 se establece la definición de discapacidad como “una deficiencia física, mental o sensorial, ya sea de naturaleza permanente o temporal, que limita la capacidad de ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, que puede ser causada o agravada por el entorno económico y social” (OEA, 2002, p.2). El artículo 2 de la Convención establece también áreas prioritarias donde los Estados Parte deben trabajar en el ámbito de la prevención y eliminación de la discriminación contra las personas con discapacidad que se relacionan con el derecho a la salud como prevención de aquellos tipos de discapacidad prevenibles, la detección temprana e intervención, y tratamiento de personas con discapacidad, y la sensibilización a la población con respecto a las personas con discapacidad. De igual forma, en el artículo 5 se insta a los Estados Parte para promover la participación de representantes de organizaciones de personas con discapacidad, ONG’s que trabajen en esta temática, o de personas con discapacidad si estas ONG’S no existen, a fin de que estos actores se involucren en la elaboración, ejecución y evaluación de medidas y políticas para aplicar la Convención.

» 7. Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental, Organización de las Naciones Unidas, 1991

Los Principios para Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental establecen estándares mínimos de derechos humanos para el tratamiento a personas que padecen una enfermedad mental, que estén siendo atendidas dentro o fuera de una institución psiquiátrica (OMS, 2006). El Principio 1 refiere a las libertades y los derechos básicos, entre estos el derecho a la mejor atención disponible en salud mental, a recibir atención con humanidad y la dignidad inherente a la persona humana, a la no discriminación en función de su enfermedad mental, a ejercer los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales consagrados en otros instrumentos de derechos humanos. También se establece que las personas que padezcan enfermedades mentales tienen derecho, en la medida de lo posible, a desarrollar su vida dentro de la comunidad, en vista de la importancia que tienen la comunidad y la cultura para el bienestar de las personas (Principio 3). En el caso de los niños, niñas y adolescentes, se establece que “se tendrá especial cuidado, conforme a los propósitos de los presentes Principios y en el marco de la ley nacional de protección de menores, en proteger los derechos de los menores, disponiéndose, de ser necesario, el nombramiento de un representante legal que no sea un miembro de la familia” (ONU, 1991, p.3). El resto de los principios abordan otros aspectos relevantes para el tratamiento de las personas con enfermedades mentales: determinación de una enfermedad mental, examen médico, confidencialidad, importancia de la comunidad y de la cultura, normas de la atención, tratamiento, medicación, consentimiento para el tratamiento, información sobre los derechos, derechos y condiciones en las instituciones psiquiátricas, recursos de que deben disponer las instituciones psiquiátricas, principios de admisión, admisión involuntaria, órgano de revisión, garantías procesales, acceso a la información, delinquentes, quejas, vigilancia y recursos, aplicación (de los principios), alcance de los principios relativos a las instituciones psiquiátricas, mantenimiento de los derechos reconocidos (Principios 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25).

» 8. Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para la Administración de la Justicia de Menores (“Reglas de Beijing”), Organización de las Naciones Unidas, 1985

Las Reglas para la Administración de Justicia de Menores, establecen disposiciones para los Estados Miembro respecto de la política social en su conjunto y del funcionamiento y administración del sistema de justicia de menores. Al respecto se da cuenta de las consideraciones mínimas que deben tener los Estados Miembro en relación con el trato a menores y a la necesidad de considerar su etapa de desarrollo en las sentencias y administración de esta, con pleno apego a los derechos humanos de esta población. La regla 26 da cuenta de los objetivos del tratamiento en centros penitenciarios y establece que los menores confinados en establecimientos penitenciarios deben recibir asistencia psicológica y médica, y se considera que la atención médica y psicológica es crítica para toxicómanos, jóvenes violentos y enfermos mentales. La regla 13 aborda la prisión preventiva y establece que los menores que estén en custodia deben recibir “cuidados, protección y toda la asistencia -social, educacional, profesional, psicológica, médica y física- que requieran, habida cuenta de su edad, sexo y características individuales” (ONU, 2007b, p.138).

» 9. Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos (Reglas Nelson Mandela), Organización de las Naciones Unidas, 2015

Las Reglas para el Tratamiento de los Reclusos, enuncian los elementos considerados esenciales, y los principios y prácticas adecuadas y actuales, bajo los cuales debieran funcionar el tratamiento de los reclusos y la administración penitenciaria, con pleno apego a los derechos humanos de esta población. Entre los aspectos que se relacionan con el ejercicio del derecho a la salud en este contexto, se consideran las recomendaciones de cómo deben ser provistos los servicios médicos por parte de los establecimientos penitenciarios, incluida la salud mental, y el tratamiento entregado a reclusos, por parte los profesionales a cargo de la salud, el cual debe tener un apego irrestricto a los derechos humanos en la provisión del servicio (regla 24).

8 | CRITERIOS/ESTÁNDARES PARA ACREDITACIÓN DE PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL Y DROGAS COPOLAD.

» 1. Criterios/Estándares para acreditación de programas de prevención del consumo de alcohol y drogas COPOLAD.

TODOS LOS PROGRAMAS DE RDD

Estructurales

Principios éticos y derechos de las personas beneficiarias de los programas

CRDD.1 Las condiciones de acceso y permanencia en el programa o servicio están disponibles para los potenciales participantes, asegurando que no se producen discriminaciones en función de sexo, edad, raza, opiniones políticas, estatus legal o social, religión, condiciones físicas o psicológicas u oportunidades socioeconómicas.

CRDD.2 El programa o servicio reconoce, a las personas usuarias/beneficiarias del mismo, su derecho a: La autonomía, incluyendo la capacidad para decidir participar o no; La seguridad y respeto a la dignidad humana; La salud, la integridad física, psicológica y moral; La no discriminación; La igualdad de oportunidades, derechos y obligaciones; La protección contra tratos degradantes e inhumanos.

CRDD.3 Se oferta a los potenciales destinatarios del programa o servicio la intervención más adaptada, adecuada y científicamente comprobada, de acuerdo a su situación personal y otras circunstancias asociadas.

CRDD.4 Se informa a las partes interesadas de las posibles desventajas y riesgos para los participantes y se obtiene su consentimiento antes de la intervención.

CRDD.5 La participación de menores de edad en programas y servicios cuenta con autorización de padres o tutores.

CRDD.6 Los datos de los participantes en el programa son tratados confidencialmente.

Aspectos normativos

CRDD.7 El programa/servicio cumple la legislación y la normativa aplicable en materia fiscal, laboral, de protección de datos y de igualdad de oportunidades laborales.

Aspectos financieros

CRDD.8 Periódicamente se rinden cuentas a las instituciones y organizaciones que financian el programa y a todas las partes interesadas en su desarrollo.

Recursos humanos

CRDD.9 Se dispone de un número suficiente de personal técnico para asegurar la realización de las actividades previstas en el programa o servicio.

CRDD.10 El personal que integra el equipo responsable del desarrollo del programa/servicio dispone de las competencias profesionales necesarias para ello (posee los títulos y diplomas requeridos y cuenta con la experiencia profesional necesaria para poder desarrollar el programa).

Infraestructuras e instalaciones

CRDD.11 Se dispone de las instalaciones y el equipamiento adecuados para alcanzar las metas del programa, de acuerdo con las condiciones generales de desarrollo de la comunidad en que se llevan a cabo.

Mecanismos de colaboración y coordinación

CRDD.12 El programa o servicio contempla procedimientos de derivación para la atención de las necesidades (educativas, sociales, de salud) de sus beneficiarios a otros recursos o servicios comunitarios.

<p>Funcionales o de proceso</p>	<p>Sistemas de información y documentación</p> <p>CRDD.13 Se mantiene un registro de las personas beneficiarias del programa.</p> <p>CRDD.14 Los sistemas de información y registro del programa incorporan datos sobre variables que resultan claves para realizar una evaluación permanente de las necesidades de las personas que acceden al programa, así como de los cambios o efectos derivados de la participación en el mismo.</p> <p>CRDD.15 El programa contempla la colaboración con los sistemas de información locales, regionales y nacionales existentes en el campo de la reducción de la demanda, mediante la utilización de indicadores y procedimientos de recogida de información estandarizados, la cesión de los mismos a las “unidades centrales de información” para su procesamiento y explotación o su inclusión en bases de datos centralizadas.</p> <p>CRDD.16 Se dispone de guías de procesos y procedimientos que permiten una implementación armonizada de las intervenciones que integran el programa.</p>
<p>De evaluación</p>	<p>CRDD.17 La organización ha diseñado un plan para evaluar el programa, en el que se establecen los siguientes elementos: Contenido de la evaluación (evaluación de procesos, cobertura, resultados, etc.); Procedimientos e instrumentos a utilizar en la evaluación; Indicadores de evaluación; Tipo de evaluación a realizar (interna, externa o mixta); Utilización prevista de los resultados de la evaluación (continuidad, reorientación o modificación del programa, etc.); Vías y mecanismos para la difusión de los resultados y destinatarios de sus resultados.</p> <p>CRDD.18 Se realizan mediciones o registros de la situación que la población beneficiaria del programa presenta de forma previa y posterior a su participación en el mismo, a fin de permitir la evaluación de sus resultados.</p>
<p>Programas de prevención</p>	
<p>Estructurales</p>	
<p>Funcionales o de proceso</p>	<p>Evaluación y análisis de necesidades</p> <p>P.1 La información relevante, actualizada y fiable recogida y revisada sobre el consumo de drogas entre la población a la que se dirige el programa, incluye: tipos de drogas consumidas, tasas y tendencias del consumo, edades de inicio, percepción del riesgo, factores culturales relacionados con consumo de drogas y problemas relacionados con consumo.</p> <p>P.2 Se ha realizado un análisis de los recursos disponibles en la comunidad.</p> <p>P.3 La/s población/es objetivo está/n descrita/s, incluyendo su tamaño, características, cultura y perspectivas en relación con las drogas.</p> <p>P.4 Si el programa es de prevención selectiva o indicada, se proporcionan unos criterios explícitos de inclusión y de exclusión (sociodemográficos, socioeconómicos, psicobiológicos, geográficos, etc.) que: definan la/s población/es objetivo de manera apropiada, permitan una diferenciación clara entre poblaciones y estén justificados de acuerdo a la evaluación de necesidades.</p> <p>P.5 Se describen los factores de riesgo y de protección asociados al uso de drogas que inciden sobre la población objetivo del programa y que el mismo trata de modificar.</p> <p>P.6 El programa recurre a un modelo teórico para explicar los consumos de drogas y problemas asociados que: Está basado en la evidencia o en una revisión de literatura relevante; Es aceptado en la comunidad científica y/o de prevención; Permite una comprensión de las necesidades específicas relacionadas con las drogas y sus causas; Permite comprender cómo el comportamiento puede ser cambiado.</p> <p>P.7 Mediante el modelo teórico se establece una relación entre los factores de riesgo y protección y la modificación de los comportamientos relacionados con las drogas.</p>

Identificación e implicación de las partes interesadas

P.8 Se han identificado las partes interesadas, que incluyen: la población objetivo, representantes de los organismos financiadores, responsables de recursos comunitarios, representantes del movimiento asociativo, líderes comunitarios, representantes institucionales, medios de comunicación. etc.

P.9 Se establecen alianzas con otras organizaciones, instituciones o grupos comunitarios.

P.10 Si se prevé realizar el programa en una organización receptora (ej., un centro educativo para un programa escolar), ésta se considera como una parte interesada en el programa; sus necesidades se evalúan para determinar si el programa es el adecuado y si la información proporcionada es comprensible y le permite tomar una decisión sobre el mismo.

Evaluación de recursos

P.11 Se evalúa la capacidad de la población objetivo y otras partes interesadas para participar en el programa o apoyar su desarrollo.

P.12 Si el personal no tiene la capacitación necesaria, se define un plan de formación.

Diseño/formulación del programa

P.13 Existe un plan escrito del proyecto que: es claro, realista, comprensible y accesible para todos los agentes implicados; describe y conecta de forma lógica los principales componentes del programa; informa sobre el modelo teórico adoptado; detalla las estrategias de intervención seleccionadas, la definición de los escenarios, los recursos materiales y personales necesarios, los procedimientos para recabar y mantener los apoyos, los procedimientos para la selección de los participantes, las actividades previstas, los procedimientos para efectuar el seguimiento, el diseño de la evaluación de procesos y de resultados; y permite un seguimiento del progreso real del programa durante su ejecución.

P.14 El proyecto define el criterio para el final de la intervención (logro de los objetivos, finalización de las actividades previstas, número de participantes previstos, duración de la intervención).

P.15 Se especifica qué se pretende prevenir o modificar.

P.16 Los objetivos: están determinados en función de la evaluación de necesidades (indicadores basales que se pretende modificar); son claros, comprensibles, realistas; están temporalmente definidos y son cuantificables; mantienen una relación lógica con las variables mediadoras que se pretenden modificar y están relacionados con los factores de riesgo y protección especificados; tienen una relación basada en el modelo teórico utilizado y están formulados en términos de cambio esperado en los participantes (de resultados).

P.17 Los objetivos son compatibles con las prioridades establecidas por las estrategias y políticas locales, regionales, nacionales y/o internacionales en materia de prevención de las drogodependencias.

P.18 En la selección de las intervenciones existentes se considera: Si la intervención elegida es adecuada para el escenario del programa previsto; Si las condiciones subyacentes encontradas en la evaluación de las necesidades son similares a las existentes en el programa modelo/prototipo; Si los resultados obtenidos por el prototipo encajan con las metas y objetivos del programa previsto; Si los recursos necesarios coinciden con los recursos disponibles; Los beneficios y desventajas de la intervención, incluyendo sus posibles efectos negativos; El equilibrio entre la posible adaptación y la fidelidad al prototipo elegido; La viabilidad de la intervención (si las actividades se pueden aplicar, si se dispone de cualificación suficiente, si la complejidad del programa es excesiva, etc.).

P.19 El programa elegido es adecuado y adaptado a las circunstancias relacionadas con: las necesidades de los participantes, el escenario, el entorno operativo, la edad de los participantes, su grado de desarrollo, su género y su cultura.

P.20 El diseño de la intervención se ajusta a las características de la población objetivo, mediante la adaptación de: el lenguaje, las actividades y métodos de aplicación; los mensajes de la intervención, la duración, frecuencia y ritmo de la intervención; y el número de participantes por actividad.

P.21 El programa original está claramente referenciado y sus autores identificados.

De evaluación

P.22 El contenido de la intervención está basado en la evidencia disponible y en las recomendaciones de buenas prácticas e incorpora el mayor número de elementos posible de dichas evidencias y recomendaciones.

P.23 El programa tiene la intensidad y duración adecuadas para el grupo al que va dirigido: a mayor riesgo de consumo, más intensa y prolongada debe ser la intervención, y viceversa.

P.24 El programa ayuda a los participantes a descubrir y darse cuenta de sus propios recursos, de modo que: está positivamente orientado hacia los puntos fuertes de los participantes y pone de relieve las alternativas a las opciones no saludables, apoya a los participantes en el cuidado de su propia salud y se encuadra en un clima positivo de promoción de la salud.

P.25 Se detallan los recursos financieros, personales, materiales y comunitarios disponibles para asegurar las intervenciones previstas.

P.26 Las actividades están adaptadas a las características de la población objetivo y de los participantes.

P.27 Las actividades son coherentes con los objetivos señalados (tienen capacidad para modificar los factores de riesgo y protección previstos en los objetivos).

P.28 El programa incluye un cronograma de las intervenciones/actividades a realizar.

Seguimiento del programa

P.29 La intervención es implementada de acuerdo con el plan del proyecto.

P.30 Se especifica cómo se realizará el proceso de seguimiento del programa.

P.31 desde la fase de planificación, se ha redactado un plan de evaluación de resultados que incluye: Los indicadores que se van a utilizar para medir los resultados; Los momentos en que se realizarán las mediciones; Los instrumentos de medida y de recogida de datos que se van a utilizar.

P.32 Los indicadores de evaluación de resultados seleccionados están relacionados con los objetivos del programa.

P.33 Los indicadores de evaluación de resultados están claramente descritos y son medibles en términos cuantitativos y/o cualitativos.

P.34 Los métodos y las herramientas utilizados para la recogida de los datos de resultados: Están claramente descritos; Aportan información relevante para los indicadores de evaluación; Son herramientas existentes probadas anteriormente o nuevas herramientas bien desarrolladas y validadas; Son consistentemente utilizadas (se usan las mismas herramientas en los distintos momentos en que se realizan las mediciones).

P.35 Los datos (indicadores) de resultados son medidos antes y después de la intervención.

P.36 Existe por escrito un plan de evaluación de proceso que incluye: Los indicadores que se van a utilizar; Los momentos en que se van a medir los indicadores; Los instrumentos de medida y de recogida de datos, cuando sean necesarios.

P.37 Los indicadores de evaluación de proceso: Están relacionados con las actividades realizadas; Están claramente descritos; Son medibles en términos cuantitativos y/o cualitativos.

P.38 Se contempla la realización de un informe final con los principales datos y conclusiones de la evaluación de procesos y de resultados.

P.39 Los mecanismos, procedimientos y herramientas seleccionados para evaluar los resultados del programa permiten comprobar si se han logrado los objetivos “preventivos” del mismo en lo que concierne al uso de diferentes sustancias: Si se ha mantenido o incrementado la abstinencia en el consumo; Si se ha retrasado la edad de inicio en el consumo; Si se ha reducido la frecuencia de uso y las cantidades consumidas; Si se ha reducido el consumo abusivo o perjudicial; Si se han reducido los problemas relacionados con su uso; Si se han modificado determinadas variables mediadoras.

	<p>P.40 Los mecanismos, procedimientos y herramientas seleccionados para evaluar los resultados del programa permiten comprobar si los resultados obtenidos se mantienen en el tiempo.</p> <p>P.41 Se contemplan mecanismos de evaluación interna de los resultados.</p> <p>P.42 Se contemplan mecanismos de evaluación externa de los resultados.</p>
Programas de reducción de riesgos	
Estructurales	
Funcionales o de proceso	<p>RR.1 Los programas de reducción de riesgos desarrollados en el ámbito sanitario proporcionan de forma sistemática consejo sanitario de distinta intensidad a las personas con consumos de riesgo y perjudiciales de alcohol que acuden a los servicios de atención primaria de salud.</p> <p>RR.2 Se derivan a tratamiento especializado o a programas de asesoramiento a conductores suspendidos del permiso de conducir y en los que se constatan problemas de dependencia o de consumo problemático de alcohol.</p> <p>RR.3 Los programas de reducción de riesgos asociados al consumo de alcohol en el ámbito laboral incorporan mecanismos que permiten la detección temprana de los consumos de riesgo, la oferta de consejo breve a los trabajadores que mantienen este patrón de consumo y la derivación a servicios especializados de tratamiento de los problemas de abuso y/o dependencia al alcohol.</p>
De evaluación	<p>RR.4 Las intervenciones para reducir los riesgos relacionados con el consumo de alcohol y tabaco cuentan con un sistema de evaluación periódica interna de procesos y de resultados, dirigido a lograr los siguientes objetivos: Reducir la proporción de no fumadores expuestos a humo de tabaco en ambientes cerrados; disminuir el número de personas fallecidas y heridas en accidentes de tráfico relacionados con el consumo de alcohol; Reducir la tasa de problemas relacionados con el abuso de alcohol: urgencias hospitalarias, homicidios, lesiones por agresión, negligencia y maltrato infantil y personas intoxicadas atendidas en la vía pública; Reducir la morbilidad y mortalidad más directamente relacionada con el hábito de fumar y con consumos de riesgo y perjudiciales de alcohol.</p>
Programas de tratamiento	
Estructurales	<p>Aspectos normativos</p> <p>T.1 El centro o servicio cumple las exigencias que la legislación del país establece en materia de licencia de apertura y funcionamiento y de autorización como centro especializado, tanto derivadas de la aplicación de las normas generales que regulan los centros sanitarios y sociales, como de aquellas específicas referidas a los centros de tratamiento de las drogodependencias (existencia de un equipo técnico básico, condiciones de seguridad y salubridad, ausencia de barreras físicas, etc.).</p> <p>T.2 El programa o centro de tratamiento ha sido autorizado/habilitado como tal por parte de la Administración competente para ello.</p> <p>Derechos de los pacientes</p> <p>T.3 El servicio o centro de tratamiento garantiza un tratamiento adecuado y reconoce a los pacientes que acceden al mismo los siguientes derechos: Al acceso a las prestaciones y servicios de tipo sanitario, psicológico y social que integran el proceso asistencial en unos plazos definidos y conocidos, y sin limitaciones por razones de falta de recursos económicos; A la libre elección entre diferentes ofertas terapéuticas; A la voluntariedad para iniciar, mantener y cesar un proceso terapéutico, excepto en los casos señalados por la legislación vigente; A conocer la normativa del centro (reglamento interno) en todos aquellos aspectos que puedan afectarle, así como el nombre y cualificación profesional de las personas encargadas de su asistencia; A la información, verbal o escrita,</p>

por parte del equipo terapéutico respecto de los distintos servicios disponibles, el tratamiento propuesto según sus aspectos clínicos y el proceso que está siguiendo, las razones que aconsejan el mismo, y los beneficios y riesgos que cabe esperar; A que quede constancia por escrito o en otro soporte técnico de: – Todo su proceso asistencial, información que deberá ser integrada en la historia clínica. – El consentimiento otorgado antes de practicar cualquier procedimiento diagnóstico o terapéutico que suponga riesgos o inconvenientes para su salud. – Los procedimientos diagnósticos o terapéuticos que se le apliquen de carácter experimental o que formen parte de proyectos docentes o de investigación; A la firma de un contrato terapéutico que explicita el contenido y la justificación del tratamiento a desarrollar, los derechos que asisten a los pacientes y las obligaciones asumidas por los mismos; A recibir un informe de alta, una vez finalizado el proceso asistencial.

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

Accesibilidad a los servicios y programas de tratamiento

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

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

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

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

Recursos humanos

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

Infraestructuras e instalaciones

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

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

Mecanismos de colaboración y coordinación

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

Funcionales o de proceso

Organización de los servicios

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

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

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

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

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

Cartera de servicios

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

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

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

Procesos asistenciales clave

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

De evaluación	<p>T.33 Se contemplan reuniones periódicas del equipo técnico del centro/servicio para valorar la evolución del tratamiento y formular posibles cambios en el plan terapéutico, así como con otros servicios implicados para garantizar la continuidad asistencial.</p> <p>T.34 El profesional de referencia examina periódicamente junto con el paciente la evolución del tratamiento establecido, introduciendo las variaciones necesarias para asegurar el cumplimiento de los objetivos previstos en el programa individualizado de tratamiento.</p> <p>T.35 La duración del tratamiento vendrá determinada por el grado de cumplimiento de los objetivos perseguidos con la estancia en el centro de tratamiento y en función de los motivos de finalización debidamente definidos (alta terapéutica y voluntaria, derivación, abandono, fuerza mayor).</p> <p>T.36 El reglamento interno del programa o servicio precisa los criterios de expulsión o exclusión del tratamiento de los pacientes y los procedimientos a aplicar en estos casos.</p> <p>T.37 Para evaluar la efectividad de los programas de tratamiento se utilizan métodos e instrumentos que hayan demostrado su utilidad en investigaciones y estudios de evaluación de la actividad asistencial realizados por otras instituciones.</p> <p>T.38 El centro/servicio contempla la evaluación de resultados del proceso asistencial, identificando indicadores a utilizar.</p> <p>T.39 Se dispone de un sistema de evaluación periódica de la actividad asistencial, con base en indicadores objetivos (ocupación, retención de pacientes, altas, resultados obtenidos, etc.).</p>
Estructurales	<p style="text-align: center;">Programas de reducción del daño</p> <p>Accesibilidad a los programas y servicios</p> <p>RD.1 Los horarios de funcionamiento y apertura de los servicios son amplios y coinciden con las necesidades de los usuarios a los que van destinados.</p>
Funcionales o de proceso	<p>RD.2 El programa contempla la evaluación de las conductas de riesgo relacionadas con la adicción (consumo inyectado, antecedentes de sobredosis, uso de drogas con potencial sinérgico en cuanto a efecto depresor sobre el SnC, uso compartido de drogas o materiales de consumo, consumo en la vía pública).</p>
De evaluación	
Estructurales	<p style="text-align: center;">Programas de incorporación social</p> <p>Accesibilidad a los programas y servicios</p> <p>IS.1 Se han establecido criterios precisos de inclusión y exclusión en el programa.</p> <p>IS.2 La población destinataria del programa está descrita de forma precisa.</p> <p>IS.3 Se dispone de un protocolo que regula el acceso/admisión de los usuarios al programa o al menos el programa describe los procedimientos previstos para ello.</p> <p>IS.4 El contenido de la cartera de servicios ofertados por el programa es difundido entre los potenciales beneficiarios y las entidades/servicios que trabajan en el campo de las drogodependencias o la exclusión social.</p> <p>Mecanismos de colaboración y coordinación</p> <p>IS.5 Existen acuerdos de colaboración con distintos programas y servicios (sociales, de empleo, etc.) que permiten el acceso a los mismos a las personas beneficiarias de los programas de incorporación social.</p> <p>IS.6 Se han establecido alianzas con otras organizaciones, instituciones o grupos comunitarios que trabajan a favor de la incorporación social de distintos colectivos: creación de redes y estructuras de cooperación interinstitucional.</p>

Funcionales o de proceso

Evaluación y análisis de necesidades

IS.7 El programa incluye una adecuada justificación, soportada en un estudio previo de necesidades.

IS.8 Se han evaluado las necesidades y demandas habituales de la población drogodependiente potencialmente beneficiaria del programa, en especial las relacionadas con ciertos problemas sociales y de salud: laborales, económicas, familiares, de vivienda-alojamiento, judiciales-legales, aislamiento social, trastornos mentales asociados a la dependencia de las drogas y minusvalías o enfermedades orgánicas graves.

IS.9 El programa analiza la influencia que el entorno social y económico ejercen sobre los procesos de exclusión e integración social de la población potencialmente beneficiaria del mismo, teniendo en consideración: la coyuntura económica del país, región o comunidad donde se implementará el programa y las políticas de empleo vigentes; las actitudes y estereotipos dominantes entre la comunidad donde se ejecutará el programa hacia las personas drogodependientes; las medidas para apoyar su incorporación social, las políticas sociales existentes para prevenir las situaciones de exclusión social y pobreza; y el apoyo a los procesos de incorporación social.

IS.10 La recogida de la información necesaria para la elaboración del diagnóstico social de las personas beneficiarias del programa se realiza a través de instrumentos estandarizados (historia sociolaboral, etc.) que permiten valorar las siguientes áreas: antecedentes de participación en otros programas de incorporación social; tipo de alojamiento y características del mismo; tipo de convivencia y relaciones familiares, situación económica y fuente de ingresos; situación laboral actual, antecedentes laborales y actitudes ante el empleo (que sirva de base para obtener un diagnóstico de empleabilidad); nivel formativo, relaciones sociales y redes de apoyo social; formas de ocupación del ocio; situación jurídico-legal; estado de salud (física y mental); grado de autonomía personal, recursos personales, actitud y disposición para el cambio; situación actual de los consumos de drogas y, en su caso, evolución en el tratamiento de la drogodependencia.

Diseño/formulación del programa

IS.11 Existe un documento escrito en el que se describen todos los elementos relevantes del programa: Las principales conclusiones de la evaluación de necesidades y las prioridades que se han establecido a la vista de los resultados del análisis de necesidades; Las partes interesadas en el programa y los procedimientos para su participación; La población objetivo del programa (población destinataria y población mediadora) y los procedimientos para su selección; El modelo teórico en que se apoya el programa; Los objetivos que persigue el programa; Las estrategias de intervención seleccionadas; Los ámbitos en los que incidirá el programa; Los recursos humanos, materiales y financieros disponibles; Los procedimientos de coordinación internos y externos; Las actividades previstas, su duración y el cronograma para su ejecución; Los procedimientos para el seguimiento del programa y la evaluación del proceso y resultados.

IS.12 Existe coherencia interna entre el soporte teórico del programa, el análisis de la situación (evaluación de necesidades), los objetivos, las estrategias de intervención y las actividades previstas.

IS.13 El programa incluye objetivos generales, específicos y operacionales, formulados de manera tal que puedan ser evaluados de forma objetiva mediante indicadores.

IS.14 El programa incluye estrategias destinadas a facilitar la accesibilidad de sus potenciales beneficiarios, teniendo en cuenta las barreras organizativas, económicas, estructurales, sociales y culturales que pueden dificultar o impedir el acceso al programa, en especial en el caso de las mujeres, los inmigrantes o las personas sin hogar. Entre otras, el programa incluye estrategias de aproximación activa a aquellos drogodependientes que permanecen alejados de los servicios especializados en el tratamiento de las adicciones y/o de los servicios sanitarios y sociales generales, para evitar la consolidación de situaciones de exclusión y/o marginación.

IS.15 Las estrategias de intervención previstas en el programa asumen la premisa de que la incorporación social es un proceso individualizado, existiendo múltiples itinerarios para lograr esta meta. Los objetivos y contenidos de los itinerarios de incorporación social son flexibles, dependiendo de: La posición de partida de la persona (problemas y necesidades, estado de salud física y mental, etc.); Su actitud y grado de compromiso para el cambio; Los recursos, capacidades y habilidades personales con que cuenta; La red social y familiar de apoyo de que dispone.

De evaluación

IS.16 El programa contempla un plan para evaluar su implementación, cobertura y resultados, en el que se identifican: los datos que serán recopilados para facilitar su evaluación y las fuentes de información a utilizar para su recogida, así como los instrumentos, herramientas y procedimientos a seguir para realizar la evaluación del programa (medición de la situación inicial, intermedia y final de las personas beneficiarias del programa y/o de los distintos servicios que incorpora el mismo).

IS.17 El plan de evaluación del programa describe los indicadores de proceso que permitirán monitorizar las actuaciones desarrolladas en su contexto, entre las que cabe mencionar el número de beneficiarios que: Han accedido al programa a través de los diferentes mecanismos o vías establecidos para ello; Han accedido/ utilizado los distintos servicios o actividades que integran el mismo (orientación laboral, asesoramiento social, formación pre-laboral); Han sido derivados a centros de tratamiento de las drogodependencias; disponen de programas individualizados de incorporación social; Han completado satisfactoriamente el programa individualizado de incorporación social (PIIS), realizando todas las actividades previstas y/o alcanzando los objetivos previstos; Participan en programas de tratamiento; Son derivados a la red de servicios sociales para la atención de necesidades sociales básicas; Son derivados a los servicios de empleo.

IS.18 El plan de evaluación del programa describe los indicadores que evaluarán su cobertura, en relación con la población potencialmente beneficiaria del mismo.

IS.19 El plan de evaluación del programa describe los indicadores que serán utilizados para evaluar los resultados del programa.

FUENTE | COPOLAD (2014).

» 2. Estándares y recomendaciones para la instalación de servicios de atención en salud considerados por el Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes

El Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes (MINSAL, 2018a) contempla ocho estándares básicos de calidad de los servicios de atención en salud para dicha población (con énfasis en la salud sexual y reproductiva), los cuales fueron adoptados para la región latinoamericana por el Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA) a partir de las normas mundiales para mejorar la calidad de los servicios de atención de salud para adolescentes propuestos por la OMS (2015). Estos estándares, definen el grado de calidad necesario que deberían tener los servicios de salud para adolescentes y jóvenes, buscando disminuir las barreras de acceso y mejorar la adherencia a los programas, especialmente para aquellos usuarios/as en situación de vulnerabilidad o de alto riesgo psicosocial, en comparación a los modelos tradicionales de atención de salud.

ESTÁNDARES DE CALIDAD PARA SERVICIOS DE SALUD DE ADOLESCENTES ADAPTADOS A PARTIR DE UNFPA

ESTÁNDAR	¿CÓMO LOGRARLO?
<p>Conocimiento de los y las adolescentes sobre salud</p> <p>Los adolescentes conocen de los cuidados en salud y sus derechos, y saben dónde y cuándo obtener servicios de salud con énfasis en Salud Sexual y Reproductiva.</p>	<p>Los establecimientos de salud difunden los servicios de salud para adolescentes, a través de carteles que están visibles y que mencionan horarios de atención.</p> <p>Existe material informativo, educativo y de difusión sobre salud, sus derechos y servicios disponibles actualizado y específico para adolescentes, en sala de espera y dependencias del Servicio de Salud.</p> <p>El equipo entrega información y/o consejería de salud en base a modelos teóricos del comportamiento y un lenguaje y contenido de acuerdo a la edad, capacidad cognitiva, nivel de desarrollo, género, orientación sexual, situación cultural del o la adolescente y con enfoque de derechos, género, anticipatorio, entre otros.</p> <p>El equipo de salud entrega información sobre servicios disponibles de salud y otros disponibles en el territorio, incluida cartera de prestaciones.</p> <p>El equipo tiene competencias necesarias para informar, brindar consejería y difundir comunicación sobre salud y servicios disponibles.</p> <p>El Servicio desarrolla actividades de comunicación y difusión en la comunidad, instituciones/ organizaciones comunitarias para promover los servicios de salud y su utilización por adolescentes.</p>
<p>Apoyo de la comunidad</p> <p>Padres y madres, tutores, otros miembros de la comunidad y organizaciones juveniles y comunitarias reconocen la importancia del Servicio de Salud para adolescentes y apoyan la prestación y su utilización, con énfasis en Salud Sexual y Reproductiva.</p>	<p>El personal de salud tiene competencias y cuenta con materiales de apoyo para comunicarse con padres, madres, tutores, profesores, otros miembros de la comunidad, organizaciones juveniles y comunitarias acerca de la importancia de la utilidad de prestar servicios de atención para adolescentes.</p> <p>Los servicios de salud para adolescentes cuentan con un listado actualizado de actores e instituciones/ organizaciones juveniles y comunitarias con los cuales se vincula para promover el apoyo de la comunidad y familia a la utilización de los servicios por y para adolescentes.</p> <p>El Servicio de Salud para adolescentes tiene un plan de actividades de difusión y participación comunitaria para promover su utilización.</p> <p>El Servicio de Salud para adolescentes establece alianzas con adolescentes, familias, profesores, representantes juveniles y agentes comunitarios para elaborar estrategias de difusión y material para promover la salud y aumentar la utilidad de los servicios de salud para adolescentes.</p>
<p>El paquete de servicios</p> <p>El Servicio de Salud para adolescentes ofrece un paquete de orientación, información, atención integral, referencia y contrarreferencia que responda a las necesidades de cada adolescente.</p>	<p>Se dispone de políticas que garantizan un paquete de servicios indispensables para la atención de calidad para adolescentes, que responda a las necesidades de adolescentes: de información sobre salud, consejería y atención integral de salud.</p> <p>Se dispone de normas, orientaciones técnicas, guías, protocolos y procedimientos para prestar una atención integral de calidad, con énfasis en Salud Sexual y Reproductiva, en los servicios de salud y en los establecimientos educativos u otros espacios comunitarios, de acuerdo a políticas establecidas.</p> <p>Se cuenta con un sistema de referencia y contrarreferencia que garantiza la atención de todos los adolescentes en los distintos niveles de atención.</p>

<p>4. Competencias del personal de salud</p> <p>El personal de salud demuestra las competencias requeridas para prestar servicios de salud integrales, conforme al paquete de servicios, incluida la evaluación psicosocial y física adecuada y cuidado integral individual. Así mismo respeta, protege y vela por que se cumplan los derechos de los adolescentes a la información, privacidad, confidencialidad y no discriminación.</p>	<p>El personal de salud tiene un perfil de cargo adecuado para la atención integral de salud de adolescentes.</p> <p>El personal de salud posee las competencias técnicas necesarias para prestar servicios de salud integrales.</p> <p>El personal de salud está capacitado o sensibilizado sobre respetar los derechos, incluido los derechos sexuales reproductivos a la información, privacidad y confidencialidad y una atención respetuosa libre de prejuicios y sin discriminación.</p> <p>El establecimiento de salud tiene a la vista de los usuarios/ as, las obligaciones del personal de salud y las políticas sobre los derechos de adolescentes, incluido los derechos sexuales y reproductivos.</p> <p>El establecimiento dispone de herramientas actualizadas para la toma de decisión (normas, orientaciones técnicas, guías, protocolos, procedimientos), que cubren los aspectos de la atención clínica de salud, de acuerdo al paquete de atención.</p> <p>Se dispone de un sistema de supervisión y capacitación continua del personal de salud para la atención de salud y desarrollo de adolescentes.</p>
<p>Ambiente físico y equipamiento de los servicios de salud para adolescentes</p> <p>El Servicio de Salud para adolescentes dispone de un horario adecuado, un entorno acogedor y limpio, y mantiene la intimidad y la privacidad. Cuenta con el equipamiento, los medicamentos, los suministros y la tecnología que se necesitan para garantizar la prestación de servicios de salud y Salud Sexual y Reproductiva intramurales o extramurales, conforme al paquete básico establecido</p>	<p>Se dispone de normativa y procedimientos locales que organizan el Servicio en base a orientaciones ministeriales y necesidades de adolescentes, garantizando: salas de espera y boxes y dependencias con ambiente de gusto juvenil, acogedor y limpio; cuenta con horarios convenientes, que reducen el tiempo de espera y contemplan los horarios escolares; sistema de agendas profesionales flexibles de horas de atención, con disponibilidad de atender adolescentes sin cita previa.</p> <p>El establecimiento de salud cuenta con instalaciones básicas: electricidad, agua potable, ventilación, saneamiento y eliminación de desechos. También dispone de instalaciones para uso de personas con discapacidad.</p> <p>Las instalaciones, normativas y procedimientos protegen la privacidad y confidencialidad de los adolescentes. Existen normas claras y explícitas de la confidencialidad de la atención, y sus límites. Éstas son respetadas por el personal de salud y difundidas entre adolescentes y su familia.</p> <p>Se dispone de un sistema de gestión de adquisición y existencia de medicamentos, insumos anticonceptivos, materiales y equipamiento necesario para entregar la oferta de programas y prestaciones de salud.</p>
<p>Equidad</p> <p>El servicio provee prestaciones y atención de calidad a todos los adolescentes, sin importar su capacidad de pago, sexo o cualquier característica.</p>	<p>Se disponen de reglamentos, normas o circulares, y procedimientos que establecen la obligación del personal de salud de brindar servicios de salud integral, incluido los de Salud Sexual y Reproductiva para adolescentes, independiente de su capacidad de pago, edad, sexo, estado civil, escolaridad, pertenencia a pueblo originario, orientación o identidad sexual, discapacidad u otra característica.</p>
<p>Información y mejora de la calidad</p> <p>El Servicio cuenta con un sistema de información, que recopila datos de uso y calidad de la atención entregada y los utiliza para mejorar la calidad del Servicio. El personal recibe apoyo para participar en la mejora continua.</p>	<p>Se dispone de un sistema de información que recoge datos y permite realizar análisis sobre la utilización de las prestaciones de salud, perfil de riesgo de la población, incluida la Salud Sexual y Reproductiva y de la calidad de atención brindada, desglosados por edad, sexo, tipo de atención y otras variables según se requiera.</p>

Participación de adolescentes

El grupo de adolescentes participa activamente en la planificación, monitoreo, evaluación y mejora del Servicio de Salud Integral Amigable, y en las decisiones relacionadas con la atención de su salud.

La estructura de gobernanza del Establecimiento de Salud o Servicio de Salud incluye a adolescentes. Existe una política respecto a la participación de adolescentes en la planificación, monitoreo y evaluación del Servicio de Salud para adolescente.

El personal de salud, conoce y sabe aplicar las leyes, reglamentos y circulares que rigen el consentimiento informado de adolescentes. Está definido el proceso de obtención del consentimiento informado conforme a recomendaciones MINSAL.

FUENTE | MINSAL (2018a, 2018b).

Adicionalmente, el Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes establece un conjunto de recomendaciones que orientan la implementación de su modelo de atención integral y diferenciada. Estas recomendaciones fueron adaptadas de los criterios entregados por la Organización Panamericana de Salud, entre los cuales se cuentan los siguientes (MINSAL, 2018a):

RECOMENDACIONES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN, SEGÚN NIVEL DE ESPECIALIZACIÓN		
	Nivel Abierto	Nivel Cerrado
Recurso humano: Equipo de salud.	<ul style="list-style-type: none"> • Cada establecimiento de acuerdo a los recursos disponibles y a la población asignada, deberá contar con un equipo transdisciplinario capacitado en las competencias básicas del modelo de atención, junto a las competencias clínicas propias de cada especialidad, además del manejo de los aspectos éticos y legales referidos a la atención de salud de adolescentes y jóvenes. • Los profesionales pueden constituir un equipo de la Unidad de Adolescencia del establecimiento, o bien entregar esta atención en cada una de las especialidades. Se recomienda que estos profesionales tengan horarios exclusivos para la atención de adolescentes. 	<ul style="list-style-type: none"> • En atención especializada cerrada, cada establecimiento de acuerdo a la población asignada y a los recursos disponibles, deberá contar al menos con un equipo de salud que trabaje desde la interdisciplina, motivado y capacitado en las competencias genéricas y clínicas, de acuerdo a su especialidad. Se recomienda que estos profesionales tengan horarios totales o parciales exclusivos para atención de adolescentes.
Recurso físico: Infraestructura y equipamiento.	<ul style="list-style-type: none"> • Destinar espacios y salas de espera exclusivas y prioritarias para adolescentes y jóvenes, o bien, destinar espacios en horarios diferidos parciales para ellos. • Ambientación adecuada de las salas de espera y los boxes de atención. • Disponer de material educativo impreso y audiovisual en las salas de espera, específico para adolescentes y sus familias. • Contar con instrumental clínico y quirúrgico de acuerdo a la edad. • Horarios de atención idealmente adaptados a las necesidades del adolescente. • Recomendable disponer de un espacio para trabajo grupal, con familias, y para reuniones de equipo y docencia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Destinar en forma progresiva y de acuerdo a los recursos de los establecimientos, salas prioritarias o exclusivas para adolescentes mayores a 10 años y menores de 18 años. Las salas deben estar separadas por sexo y etapa del desarrollo, cuyas dimensiones dependerá de la infraestructura local. • Debe existir instrumental de uso clínico de acuerdo a su edad. • Se debe habilitar una sala para entrevista individual o familiar y/o examen físico. • Se debe implementar y mantener una escuela hospitalaria donde se posibilite el desarrollo de programas de continuidad de la escolaridad para aquellos adolescentes con hospitalizaciones prolongadas, de manera de minimizar el impacto de la hospitalización. Estos espacios deben asegurar la existencia de docentes que se dediquen a atender a los adolescentes hospitalizados.

Características de la atención diferencial

Los consultantes al nivel especializado ambulatorio de atención, en cualquiera de sus modalidades de organización, deben recibir atención que incluya:

- Evaluación integral biopsicosocial de acuerdo a la etapa de desarrollo.
- Atención con respeto de la confidencialidad.
- Atención de salud de calidad según normas.
- Respeto de los derechos y deberes del adolescente y los de su familia.
- Educación amplia en salud, fomento de estilos de vida saludables, factores protectores/resilientes, prevención de conductas de riesgo y capacitación en habilidades para la vida del usuario/a.
- Atención que evalúe y fomente la autonomía progresiva, el autocuidado y la responsabilidad de la toma de decisiones en relación a su salud.
- Considerar que los adolescentes portadores de enfermedades crónicas deben ingresar a un proceso de transición progresivo, que permita el traslado planificado a la atención en servicios de adultos.
- Manejo de sus necesidades y problemáticas de salud en equipo interdisciplinarios.
- De acuerdo a su nivel de competencias, el adolescente debe ser informado acerca de su estado de salud y tratamiento. Recabándose su asentimiento o consentimiento, según corresponda.
- Conocer y tener acceso a su equipo de salud de ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD, en forma personal o por otras vías que se acuerden y coordinen.
- Acceso a otras prestaciones de este nivel de atención, a través de interconsultas.
- Establecer e informar acerca de la posibilidad de atención en forma expedita cuando requiera atención de emergencia.
- Posibilidad de participar en el diseño y evaluación de los servicios y prestaciones.

Todo adolescente hospitalizado debe contar con:

- Existencia de un referente clínico conocido.
- Conocimiento sobre quién es el o la profesional a cargo de su atención.
- Recibir una evaluación biopsicosocial.
- Recibir una atención con manejo integral de salud.
- Recibir una atención confidencial y con respeto del pudor.
- Conocer sus derechos y deberes y los de su familia y recibir una atención respetuosa de sus derechos y que exija sus deberes.
- Participar en toma de decisiones en cuanto a su enfermedad, uso de asentimientos o consentimientos, de acuerdo al grado de desarrollo y normativa vigente.
- Recibir educación amplia en salud y fomento de hábitos de vida saludables.
- Recibir una atención que fomente su autocuidado y autonomía en la toma de decisiones en salud.
- Recibir apoyo pedagógico para evitar retraso en su escolaridad, a través de coordinación entre el equipo clínico y educadores hospitalarios o de su colegio.
- Tener acceso a espacios recreativos y educativos (sala recreación).
- Todo adolescente portador de una enfermedad crónica debe recibir atención de transición para una adecuada atención adulta.
- Participar en la decisión del grado de presencia de padres y/o cuidadores.
- Ser informado ampliamente acerca de su salud y tratamientos, de acuerdo a su nivel de competencia.
- Participar en el diseño y evaluación de la calidad de servicios y prestaciones.
- Firma consentimiento o asentimiento informado.

Reglamentación interna

Los establecimientos que entregan atención especializada ambulatoria para adolescentes y jóvenes, deberán disponer y divulgar su reglamentación interna de funcionamiento de la Unidad: horarios de los profesionales, reuniones del equipo (clínicas y administrativas), formas de coordinación y posibilidad de consulta ante situaciones contingentes, además del resguardo de la confidencialidad de la atención.

Los servicios de hospitalización de adolescentes deben disponer y divulgar su reglamentación interna respecto a:

- Uso de la infraestructura: horarios de visita en salas de hospitalización y de uso de espacios recreativos.
- Restricciones al uso de internet, celulares, uso de cámaras fotográficas, ruidos molestos, etc.
- Guía para Servicios de Transición.

» 3. Características de los Servicios de Salud Amigables para Adolescentes

Según la OMS, los Servicios de Salud Amigables para adolescentes son aquellos que se basan en modelos de atención centrados en adolescentes en un marco de derechos. Disponen de espacios agradables y adaptados a la edad, desarrollo y gusto juvenil. Por sus características de amigable cada adolescente encuentra oportunidades de atención de salud cualquiera sea la demanda, siendo agradables para adolescentes, sus familias y comunidad, ya sea por los vínculos que se establecen entre adolescentes-equipo de salud, donde se resguarda la integralidad, la privacidad y confidencialidad, la calidad y la interdisciplinariedad de la atención (MINSAL, 2018b).

CARACTERÍSTICAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD AMIGABLES PARA ADOLESCENTES

Políticas de salud amigables: Debe existir políticas basadas en las necesidades y los derechos de adolescentes, incluidos los grupos más vulnerables, que no discrimine por género, nacionalidad, religión, pertenencia a pueblos originarios, que respeten la privacidad y confidencialidad, favorezcan el acceso y tengan un enfoque de género.

Procedimientos de la atención y organización amigable: Tiempo de espera corto; resolución efectiva y eficiente de la atención de salud prestada; registros completos, confidenciales, referencia y contrarreferencia expeditas. Oportunidad en la atención, flexibilidad en horarios de atención.

Los equipos de salud con competencias para la atención de adolescentes: Deben contar con competencias para la promoción, prevención y atención de salud. Tener habilidades de comunicación efectiva, no emitir juicios de valor, no discriminar, tratar con respecto e igualdad, apoyar a adolescentes a tomar sus propias decisiones para satisfacer sus necesidades de desarrollo y salud integral. Tener competencias específicas para la atención integral.

El personal de salud debe ser amigable: El personal debe ser comprensivo, tratar a los adolescentes con respeto y afecto y debe, además, ser competente y estar motivado.

Debe existir un entorno amigable: Los servicios deben ser seguros, confortables y acogedores, de gusto juvenil, con horarios convenientes para adolescentes, deben mantener la privacidad y evitar la estigmatización, debe haber material educativo disponible y debe diferenciarse de un entorno francamente infantil o adulto.

Debe haber participación de adolescentes: Adolescentes informados de sus derechos, incluidos los derechos sexuales y reproductivos y sus deberes en salud. Conocen los servicios de salud y están involucrados en la planeación, implementación y evaluación.

Debe haber canales de participación comunitaria: Que incluya a las familias y a toda la comunidad, particularmente los establecimientos educacionales.

Los servicios deben ser apropiados y comprensivos: Deben contemplar aspectos biológicos, psicológicos y sociales, y ofrecer paquetes de prestación y atención integral e integrada.

Los servicios de salud deben ser efectivos: Implementados con orientaciones técnicas, protocolos y guías basadas en evidencias, con una infraestructura adecuada para entregar los servicios integrales y deben existir procesos de monitoreo, evaluación y mejoría de la calidad de atención.

Los servicios deben ser eficientes: Deben contar con un sistema de manejo y control de costos, evaluación de impacto.

FUENTE | WHO (2002). "ADOLESCENT FRIENDLY HEALTH SERVICES. AN AGENDA FOR CHANGE", CITADO EN MINSAL, 2018b.

9 | ANTECEDENTES ANÁLISIS POLÍTICAS Y PLANES DE PAÍSES CONSIDERADOS

» Reino Unido

El Reino Unido cuenta con un Sistema de Salud que integra la atención de salud mental en todos sus niveles y con un enfoque en servicios comunitarios, tanto en la atención primaria de salud como en servicios especializados de salud mental, todo en un marco global de Acceso Universal a las atenciones de salud general bajo el National Health System (NHS). El NHS ha desarrollado múltiples documentos que dan cuenta del marco general a las políticas y planes con metas y objetivos específicos para desarrollar los programas¹²². Por otro lado, también existen documentos que pertenecen a los distintos territorios o países que conforman el Reino Unido como Irlanda, Escocia entre otros.

Por un lado, existen documentos con planes y objetivos específicos para desarrollar las políticas de salud mental general, los cuales agregan objetivos claros y precisos para el fortalecimiento de servicios para niños, niñas y adolescentes. Entre los se encuentran:

- Future in Mind (March 2015) and additional funding,
- The Five Year Forward View for Mental Health (February 2016) and Government response
- CQC review of CAMHS
- Children and Young People's Mental Health Green Paper (December 2017)
- Joint Education and Health and Social Care Committee inquiry on the Government's Green Paper on mental health (2018)
- Delivering the Government's vision in Future in Mind
- Waiting time standards

122 <https://www.england.nhs.uk/five-year-forward-view/next-steps-on-the-nhs-five-year-forward-view/mental-health/>

POLÍTICA: THE FIVE YEARS FORWARD VIEW FOR MENTAL HEALTH PLAN (2016)

Datos Generales	
Código ID :	https://www.england.nhs.uk/mental-health/taskforce/imp/
País	Inglaterra
Estado en que se encuentra la política	En implementación
Órgano conductor	National Health Service
Objetivos	<p>General: Reforzar la capacidad de respuesta de atención primaria y reducir demanda de atención de especialidad.</p> <p>Específicos Salud Mental Infanto-Adolescente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aumentar cobertura atenciones de salud mental a nivel comunitario para niños, niñas y adolescentes] basadas en la evidencia.
Componentes, servicios o áreas de intervención	<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar acceso a servicios de Urgencia en salud mental con funcionamiento 24/7 vinculados a equipos de intervención en crisis y psiquiatría de enlace. • Aumentar inversión en centros de atención comunitaria enfocados en trastornos alimentarios con el fin de reducir hospitalizaciones. • Transformar unidades de hospitalización de salud mental, integrando estándares de calidad para que reciban atención adecuada a su edad, con una duración lo más breve posible. • Ubicar unidades de hospitalización de Salud Mental de manera integrada a redes locales, serán asignadas en base a criterios del territorio local. • Aumentar atención salud mental de especialidad a mujeres durante periodo perinatal. • Integración de 1.700 nuevos profesionales de salud mental y supervisores para responder a la demanda adicional.
Nivel de implementación	Implementado, no se ha publicado evaluación de resultados.
Nivel de focalización	Foco en personas que presentan problemas de salud mental o se encuentran en riesgo de padecerlas a nivel nacional.
Interseccionalidad	Sector salud, educación, servicios sociales, instituciones sin fines de lucro.
Mediciones (existencia sistemas de evaluación)	<ul style="list-style-type: none"> • META: 70.000 niños, niñas y adolescentes] adicionales reciben atenciones de salud mental basadas en la evidencia en centros de salud mental comunitarios de manera anual para el año 2021 (aumento en un 35% en el acceso a tratamiento). • META: 30.000 mujeres adicionales reciben atenciones de salud mental basadas en la evidencia durante el periodo perinatal. • Se utilizarán registros estadísticos y monitoreos de pacientes obtenidos de data NHS. Se realizará encuesta nacional de salud mental para evaluar estado actual y plantear nuevas metas futuras.
Hallazgos y aprendizajes potenciales	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de salud y municipios se comprometen con un plazo de 1 año para desarrollar un plan de transformación local basado en la política central de NHS. Actualizaciones deben ser anuales.

POLÍTICA: THE NATIONAL HEALTH SERVICE LONG TERM PLAN (2018)

Datos Generales

Código ID :	https://www.longtermplan.nhs.uk/wp-content/uploads/2019/08/nhs-long-term-plan-version-1.2.pdf
País	Inglaterra
Estado en que se encuentra la política	Implementación a nivel de servicios locales, principalmente municipios y servicios de salud.
Órgano conductor	National Health Service (NHS)
Objetivos	<p>Generales: Mejorar acceso y calidad de atenciones en salud en un periodo de 10 años (2019-2029).</p> <p>Específicas Salud Mental infanto-adolescente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aumentar cobertura y generar atención oportuna y de calidad para salud mental niños, niñas y jóvenes (0 a 25 años) con un aumento de 2.3 billones de libras esterlinas anuales desde 2019-2024. • Servicios de atención integrales de 0 a 25 años para apoyar transición a servicios de adultos. • Aumentar acceso a centros de salud mental comunitarios para niños, niñas y jóvenes. • Integración de equipos de apoyo a la Salud Mental en los colegios y universidades supervisados por NHS. • Aumentar el apoyo para la salud mental perinatal (concepción hasta 24 meses).
Componentes, servicios o áreas de intervención	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento en inversión en servicios de atención enfocados en trastornos alimentarios (asegurar atención de pacientes graves en un máximo de 7 días). • Mejorar acceso oportuno a servicios de urgencia de salud mental pediátrica, ajustados a necesidades de acuerdo a edad. • Fortalecer control médico en casos confirmados de TEA y dificultades de aprendizaje y capacitación a personal NHS para mejorar atenciones y entrega tratamientos. • Disminuir listas de espera para evaluación TEA y atención oportuna. • Atención de calidad para niños y niñas con dificultades de aprendizaje.
Nivel de implementación	Desarrollo local de plan de implementación en un periodo de 5 años, obteniendo primeros resultados durante 2021.
Nivel de focalización	Foco en personas que presentan problemas de salud mental o se encuentran en riesgo de padecerlas a nivel nacional.
Interseccionalidad	El LTP busca desarrollar un modelo de intervención integrando al sector salud, educación, servicios sociales, instituciones sin fines de lucro.
Mediciones (existencia sistemas de evaluación)	<p>META:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aumento de 30,000 atenciones anuales (adicionales a five years fowards) por un periodo de 5 años. • Aumento de 90,000 atenciones anuales para niños, niñas y adolescentes] de 0 a 25 años con necesidades de salud mental. • Se utilizarán registros estadísticos y monitoreos de pacientes obtenidos de data NHS. Se realizará encuesta nacional de salud mental para evaluar estado actual y plantear nuevas metas futuras.
Hallazgos y aprendizajes potenciales	<ul style="list-style-type: none"> • Si bien LTP no está enfocado solamente en salud mental pediátrica, claramente se prioriza en el marco de la distribución presupuestaria. • Fuerte inversión en salud perinatal considerando que serán las bases para salud general futura, incluyendo salud mental. Se implementarán intervenciones basadas en la evidencia y se proyecta una atención adicional de 33.000 mujeres de manera anual para el año 2021. Esto puede ser una oportunidad considerando que se puede vincular al Programa Chile Crece Contigo. • Integración de servicios pediátricos con jóvenes, permite una mejor continuidad de tratamiento. • Supervisión equipos de salud mental en establecimientos educacionales desde NHS para fomentar intervención temprana y moderar necesidades de atención de especialista.

POLÍTICA: MENTAL HEALTH STRATEGY: 2017-2027

Datos Generales	
Código ID :	9781786526144
País	Escocia (Reino Unido)
Estado en que se encuentra la política	Implementación
Órgano conductor	Ministerio de Salud
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar la prevención e intervención temprana • Asegurar la coordinación intersectorial en el acceso a las atenciones en salud. • Asegurar atención desde enfoque de derechos y modernizar el el manejo de la información clínica. • Comprometer el desarrollo de indicadores y mediciones de la política pública.
Componentes, servicios o áreas de intervención	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitar en salud mental a quienes prestan apoyo emocional a niños, niñas y adolescentes] en establecimientos educacionales (equipos de convivencia, educación pastoral). • Generar comisión para desarrollo de una matriz de prácticas basadas en la evidencia para mejorar bienestar y salud mental de niños, niñas y adolescentes]. • Completar la implementación de grupos de padres para niños y niñas de 3 y 4 años con trastornos de conducta para el año 2020. • Asegurar atenciones de salud mental para niños, niñas y adolescentes] al cuidado del estado y/o en riesgo. • Aumentar el apoyo de salud mental a jóvenes infractores de ley. • Fomentar el trabajo coordinado entre los diferentes sectores vinculados con fomentar la salud y el bienestar de niños, niñas y adolescentes]. • Fomentar la implementación del programa "Think Positive" (apoyo de Salud Mental a universitarios). • Desarrollar indicadores de medición de calidad abarcando 6 dimensiones (atención centrada en el usuario, segura, efectiva, eficiente, equitativa y oportuna)
Nivel de implementación	En implementación
Nivel de focalización	Poblacional
Interseccionalidad	Sector salud, educación, servicios sociales, sistema judicial.
Mediciones (existencia sistemas de evaluación)	N/A (parte del objetivo del plan es desarrollar mediciones, aún no hay evaluaciones publicadas en sitios oficiales)
Hallazgos y aprendizajes potenciales	<ul style="list-style-type: none"> • Sector salud se responsabiliza de la formación de agentes de salud mental comunitaria al interior de establecimientos educacionales. Se incluye figuras eclesíásticas dentro de quienes cumplen esta función. • No se prioriza según diagnóstico, si no niños, niñas y adolescentes] con mayor riesgo desde el punto de vista psico-social. • Comprometen implementación de programa público privado (figura similar a Chile Crece Contigo, Crecer Jugando, NEP).

POLÍTICA: MENTAL HEALTH STRATEGY 2021-2031	
Datos Generales	
Código ID :	https://www.health-ni.gov.uk/mentalhealthstrategy
País	Irlanda del Norte (Reino Unido)
Estado en que se encuentra la política	Revisión primer borrador
Órgano conductor	Ministerio de Salud
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar la promoción salud mental e intervención temprana • Implementar estrategias de salud mental acorde a las etapas del ciclo vital. • Modernizar los servicios de salud mental de acuerdo a las necesidades actuales fomentando la coordinación intersectorial.
Componentes, servicios o áreas de intervención	<ul style="list-style-type: none"> • Promover ambientes social y emocionalmente positivos, particularmente en edad pre-escolar y escolar. • Asegurar el acceso a Servicios de salud mental de especialidad para niños, niñas y adolescentes], incluyendo niños, niñas y adolescentes] con capacidades diferentes. • Aumento del fondo para Servicios de Salud Mental de niños, niñas y adolescentes AL 10% del presupuesto total destinado a salud mental. • Fomentar la coordinación al interior del sector salud y evitar que paciente por diferentes dispositivos sin recibir atenciones de acuerdo a sus necesidades. • Creación de unidad de emergencia y servicio de atención en crisis exclusiva para niños, niñas y adolescentes. • Asegurar disponibilidad de atenciones psicológicas en todos los niveles de red de salud. • Asegurar control de salud a todos los pacientes que mantienen controles en salud mental en los diferentes niveles de la red de salud.
Nivel de implementación	No iniciado
Nivel de focalización	Niños, niñas y adolescentes (0 a 18 años) escolarizados y/o que presentan problemas de salud mental.
Interseccionalidad	Salud-educación
Mediciones (existencia sistemas de evaluación)	N/A
Hallazgos y aprendizajes potenciales	<ul style="list-style-type: none"> • Igualación del % destinado a salud mental de adultos para la población infante-adolescente.

POLÍTICA: TOGETHER FOR MENTAL HEALTH. THE PLAN 2019-2022**Datos Generales**

Código ID :	https://gov.wales/mental-health-delivery-plan-2019-to-2022
País	Gales (Reino Unido)
Estado en que se encuentra la política	Actualización Plan inicial en base a las necesidades de salud mental que surgen durante la pandemia Covid-19.
Órgano conductor	Ministerio de Salud
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • Reducir la inequidad en el acceso a la salud mental y proveer atenciones en lengua nativa (galés). • Integrar a usuarios de la red de salud mental de manera activa en la toma de decisiones respecto a su salud. • Capacitación continua y apoyo para funcionarios de salud. • Mejorar recolección de datos para evaluación y toma de decisiones. • Evaluar la introducción de modificaciones legislativas para asegurar la atención en salud. <p>Específicos de salud mental infanto-juvenil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mejorar acceso a atención primaria y/o de especialidad para niños, niñas, adolescentes y jóvenes (0 a 25 años).
Componentes, servicios o áreas de intervención	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo e implementación guía "Whole School" para aproximar a la comunidad escolar a temas de salud mental y promover el bienestar emocional. • Capacitación a equipos escolares en salud mental y bienestar socio-emocional • Evaluación de servicios de intervención temprana para introducir mejoras a su funcionamiento. • Apoyo financiero a instituciones público-privadas para el desarrollo de dispositivos locales no médicos. • Desarrollar apoyo digital para niños y jóvenes. • Desarrollo de Guía para mejoras en transición servicio niños, niñas y adolescentes] hacia adultos. • Fomento de trabajo conjunto con servicios sociales para atención de niños, niñas y adolescentes al cuidado del estado.
Nivel de implementación	En implementación
Nivel de focalización	Poblacional
Interseccionalidad	Sector Salud, Educación, Servicios sociales.
Mediciones (existencia sistemas de evaluación)	Millenium Cohort Study, registros NHS Wales.
Hallazgos y aprendizajes potenciales	<ul style="list-style-type: none"> • Integración de jóvenes hasta 25 años en línea de nuevas definiciones sobre adolescencia, facilita transición a servicios de adultos para patologías de salud mental de mayor complejidad.

» Nueva Zelanda

Nueva Zelanda destaca en las últimas décadas por el desarrollo de Servicios de Salud Mental con énfasis en la gestión intersectorial y coordinada entre distintos Servicios. Si bien se encuentran planes específicos de salud mental para grupos específicos de infancia o adolescencia, lo identificados en la primera revisión consideran temáticas específicas en adolescencia como los aspectos vinculados a adicciones¹²³.

Cabe destacar la conformación de una Comisión Nacional Bienestar y Salud Mental que tiene como propósito proporcionar un escrutinio independiente respecto del progreso del Gobierno en la mejora de la salud mental y el bienestar de Nueva Zelanda, promover la colaboración entre entidades que contribuyen a la salud y el bienestar mental. La Comisión de Bienestar y Salud Mental incluye actores de la sociedad civil y ONGs.

POLÍTICA: SUICIDE PREVENTION PLAN 2019-2024 NEW ZEALAND "EVERY LIFE MATTERS".	
Datos Generales	
Código ID :	978-1-98-859712-6
País	Nueva Zelanda
Estado en que se encuentra la política	Implementación
Órgano conductor	Ministerio de Salud
Objetivos	<p>Objetivo general:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reducir tasas de suicidio a nivel nacional <p>Objetivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promoción del bienestar emocional • Respuesta oportuna a pensamientos suicidas e ideas de muerte • Respuesta oportuna (intervención clínica) frente a intentos de suicidio. • Apoyo emocional a entorno social y comunitario después de ocurrido un suicidio en la comunidad.
Componentes, servicios o áreas de intervención	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer Oficina de Prevención del Suicidio a nivel ministerial. • Desarrollar un plan de investigación nacional con el objetivo de identificar las áreas de prevención de suicidio que requieren mayor intervención. • Fortalecer las competencias de profesionales clínicos y equipos de acción comunitaria sobre prevención del suicidio e identificación de factores de riesgo, fomentando la supervisión. • Fortalecer el bienestar emocional y apoyo de salud mental para niños, niñas y jóvenes en ambientes educativos. • Trabajar con personas de origen Maori y expertos por experiencia respecto al suicidio para desarrollar guías técnicas nacionales. • Implementar servicio de apoyo emocional exclusivo para temáticas de suicidio. • Desarrollar sistema de monitoreo y evaluación de la política pública.

123 <https://www.health.govt.nz/our-work/mental-health-and-addiction/mental-health-legislation>

Nivel de implementación	En desarrollo (posibles retrasos asociados a pandemia).
Nivel de focalización	Poblacional
Interseccionalidad	Sector Salud, Educación.
Mediciones (existencia sistemas de evaluación)	N/A
Hallazgos y aprendizajes potenciales	<ul style="list-style-type: none"> • Oficina de Prevención del Suicidio a nivel ministerial positivo para reunir las acciones en esta área y permear otros sectores de salud y no focalizar acciones solo desde salud mental. • Integración de pueblos originarios aporte muy valioso y se adecua a nuestra realidad nacional. • Acciones muy amplias en establecimientos educacionales, el documento no compromete acciones específicas.

**POLÍTICAS: OUTPUT PLAN 2019/2020
NEW ZEALAND HEALTH STRATEGY: FUTURE DIRECTION CHILD AND YOUTH WELLBEING STRATEGY**

Datos Generales

Código ID :	
País	Nueva Zelanda
Estado en que se encuentra la política	Implementación
Órgano conductor	Ministerio de Salud Ministerio Infancia Ministerio
Objetivos	<p>Mejoras en sistema de salud NZ</p> <p>Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asegurar acceso y equidad en atenciones • Generar servicios de salud de calidad • Diseñar un sistema de salud integrado, colaborativo e innovador. • Desarrollar servicios de salud centrados en las personas.
Componentes, servicios o áreas de intervención	<ul style="list-style-type: none"> • Promoción bienestar niños, niñas y adolescentes] y resguardo de derechos. • Modernización legislación para protección derechos niños, niñas y adolescentes], con foco de género e interculturalidad. • Mejoras en atención perinatal y protección de niños, niñas y adolescentes] frente a factores de riesgo para el desarrollo de problemas de SM. • Potenciar atención local de salud e instancias de participación • Mejoras sistema de registro y fomentar capacitación constante personal para asegurar atención de calidad.
Nivel de implementación	En implementación
Nivel de focalización	Poblacional
Interseccionalidad	Sector Salud, Educación, Servicios sociales.
Mediciones (existencia sistemas de evaluación)	Modernización sistema de registro para promover evaluación estrategias.
Hallazgos y aprendizajes potenciales	<ul style="list-style-type: none"> • Foco en tratamiento población adulta, asociada al consumo de sustancias. • En niños, niñas y adolescentes, foco en prevención y promoción de bienestar, no acciones en línea tratamiento patologías específicas.

» Australia

Los Servicios de Salud Mental en Australia tienen un desarrollo vinculado a las atención y recuperación en la comunidad, existen lineamientos nacionales que propician servicios que ponen en el centro la gestión de casos garantizando la continuidad de atención.

A nivel nacional cuentan con un plan que desarrolla los principales componentes o dimensiones de la matriz propuesta por la OMS, las cuales organizan en las cinco Áreas Prioritarias:

1. Inclusión social y recuperación
2. Prevención e intervención temprana
3. Acceso al servicio, coordinación y continuidad de la atención
4. Mejora de la calidad e innovación
5. Responsabilidad: medir y reportar el progreso

A nivel nacional, el Ministro de Salud de Australia es Greg Hunt (desde 2017) Ex ministro de ambiente; deportes; industria, innovación y ciencia. Parte de House of Representatives (desde 2001) cámara baja del parlamento. Partido Liberal.

Los dos Ministerios que contienen información pertinente de las Políticas Publicas de Infancia son el:

- Departamento de Salud: <https://www.health.gov.au/>
- Departamento de Educación: Oficina de Niñez: <http://apoyouthnet.ilo.org/network/australian-government-office-for-youth>

A continuación, se describen los principales documentos vinculados a las Políticas, planes y programas orientaciones a infancia y adolescencia.

National Action Plan For The Health Of Children And Young People 2020-2030¹²⁴

Área de Prioridad 3: Abordar la salud mental y los comportamientos de riesgo.

The Roadmap for National Mental Health Reform 2012-2022, National Drug Strategy 2017-2026 y National Alcohol Strategy 2018-2026 proporcionan una estructura para abordar la salud mental y las conductas de riesgo, incluso entre los niños y jóvenes.

National Women's Health Strategy 2020-2030, propuesta que también describe enfoques para abordar problemas específicos más frecuentes entre las niñas y mujeres jóvenes, incluida la imagen corporal y los trastornos alimentarios.

124 [https://www1.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/4815673E283EC1B6CA2584000082EA7D/\\$File/FINAL%20National%20Action%20Plan%20for%20the%20Health%20of%20Children%20and%20Young%20People%202020-2030.pdf](https://www1.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/4815673E283EC1B6CA2584000082EA7D/$File/FINAL%20National%20Action%20Plan%20for%20the%20Health%20of%20Children%20and%20Young%20People%202020-2030.pdf)

ACCIÓN	DETALLE
<p>Apoyar la salud mental materna, paterna e infantil en los primeros años</p>	<p>Mantener exámenes de salud mental prenatal y posnatal para las madres. Investigar más sobre la eficacia de las herramientas de detección y ampliar las pruebas de detección de salud mental para los padres durante los períodos prenatal y posnatal.</p> <p>Probar e implementar enfoques para que los médicos de salud mental perinatal apoyen la salud mental infantil y la salud mental de los padres.</p> <p>Apoyar programas educativos que capacitan a padres y cuidadores para aumentar el apego y la seguridad de los bebés.</p> <p>Adoptar otro apoyo específico para la crianza de los hijos para poblaciones prioritarias en el período perinatal y de la primera infancia, como se describe en el Área de prioridad 2.</p>
<p>Centrarse en los años intermedios como un período para desarrollar la resiliencia y las habilidades de afrontamiento social y emocional</p>	<p>Continuar apoyando la implementación, la evaluación, la mejora continua y la ampliación adecuada de los programas de aprendizaje social y emocional basados en la evidencia en las escuelas y otros entornos, incluida la implementación del programa Be You.</p> <p>Identificar a los niños en riesgo para recibir apoyo específico adicional durante la transición de la escuela primaria a la secundaria.</p> <p>Apoyar la implementación y adopción a nivel de sistemas de programas de prevención de salud mental basados en evidencia, enfocándose en la práctica traducción en las escuelas y prestación de apoyo adecuado al personal.</p> <p>Promover y mejorar el apoyo de los espacios seguros no escolares para los jóvenes, como Headspace o Reach, para brindar acceso a recursos y servicios alternativos no escolares.</p> <p>Probar y evaluar estrategias basadas en tecnologías digitales para ayudar niños remotos para volverse socialmente competentes.</p> <p>Desarrollar conocimientos sobre el desarrollo en los años intermedios, basándose en últimas investigaciones para informar a los profesionales sanitarios y a los profesores.</p>
<p>Apoyar las transiciones y los riesgos durante todas las etapas de la vida y a lo largo de la vida, incluida la adolescencia y la edad adulta.</p>	<p>Considerar como se puede brindar apoyo de salud mental para todos los niños y jóvenes a través de un sistema nacional de servicios mejor conectado, para desarrollar la resiliencia y prevenir la ansiedad y la depresión desde los primeros años en adelante, durante cada transición y hasta la edad adulta.</p> <p>Promover y apoyar la educación y las intervenciones de bienestar escolar basadas en evidencias, incluida la implementación de Be You y otros programas conductuales, emocionales y de habilidades para la vida.</p> <p>Considerar la expansión de los programas de tutoría (por ejemplo, Big Brother, Big Sister y programas similares) para satisfacer mejor las necesidades de los jóvenes que son social y emocionalmente vulnerables o aislados 157.</p> <p>Abordar la transición y la continuidad de la atención de los servicios de salud infantil a la edad adulta, especialmente para aquellos en riesgo o desconectados, incluidos los jóvenes que reciben atención fuera del hogar, en el sistema de justicia juvenil y personas sin hogar.</p>
<p>Fortalecer la adecuación, idoneidad e impacto de las estrategias de prevención del suicidio.</p>	<p>Considerar un enfoque de sistemas para la prevención del suicidio, donde una variedad de estrategias basadas en evidencia se pueden implementar simultáneamente y ser integradas y conectadas para un mayor impacto en áreas locales¹⁵⁸.</p> <p>Aumentar el acceso a programas de prevención del suicidio apropiados para la edad y culturalmente sensibles para los niños aborígenes e isleños del Estrecho de Torres, en las proximidades de la comunidad.</p> <p>Trabajar para aumentar el acceso a programas de prevención del suicidio basados en evidencia, para todos los niños y jóvenes, particularmente en áreas rurales y remotas.</p> <p>Trabajar con jóvenes diversos, y aquellos en poblaciones clave prioritarias, para adaptar mejor los programas a las necesidades de los diferentes grupos y asegurarse de que reflejen los comportamientos de búsqueda de ayuda de diferentes culturas y géneros.</p> <p>Llevar a cabo más investigaciones para abordar las deficiencias que existen en la realización de investigaciones de prevención del suicidio centradas en los jóvenes y amigables con los jóvenes.</p>

<p>Abordar la mayor prevalencia de afecciones de salud mental entre niños y jóvenes LGBTI +</p>	<p>Participar en una mayor investigación y consulta para investigar las influencias, experiencias y necesidades específicas de los niños y jóvenes LGBTI + en relación con su salud mental y bienestar. Desarrollar marcos y enfoques para la inclusión proactiva y la especialización en servicios de salud mental para niños y jóvenes LGBTI +, incluso en prevención e intervención en crisis.</p>
<p>Trabajar con socios para fomentar comunidades de apoyo para la salud mental</p>	<p>Incorporar estrategias de la Hoja de ruta para la reforma nacional de salud mental 2012-2022 en relación con la conciencia, la aceptación, la alfabetización en salud mental y el desarrollo de capacidades de la comunidad relacionada con las condiciones de salud mental en la infancia y la juventud 160. Colaborar con las instituciones y escuelas de aprendizaje temprano existentes para fortalecer la educación temprana y promover oportunidades para evaluar a niños y jóvenes que pueden estar en alto riesgo. Apoyar la expansión de los servicios comunitarios de salud mental para enfocarse en el diagnóstico, la intervención temprana y la integración de servicios. Fomentar nuevas iniciativas comunitarias que promuevan la actividad física y el deporte como medio para desarrollar la resiliencia y el bienestar mental positivo. Ensayar aún más el papel de las tecnologías digitales para llegar y atender las necesidades de salud mental de niños y jóvenes. Equipar mejor a compañeros y amigos para que sean una fuente de consejo y apoyo para los niños y jóvenes que padecen enfermedades mentales.</p>
<p>Mantener y desarrollar la educación y la promoción de la salud en relación con comportamientos de riesgo</p>	<p>Incorporar estrategias de la Estrategia Nacional sobre Alcohol 2018-2026 y la Estrategia Nacional sobre Drogas 2017-2026 relacionadas con el abuso de sustancias entre los jóvenes australianos 161 162. Explorar el desarrollo de iniciativas y campañas a nivel de población para abordar las normas y comportamientos sociales relacionados con el consumo de alcohol en la comunidad australiana. Sensibilizar sobre los impactos del abuso de sustancias en el cerebro del adolescente en desarrollo. Mantener y apoyar las actividades de promoción de la salud basadas en la escuela y la comunidad en relación con las conductas de riesgo.</p>
<p>Apoyar las relaciones respetuosas y la buena salud sexual</p>	<p>Trabajar para actualizar y armonizar la entrega de información, recursos y herramientas de educación sexual implementados en las escuelas, la comunidad y los entornos de salud en toda Australia. Apoyar programas de promoción de la salud para escuelas donde el acceso a los servicios centralizados de salud sexual son difíciles. Promover intervenciones específicas para niños y jóvenes identificados en riesgo de mala salud sexual. Colaborar con otras agencias y organizaciones para desarrollar marcos coherentes y recursos prácticos para la educación de relaciones respetuosas que se puede impartir en múltiples entornos. Desarrollar e implementar programas de relaciones saludables apropiados para cada etapa de la vida, en ECEC (3-5), entornos de educación primaria, secundaria y terciaria, que consideren las tendencias cambiantes de las redes sociales. Desarrollar y perfeccionar recursos para generar conversaciones seguras y respaldadas en torno a la violencia familiar y doméstica, y el abuso sexual.</p>
<p>Trabajar con socios para identificar y promover estrategias eficaces contra el acoso</p>	<p>Recopilar y promover “lo que funciona”, incluida la implementación efectiva y los componentes de prácticas de calidad, en relación con los programas escolares contra el acoso escolar. Trabajar para desafiar las actitudes y normas relacionadas con la estigmatización, la discriminación y el acoso de los grupos en riesgo, incluidas las personas con discapacidad y los niños y jóvenes LGBTI +. Promover la comunicación y los recursos para influir en las actitudes y comportamientos de los espectadores en relación con el acoso. Apoyar y promover el trabajo de la Oficina del Comisionado de Seguridad y los recursos proporcionados para padres, maestros, profesionales de la salud y niños y jóvenes.</p>

Priorizar la salud mental - plan de prevención del suicidio y salud mental juvenil 2019¹²⁵

Priorización de la salud mental: salud mental de los jóvenes y plan de prevención del suicidio.

El Gobierno proporciona 461 millones de dólares para una estrategia nacional para prevenir el suicidio y promover el bienestar mental de los australianos jóvenes e indígenas. Esto representa la mayor inversión en la prevención del suicidio juvenil en la historia del país. Se priorizan tres áreas clave como la mejor protección contra el suicidio: el fortalecimiento de la red de espacio mental, la prevención del suicidio indígena y el apoyo para la primera infancia y la crianza de los hijos.

- Expansión de la red para adolescentes “Headspace” (\$ 375 millones)

Se asegura de que los jóvenes puedan obtener ayuda donde y cuando la necesiten mediante una inversión sin precedentes en espacio mental, que incluye: \$ 111 millones para 30 nuevos centros en todo el país; \$ 152 millones para reducir los tiempos de espera y mejorar la calidad de los servicios en los sitios de headspace; \$ 2 millones para un programa de Jóvenes Embajadores; y \$ 110 millones para continuar el Servicio Juvenil de Psicosis Temprana en 14 centros de headspace para apoyar a los jóvenes en las primeras etapas de una enfermedad mental grave.

- Prevención del suicidio indígena (\$ 15 millones)

Se empodera la prevención del suicidio indígena proporcionando: \$ 4.5 millones para que el liderazgo indígena cree un plan nacional de atención culturalmente apropiada y servicios que reconozcan el valor de la comunidad y los factores sociales protectores; \$ 5 millones para que jóvenes líderes indígenas participen en programas culturales basados en el lugar; \$ 3 millones para un centro de excelencia en bienestar infantil para ayudar a los niños, niñas y adolescentes afectados por traumas infantiles; \$ 0.8 millones para adaptar los tratamientos psicológicos CFT para incluir tradiciones culturales; y \$ 1.2 millones para Red Dust para brindar iniciativas de bienestar social y emocional en el Territorio del Norte.

- Apoyo para la niñez y la crianza de los hijos (\$ 11,8 millones)

Para garantizar que los más jóvenes tengan el mejor comienzo en la vida, desarrollen las habilidades para enfrentar desafíos y obtengan asistencia cuando la necesiten, apoyan a los niños y padres a través de \$ 1.5 millones para Raising Children Network para ayudar a los padres a reconocer cuándo sus hijos están luchando y qué hacer para ayudar; \$ 2.5 millones para Smiling Minds para ayudar a los niños en las escuelas a aprender las habilidades necesarias para manejar su bienestar mental y emocional; y \$ 4 millones adicionales para una Línea de Ayuda para Niños para brindar apoyo de asesoramiento las 24 horas, los 7 días de la semana para que los jóvenes de 5 a 25 años necesiten.

125 https://www.health.gov.au/sites/default/files/prioritising-mental-health-youth-mental-health-and-suicide-prevention-plan_0.pdf

Dado que algunos jóvenes prefieren depender del apoyo de sus compañeros, se proporciona \$ 2.8 millones para que se amplifique las voces de sus compañeros y anime a otros a buscar ayuda; \$ 0.4 millones para el proyecto Banksia para expandir su programa comunitario, y \$ 0.6 millones para una prueba de trabajadores pares en el servicio de postratamiento de suicidios Way Back de Beyondblue. Esto se suma a las iniciativas generales de apoyo entre pares incluidas en otras iniciativas.

Además, se lideró un cambio en la forma en que los australianos y los gobiernos australianos piensan sobre la prevención del suicidio. Reconociendo que la salud social, financiera, legal, de salud y mental pueden ser factores que contribuyen a la tendencia al suicidio, se establecerá un Coordinador de Prevención del Suicidio dentro de la cartera del Primer Ministro para coordinar las actividades en todo el gobierno y ayudar a diseñar servicios que hagan una diferencia real para los que están en riesgo.

El gobierno proporciona \$ 15 millones para crear un nuevo sistema de información nacional que ayudará a las comunidades y los servicios a responder rápidamente a las áreas afectadas por una alta incidencia de suicidios y autolesiones.

Estas medidas se suman a una variedad de servicios comunitarios financiados a través de Programas de Hospitales y Salud Comunitaria (CHHP) y una variedad de iniciativas de salud mental centradas en adultos.

¿Porque Australia prioriza esto como importante?

La alta tasa de suicidios, especialmente entre los jóvenes, es una tragedia nacional. A pesar de todo el buen trabajo que se está haciendo, la tasa de muerte por suicidio ha aumentado durante la última década. El suicidio y la conducta suicida se asocia con una interacción compleja entre factores clínicos, sociales y emocionales. Como resultado, existe la necesidad de integrar la prevención del suicidio en todas las áreas del gobierno y de que el suicidio sea un enfoque de todo el gobierno.

Además, como las tasas de suicidio fluctúan de un año a otro y varían de una región a otra, existe una necesidad crítica de recopilar información nacional más oportuna sobre el suicidio y el comportamiento suicida para permitir el desarrollo de respuestas más rápidas.

También se requieren apoyos de primera línea apropiados y coordinados en todo el espectro del bienestar social y emocional, a través de la intervención temprana, el tratamiento y la posvención, para garantizar que el apoyo esté siempre disponible para quienes lo necesitan. En total se invierten \$ 461 millones de dólares Australianos.

Young minds matter¹²⁶

Encuesta australiana sobre salud mental y bienestar para niños, niñas y adolescentes.

Es una encuesta regular con un tamaño muestral probabilístico a aproximadamente de 6000 familias como parte de la encuesta Young Minds Matter, la que analiza el desarrollo emocional y conductual de niños, niñas y jóvenes de entre 4 y 17 años.

Young Minds Matter es financiada por el Departamento de Salud del Gobierno de Australia y ejecutada por la Universidad de Australia Occidental (UWA). Young Minds Matter cubre una variedad de temas relacionados con la salud y el bienestar de los jóvenes en Australia.

126 <https://youngmindsmatter.telethonkids.org.au/about-young-minds-matter/>

Entrevista con los padres: El cuestionario para padres de Young Minds Matter fue realizado por entrevistadores capacitados. En promedio, tardó unos 75 minutos en completarse. El cuestionario cubrió temas relacionados tanto con la familia encuestada como con el niño encuestado. Temas incluidos: Educación; Salud; Pensamientos, sentimientos y comportamientos; Acoso; Uso de servicios relacionados con la salud y el bienestar; Ambiente familiar, Salud y bienestar de los padres, Información demográfica del hogar

Cuestionario para jóvenes: Si el niño de la encuesta tenía entre 11 y 17 años, se le pedía que completaran un cuestionario en una tableta. Este cuestionario tardó en promedio unos 30 minutos en completarse. El cuestionario cubrió: Pensamientos, sentimientos y comportamientos; Salud y autoestima; Vida familiar y escolar; Comportamientos de riesgo (solo jóvenes de 13 años o más); Actividades asociadas con la salud mental positiva; Uso de tecnología.

Los datos de la encuesta se han vinculado con datos del Plan de beneficios de Medicare (MBS), el Plan de beneficios farmacéuticos (PBS) y el Programa de evaluación nacional - Alfabetización y aritmética (NAPLAN).

Departamento de servicios sociales: área de salud mental¹²⁷

Ayuda a respaldar la salud mental y el bienestar de los australianos a través de programas y servicios, beneficios y pagos, y subvenciones para proveedores de servicios.

La Actividad de salud mental comunitaria comenzó el 1 de julio de 2014. Antes de esto, los servicios de salud mental comunitarios se financiaban a través del Programa de atención comunitaria dirigida.

Bajo esta Actividad, las organizaciones elegibles reciben fondos para proporcionar:

- apoyo de intervención temprana a familias vulnerables con niños y jóvenes que muestran signos tempranos de enfermedad mental o están en riesgo de desarrollarla
- apoyo a los jóvenes con enfermedades mentales para lograr y mantener su participación en la educación y / o el empleo
- apoyo a los cuidadores de personas con enfermedades mentales que tienen el empleo como objetivo principal, y
- apoyo para la recuperación de personas con enfermedades mentales que incluyen trastornos por consumo de drogas y alcohol y / o trastornos del juego.

Ley y política de protección infantil: Australia¹²⁸

La legislación y los servicios de protección infantil están bajo la jurisdicción de los estados y territorios de Australia, aunque también se pueden encontrar principios rectores en leyes nacionales clave y en la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño. Cada estado y territorio tiene su propia legislación relacionada específicamente con el cuidado y la protección de los niños, además de las disposiciones pertinentes en varios otros estatutos relacionados con el derecho penal, la justicia de

¹²⁷ <https://www.dss.gov.au/mental-health>

¹²⁸ <https://www.loc.gov/law/help/child-protection-law/australia.php>

menores, el empleo infantil, la adopción y la violencia familiar. Si bien cada sistema de protección infantil es diferente, tienen varios principios en común. El principio principal es el interés superior del niño, y otros principios clave son la intervención temprana, la participación de los niños y jóvenes en la toma de decisiones, el cuidado fuera del hogar como último recurso y las respuestas culturalmente específicas a los aborígenes e isleños del Estrecho de Torres. . También existen procesos legales muy similares, aunque los aspectos individuales de estos procesos difieren. Además, en todas las jurisdicciones, el abuso físico, el abuso emocional (incluida la exposición a la violencia familiar), la negligencia y el abuso sexual se consideran motivos para "cuando un niño necesita protección", y los requisitos de denuncia obligatorios se aplican a grupos ocupacionales específicos en relación con algunos o todos estos tipos de abuso.

En los últimos años se han realizado importantes reformas en los sistemas de protección infantil y la legislación en Australia, principalmente en respuesta a cuestiones identificadas en varios exámenes independientes. Estos incluyen cambios en las diferentes fases de los servicios de protección infantil, reformas a la estructura de las agencias gubernamentales relevantes, el fortalecimiento de modelos de conferencias de grupos familiares, cambios en los procesos judiciales y en las órdenes de atención y protección, y la introducción o desarrollo de marcos de atención terapéutica. y modelos asistenciales.

A nivel nacional, el Marco Nacional para la Protección de la Infancia de Australia 2009-2020 involucra a todos los gobiernos estatales y territoriales, así como a entidades no gubernamentales, y contiene un alto nivel y otros resultados y acciones de apoyo que se están implementando a través de una serie de tres planes de acción anuales. Su objetivo es lograr "una reducción sustancial y sostenida de los niveles de abuso y negligencia infantil a lo largo del tiempo". Entre las acciones se encuentran, por ejemplo, las relacionadas con la mejora de los resultados para los niños aborígenes e isleños del Estrecho de Torres en riesgo de entrar o en contacto con los sistemas de protección infantil, y el establecimiento e implementación de Estándares Nacionales para el Cuidado Fuera del Hogar.

En términos de recopilación de datos, el conjunto mínimo de datos nacionales de protección infantil se ha implementado en toda Australia desde 2012-13. La recopilación anual contiene datos sobre los niños que entran en contacto con las agencias estatales y territoriales responsables de la protección infantil, con información extraída de conjuntos de datos administrativos de acuerdo con definiciones y especificaciones técnicas acordadas a nivel nacional.

Canadá

En Canadá existe un amplio desarrollo de Servicios de Salud Mental en sus diferentes regiones o provincias, asimismo cuenta con prestigiosos Centros Colaboradores para la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de Salud en Materias de Salud Mental.

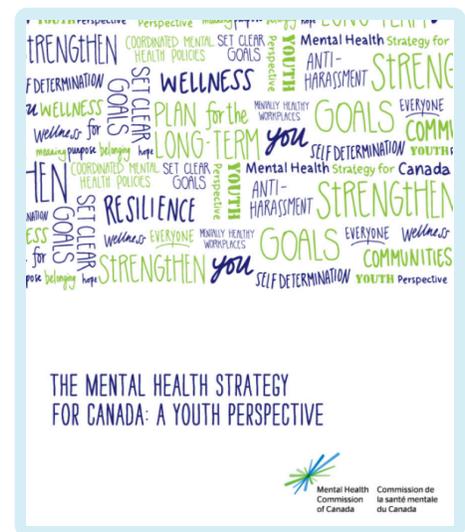
En relación a la revisión documental, a nivel nacional o federal Canadá cuenta con la *Estrategia de salud mental: Una perspectiva de la juventud* (The Mental Health Strategy for Canada: A Youth Perspective), la cual fue elaborada por una entidad de alcance nacional que es la Comisión de Salud Mental de Canadá (Mental Health Commission of Canada -MHCC). Por otro lado, dado el carácter autónomo de cada región de Canadá también se cuenta con documentos a ese nivel, los cuales presentan diferencias y heterogeneidad en su alcance.

The Mental Health Strategy for Canada: A Youth Perspective

El documento cumple con las características que pueden dar cuenta a un Plan de Salud y otros aspectos que podrían considerarse como una Política de Salud. Se definen 6 dimensiones o líneas estratégicas para desarrollar con prioridades específicas para cada línea de acción. Las dimensiones que considera son las siguientes:

1. Prevención
2. Recuperación
3. Acceso
4. Diversidad
5. Primeras Naciones, Inuit & Métis
6. Coordinación Y Colaboración

Canadá cuenta con 10 provincias o regiones las cuales son Alberta, Columbia Británica, Manitoba, Nuevo Brunswick, Terranova y Labrador, Nueva Escocia, Ontario, la Isla del Príncipe Eduardo, Quebec y Saskatchewan. Solo en 6 provincias se logró detectar planes y políticas de salud mental dirigidas a niños, niñas y adolescentes¹²⁹. Según las dimensiones de la matriz analizada por Kutcher et al 2020, se detectaron los siguientes resultados en base a las dimensiones propuestas desde la OMS y consideradas para el estudio.



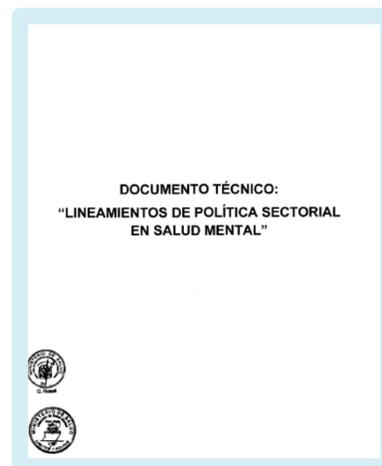
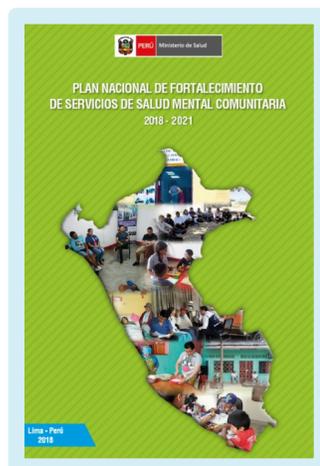
129 Child and Adolescent Mental Health Policy and Plans in Canada: An Analytical Review Stan Kutcher, MD, FRCP1; Mary Jane Hampton, BA, HAS (Dip)2; Jeffrey Wilson, MA

DIMENSIÓN DE LA POLÍTICA (OMS)	ONTARIO	SASKATCHEWAN	ALBERTA	BRITISH COLUMBIA
Fuente de financiamiento	Neutral	Excelente	Excelente	Excelente
Coordinación intersectorial	Pobre	Excelente	Excelente	Excelente
Legislación	Neutral	Neutral	Neutral	Neutral
Sistemas de información	Ausencia	Ausencia	Ausencia	Ausencia
Evaluación de la política, servicios y programas	Buena	Buena	Buena	Excelente
Calidad y derechos en los servicios de salud mental para niños, niñas y adolescentes	Pobre	Pobre	Pobre	Excelente
Organización de servicios de salud mental	Buena	Buena	Buena	Buena
Estructura de la Política en salud (promoción, prevención, tratamiento, integración y recuperación)	Buena	Excelente	Excelente	Excelente
Adquisición y distribución de medicamentos básicos	Pobre	Pobre	Pobre	Pobre
Recursos humanos, capacitación y formación en el sistema.	Neutral	Neutral	Neutral	Neutral

Perú

En la última década el Estado de Perú ha desarrollado con alta intensidad políticas y planes de salud mental que han destacado y han sido un ejemplo para la Región de las Américas, dichas iniciativas además han contado con el financiamiento y planificación suficiente para concretarlas de forma escalonada, con perspectiva territorial y desde un enfoque de salud mental comunitaria para una recuperación en el territorio.

Por un lado, el Gobierno del Perú promulgó dos documentos oficiales que impulsan el desarrollo de la Políticas de Salud Mental, entre ellos el documento de “Los lineamientos de Política Sectorial en Salud Mental” se establecen estrategias específicas para el desarrollo de los Servicios de Salud Mental para la infancia y otro objetivo para adolescencia.



Perú ha desarrollado de manera decidida un conjunto de políticas y planes de salud mental desde el año 2000 en adelante, arribando a 2019 con la promulgación de una Ley de Salud Mental que enmarca los principios sobre los cuales la nación comprende la salud mental en general y el cuidado de la misma por parte del Estado. Concibe aspectos conceptuales, de provisión de servicios y de garantías de protección en el cuidado y atenciones de salud mental. Además, desarrolla un reglamento que, entre otras indicaciones, crea un organismo intersectorial en conjunto con la sociedad civil, que ejerce la rectoría para la creación de políticas y planes futuros (Consejo Nacional de Salud Mental), incluyendo variados Ministerios, Institutos, Direcciones y representantes de la sociedad civil.

Dentro de las políticas vigentes relevantes revisadas que han promovido las acciones en salud mental destacan:

1. Plan Nacional de Salud Mental de 2005, Elaborado por Ministerio de Salud de Perú (MINSa).
2. Plan Nacional de Salud Mental en Contexto COVID-19 de 2020-2021, Elaborado por MINSa.
3. Documento Técnico de Lineamiento de la Política Sectorial de Salud Mental 2018, Elaborado por MINSa.
4. Plan Nacional de Fortalecimiento de los Servicios de Salud Mental Comunitaria 2020-21. Elaborado por MINSa.
5. Programa “Primero Infancia” para el Desarrollo Infantil Temprano 2018. Elaborado Por Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social de Perú.

Todos los documentos antes señalados estructuran un conjunto de políticas robustas para la promoción y protección de la salud mental, destacando un conjunto de principios bien alineados, decididamente asentados en un enfoque de derechos, y conceptualmente guiados por un enfoque de Determinantes Sociales de la Salud, de Género, Interculturalidad, Curso de Vida, Territorialidad e Interseccionalidad. Destaca una orientación para el cuidado basado transversalmente en el modelo comunitario de cuidado de salud mental.

Sin perjuicio de lo anterior, se observa que la focalización o priorización en población infante -juvenil está escasamente presente. De los documentos refrendados, el **Plan Nacional de Salud Mental de 2005** sólo destaca algunas acciones prioritarias para NNJA, sin relevar su priorización. Por su parte, el documento de **Lineamientos técnicos de la Política Sectorial de Salud Mental de 2018**, refiere en su *Tercer Lineamiento de Política* focalizar la atención en el cuidado integral de la población en situación de vulnerabilidad, desagregando su primera estrategia el Fortalecimiento del cuidado integral de salud mental en la primera infancia, por una parte, y en la adolescencia y la juventud, por otra. Se describen acciones relacionadas con el Fomento del Cuidado cariñoso y sensible de niños, niñas y adolescentes alineando la estrategia con UNICEF; el fomento de la crianza saludable basada en afecto y límites, y el cuidado integral de niños y niñas con problemas psicosociales y trastornos mentales. Por su parte, para el caso de adolescentes y jóvenes, el documento promueve tres acciones: empoderamiento personal (identidad, habilidades sociales, liderazgo, proyecto de vida, participación social, intereses), fortalecimiento y cuidado integral de las relaciones familiares en la comunidad (familias fuertes, familias diversas, cuidado integral de las familias) y Cuidado de adolescentes con problemas psicosociales y trastornos

mentales y del comportamiento. La extensión o implicancias de estas precisiones no se abundan y no parecen tener una expresión en desarrollos programáticos para esta población.

En tanto, la **Ley de Salud Mental**, promulgada en **2019**, si bien representa un avance histórico y crucial en el desarrollo de las políticas en salud mental en Perú, tampoco identifica mayores precisiones dirigidas específicamente para población infanto-juvenil. Se distingue el artículo 28, inciso tercero, que puntualiza que “la hospitalización de niños y adolescentes es una medida excepcional, y solo si fuera estrictamente necesario clínicamente, debe realizarse en unidades exclusivas para este grupo etario. En el caso de niños menores de doce años, se permite el acompañamiento de sus familiares, si el médico tratante lo considera conveniente”. No hay otras precisiones para esta población.

En el **Reglamento de la citada Ley**, precisa que las acciones de salud mental de hospitalización o internación, deben contemplar Módulos de atención al maltrato infantil y del adolescente (MAMIS), que son servicios de gestión de casos que facilitan la atención especializada a niños, niñas y adolescentes sobrevivientes de violencias. Además, destaca que la población infanto-juvenil tiene prioridad en casos de emergencia psiquiátrica (descrita como toda aquella condición repentina o inesperada, asociada a un problema de salud mental, que requiere de atención inmediata al poner en peligro inminente la vida, la salud o que puede dejar secuelas invalidantes en el/la usuario/a))

En tanto, uno de los últimos documentos publicados, el **Plan Nacional de Salud Mental en el contexto COVID-19 del año 2020**, pese a mostrarse alineado con las políticas y planes anteriores, solo señala en el Objetivo Estratégico 1 denominado “Promover el autocuidado y cuidado mutuo comunitario de la salud mental en la población en el contexto del COVID-19”, la actividad operativa “Fomento de la parentalidad positiva en el contexto de COVID-19”. Por su parte, el **Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2018-2021** no indica acciones específicas para población infanto-juvenil.

En políticas intersectoriales, la política “infancia Primero” de Desarrollo Infantil Temprano, elaborado por el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social en 2018, diseña una política amplia, con alta conexión intersectorial, dedicada a promover el desarrollo en la infancia de manera amplia, argumentando la necesaria inversión que esta protección de la infancia trae a la población general y al país. Sin perjuicio de la relevancia de esta política, la mayoría de las directrices apuntan al desarrollo de la salud general, con aspectos preventivos y promocionales para el desarrollo cognitivo, social o motor de los niños y las niñas, que, si bien impactan en los resultados de salud mental de la población, no tratan de una política de salud mental propiamente tal.

Finalmente, la página del Instituto Nacional de Salud Mental de Perú informa estar en curso un estudio nacional de epidemiología infanto juvenil, focalizando en los impactos que la pandemia traerá a niños, niñas y adolescentes en Perú, con antecedentes que muestran una prevalencia poblacional aumentada de problemas de salud mental, así como una alta prevalencia de uso de servicios, con cerca de un 70% de las prestaciones de salud mental dirigida a esta parte de la población (Cutipé, 2020).

La revisión anterior permite concluir que el desarrollo de políticas de salud mental en Perú puede constituir un muy buen ejemplo a seguir en términos de lineamientos amplios (como su Ley de Salud Mental) o en relación al decido desarrollo del

fortalecimiento de la red de servicios de salud mental comunitaria, permitiendo la instalación de acciones de salud mental respaldadas política, legal y financieramente. Sin perjuicio de ello, las definiciones específicas en materia de salud mental infanto-juvenil parecen estar aun en gestación, con investigaciones epidemiológicas que probablemente le lleven al país a su inevitable desarrollo y crecimiento.

DIMENSIÓN DE LA POLÍTICA (OMS)	PERÚ	
Fuente de financiamiento	Neutro	Pocas políticas pesquisadas indican financiamiento. No hay políticas de salud mental infanto juvenil
Coordinación intersectorial	Buena	Se identifica la política Infancia Primero, que representa una estrategia intersectorial
Legislación	Excelente	En términos generales, representa un buen marco legal para las acciones de salud mental. Hay algunas precisiones en relación a población infanto juvenil
Sistemas de información	Neutro	No hay referencia a sistemas de informaciones para políticas de salud mental infanto juvenil. Es probable que el sistema de información general pueda alojar su eventual desarrollo
Evaluación de la política, servicios y programas	Buena	El marco general es óptimo, si bien no se describe una política específica para población infanto juvenil
Calidad y derechos en los servicios de salud mental para niños, niñas y adolescentes	Buena	El marco general es óptimo, si bien no se describe una política específica para población infanto juvenil
Organización de servicios de salud mental	Excelente	Pese a no haber una política de salud mental infanto juvenil, el decidido desarrollo de una organización de servicios comunitarios de salud mental permitiría un escenario propicio para una política de salud mental infanto juvenil
Estructura de la Política en salud (promoción, prevención, tratamiento, integración y recuperación)	Excelente	Pese a no describirse una política de salud mental infanto juvenil, el modelo de atención está claramente definido en las políticas generales de salud mental. Hay consistencia en las diversas políticas revisadas.
Adquisición y distribución de medicamentos básicos	Buena	La Ley de Salud Mental garantiza priorización de medicamentos de salud mental, con criterios para resguardar stock
Recursos humanos, capacitación y formación en el sistema.	Buena	Las políticas destacan las dimensiones de formación de recursos humanos. La Ley de Salud Mental profundiza marcos normativos el desarrollo de la formación profesional, técnica y de agentes comunitarios en salud mental

Uruguay

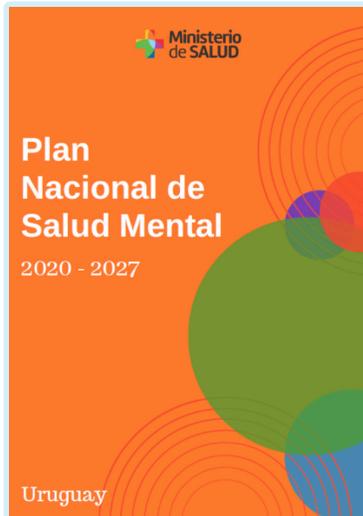
Las condiciones generales de los Servicios de Salud Públicos en Uruguay con un enfoque de salud y cobertura Universal fueron los que se consideraron para incluir la revisión de la Políticas de Salud Mental. Asimismo, en una primera revisión preliminar se identificaron estrategias específicas para la adolescencia pero dentro del Plan Nacional de Primera Infancia, Infancia y Adolescencia 2016-2020.



El enfoque que establece Uruguay en su plan es avanzar en un acceso Universal de los niños, niñas y adolescentes a los Servicios de Salud Mental con accesibilidad en promoción, prevención, atención, rehabilitación y reinserción comunitaria para todos los niños, niñas y adolescentes del país. Por otro lado, se describen esfuerzos en poder integrar la atención de salud mental al marco global de atención salud del sistema y no como un problema a parte o excluyente del concepto de salud mental.

En el contexto del Plan Nacional de Primaria Infancia y Adolescencia se establecen los siguientes objetivos en el componente de salud mental:

Eje temático	Objetivo	Acciones	Meta			Organismos
			Línea de base	2017	2020	
Salud mental	Promover la articulación entre salud y educación para el abordaje de la problemática.	Incorporar la temática de prevención de usos problemáticos de sustancias psicoactivas en el sistema de educación formal.	N/C	Contenido temáticos diseñados.	Temática incorporada en el sistema de educación formal.	MSP- ASSE, JND, INAU, CES, CETP
	Reducir la prevalencia de intoxicaciones étlicas agudas en adolescentes durante los fines de semana.	Cumplimiento de la ordenanza 485: que los adolescentes sean derivados a los espacios adolescentes. Incorporar en la consulta adolescente la entrevista motivacional.	En construcción.	S/D	Reducir a un 15 %.	MSP-JND
	Disponer de una línea de base para el registro de usuarios de psicofármacos y estupefacientes.	Construir una línea de base para el registro de usuarios de psicofármacos y estupefacientes.	No existe línea de base.	Línea de base elaborada.	N/C	MSP
	Reducir la prevalencia de los riesgos y daños asociados al uso de cannabis. Disminuir el consumo de Cannabis en adolescentes.	Desarrollar e implementar campañas de sensibilización y educación pública sobre los riesgos del uso de Cannabis, que aporten a una mayor problematización y desnaturalización el tema.	16,6 % (Encuesta Estudiantes, JND, 2011).	S/D	Aumentar la percepción de riesgo sobre consumo de Cannabis.	MSP
		Desarrollar una política pública integral y eficiente sobre el Cannabis, en el marco del cumplimiento de la Ley 19172 y de los decretos reglamentarios correspondientes (Decretos 120/2014 y 46/2015).	N/C	En proceso.	Política pública desarrollada.	
		Diseñar o fortalecer prestaciones especializadas para el tratamiento de las personas que presenten usos problemáticos de Cannabis dentro del SNIS.	N/C	Prestaciones especializadas diseñadas.	N/C	
	Analizar la demanda y reconfigurar los servicios de internación psiquiátrica implementados por INAU para menores de 18 años.	Diseñar e implementar estudio de la demanda y de desajustes de los servicios. Formular e implementar nuevas respuestas en base a los resultados del estudio.	0	Estudio diseñado e implementado.	Respuestas formuladas e implementadas.	INAU



Recientemente el Ministerio de Salud de Uruguay promulgó el nuevo Plan Nacional de Salud Mental 2020 – 2027. Si bien no existen objetivos o líneas de acción específicas si existen de una manera transversal en las distintas dimensiones:

Las líneas de acción del Plan son 5 y en las cuales se establecen algunos objetivos específicos para la Niños, niñas y adolescentes:

1. Rectoría y gobernanza
2. Intersectorialidad
3. Promoción y prevención
4. Atención
5. Gestión humana y capacitación

Entre las líneas de acción con objetivos específicos está la N°3 de Promoción y prevención con el siguiente objetivo:

- Promover hábitos saludables de vida y fortalecer principales recursos psicosociales en la población de todas las edades con énfasis en niños, niñas y adolescentes (niños, niñas y adolescentes).

Para alcanzar dicho objetivo se establecen las siguientes Líneas estratégicas:

Líneas estratégicas

- Desarrollo de medidas que tiendan al cuidado y crecimiento saludable de niños, niñas y adolescentes, involucrando a los prestadores de salud, la sociedad, especialmente en los escenarios educativos y recreativos.
- Coordinar articulación entre salud y educación para acciones adecuadas y pertinentes en relación a la salud mental de los niños, niñas y adolescentes.
- Estimular la plena participación y cooperación de niños, niñas y adolescentes, sus familias y comunidades en los planes de atención, promoción y prevención primaria en salud mental.

Otro objetivo dentro de la misma línea de acción de Promoción y Prevención está:

- Fomentar formas de integración en los ámbitos educativos y recreativos de la comunidad en que se desenvuelve la vida de niños, niñas y adolescentes (escuela, centros deportivos, espacios recreativos, entre otros).

Las líneas estratégicas para alcanzar dichos objetivos están:

- Promoción de relacionamientos libres de estereotipos de género y discriminación.
- Fomentar e implementar acciones relativas a mejorar la convivencia escolar.
- Contribuir a la finalización de los ciclos educativos en el sistema educativo.
- Desarrollar estrategias que permitan continuidad educativa en el tránsito hacia el mundo laboral.

- Promover y difundir nuevos modelos de convivencia y relación igualitaria y sana entre mujeres y hombres, promueva y difunda modelos sanos de crianza y protección de los niños, con estrategias de apoyo a las madres jefas de hogar, solteras y/o adolescentes y adultas, con estrategias de comunicación de probada efectividad.

Otro objetivo dentro de la misma línea de acción es:

- Modificar la percepción social de niños, niñas y adolescentes (niñas, niños y adolescentes) con problemas de salud mental en la población general.

Las líneas de acción son las siguientes:

- Desarrollar acciones contra la discriminación.
- Sensibilización de la población al sufrimiento psíquico y la psicopatología de niños, niñas y adolescentes.
- Evitar la estigmatización y vulneración de DDHH en estas franjas etarias.

Respecto a la Línea de Acción de Atención del nuevo plan se establecen los siguientes objetivos:

- Realizar detección precoz e intervención oportuna de los problemas en salud mental en niños, niñas y adolescentes.

Líneas estratégicas

- Consolidar la atención primaria como el eje central de intervención en estas edades, favoreciendo una comprensión y abordaje adecuado de la salud mental de niños, niñas y adolescentes.
- Mejorar la capacidad de respuesta y adaptación de los servicios a las características de la población de niños, niñas y adolescentes.
- Fortalecer la atención de niños, niñas y adolescentes con dificultades en sus procesos educativos.

Por otro lado, también se incorporan objetivos que reparan en la situación de niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso y violencia:

- Mejorar la atención específica para las víctimas de maltrato y abuso sexual infantil y otras formas de violencia contra niños, niñas y adolescentes.

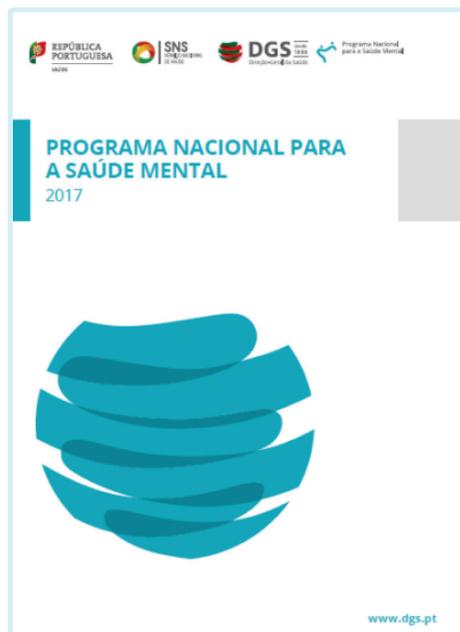
Líneas estratégicas

- Incorporar esta problemática en la atención, por el impacto en la salud y en el desarrollo.
- Desarrollar estrategias de largo plazo tendientes a procurar el cese de la situación de violencia, reparar el daño y prevenir nuevos perjuicios.
- Garantizar la continuidad en la atención integral a través del seguimiento.
- Evaluar y asegurar la atención de otras posibles víctimas en el entorno familiar o escolar.
- Fortalecer la estrategia interinstitucional en la que participan instituciones nacionales, departamentales y de la sociedad civil para el desarrollo de una, política de abordaje de la explotación sexual comercial y no comercial.

Portugal

El Sistema de Salud de Portugal se ha destacado por su despliegue en el territorio con un enfoque abierto de la atención de salud y no bajo la atención de programas focalizados de Salud. El Plan Nacional de Salud Mental hace recomendaciones, y en lo que respecta exclusivamente a la Salud Mental de la Infancia y Adolescencia establece como principales prioridades hasta 2020¹³⁰:

1. Que la SMIA se constituya en área prioritaria de la salud, correspondiendo la urgente creación y/o refuerzo de los equipos multidisciplinares de salud mental de la infancia y adolescencia a nivel nacional, con foco principal en las áreas geográficas más periféricas
2. Implementar, con carácter prioritario, programas de Prevención y Promoción de Salud Mental, basados en modelos ecológicos de intervención y con sustento en la articulación intersectorial
3. Creación de una base nacional de registro epidemiológico de la patología mental en la infancia y adolescencia, que permita ajustar la planeación de los Servicios a las necesidades identificadas
4. Crear indicadores válidos y sensibles al cambio, que posibiliten no solo el monitoreo longitudinal de la calidad de los cuidados brindados, sino también la realización de evaluaciones transversales, permitiendo así una evaluación global del desempeño de los Servicios y del cumplimiento del PNSM.



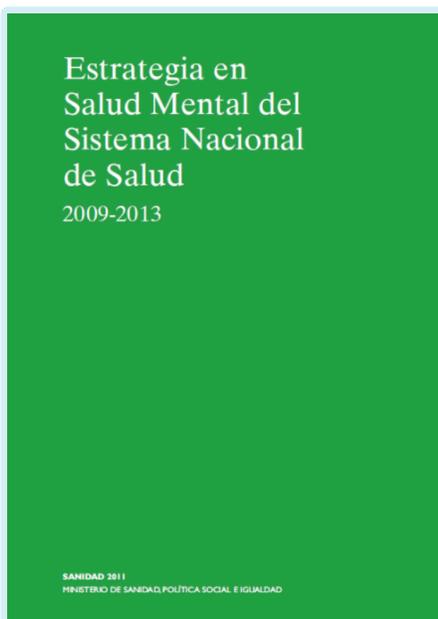
Por otro lado, Portugal cuenta con un Consejo Nacional de Salud Mental que es el órgano asesor en salud mental, que se encarga de emitir opinión y presentar propuestas y recomendaciones al Ministerio de Salud concretamente sobre:

- a) Los principios y objetivos en los que debe basarse la definición de la política de salud mental;
- b) Los derechos y deberes de los usuarios de los servicios de salud mental;
- c) Programas de salud mental.
- d) El plan nacional de actividades e inversiones en el área de salud mental, así como los planes regionales de salud mental;
- e) Formación e investigación en salud mental.

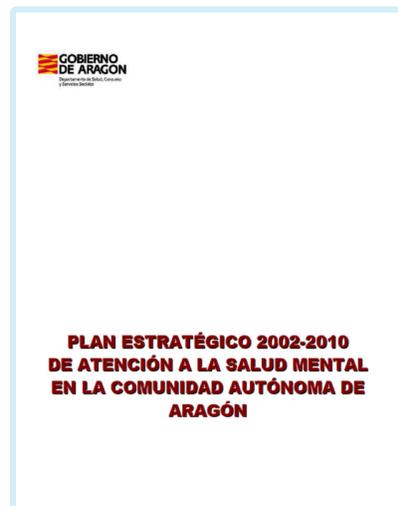
130 Portugal a la vanguardia de la promoción de la salud mental de niños y adolescentes.

España

Se consideró a España debido a la amplia experiencia en Servicios de Salud Mental con base en servicios ambulatorios en el territorio y comunidades, por otro lado, al igual que Canadá cuenta con centros de colaboración de la OMS y la OPS. España está organizada bajo Comunidades Autónomas que también desarrollan documentos específicos a nivel local, no obstante a nivel Nacional el Ministerio de Sanidad ha desarrollado documentos globales que consideran entre una de las líneas de acción el componente de las políticas de salud mental en infancia como la “Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud” (2007) y múltiples programas a nivel de Comunidades Autónomas pero también de un carácter global de salud mental con consideraciones específicas.



En las revisiones preliminares se no se ha logrado identificar Planes o Políticas específicas de Salud Mental para niños, niñas y adolescentes, no obstante, existe un amplio número de documentos generales de planes, políticas o estrategias de salud mental global, con énfasis heterogéneos en infancia y adolescencia, a continuación se muestra una tabla con algunos planes por comunidad autónoma¹³¹:



131 La salud mental de las personas jóvenes en España. Hidalgo Vega.

POLÍTICA: ESTRATEGIA EN SALUD MENTAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD 2009-2013**Datos Generales**

Código ID :	https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/saludmental/SaludMental2009-2013.pdf
País	España
Estado en que se encuentra la política	Vigente y comprometida actualizar el 2021
Órgano conductor	MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD
Objetivos	Mejorar la atención a la salud mental en España
Componentes, servicios o áreas de intervención	<p>Línea Estratégica 1: Promoción de la salud mental de la población, prevención de la enfermedad mental y erradicación del estigma asociado a las personas con trastorno mental</p> <p>Análisis de situación de la promoción de la salud mental</p> <p>Análisis de situación de la prevención de la enfermedad mental, el suicidio y las adicciones</p> <p>Análisis de situación de la erradicación del estigma y discriminación</p> <p>Línea Estratégica 2: Atención a los trastornos mentales</p> <p>Análisis de situación de la atención a los trastornos mentales</p> <p>Análisis de situación en contención involuntaria</p> <p>Línea Estratégica 3: Coordinación intrainstitucional e interinstitucional</p> <p>Línea estratégica 4: Formación del personal sanitario</p> <p>Línea Estratégica 5: Investigación en salud mental</p>
Nivel de implementación	Implementado
Nivel de focalización	Centrado en población adulta
Interseccionalidad	Integración entre los social
Mediciones (existencia sistemas de evaluación)	Mecanismos declarados pero con poca claridad en su proceso de hibernación.
Hallazgos y aprendizajes potenciales	Reflexión respecto a la baja visibilidad y abordaje a la salud mental de infancia y adolescencia, componente que desde la presidencia se a valorado en su actualización y fortalecimiento y foco en infancia y adolescencia, en particular en el escenario para enfrentar la pandemia.



DEFENSORÍA
DE LA NIÑEZ

