

NOMBRE DEL PROGRAMA: PROGRAMA ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

**PROGRAMA NUEVO - VERSIÓN: 3
SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES
MINISTERIO DE SALUD**

CALIFICACIÓN

Objetado técnicamente

I. ANTECEDENTES

PROPÓSITO

Niños, niñas, adolescentes y jóvenes de 0 a 24 años que presentan alto riesgo psicosocial aumentan su adherencia a los tratamientos de salud mental.

DIAGNÓSTICO

Baja adherencia al tratamiento de salud mental de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes de 0 a 24 años con alto riesgo psicosocial.

El 2015 se evalúa técnicamente dificultades de adherencia a tratamientos de las personas con alto riesgo psicosocial que reciben tratamiento en el contexto del Programa de Salud Mental en Atención Primaria, lo cual dificulta acceder a una atención de salud mental integral y/o mantenerse en tratamiento. En esta línea, dentro de la priorización de la población objetivo, la niñez, adolescencia y juventud, en sus diversas dimensiones han presentado argumentos para dar cuenta de los riesgos psicosociales que subyacen a su desarrollo. De esta manera, se observa en la niñez una etapa que requiere planes de intervención integrada transversalmente, pues tal como señala la Alianza de Erradicación de la Pobreza Infantil (2021), el crecer en entornos que presenten situaciones de riesgo físico, emocional o material, aumentan las probabilidades de seguir en ese espacio de riesgo. Asimismo, los efectos que tienen los estímulos del entorno, dentro de los primeros seis años de vida, generan un impacto en el desarrollo neuronal, que no se pueden volver a repetir en etapas posteriores (MINSAL, 2018).

Por otra parte, la adolescencia y juventud presentan elementos que dan cuenta de cambios esenciales en su desarrollo, siendo mucho más profundo que una transición entre etapas de la niñez a la adultez. De tal manera, se observa que los cambios que acontecen en este ámbito, se dan con una rapidez tal, que requieren de un acompañamiento que permita abordar preventivamente los sucesos que en esta etapa se experimentan (MINSAL, 2021). Si bien en Chile, la tasa de suicidio entre los 15 y 29 años, es la segunda causa de muerte a nivel mundial (MINSAL, 2018), la tasa de suicidio en estas etapas del curso de vida ha ido disminuyendo en Chile, observándose una baja mantenida tanto desde las cifras prepandemia hasta la actualidad (BCN, 2021), guardando relación con el auge de las acciones preventivas que se han realizado desde establecimientos educacionales junto con los de salud. En tal sentido, por la multiplicidad de elementos que se conjugan en términos de personalidad y contexto (Población LGBTIQ+, Violencia intrafamiliar, etc) resulta necesario acompañar durante este curso de vida.

Junto a esto, se tiene que el concepto de riesgo psicosocial o complejidad, van de la mano transversalmente con estas etapas del curso de vida, siendo esencial abordar los elementos propios de cada etapa, con los riesgos contextuales que surgen en instancias de exclusión social, donde el propio programa a decidido focalizarse.

En esta línea, la población descrita entre 0 y 24 años, presenta distintos elementos que requieren un acompañamiento activo, especialmente si se considera el impacto que cada acción puede ejercer sobre el posterior desarrollo en la adultez (MINSAL, 2021). En tal sentido, el poder generar lazos que le permitan vincularse con los establecimientos de salud y por lo tanto, establecer elementos para fomentar un proceso de adherencia a los distintos tratamientos que puedan requerir (como también beneficiarse por las acciones preventivas que puedan recibir) constituyen una dimensión instalada como una problemática permanente dentro de la población

Desde la OMS (2004), se define a la adherencia como una instancia de trabajo colaborativo y activo entre el personal de salud y la persona beneficiada, con el fin de potenciar las acciones que promuevan el desarrollo de su propio bienestar. De esta manera, se comprende la adherencia como un elemento necesario para acompañar de un modo adecuado los temas emergentes propios de cada etapa del curso de vida. En este contexto, se observa la falta de adherencia como un problema de alto impacto en los procesos de acompañamiento en salud, especialmente en Salud Mental. Estudios a nivel mundial sitúan la baja adherencia como un fenómeno de alta prevalencia que varía entre 16% a 75% (Capella et al., 2020), lo que en Chile se ha traducido en estudios previos a la pandemia, que sitúan la deserción en niñas, niños y jóvenes a cifras cercanas al 50% (Mendoza, 2016). En esta línea, complementariamente se tienen antecedentes que dan cuenta del modo en que la pandemia por COVID-19 ha afectado la adherencia a los tratamientos en Salud Mental, impactando en la asistencia a los procesos de atención, lo que se observa en las 1.306.584 atenciones de niñas, niños, adolescentes y jóvenes durante 2019, frente a las 570.726 atenciones durante el año 2020 (UNICEF, 2021).

De este modo, la adherencia se ha pensado como un fenómeno que estaría cruzado transversalmente por la influencia del Riesgo Psicosocial a la base de cada NNAJ y su familia, el cual se determina con una ponderación de un 16,7%, según elaboración propia del Ministerio de Salud, en base a una construcción correlativa entre cuatro variables esenciales dentro del ámbito de los determinantes sociales que afectan directamente a NNAJ, como es: Violencia, Pobreza, Prevalencia de Trastornos Mentales y Prevalencia de Suicidio.

Por tal motivo, el modo en que estas variables se relacionan tanto a nivel individual como familiar, definiría en gran medida la influencia del riesgo psicosocial sobre los procesos de adherencia a los procesos de tratamiento en salud (Montenegro et al., 2015).

ESTRUCTURA Y GASTO POR COMPONENTES

Componente	Gasto estimado 2023 (Miles de \$ 2022)	Producción estimada 2023 (Unidad)	Gasto unitario estimado 2023 (Miles de \$ 2022)
Acciones de vinculación con la atención de salud.	823.571	13.613 (Ingresos al año)	60,50
Acciones de acompañamiento	9.748.373	10.890 (Planes de Acompañamiento elaborados)	895,17
Gasto Administrativo	142.751		
Total	10.714.695		
Porcentaje gasto administrativo	1%		
Variación porcentual del gasto respecto a presupuesto inicial 2022	36%		

POBLACIÓN Y GASTO

Tipo de Población	Descripción	2023 (cuantificación)
Población Potencial	Niños, niñas, adolescentes y jóvenes entre 0 y 24 años de edad, con alto riesgo psicosocial. El porcentaje de riesgo psicosocial se establece según criterios que se exponen en el apartado de fuente de información, correspondiendo al 16,7% de la población. Este porcentaje se aplica a la población del país entre 0 y 24 años.	964.140 Personas
Población Objetivo	La población objetivo corresponde a los niños, niñas, adolescentes y jóvenes hasta los 24 años, que acceden a los Centros de Atención Primaria de Salud, inscritas y validadas en Fonasa, y que presentan alguna de las condiciones de alto riesgo psicosocial y baja adherencia a los tratamientos de salud mental en APS. Se consideran condiciones de alto riesgo las siguientes: Depresión perinatal; situaciones de violencia; situaciones de abuso sexual; intentos de suicidio; accidentes debido al consumo problemático y/o dependencia de alcohol y/o drogas vistos en las urgencias de APS adolescentes gestantes; NNA y jóvenes con trastornos psiquiátricos severos, el cual incluye Trastornos del Desarrollo; NNA y jóvenes con vulneración de derechos, incluyendo población de NNA con atención en programas de Mejor Niñez y SENAME; NNA y jóvenes migrantes en situación de vulnerabilidad, NNA que no forman parte del sistema educativo y jóvenes que no se encuentran ni estudiando ni trabajando y NNAJ que se encuentren en situación de calle. Junto a lo anterior, se consideran condiciones que sean priorizadas por los equipos de salud, según diagnóstico local. Se considera baja adherencia a los tratamientos de salud mental, a los NNAJ que ingresan a tratamiento en el Programa de Salud Mental de APS, pero que interrumpen o discontinúan su tratamiento, dejando de recibir las prestaciones por parte del Equipo de Salud. Al disminuir la adherencia al tratamiento, el equipo de salud genera una alerta para que el NNAJ sea incorporado al Programa de Acompañamiento Psicosocial, con el fin de establecer una vinculación con el NNAJ, que le permita ingresar al Programa.	750.066 Personas

Población Beneficiaria	<p>Los criterios utilizados para priorizar a la población beneficiaria son los siguientes: NNAJ con previsión FONASA, inscritos en el establecimiento de salud de APS que corresponde a su domicilio; estar en tratamiento en el programa de salud mental, vivir en la comuna o en el territorio del establecimiento de APS que corresponde al Servicio de Salud donde se implementa el programa.</p> <p>Cuando las personas son derivadas al Programa, el equipo de salud debe realizar una evaluación del riesgo psicosocial. De esta evaluación se obtienen antecedentes para priorizar a los usuarios que serán atendidos.</p> <p>En relación a los criterios de focalización se encuentra el orden de priorización establecido por el equipo de salud local, en relación a los riesgos observados de cada usuario y su familia, utilizando el orden de llegada como el criterio de ingreso.</p> <p>En el caso que existan muchas personas con una evaluación similar del riesgo psicosocial y falta de adherencia al Programa de Salud Mental, se utilizará el orden de derivación como criterio para priorizar.</p> <p>Respecto al cupo, las personas acceden al programa por orden de llegada, hasta agotar los recursos asignados a la comuna.</p>	25.773 Personas
------------------------	--	-----------------

Gasto por beneficiario 2023 (Miles de \$2022)	Cuantificación de Beneficiarios			
	2023 (Meta)	2024	2025	2026
416 por cada beneficiario (Personas)	25.773	30.928	37.113	44.536

Concepto	2023
Cobertura (Objetivo/Potencial)	78%
Cobertura (Beneficiarios/Objetivo)	3%

INDICADORES A NIVEL DE PROPÓSITO			
Nombre del Indicador	Fórmula de Cálculo	Dimensión	2023 (Estimado)
Porcentaje de egresos por alta clínica de NNAJ del programa de salud mental que recibieron prestaciones del Programa de Acompañamiento Psicosocial en año t	$(\text{Número de NNAJ que egresan por alta clínica del programa de salud mental que recibieron prestaciones del Programa de Acompañamiento Psicosocial en año } t / \text{Número de NNAJ en control en Programa de Acompañamiento Psicosocial en año } t) \times 100$	Eficacia	20%
Porcentaje de NNAJ que aumentan el puntaje en instrumento de evaluación del funcionamiento familiar al egreso del programa en año t	$(\text{Número de NNAJ que aumentan en un 20\% el puntaje en instrumento de evaluación del funcionamiento familiar al egreso del programa de acompañamiento en año } t / \text{Número de personas que egresan del programa de acompañamiento en año } t) \times 100$	Eficacia	20%

INDICADORES A NIVEL DE COMPONENTES

Nombre del Indicador	Fórmula de Cálculo	Dimensión	2023 (Estimado)
Diferencia porcentual de ingresos al Programa de Acompañamiento Psicosocial	$(\text{N}^\circ \text{ de ingresos al Programa de Acompañamiento Psicosocial año } t - \text{N}^\circ \text{ de ingresos al Programa de Acompañamiento Psicosocial año } t-1) / \text{N}^\circ \text{ de ingresos año } t-1) \times 100$	Eficacia	24%
Porcentaje de NNAJ que presentan Planes de Acompañamiento elaborados al ingreso del programa en año t	$(\text{N}^\circ \text{ de NNAJ con Plan de Acompañamiento elaborado al ingreso del Programa de Acompañamiento en año } t / \text{N}^\circ \text{ de NNAJ ingresados al Programa de Acompañamiento en año } t) \times 100$	Eficacia	80%

II. EVALUACIÓN

EVALUACIÓN GENERAL

El programa cumple en términos de atingencia (pertinencia del diseño del programa para resolver el problema o la necesidad, en relación a la población que se ve afectada por dicho problema). No obstante, no cumple en coherencia (relación o vínculo entre sus objetivos, población a atender y su estrategia de intervención), ni en consistencia (relación entre el diseño planteado y su posterior ejecución, analizada a partir de la definición de indicadores, del sistema de información y los gastos planificados). Se requiere que la institución proponente profundice en la especificación de ciertos elementos que se indican en adelante.

Atingencia: Se evidencia la pertinencia del diseño del programa para resolver el problema o la necesidad identificada en relación a la población que se ve afectada.

Coherencia: Se observa una limitada relación entre los objetivos (fin, propósito y componentes), la población a atender y la estrategia de intervención propuesta. Se debe revisar la definición de las poblaciones y uno de los componentes del programa.

Consistencia: Se observa una limitada relación entre el diseño y su posterior ejecución, analizada a partir de los indicadores y los gastos planificados. Se deben realizar modificaciones en los indicadores y gastos del programa.

EVALUACIÓN POR ÁMBITO

Diagnóstico de la Necesidad del Programa: La explicación de cómo se cuantifica la población potencial se debe especificar únicamente en el apartado de la fuente de información utilizada. En la descripción dejar "Niños, niñas, adolescentes y jóvenes entre 0 y 24 años de edad, con alto riesgo psicosocial".

En la población objetivo se requiere por qué se cuantifica a partir de bases de datos de la población adscrita a ONGs, ya que este criterio no es mencionado previamente.

En la población beneficiada se incluye un párrafo que hace referencia a los criterios de focalización, pero se describen los de priorización, lo que se debe corregir. Se debe considerar además la población de arrastre para los años siguientes. En el año 2023, el programa cuantifica como población beneficiaria a 25.773 personas. Sin embargo, según las metas establecidas en los indicadores, se estima que egresarán del programa 15.972 personas en el mismo año. Por lo tanto, 9.801 beneficiarios que no egresarán en el 2023 seguirán siendo atendidos por el programa en el 2024 -y así sucesivamente-.

Estrategia del Programa: En el primer componente "Acciones de vinculación con la atención de salud" se debe revisar la definición de la unidad de medida de su producción. En esta versión del formulario se define como "Ingresos al año". No obstante, esto no da cuenta de la provisión del bien o servicio provisto por el componente. Del mismo modo, se debe revisar la unidad de medida del segundo componente "Acciones de acompañamiento".

Indicadores: En el segundo indicador de propósito revisar que el nombre del indicador coincida con su fórmula de cálculo, ya que sólo en la segunda se establece un porcentaje específico (20%) de aumento en el puntaje del instrumento de evaluación. Además, explicar en la metodología cuáles son los criterios para establecer que un aumento de un 20% es suficiente para medir el logro del propósito. En términos de redacción, se sugiere especificar que los NNAJ aumentan en "al menos" un 20% el puntaje ya que, tal como está descrito, se interpreta que se están considerando sólo a aquellos que alcancen este porcentaje. Por último, revisar la estimación de personas egresadas ya que ésta es igual para todos los años (15.972).

Se debe revisar la pertinencia del primer indicador complementario, el cual mide la variación de los ingresos al Programa de Acompañamiento año a año. Suponiendo que en el Programa de Salud Mental mejore la adherencia de las personas a tratamiento, los ingresos al de Acompañamiento disminuirían, lo que también podría considerarse como un resultado positivo. En su lugar, se sugiere considerar un indicador que permita medir los ingresos respecto al total de personas del Programa de Salud Mental que presenten baja adherencia a tratamiento.

Respecto al segundo indicador complementario, la elaboración de Planes de Acompañamiento al ingreso del programa no permite dar cuenta

de cuál fue el resultado de ellos. Por lo tanto, se sugiere que el indicador pueda medir el N° de NNAJ que cumplen con los objetivos del Plan de Acompañamiento en el año t respecto al total de ingresados al Programa para el mismo año.

Gastos: Respecto a los gastos asociados a la producción de los componentes, si bien en esta versión se describe el refuerzo de horas de los profesionales necesarios en el componente N°1, no se realiza en el componente N°2, ya que se menciona que fue descrito en el primero. No obstante, se debe especificar qué proporción de las horas consideradas se destina en cada uno de los componentes para poder valorizar adecuadamente el gasto asociado a su producción.

Además, se reitera la consulta acerca de si el programa no cuenta con profesionales del nivel central que estén a cargo del diseño y la implementación del programa. En esta versión del formulario sólo se señala que se cuenta con un profesional que supervisa.