

22 de diciembre de 2014

Estudio de resultados y costos del programa piloto de salud mental

Ministerio de Desarrollo Social

Licitación: 711841-28-LE14

Medwave Estudios Limitada

Introducción

Este informe presenta los resultados obtenidos en el estudio y los costos asociados a la ejecución del programa piloto de salud mental en el periodo de análisis.

El programa piloto de salud mental se inicia a partir del trabajo de la mesa intersectorial que el Ministerio de Desarrollo Social y el Ministerio de Salud realizan en 2011, para la priorización de la atención de salud mental de poblaciones en situación de vulnerabilidad que presentan necesidades de atención en la red pública. Se define como población objetivo, a las personas del programa Calle y los niños, niñas y adolescentes que se encuentra con algún adulto significativo privado de libertad y son usuarios del programa Abriendo Caminos.

Un antecedente de este programa piloto, es la implementación de servicios complementarios de salud mental, dentro del programa Abriendo Caminos.

Estos servicios fueron diseñados durante el 2010, por los ejecutores de Abriendo Caminos, que observan la persistencia de las dificultades de atención en la población con este tipo de problemas o trastornos y la falta de estrategias de atención específicas de salud que hicieran de complemento para el trabajo psicosocial que realizan los ejecutores.

Es de especial relevancia el abordaje de esta carencia de atención de salud mental, considerando que en las regiones del mundo con mayor carencia de estos recursos de atención, es donde se encuentran los porcentajes más altos de trastornos entre la población menor de 19 años Así como lo determinado por la Encuesta Nacional de Salud 2009-2010 que reporta un 17,2% de la población chilena mayor de 15 años que ha presentado síntomas depresivos.

1 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El Programa piloto de salud mental está muy bien evaluado por sus usuarios en cuanto a los profesionales con los que se relacionan, así como de los beneficios personales que percibe que obtiene, los avances que ha tenido en cuanto a su autopercepción, a la percepción de su situación y a las condiciones de vida, así como en relación a sus capacidades sociales y de relacionamiento con otros, como con los deberes que tiene.

Desde la perspectiva de los profesionales que intervienen directamente en la prestación del programa, así como de aquellos que tienen un rol de gestión más global, es necesario considerar aspectos de constitución y organización del programa.

Esto tiene relación con la percepción de las personas que trabajan en el programa.

La dinámica con que se constituyó más bien desde la voluntad de generar una solución a un problema de acceso a prestaciones de salud de manera “urgente” y a juicio de los profesionales, sin darle una orgánica o “modelo” que se hiciera cargo de las políticas ya implementadas o en implementación en el sector de la salud.

Esto ha implicado la discusión acerca de la complementariedad, de la sobre intervención, de la equidad y la focalización respecto del acceso a la salud mental para determinadas personas en condiciones de especial vulnerabilidad en el contexto de un país de “ingresos medios” y otras consideraciones que llaman a desarrollar un trabajo de diseño o rediseño, rescatando los mejores resultados de la experiencia y los modelos de organización y gestión que se han dado los diferentes prestadores y gestores del programa. En este caso, el Ministerio de Desarrollo y al menos un servicio de salud, están ejecutando o por ejecutar algunos proyectos orientados en tal sentido.

El trabajo conjunto con el Ministerio de Salud, en el nivel central, rector de la salud en Chile, aparece como escaso. El cambio de gobierno mantuvo la continuidad del programa, pero es a nuestro juicio, una continuidad que trae dudas acerca de la mejor manera de avanzar, pero que no se ha concretado en acciones complementarias con el Ministerio de Salud. Esto es un riesgo importante que debe ser abordado, porque finalmente las prestaciones del programa son realizadas desde el sistema de salud.

Estos dispositivos, desde la mirada del encargado de salud mental del Ministerio de Salud, serían un aporte fundamental para el rescate y seguimiento de los pacientes-usuarios que tienen las condiciones de vulnerabilidad que abordan los programas de origen, y que por lo mismo, son de una dificultad mayor para los profesionales de la salud mental en el territorio.

No los ve como un prestador directo de salud mental y eso es una muestra de la necesidad del trabajo de diseño de modelo en conjunto con el organismo rector.

El abordaje político de la focalización o de los derechos universales aparece como una de las discusiones importantes que resolver en la práctica. La mirada de los profesionales en el terreno y de los profesionales que actúan en los centros de salud puede ser considerada y sus preocupaciones abordadas, toda vez que es entendible que las perspectivas de los profesionales del Ministerio de Desarrollo, aun yendo en el mismo sentido, tienen matices que no pueden ser pasados por alto en el momento de desplegar este programa a más comunas del país.

El caso de los “kinesiólogos IRA-ERA”, de las “Salas IRA-ERA”, presentó una dificultad mayor desde el proceso de atención hasta la gestión de los centros de salud, toda vez que lo que terminó instalándose, fue la idea de que había islas definidas por presupuestos especiales para personas con ciertos problemas de salud y no otros. Desde lo organizacional es un problema no menor y que repercute finalmente en los pacientes de cada centro de salud.

En este estudio se consideró una revisión de los costos del programa. Esta parte del estudio se desarrolló con la metodología descrita en este y otros informes, que nos ayudó a determinar que los costos calculados por el consumo de recursos financieros y la verificación que realizamos en terreno a través de

la encuesta foco son consistentes entre sí y razonables con respecto a los costos de las mismas prestaciones en los centros de salud públicos.

Para el programa Abriendo Caminos se puede estimar un costo por prestación total de \$35.819.- El componente de mayor importancia es el RR.HH. con una participación de 73% del costo total.

Respecto del programa Calle, se puede estimar un costo por prestación total de \$16.320.- En este caso, el componente de costo de RR.HH. tiene una participación de casi 80% del costo total.

El programa es recomendable para su proyección específica, considerando los datos arrojados por este y otros estudios, de manera de extender su cobertura, en el modelo que se decida realizar por el Ministerio de Desarrollo Social y el Ministerio de Salud.

Algunas recomendaciones:

- Estudiar el impacto sanitario del programa en los usuarios.
- Hacer seguimiento de los usuarios que participan en el programa, así como tener actualizadas las bases de datos de ellos, la información personal de cada usuario y de contacto. Se debe mantener y proteger la confidencialidad de los datos que se entreguen, especialmente del diagnóstico clínico y el tratamiento que siguen los usuarios.
- Considerar la entrega prestaciones a los familiares directos de aquellos usuarios del PAC que solicitan apoyo psicológico o emocional, ya que el estado del niño, niña y/o adolescente depende también de la situación familiar en la que se encuentre y el estado de la persona a cargo el niño, niña y/o adolescente.
- Analizar la necesidad de una política integral en salud mental que involucre todas las instituciones, organismos y personas, así como de equipos multidisciplinarios que trabajen en los distintos ámbitos.
- Revisar la infraestructura necesaria para acoger las necesidades específicas de esta población.
- La importancia de estudiar a esta población y de conocerla para adecuar el programa a las necesidades y condiciones específicas de esta población; así como identificar las condiciones necesarias para su atención y seguimiento, tanto por el equipo de profesionales de salud mental, como por otros profesionales de apoyo. (Ficha revisión documental N°1).
- La relevancia de la complementariedad y coordinación de programas de trabajan con esta población. (Ficha revisión documental N°1)

- El entender a las personas en situación de calle como individuos sociales que tienen otras referencias valóricas, respetándolas y considerándolas a la hora de diseñar políticas enfocadas en ellos. (Ficha revisión documental N°1)
- Necesidad de estudiar y conocer las características de la población a fin de realizar una política pública focalizada y adecuada a la población objetivo, fuera de estigmatización y prejuicios sobre la situación en la que viven. (Ficha revisión documental N°2).

2 CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DEL PILOTO DE SALUD MENTAL

OBJETIVOS

Mejorar el acceso a la atención en Salud Mental a las personas en situación de calle a través de un modelo de atención adecuado y pertinente.

Brindar atención especializada y oportuna en Salud Mental, dentro de la red pública a los niños, niñas y adolescentes que han sido separados de algún adulto significativo por su privación de libertad.

MISIÓN

Priorizar la vinculación y coordinación con la red institucional local para generar instancias de atención especializada en Salud Mental, tanto para los niños, niñas y adolescentes como para las personas en situación de calle.

ALCANCE DEL PROGRAMA PILOTO

El Piloto se realiza en tres servicios de salud del área Metropolitana y seis comunas:

Zona	Servicio de Salud	Municipio	Programas
Norte	Metropolitano Norte	Recoleta Colina	Calle y Abriendo Caminos
Central	Metropolitano Central	Maipú Santiago Estación Central	Calle y Abriendo Caminos
Sur	Metropolitano Sur	San Bernardo	Calle
Beneficiarios derivados del programa Abriendo Caminos			208
Beneficiarios derivados del Programa Calle			146
Total Beneficiarios del piloto de salud mental			354
Número de profesionales del piloto			18
			Psicólogo, Terapeuta Ocupacional y Psiquiatra por cada comuna

Fuente: Documento de propuesta del Ministerio de Desarrollo Social

Durante el proceso del estudio, pudimos detectar que la información inicial con la que contábamos, era diferente de los datos reales. Esto, sin embargo se debe a que los datos son una “fotografía” en un instante del tiempo, considerando entradas y salidas del programa, en el periodo de análisis se pudieron encontrar en las bases de datos entregadas por el Ministerio de Desarrollo Social:

Comuna	Corregido
Maipú	102
Colina	131
Estación Central	74
Recoleta	44
San Bernardo	34
Santiago	24
Total	409

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Dar cuenta de los resultados alcanzados por el piloto de salud mental 2012-2014, con el fin de conocer los aspectos relevantes de la intervención y determinar los costos y recursos invertidos como insumo para la elaboración de un programa permanente y regular de atención en salud mental para grupos con alta vulnerabilidad social.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1) Describir las características principales del programa piloto de salud mental de acuerdo a variables relevantes de su ejecución.
- 2) Describir las percepciones de los usuarios y equipos profesionales con respecto a la intervención realizada, así como identificar y analizar los principales factores facilitadores y obstaculizadores de esta.
- 3) Determinar las ventajas de la atención de grupos con requerimientos específicos y el nivel de logro de la estrategia de atención de salud mental en esta población con respecto a la pertinencia de la atención.
- 4) Desarrollar una metodología de estimación y análisis para la atención de los grupos. Así mismo se busca establecer los costos del programa a nivel de las comunas.
- 5) Realizar recomendaciones en base a la información obtenida del piloto de salud mental, de una manera comprensiva, considerando además la experiencia desarrollada en el territorio y la incorporación de otros grupos de interés para la política social en salud mental como son los niños, niñas y adolescentes en situación de calle.

3 METODOLOGÍA DEL ESTUDIO

En consonancia con los objetivos se debe tener presente que la evaluación de los costos y recursos necesitaba de métodos sustancialmente distintos a los que deben utilizarse para evaluar características y resultados. Por lo tanto, este documento consta de dos vertientes. La vertiente formada por el conjunto de métodos para evaluar resultados, y la formada por los métodos para evaluar los costos y recursos.

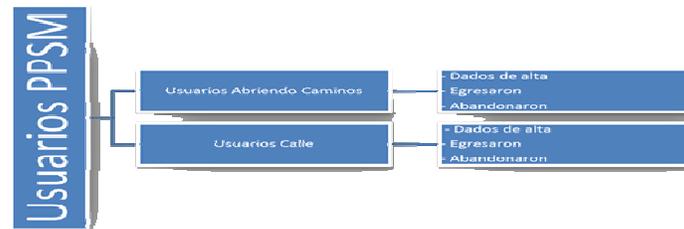
3.1 METODOLOGÍA PARA EL ESTUDIO EN SU COMPONENTE DE RESULTADOS

La siguiente es la metodología que fue utilizada en acuerdo con el Ministerio de Desarrollo Social para realizar el estudio.

ENCUESTAS A USUARIOS DEL PILOTO DE SALUD MENTAL

Se aplicó una encuesta a los usuarios del programa piloto de salud mental, tanto a aquellos derivados del programa Calle, como del programa Abriendo Caminos, y aquellos usuarios en proceso de intervención, los que han sido dados de alta, egresados o han abandonado el programa. Lo anterior para indagar en la satisfacción de los beneficiarios en cuanto a la atención recibida, así como la imagen que los usuarios tienen con respecto a su propio proceso de desarrollo dentro del programa. Por otro lado se indagó en la

adherencia al programa, la percepción de calidad y proximidad de la atención en terreno, la pertinencia de la atención y el tratamiento recibido.



Las encuestas fueron aplicadas por profesionales en terreno, para luego ser digitadas en una base de datos diseñada para tal fin, en formato SPSS, y posteriormente validadas y controladas por otro profesional.

METODOLOGÍA Y JUSTIFICACIÓN

Las personas fueron encontradas en sus hogares, hospederías o en el centro de atención de salud al que acuden para hacer uso del programa. Esto con el apoyo para la coordinación del Ministerio de Desarrollo Social y los centros de atención en general.

Se considera que fue la técnica más apropiada para indagar en la opinión y percepción de los usuarios, logrando una representatividad adecuada a las características que presenta el universo y pudiendo sistematizar los datos para un análisis en profundidad, desde la perspectiva de los usuarios, de los logros obtenidos, las dificultades y los facilitadores para el programa.

UNIVERSO Y MUESTRA

Para la identificación de aquellos a encuestar, se tomó como universo a aquellos beneficiarios que han participado del programa al año 2014, que al cierre del período están en estado de ‘alta’, ‘se mantiene’, ‘seguimiento’, ‘abandona’ o ‘egresa’, según las bases de datos¹ entregadas por la contraparte técnica.

Se decidió realizar un muestreo estratificado en dos etapas, por cuotas proporcionales; es decir:

- **Universo:** todos aquellos que participan o participaron del programa piloto de salud mental, en las 6 comunas definidas, Santiago, Recoleta, Estación Central y San Bernardo con el programa Calle, Maipú y Colina con el programa Abriendo Caminos). Estos son 409 personas según la base de datos mencionada.
- **Primera etapa:** conformación de grupos según programa de origen (Calle y Abriendo Caminos) y sexo.
- **Segunda etapa:** conformación de subgrupos según comuna.

¹ Se han tomado los archivos en formato xls con nombre “listado de beneficiarios...” y “usuarios Caminos...”; siendo 5 archivos que se han unificado, para formar y caracterizar al universo para la muestra.

- **Muestra:** de cada uno de estos grupos (comunidades), se crearon cuotas, proporcionalmente según sexo, formando así la muestra a ser encuestada.

La siguiente tabla muestra el universo en la primera y segunda etapa de estratificación.

Universo en la primera y segunda etapa de estratificación

Total Programas	Usuarios	Proporción	Porcentaje
Programa Abriendo Caminos	233	PAC/PSM:	56,97%
Programa Calle	176	PC/PSM:	43,03%
Programa de salud mental	409	Total	100,00%

PAC: Programa Abriendo Caminos

PC: Programa Abriendo Caminos

PSM: Programa de salud mental

Cálculo de la muestra

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * (p * q)}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * (p * q)}$$

Dónde:

N = Total de la población = 409

Z α = 1.96² (95% de confianza)

p = proporción esperada = 50% (conservadora)

q = 1 - p

d = precisión = 5%

$$n = \frac{409 * 1.96^2 * (0,5 * 0,5)}{0,05^2 * (409 - 1) + 1.96^2 * (0,5 * 0,5)} = 198,345 \approx 199$$

Proporcionalidad

PSM total:	409	Muestra calculada:	199		
PAC total:	233	PAC/PSM:	56,97%	Muestra PAC:	113,37
PC total:	176	PC/PSM:	43,03%	Muestra PC:	85,63

Sexo

Programa Abriendo Caminos			
Sexo	Usuarios	% sobre PAC	Muestra
Mujeres	106	45%	51,57
Hombres	127	55%	61,79

Sin dato	0	0%	0
Total	233	100%	113,37

Programa Calle			
Sexo	Usuarios	% sobre PC	Muestra
Mujeres	57	32%	27,73
Hombres	119	68%	57,9
Sin dato	0	0%	0
Total	176	100%	85,63

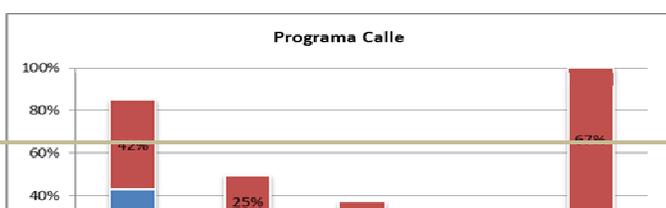
Comuna

Programa Abriendo Caminos			
Comuna	Usuarios	% sobre PAC	Muestra
Maipú	102	44%	49,63
Colina	131	56%	63,74
Total	233	100%	113,37

Programa Calle			
Comuna	Usuarios	% sobre PC	Muestra
Estación Central	74	42%	36
Recoleta	44	25%	21,41
San Bernardo	34	19%	16,54
Santiago	24	14%	11,68
Total	176	100%	85,63

De esta forma, las cuotas que forman el muestreo final es la que se presenta en el siguiente cuadro, debiéndose encuestar a 199 personas según esta distribución.

Sexo	Programa Calle				Programa Abriendo Caminos		Total
	Estación Central	Recoleta	San Bernardo	Santiago	Maipú	Colina	
Mujeres	12	7	5	4	23	29	80
Hombres	24	14	11	8	27	35	119
Total	36	21	16	12	50	64	199





Los sujetos a encuestar para cumplir con las cuotas previstas fueron seleccionados según disponibilidad y posibilidad de ubicarlos, sobre la base de la lista de beneficiarios a la que se hiciera referencia.

Es importante señalar que en el proceso de búsqueda nos encontramos con dificultades derivadas de las características propias del programa Calle, que como veremos hizo difícil lograr las muestras diseñadas en su totalidad. Sin embargo, esto es en sí mismo un resultado verificable del programa.

PRE-TEST

Para validar el instrumento se realizó un pre-test que consistió en administrar el instrumento a un número menor de personas, en este caso a 25 usuarios de la muestra.

Estos fueron usuarios actuales o pasados del programa de salud mental. En esto se puso a prueba el instrumento, así como las condiciones en las que se aplicó y los procedimientos involucrados en esto. Es decir, si las instrucciones se entienden, si los ítems funcionan de manera adecuada en cuanto al lenguaje, a las categorías de respuesta propuestas, a la redacción de las mismas, al tiempo que toma aplicar el instrumento y a las dificultades encontradas.

Por otra parte, la contra parte del Ministerio de Desarrollo Social revisó y propuso algunos cambios menores, que fueron incorporados antes del pre-test.

El instrumento resultó adecuado, no hubo modificaciones mayores a realizar y las encuestas realizadas en esta fase se incorporaron a la base de datos final como se señaló en el primer informe metodológico.

VALIDACIÓN Y SUPERVISIÓN

Para la supervisión del trabajo en terreno semanalmente se realizó una pauta de informe de trabajo, que permitió hacer seguimiento al avance del desarrollo de las encuestas, coordinar la logística del estudio, así como la validación de las encuestas aplicadas.

Las encuestas fueron digitadas en la base de datos de manera paralela a su aplicación.

ANÁLISIS

El análisis de los datos obtenidos de las encuestas se realizó mediante el software de análisis estadístico para las ciencias sociales, SPSS, en función de los objetivos de este estudio.

ENTREVISTAS SEMIESTRUCTURADAS

Se realizaron entrevistas con el objetivo conocer la experiencia y percepción de diferentes actores relacionados con el programa respecto del mismo, de su implementación, desarrollo y objetivos, los recursos disponibles, los resultados sobre los usuarios y su evolución, así como las necesidades y falencias del programa.

- **Entrevistas a personas clave**

Las entrevistas a personas clave que se realizaron fueron las siguientes:

Cargo	Nombre	Institución
Profesional Piloto de salud mental (Departamento de Diseño Metodológico)	Elizabeth Brito	Ministerio de Desarrollo Social
Jefe Unidad de Salud Mental de la Subsecretaría de Salud Pública	Dr. Mauricio Gómez	Ministerio de Salud
Referente Técnico Programa de para usuarios del programa Calle y programa Abriendo Caminos	Patricia Panchana	Servicio de salud Metropolitano Central
Jefe departamento de salud mental del municipio, contraparte municipal del Programa de salud mental, Director de COSAM	Leonardo Pérez	Dpto. de Salud Mental / COSAM

- ***Entrevistas a profesionales del programa de salud mental***

Se realizaron entrevistas a los profesionales que trabajan en el programa de salud mental del nivel operativo. La selección de los profesionales a entrevistar fue de acuerdo a la disponibilidad y disposición de estos a dar la entrevista. Durante el periodo del estudio se produjeron despidos de equipos, profesionales y la carga de trabajo de estos equipos nos obligó a hacer el trabajo de manera consecutiva y no paralela, debido al tiempo que podían destinar estos profesionales para el desarrollo de estas encuestas.

Cargo	Nombre
-------	--------

Cargo	Nombre
Psicóloga PSM Calle	Nicole Carrizo
Terapeuta Ocupacional, PSM Caminos	Vania Martínez
Coordinadora Calle	Karina Muñoz
Coordinador CES 5	Jorge Ruiz
Trabajador Social, PSM Calle	Alejandro Romo
Monitora, PSM Calle	Juana Yáñez

- **Grupos focales**

No se realizaron grupos focales debido a los problemas de tiempo de profesionales de los programas y con contratos ya terminados en esta época del año, considerando además el tiempo acotado para desarrollar este estudio.

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Se realizó una revisión bibliográfica y documental sobre experiencias y programas similares, tanto nacionales como internacionales, de salud mental en poblaciones vulnerables.

Dado que la temática planteada es amplia, y en virtud que el presente estudio no tenía entre sus objetivos específicos la revisión de la literatura, es que la aproximación fue de tipo exploratorio y no exhaustivo ni sistemático.

Los resultados de la búsqueda y revisión de la literatura son entregados en el formato de 5 fichas acordadas en el primer informe.

DESCRIPCIÓN DE UNA EXPERIENCIA RELEVANTE – FUNDACIÓN PARÉNTESIS

Este estudio consideró la descripción de la experiencia del trabajo desarrollado por la fundación Paréntesis, particularmente con niños en situación de calle. Para esto se desarrollarían entrevistas con los responsables del trabajo de la fundación. Debido a la imposibilidad de concurrir a la zona donde se desarrolla el trabajo, (no estaba en los presupuestos del estudio), se realizó una video conferencia en la que se indagó en esta experiencia con profesionales del programa en Tarapacá.

3.2 METODOLOGÍA PARA EL ESTUDIO EN SU COMPONENTE DE COSTOS

En este acápite se describen los métodos y consideraciones técnicas para realizar el estudio de costos que tiene como objeto las prestaciones de salud mental que los usuarios del programa reciben de parte de los equipos de salud.

ABORDAJE DEL COSTEO

El método para abordar este costeo consideró definir el objeto del mismo, determinar el consumo de recursos, valorizar los recursos y abordar el costo social de este programa.

DEFINIR EL OBJETO DEL COSTEO

Este paso consideraba describir en suficiente detalle el proceso que se quería costear, caracterizándolo de manera de obtener unidades analizables como actividades de servicios de salud. Estas son prestaciones asociadas a los diferentes profesionales del programa.

DETERMINAR EL CONSUMO DE RECURSOS

Para que estas actividades puedan ser realizadas es necesario incurrir en el consumo de recursos que componen las prestaciones que se hayan identificado. Estos consumos pueden ser, por ejemplo, horas médicas, cantidad de medicamentos, insumos, etcétera. Para esto se aplicó la metodología de “Encuesta de Foco” y micro costeo, que se describió en el primer informe.

COSTOS SOCIALES

En el trabajo de campo del estudio de resultados, se incluyeron preguntas orientadas a determinar los costos sociales del programa. Se consultó sobre gastos de traslado, tiempos de traslado y eventuales costos alternativos de los usuarios.

ANÁLISIS DE DATOS PRESUPUESTARIOS Y DE GESTIÓN

Se utilizaron las bases de datos, los informes de gestión, los documentos de convenios y otros disponibles para evaluar el programa en cuanto al uso de sus presupuestos, su evolución y la ejecución. Así mismo, se desarrolló un análisis de los costos globales por comuna, utilizando estos datos, lo que permite contrastarlo con el resultado del costeo.

Aspectos éticos

APLICACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

A todos los entrevistados, se les entregó la información relevante sobre el estudio, su origen y objetivos. Según lo señalado en el primer informe, se obtuvo el consentimiento de manera verbal o en registro de audio, en los casos del programa Calle donde se justificó este uso, dada la condición de los entrevistados. Para el caso de Abriendo Caminos, el consentimiento fue firmado por el entrevistado, mayoritariamente, cuidadores de los niños en el programa.

4 ESTUDIO DE RESULTADOS DEL PROGRAMA PILOTO DE SALUD MENTAL

4.1 DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO DE CAMPO

Se trabajó en terreno con un psicólogo que realizó encuestas a usuarios y entrevistas con personal del programa, los ejecutores y los centros de salud. También participaron en entrevistas a personas claves, profesionales del programa y de la fundación Paréntesis, un ingeniero comercial con experiencia en

gestión de salud, (coordinador del proyecto) y un científico político experto en análisis económico de salud. Este trabajo tomó un tiempo de 20 días corridos.

La supervisión de este trabajo fue realizada por el coordinador del proyecto quien recibió reporte directo de las personas en terreno. Paralelamente, la investigadora principal monitoreó y dio soporte al trabajo de campo. Se contó con reportes internos semanales que mostraban las distintas acciones de coordinación realizadas así como las dificultades encontradas.

Para la coordinación de las visitas y entrevistas, se contó con la cooperación de la contraparte técnica del Ministerio.

Las encuestas fueron digitadas en la base de datos por el mismo profesional que las realizó, lo que disminuye problemas de digitación relacionados con la comprensión de lo escrito en papel. Por otro lado, en el análisis de datos inicial se revisó la lógica interna de estos, teniendo el soporte en papel para verificar en caso de duda y resolver los problemas de digitación encontrados. Este soporte en papel, se ha respaldado en formato digital, *.pdf.

También se respaldó un registro de audio de las encuestas y entrevistas realizadas.

Universo y muestra

El Universo considerado para realizar la muestra fue de un total de 409 beneficiarios que han participado del programa al año 2014, que al cierre del período están en estado de ‘alta’, ‘se mantiene’, ‘seguimiento’, ‘abandona’ o ‘egresa’, según las bases de datos² entregadas por la contraparte técnica.

Se realizó un muestreo estratificado en dos etapas, por cuotas proporcionales según comuna y sexo. De esta manera se llegó a una muestra de 199 personas, con un 95% de nivel de confianza y un margen de error del 5%. Sin embargo, debido a las dificultades encontradas en terreno, que se explicitan a continuación, la muestra efectiva que fue encuestada totalizó 153.

Se realizó el análisis con los datos obtenidos que finalmente nos permiten obtener un 94% de nivel de confianza y un margen de error del 6%. Esto se justifica en la dificultad encontrada en terreno para encuestar a los usuarios del programa calle.

En las siguientes tablas se muestra la distribución de la muestra diseñada y aquella lograda con los deltas para cada cuota, en cada comuna.

Sexo	Programa Calle														
	Estación Central			Recoleta			San Bernardo			Santiago			Totales programa		
	D	L	d	D	L	d	D	L	D	D	L	d	D total	L total	d total
Mujeres	12	1	-11	7	5	-2	5	0	-5	4	6	2	28	12	-16
Hombres	24	11	-13	14	7	-7	11	10	-1	8	0	-8	57	28	-29
Total	36	12	-24	21	12	-9	16	10	-6	12	6	-6	85	40	-45

² Se han tomado los archivos en formato xls con nombre “listado de beneficiarios...” y “usuarios Caminos...”; siendo 5 archivos que se han unificado, para formar y caracterizar al universo para la muestra.

Sexo	Programa Abriendo Caminos								
	Maipú			Colina			Totales programa		
	D	L	d	D	L	D	D total	L total	d total
Mujeres	23	16	-7	29	29	0	52	45	-7
Hombres	27	32	5	35	36	1	62	68	6
Total	50	48	-2	64	65	1	114	113	-1

Sexo	Total muestra y logrado		
	D	L	d
Mujeres	80	57	-23
Hombres	119	96	-23
Total	199	153	-46

D: diseñado; L: logrado; d: diferencia

Según los datos presentados en las tablas precedentes:

- La comuna con mayor dificultad para lograr encontrar a los usuarios fue Estación Central donde se pudo entrevistar a un 33,33% de lo diseñado y la con mejores condiciones para el desarrollo de las encuestas, es Colina, con 100% de la muestra diseñada.
- En el programa Calle se encontró la mayor dificultad para localizar a los usuarios, pudiendo aplicar la encuesta al 47,05% de la muestra diseñada.
- En el programa Calle se logró encontrar al 42,85% de las mujeres y al 49,12% de los hombres de la muestra diseñada.
- En el programa Abriendo Caminos, se logró un 99,12% de la muestra diseñada.
- Para toda la muestra diseñada, se logró un 71,25% de las mujeres, un 80,67% de los hombres y un total para ambos sexos y programas del 76,88%.

Detalle del trabajo en terreno

PROGRAMA ABRIENDO CAMINOS

Del programa Abriendo Caminos se encuestaron a los usuarios de las comunas de Colina y de Maipú. En total se logró realizar 113 encuestas a usuarios del Programa piloto de salud mental.

- **COLINA**

El primer día de trabajo el contacto en el centro declara tener información sobre la visita y sus objetivos. Sin embargo se puso a disposición del profesional de Medwave Estudios un vehículo en el que fue trasladado a las casas de los usuarios del programa de salud mental.

En adelante las dificultades para coordinarse en la aplicación de las encuestas obedecen a situaciones normales en este tipo de trabajo.

Las encuestas se realizaron en 5 jornadas³ en la comuna, consiguiendo 65 usuarios para la muestra.

- **Maipú**

El primer día de trabajo se realiza con buena coordinación inicial. El territorio es complejo y se nos informa de la alta peligrosidad del mismo. Sin embargo, los funcionarios se ponen a disposición de nuestra investigación cooperando con el acceso a los usuarios en sus hogares.

En esta comuna existen problemas de catastro y actualización de datos, lo que hace más complejo el trabajo.

Las encuestas se realizaron en 3 jornadas en la comuna, consiguiendo 48 usuarios para la muestra.

PROGRAMA CALLE

Para los usuarios provenientes del programa Calle, se realizaron encuestas en las comunas de Estación Central, Recoleta, Santiago y San Bernardo. En total se lograron 40 encuestas.

- **Estación Central**

En el primer día de trabajo se concurre a una reunión de coordinación con la encargada en el territorio, quien en una primera etapa presenta algunas confusiones que son resueltas por nuestro profesional.

La realización de las encuestas ocurre en las dependencias del Hogar de Cristo en compañía de una psicóloga del programa.

Es muy difícil trabajar las encuestas, debido al estado de salud, conciencia y ubicuidad de las personas de la muestra.

El trabajo de búsqueda, contacto y entrevista se realiza en 4 jornadas, previas coordinaciones y compromisos con los profesionales de los centros y programas.

Es necesario destacar que en los usuarios asociados al centro de salud CES 5, el coordinador declara una muy baja adherencia e imposibilidad de encontrar a los usuarios. Especialmente en esta época del año, donde suelen salir del territorio.

En la comuna de Estación Central se logran 12 encuestas. De esas 11, son logradas en los usuarios asociados al COSAM.

- **Recoleta**

En el primer día de trabajo se entrevista al director de salud comunal quien deriva a la coordinadora del programa Calle.

Las encuestas se toman en las dependencias de la hospedería Centro de Día y el centro de mujeres, Francisca Romana.

Durante el proceso se desvincularon a todos los profesionales del programa, recibiendo apoyo, para la última jornada, del jefe de equipo del centro.

El trabajo se realiza en 4 jornadas logrando 12 usuarios para encuestar.

- **Santiago**

El primer día de trabajo se coordina la realización de la encuestas, teniendo algunas dificultades por el duelo de una de las coordinadoras.

³ Jornada: 9 AM a 8 PM En algunos casos de trabajo en hospederías, la jornada se alarga a las 10 PM

Se presentan problemas para acceder a los usuarios, que generalmente solo se contactan cuando ocupan las hospederías y una gran cantidad de los que figuran en el programa se encuentran inubicables por estar trabajando fuera de la comuna, detenidos o con paradero desconocido. El trabajo se realiza en 4 jornadas, las que arrojan 6 usuarios ubicados y encuestados.

- **San Bernardo**

Se coordina el trabajo con el COSAM de la comuna, que se ha trasladado de ubicación y sus datos cambiaron. La Municipalidad nos dio la información nueva.

En el programa actualmente hay solo 11 personas participando como usuarios. Los restantes no son ubicables para el programa.

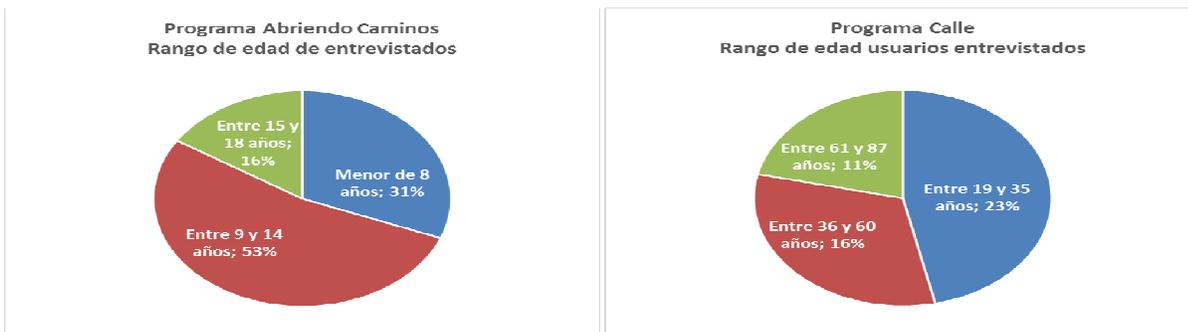
De ellos se optó por entrevistar a los 11 que es posible encontrar. Uno de ellos, sin embargo, se encontraba hospitalizado a la fecha de las encuestas. Se coordinó el trabajo en el COSAM, y este pudo ser realizado en una jornada en que se entrevistan a los 10 usuarios.

4.2 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

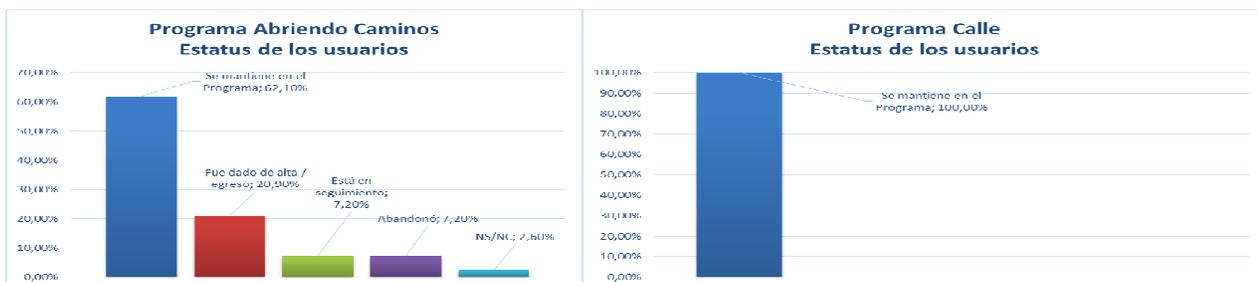
A continuación se presentan los resultados obtenidos de la encuesta aplicada a los usuarios del Programa Piloto de Salud Mental en las comunas de Estación Central, Recoleta, Santiago, San Bernardo, Colina y Maipú.

4.3 RESUMEN DE PRINCIPALES RESULTADOS POR PROGRAMA

Edad de los entrevistados



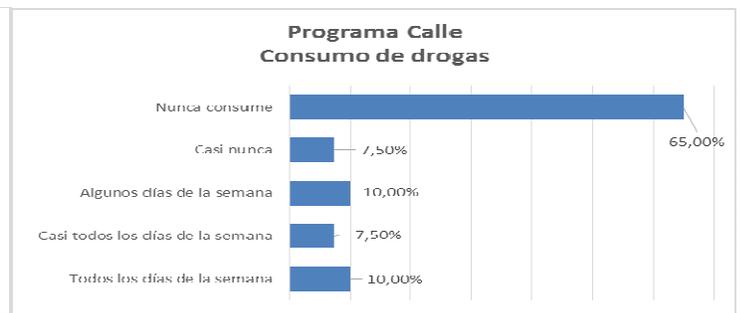
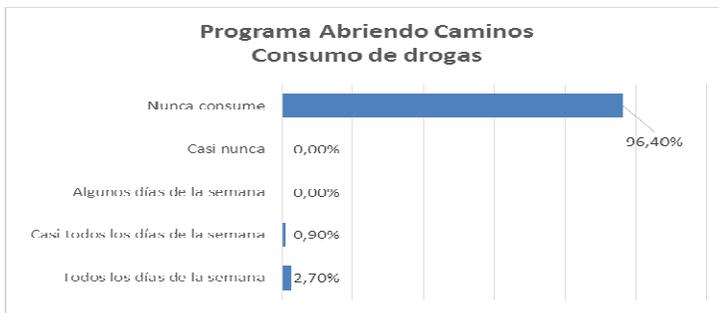
Estatus de los usuarios



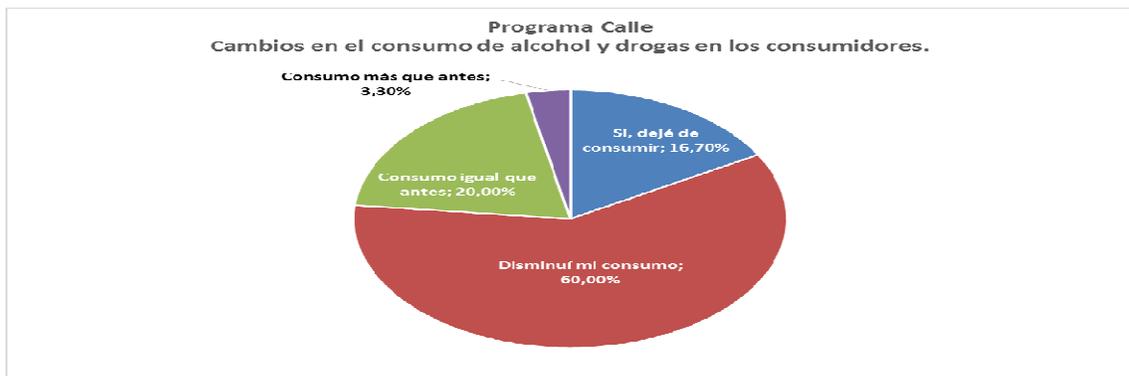
Consumo de alcohol



Consumo de drogas



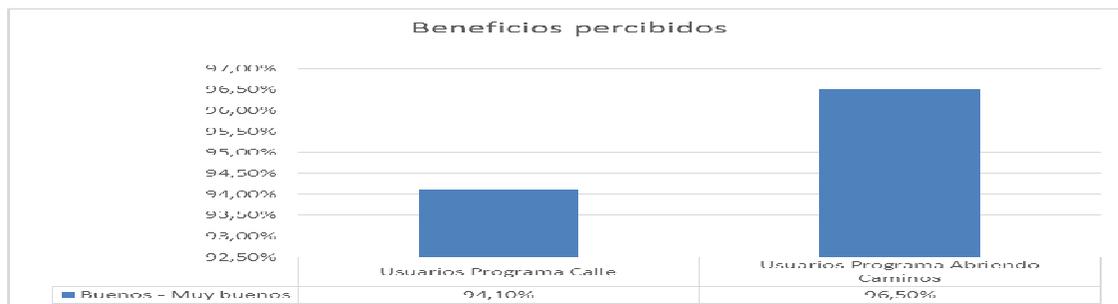
Cambios en el consumo en los consumidores



Evaluación "bueno – muy bueno" para los profesionales de ambos programas



Beneficios percibidos calificados de “Buenos-Muy buenos”



Intención de permanecer en el Programa de Salud Mental (Mucho y más o menos)



4.4 CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA OBTENIDA

A continuación se presenta la muestra obtenida y sus características principales.

Se encuestaron a un total de 153 personas, de los cuales un 66,7% son hombres y el restante mujeres (51 mujeres). El 73,9% son aquellos usuarios provenientes del programa Abriendo Caminos, sumando un total de 113 personas, mientras del programa Calle se logró realizar un total de 40 encuestas, correspondiente al 26,1%. La tabla siguiente muestra la distribución de los encuestados según sexo y comuna, así como programa de origen.

MUESTRA OBTENIDA

Sexo * Comuna de atención							
	Programa de origen / Comuna de atención						Total
	Programa Abriendo Caminos (PAC)		Programa Calle / Personas en Situación de Calle (PC)				
	Colina	Maipú	Santiago	Estación Central	Recoleta	San Bernardo	
Hombre	36	32	6	11	7	10	102
Mujer	29	16	0	1	5	0	51
Total	65	48	6	12	12	10	153

Del PAC el 53,1% de los encuestados tienen entre 9 y 14 años (correspondiente a 60 encuestas), siendo su acompañante el que respondió la encuesta, proviniendo del PAC. Así como 35 encuestados son niños de 8 años, siendo el 31% de la muestra del PAC. Por último, el 15,9% de los usuarios del PAC encuestados tienen entre 15 y 18 años y contestaron ellos mismos la encuesta.

De aquellas personas en situación de calle, el 45% (18 personas) tienen entre 36 y 60 años, el 22,5% tienen entre 19 y 35 años y el restante 30% (12 personas) es mayor de 60 años.

EDAD DE LAS PERSONAS ENTREVISTADAS

Edad * Programa de Origen				
		Programa de Origen		Total
		Programa Calle	Programa Abriendo Caminos	
Edad	Menor de 8 años	0	35	35
	Entre 9 y 14 años	0	60	60
	Entre 15 y 18 años	0	18	18
	Entre 19 y 35 años	9	0	9
	Entre 36 y 60 años	18	0	18
	Entre 61 y 87 años	12	0	12
	No Aplica	1	0	1
Total		40	113	153

El 100% de aquellos provenientes del Programa Calle se encuentran activos dentro del PPSM, mientras del PAC, sólo el 48.7% lo está; el 28,3% (32 personas) fue dado de alta o egresó del Programa, 11 personas están en seguimiento y 11 abandonaron el programa por distintas razones: operación, por maltrato o no confiar en el psiquiatra, por cambio de casa, rotación de personal o por el fallecimiento de la persona.

ESTATUS A LA FECHA POR PROGRAMA DE ORIGEN

Estado a la fecha * Programa de Origen		Programa de Origen		Total
		Programa Calle	Programa Abriendo Caminos	
Se mantiene en el Programa	Recuento	40	55	95
	% dentro de Programa de Origen	100,0%	48,7%	62,1%
Fue dado de alta / egresó	Recuento	0	32	32
	% dentro de Programa de Origen	,0%	28,3%	20,9%
Está en seguimiento	Recuento	0	11	11
	% dentro de Programa de Origen	,0%	9,7%	7,2%
Abandonó	Recuento	0	11	11

	% dentro de Programa de Origen	,0%	9,7%	7,2%
NS/NC	Recuento	0	4	4
	% dentro de Programa de Origen	,0%	3,5%	2,6%
Total	Recuento	40	113	153
	% dentro de Programa de Origen	100,0%	100,0%	100,0%

De los 40 encuestados que son personas en situación de calle, 17 de ellos responde haber dormido en la calle en los últimos 5 días, 12 en residencias y 9 en hospederías; 2 responden haber dormido en otro lugar no especificado. Por otro lado, el 75% (30 personas) dice que en los últimos 6 meses ha dormido 'siempre' y 'casi siempre' en el mismo lugar, y sólo un 12,5% respondió 'nunca' o 'casi nunca'.

TIEMPO EN SITUACIÓN DE CALLE

Periodo	Frecuencia	Porcentaje	% acumulado
Menos de 3 meses	3	7,50%	7,50%
Entre 4 y 6 meses	2	5,00%	12,50%
Entre 7 meses y 1 año	3	7,50%	20,00%
Entre 1 y 2 años	3	7,50%	27,50%
Entre 2 y 3 años	2	5,00%	32,50%
Entre 3 y 4 años	7	17,50%	50,00%
Entre 5 y 10 años	9	22,50%	72,50%
Entre 10 y 20 años	4	10,00%	82,50%
Entre 20 y 30 años	3	7,50%	90,00%
más de 50 años	1	2,50%	92,50%
NS/NC	3	7,50%	100,00%
Total	40	100,00%	

En cuanto al tiempo que llevan los encuestados en situación de calle, resalta que 40% de la muestra lleva entre 3 y 10 años en situación de calle, y un 10% entre 10 y 20 años.

PROGRAMA ABRIENDO CAMINOS

De los usuarios encuestados provenientes del Programa Abriendo Caminos, el 99% estaba acompañado, en un 52,2% por la madre y en un 28,3% por la abuela, un 5,3% por la tía. Sólo un 5,3% estaba acompañado por una figura masculina. En el 95,6% de los casos (108), es el acompañante el que contesta la encuesta. A estos se les insistió que debían pensar en el niño, niña y/o adolescente al contestar la encuesta y en la respuesta que éste ha tenido en el programa.

RANGOS DE EDAD USUARIOS ENCUESTADOS DEL PROGRAMA ABRIENDO CAMINOS

Rangos de edad	Frecuencia	Porcentaje
Entre 3 y 6 años	17	15,0%
Entre 7 y 10 años	37	32,7%
Entre 11 y 14 años	41	36,3%

Entre 15 y 18 años	18	15,9%
--------------------	----	-------

Como se observa en la tabla, de los niños, niñas y/o adolescentes encuestados, el 69% tiene entre 7 y 14 años, un 15% entre 3 y 6, y el restante sobre los 15 años. Según fue definido, aquellos mayores de 15 años podían, si querían, responder ellos mismos la encuesta. Para la mayoría, no fue el caso.

En el 61,1% de los casos es el padre el que se encuentra privado de libertad, un 15% se trata del tío/a, un 5,3% del hermano/a y para un 14,2% es otro pariente el que se encuentra privado de libertad. No se encuestó a nadie con la madre privada de libertad.

TIEMPO EN QUE EL ADULTO SIGNIFICATIVO HA ESTADO PRIVADO DE LIBERTAD

Tiempo	Frecuencia	Porcentaje	% Acumulado
Menos de 1 año	13	11,50%	11,50%
Entre 1 y 3 años	9	7,96%	19,47%
Más de 3 años y menos de 5	24	21,24%	40,71%
Más de 5 años	58	51,33%	92,04%
No tiene ahora	8	7,08%	99,12%
No sabe	1	0,88%	100,00%
Total	113	100,00%	

El familiar significativo privado de libertad lo está, en un 53,33%, hace más de 5 años; un 21,24% entre 3 y 5 años, lo que puede implicar un alejamiento muy relevante para el niño, niña y/o adolescente.

PAUTA DE OBSERVACIÓN

Debido a las características de las personas a encuestar, que se encuentran en situación vulnerable, se agregó al cuestionario una pauta de observación, a ser llenada por el psicólogo que aplicó la encuesta, sobre la persona que responde. Esta tiene como objetivo tener una idea del estado de la persona que responde en cuanto a sus capacidades cognitivas, físicas y psicológicas al momento de responder.

De esta se notó que un 12,9% muestra un problema de salud físico y un 13,7% ‘un poco’ en esta observación; un 11,8% un problema de salud mental evidente y a un 8,5% se le observó ‘un poco’ esta condición. De la misma forma, un 4,6% ‘sí’ muestra un problema cognitivo y un 16,4% ‘más o menos’ y ‘un poco’, lo que da un porcentaje de 21% de los encuestados que presenta un problema que pudo haber afectado sus respuestas. Sin embargo, un 81% entiende las preguntas que se le hacen, un 2% no las entendió (con los que se estuvo más tiempo explicando las preguntas y dificultades que tuviera) y un 11,8% las entendió ‘más o menos’. Finalmente, un 3,9% se muestra ‘muy’ desorientado y un 6,5% ‘más o menos’; un 80,4% responde coherentemente las preguntas y un 11,8% lo hace ‘más o menos’.

De la pauta de observación aplicada se puede concluir que la gran mayoría de los encuestados tenía todas sus capacidades para responder la encuesta de manera adecuada, por lo que los resultados obtenidos son válidos desde esa perspectiva.

ADHERENCIA AL PROGRAMA DE SALUD MENTAL

La tabla siguiente muestra cuánto tiempo llevan las personas en el PPSM, donde el 37,9% lleva entre 1 y 2 años como usuarios, siendo el 44,2% de aquellos que provienen del PAC y un 20% del PC; el 13,1% lleva entre 2 y 3 años (el 15% de usuarios del PAC y el 7,5% del PC) y el 10,5% entre 3 y 4 años. Es decir, más del 60% de la muestra conoce el Programa hace más de un año, siendo un tiempo suficiente para formarse una opinión. Menos de 6 meses sólo un 19,6% del total, siendo principalmente del PC (un 40% de ellos tiene menos de 3 meses en el Programa).

TIEMPO EN EL PROGRAMA DE SALUD MENTAL RECODIFICADO * PROGRAMA DE ORIGEN

		Programa de origen		Total
		Programa Calle	Programa Abriendo Caminos	
Menos de 3 meses	Recuento	16	7	23
	%	40,0%	6,2%	15,0%
Entre 4 y 6 meses	Recuento	1	6	7
	%	2,5%	5,3%	4,6%
Entre 7 meses y 1 año	Recuento	9	16	25
	%	22,5%	14,2%	16,3%
Entre 1 y 2 años	Recuento	8	50	58
	%	20,0%	44,2%	37,9%
Entre 2 y 3 años	Recuento	3	17	20
	%	7,5%	15,0%	13,1%
Entre 3 y 4 años	Recuento	0	16	16
	%	,0%	14,2%	10,5%
Entre 5 y 10 años	Recuento	1	1	2
	%	2,5%	,9%	1,3%
No Aplica	Recuento	2	0	2
	%	5,0%	,0%	1,3%
Total	Recuento	40	113	153
	%	100,0%	100,0%	100,0%

El 49% de los encuestados se atiende en el consultorio, siendo un 60,2% de los usuarios del PAC y sólo un 17,5% provenientes del PC, un 28,1% en la casa (37,2% del PAC se atiende en casa) y un 20,9% se atiende en otro lugar, siendo el 75% de aquellas personas en situación de calle que son atendidos en las hospederías y residencias en muchos casos.

El 77,1% responde que 'mucho' ante la pregunta ¿Cree que necesitaba la ayuda que le brinda el programa?, lo que habla de la pertinencia del programa por un lado, y por otro de la necesidad que tienen las personas de contar con un Programa de apoyo psico-social. Estos son el 82,5% del PC y el 75,2% del PAC. Sólo un 4% responde 'poco' o 'nada', proviniendo todos del PAC y la mitad de ellos son niños y niñas de 8 años y un 14,4% responde 'más o menos'.

El 45,8% fue derivado desde el programa de origen, es decir PAC (el 46,9%) o PC (el 42,5% de ellos), al PPSM; un 28,1% fue derivado por un profesional, el 13,7% declara que lo fueron a buscar y el 9,8% fue

derivado desde la Atención Primaria en Salud (APS), siendo el 25% de aquellos que vienen del PC y sólo un 4,4% del PAC.

Para obtener la hora, al 54,2% lo fueron a buscar a sus hogares, siendo el 5% del PC y el 71,7% del PAC, mientras que a un 26,1% le dieron la hora en la consulta anterior (52,5% del PC y 16,8% del PAC) y un 2% la obtuvo por teléfono. 18 personas, correspondiente a un 11,8%, obtuvo la hora de atención de otra forma, siendo el 27,5% de los que provienen del PC.

Para el 73% de los encuestados, llegar a la consulta les resulta fácil, y sólo a un 9,8% (es decir, 15 personas), les resulta difícil, proviniendo principalmente del PAC.

EVALUACIÓN DE PROFESIONALES PROGRAMA PILOTO DE SALUD MENTAL

Como muestra la tabla a la derecha, un 91,5% de los encuestados ha sido atendido por el psicólogo alguna vez, siendo el profesional que mayor porcentaje de usuarios ve, seguido por el asistente social que ha visto a un 75,2% de los usuarios encuestados.

En la categoría 'otro' se encuentra una educadora diferencial en Maipú y monitores que trabajan para el PC, realizando ejercicios motores y cognitivos a los usuarios.

Profesional	Número de usuarios atendidos	%
Psicólogo	140	91,5%
Médico Psiquiatra	64	41,8%
Asistente Social	115	75,2%
Terapeuta ocupacional	104	68%
Médico general	6	3,9%
Otro	10	6,5%

La tabla siguiente muestra, en porcentaje, la frecuencia con la que fueron atendidos por cada uno de estos profesionales. En esta se observa que los profesionales que tienen más contacto con los usuarios son en primer lugar los asistentes sociales, luego los psicólogos y los terapeutas ocupacionales, viéndolos incluso más de una vez por semana en algunos casos. Son también estos los profesionales que más usuarios ven (como se observa en la tabla anterior).

FRECUENCIA DE ATENCIONES POR PROFESIONAL

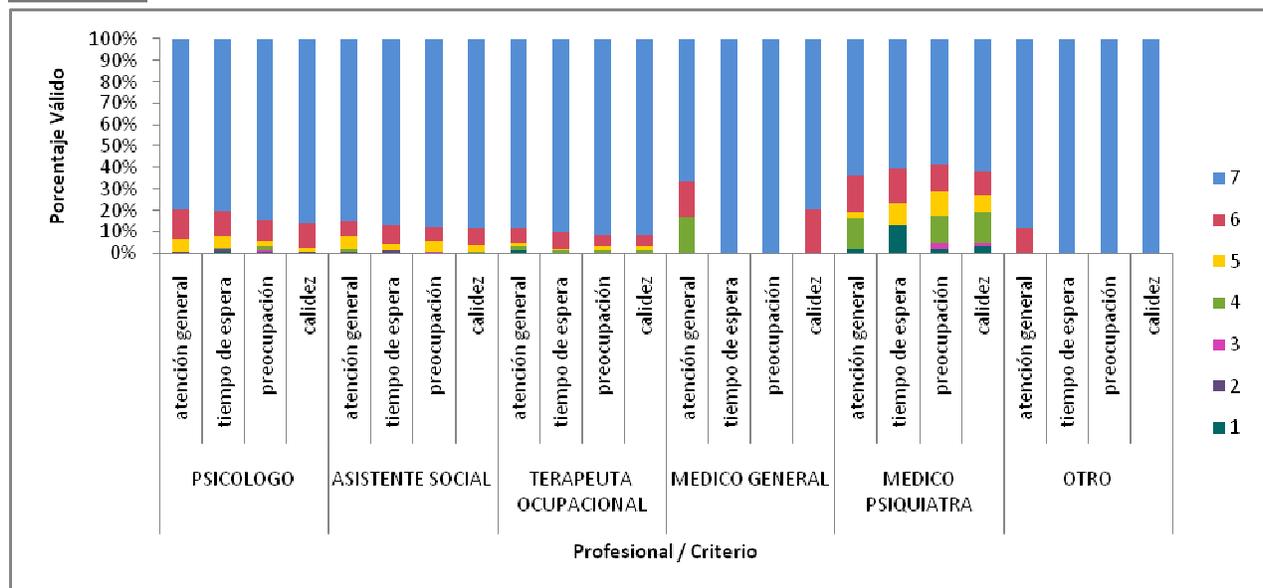
	Psicólogo	Asistente Social	Terapeuta Ocupacional	Médico General	Médico Psiquiatra	Otro Profesional
Una vez al mes	24,2	16,3	13,7	2,0	14,4	2,6
Dos veces al mes	18,3	7,2	9,2	,7	6,5	
Una vez por semana	26,8	31,4	26,8		3,3	3,3
Más de una vez por semana	11,1	7,8	8,5	1,3	,7	
Es variable	4,6	5,9	4,6		5,9	
Otro	5,2	4,6	2,6	,7	10,5	

NS/NC	2,0	3,3	1,3		,7	
No Aplica	7,8	23,5	33,3	95,4	58,8	94,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Se solicitó a los encuestados evaluar a los profesionales por los que habían sido atendidos, según 4 criterios: la atención en general, el tiempo de espera, la preocupación que muestra por el paciente y la calidez en la atención. Para cada una de ellas se le pidió poner una nota del 1 al 7. El gráfico siguiente muestra las notas que obtuvieron los profesionales para cada uno de éstos.

Aquel que obtiene mejor calificaciones es el terapeuta ocupacional, que obtiene sobre el 90% de notas 7 para 3 de los 4 criterios, siendo los mejor evaluados la preocupación y la calidez en la atención. Por otro lado, los peores evaluados son los médicos psiquiatras, que sólo el 60% rodea la nota 7 para los criterios expuestos; aquel peor evaluado es el tiempo de espera.

VALUACIONES POR PROFESIONAL



Un análisis más detallado de las notas adjudicadas a cada profesional muestra que la desviación típica (medida que muestra la variabilidad de los datos en la misma medida que éstos se encuentran) es relativamente baja en todos los casos, siendo en promedio, de todos los profesionales, de 0,614. Es decir, los datos se mueven 0,614 de la media de datos de todos los casos. Variando desde un promedio de desviación típica en los médicos psiquiatras de 1,309; un 0,721 en los psicólogos; 0,616 en los asistentes sociales y un 0,539 en los terapeutas ocupacionales, a un 0,083 para los otros profesionales (que son monitores y educadora diferencial), en donde son pocos los casos que evaluaron a estos profesionales.

Otro valor que se puede analizar es la media aritmética para cada una de estas preguntas en cada profesional, destacando los más altos para el terapeuta ocupacional y luego el asistente social, dos de los profesionales que más ven los usuarios del Programa.

Los N válidos son aquellos que han respondido las preguntas, siendo considerado ‘perdido’ aquellos que no responden o que no han sido atendidos por el profesional, por lo que no le aplicaron las preguntas.

EVALUACIÓN DE LOS ENTREVISTADOS SOBRE LOS PROFESIONALES

		Psicólogo				Asistente Social			
		La atención en general recibida	El tiempo de espera para que lo atienda	La preocupación que muestra por Ud.	La calidez en la atención	La atención en general recibida	El tiempo de espera para que lo atienda	La preocupación que muestra por Ud.	La calidez en la atención
N	Válidos	137	132	136	136	115	112	115	114
	Perdidos	16	21	17	17	38	41	38	39
Media		6,71	6,67	6,74	6,82	6,74	6,79	6,81	6,84
Desv. típ.		,688	,871	,750	,574	,739	,646	,591	,490

		Terapeuta Ocupacional				Médico General			
		La atención en general recibida	El tiempo de espera para que lo atienda	La preocupación que muestra por Ud.	La calidez en la atención	La atención en general recibida	El tiempo de espera para que lo atienda	La preocupación que muestra por Ud.	La calidez en la atención
N	Válidos	99	97	99	99	6	5	5	5
	Perdidos	54	56	54	54	147	148	148	148
Media		6,78	6,88	6,88	6,88	6,33	7,00	7,00	6,80
Des. típ.		,802	,439	,458	,458	1,211	,000	,000	,447

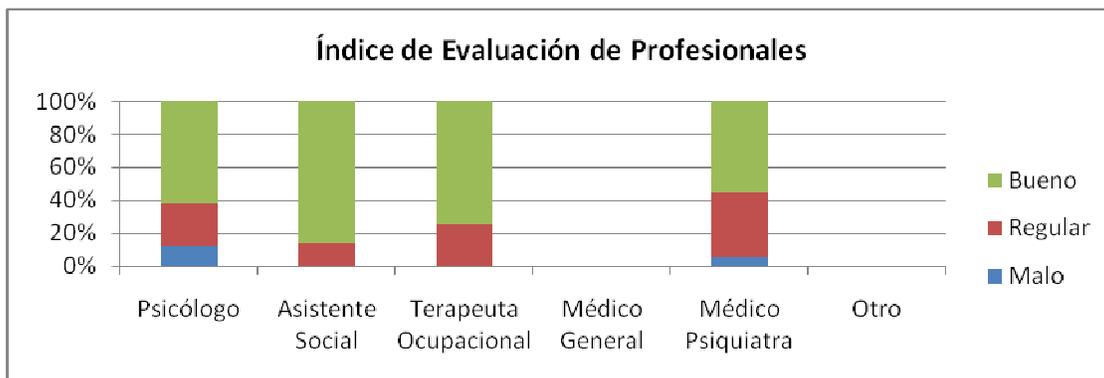
		Médico Psiquiatra				Otro			
		La atención en general recibida	El tiempo de espera para que lo atienda	La preocupación que muestra por Ud.	La calidez en la atención	La atención en general recibida	El tiempo de espera para que lo atienda	La preocupación que muestra por Ud.	La calidez en la atención
N	Válidos	63	61	63	63	9	9	9	9
	Perdidos	90	92	90	90	144	144	144	144
Media		6,24	6,25	6,05	6,05	6,89	7,00	7,00	7,00
Desv. típ.		1,266	1,090	1,385	1,497	,333	,000	,000	,000

Para una mejor comprensión de la evaluación de los profesionales, se ha creado un índice. El Índice de Evaluación de profesionales se creó a partir de las notas que obtuvieron para las preguntas sobre: la atención en general recibida, el tiempo de espera para que lo atienda, la preocupación que muestra por usted y la calidez en la atención; éstas se sumaron creando un valor, que luego fue sumado a las

preguntas sobre si le gusta atenderse con ese profesional y si diría que le hace bien verlo. El valor resultando fue recodificado en las 4 categorías expuestas con rangos iguales para cada uno.

El siguiente gráfico muestra los resultados para este Índice, para cada profesional. En este se percibe lo mismo que en el gráfico anterior con las notas, pero de manera resumida.

ÍNDICE DE EVALUACIÓN DE PROFESIONALES



Las respuestas para el Médico general distorsionan el cuadro.

La siguiente tabla muestra sólo los resultados (en porcentaje válido), para las preguntas de ‘si le gusta atenderse con el profesional’ y si ‘le hace bien verlo’. Se consideran preguntas fundamentales ya que hablan del resultado percibido de la atención recibida por los profesionales. En este resalta que ante la segunda pregunta “¿Ud. diría que le hace bien ver a el ‘profesional’?”, en promedio el 84,6% responde que ‘siempre’, y un promedio de 4,3% responde ‘nunca’ y ‘casi nunca’.

Por otro lado, ante la pregunta “En general, ¿Ud. diría que le gusta atenderse con él/ella?”, en promedio un 77,6% responde que siempre, resaltando que en el caso de los terapeutas ocupacionales este porcentaje rodea el 85%, y es en los médicos psiquiatras, que en general los usuarios ven una vez al mes, que el porcentaje es de 57,4%.

Al observar el cuadro siguiente, llama la atención que ante la primera pregunta el porcentaje de ‘siempre’ es menor al de la segunda pregunta. Es decir que los usuarios puede no gustarles mucho atenderse con el profesional, pero reconocen que tiene un efecto positivo en ellos.

EVALUACIÓN POSITIVA DE LA ATENCIÓN

	Psicólogo		Asistente Social		Terapeuta Ocupacional		Médico General		Médico Psiquiatra		Otro Profesional	
	...le gusta atenderse e con él/ella?	... le hace bien ver al...?	...le gusta atenderse e con él/ella?	... le hace bien ver al...?	...le gusta atenderse e con él/ella?	... le hace bien ver al...?	...le gusta atenderse e con él/ella?	... le hace bien ver al...?	...le gusta atenderse e con él/ella?	... le hace bien ver al...?	...le gusta atenderse e con él/ella?	... le hace bien ver al...?
Siempre	79,1%	84,2%	77,5%	80,7%	84,7%	85,6%	80,0%	100,0%	55,6%	57,4%	88,9%	100,0%
Casi siempre	6,7%	5,3%	10,8%	9,2%	5,1%	5,2%			7,9%	9,8%		
A veces	7,5%	7,5%	7,2%	7,3%	6, %1	6,2%	20,0%		17,5%	14,8%	11,1%	

Casi nunca	3,0%	0,8%	2,7%	1,8%	3,1%	3,1%			4,8%	1,6%		
Nunca	3,7%	2,3%	1,8%	0,9%	1,0%				14,3%	16,4%		

CONSUMO DE ALCOHOL Y DROGAS

Se consultó sobre el consumo de alcohol y drogas entre los usuarios del PPSM. Al analizar estos datos según el programa de origen de los usuarios resalta que el consumo de alcohol se concentra principalmente en aquellos que provienen del PC, donde un 17,5% consume ‘todos los días’ y un 5% ‘casi todos los días’; mientras que aquellos provenientes del PAC, son sólo dos personas que dicen consumir alcohol casi todos los días o algunos días de la semana, mientras el 91% declara no consumir nunca. En este caso, es importante recordar que aquellos provenientes del PAC son menores, sin embargo 18 de entre ellos tiene entre 15 y 18 años; por otro lado, puede haber una sub-representación en estas preguntas, ya que en la mayoría de los casos fue el acompañante el que respondió la encuesta y no el niño, niña y/o adolescente mismo.

CONSUMO DE DROGAS Y ALCOHOL EN AMBOS PROGRAMAS

	¿Consumo alcohol?		¿Consumo alguna droga?	
	Programa Calle	Programa Abriendo Caminos	Programa Calle	Programa Abriendo Caminos
Todos los días de la semana	7	0	4	3
% Todos los días de la semana	17,5%	0,0%	10,0%	2,7%
Casi todos los días de la semana	2	1	3	1
% Casi todos los días de la semana	5,0%	0,9%	7,5%	0,9%
Algunos días de la semana	5	1	4	0
% Algunos días de la semana	12,5%	0,9%	10,0%	0,0%
Casi nunca	10	8	3	0
% Casi nunca	25,0%	7,2%	7,5%	0,0%
Consumidores	24	10	14	4
% de consumidores total	60%	9%	35%	3,6%
Nunca consume	16	103	26	109
% Nunca consume	40,0%	91,0%	65,0%	96,4%

Las drogas que se consumen son en un 3,3% marihuana, un 3,3% pasta base, un 0,7% cocaína; un 0,7% marihuana y fármacos, al igual que marihuana y pasta base, un 1,3% las tres drogas antes mencionadas, y un 1,3% pasta base y cocaína.

IMPACTO DEL PROGRAMA SOBRE EL CONSUMO

	Programa de Origen	
	Programa Calle	Programa Abriendo Caminos
Si, dejé de consumir	5	0
% Si, dejé de consumir	16,7%	0,0%
Disminuí mi consumo	18	4
% Disminuí mi consumo	60,0%	80,0%
Consumo igual que antes	6	0
% Consumo igual que antes	20,0%	0,0%
Consumo más que antes	1	1
% Consumo más que antes	3,3%	20,0%

En cuanto al impacto que ha tenido el programa sobre el consumo de drogas y alcohol, un 3,3% del total de los encuestados declara que dejó de consumir ante la pregunta “¿Cree que el Programa le ha ayudado a consumir menos o a dejar de consumir?”, considerándose un porcentaje alto, al que se le puede sumar que un 14,4% ‘disminuyó su consumo’, siendo un efecto secundario positivo del PPSM.

La tabla muestra los resultados según el programa de origen de los usuarios y el efecto que ha tenido el programa sobre ellos.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Otro aspecto indagado fue la indicación de tratamiento farmacológico por parte de los profesionales del PPSM. No siempre el tratamiento fue dado por el médico psiquiatra o por el médico general del Programa según los datos obtenidos, por lo que este aspecto no es en un 100% posible adjudicar a los profesionales de éste, pudiendo haber sido mal entendida la pregunta. Sin embargo, son datos interesantes de analizar ya que hablan de una necesidad importante del Programa, así como de un gasto importante para el mismo.

CONSUMO DE MEDICAMENTOS PRESCRITOS POR UN MÉDICO

¿El médico del Programa le dio algún medicamento para tomar?	Programa Calle	Programa Abriendo Caminos
Si	28	17
	71,8%	15,3%
No	11	94
	28,2%	84,7%
NS/NC	1	2

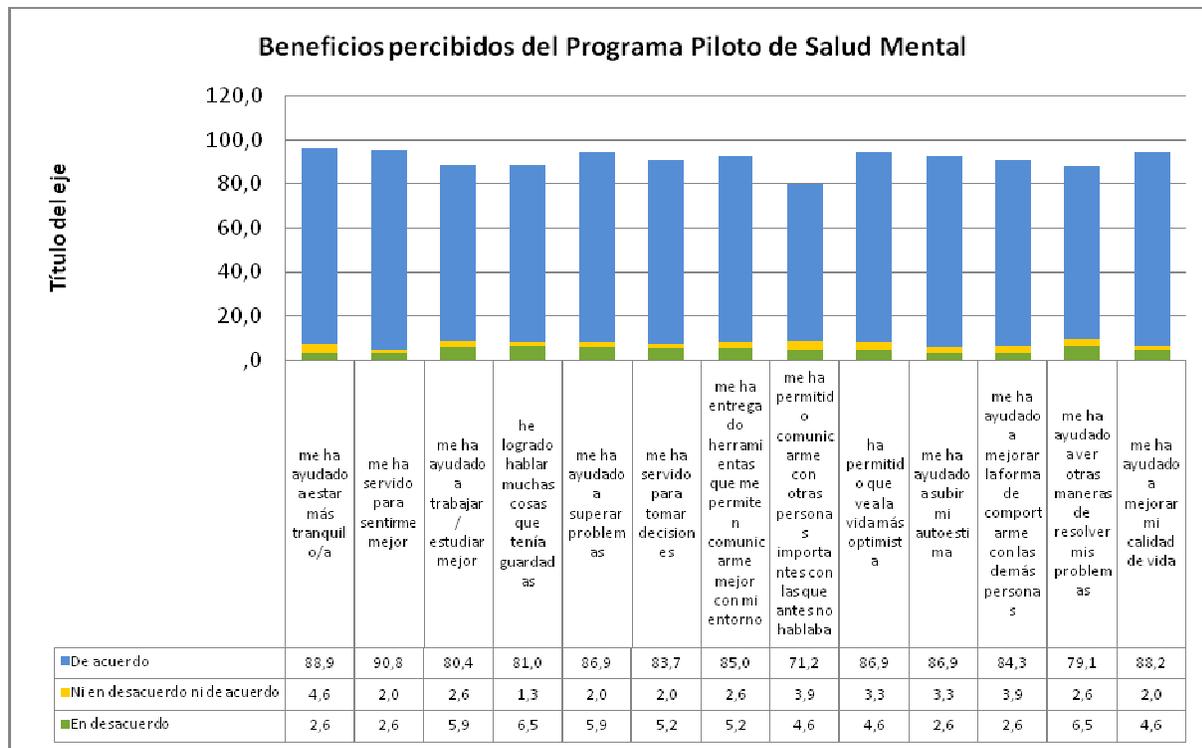
BENEFICIOS DEL PROGRAMA DE SALUD MENTAL

Se le consultó a los usuarios por distintos ámbitos en donde han percibido o no beneficios del PPSM, preguntando por nivel de acuerdo con las frases propuestas, siendo 1: Muy en desacuerdo y 7: Muy de acuerdo. Todas las frases son positivas, por lo que un alto nivel de acuerdo indica que se perciben beneficios del Programa. La tabla a continuación muestra cuántas personas respondieron para cada una de las frases, la media aritmética (promedio) en cada una y la desviación típica. En esto se observa que, en general, las personas sienten que mejoran en ciertos aspectos como la autoestima, la comunicación con otros, mejoras en la calidad de vida, etc., observándose un promedio de medias de 6,36. La desviación típica promedio es de 1,262, estando los datos distribuidos de manera relativamente homogénea en torno a la media.

La frase que tiene mayor nivel de acuerdo es “El Programa me ha servido para sentirme mejor”, con una media de 6,51, con un 90,8% de personas que están de acuerdo con la frase (es decir respondieron entre 5 y 7). Así también ante “El Programa me ha ayudado a subir mi autoestima” con un 86,9% de acuerdo y una media de 6,5, y “El Programa me ha ayudado a estar más tranquilo/a” con un 88,9% y un 6,34 de promedio.

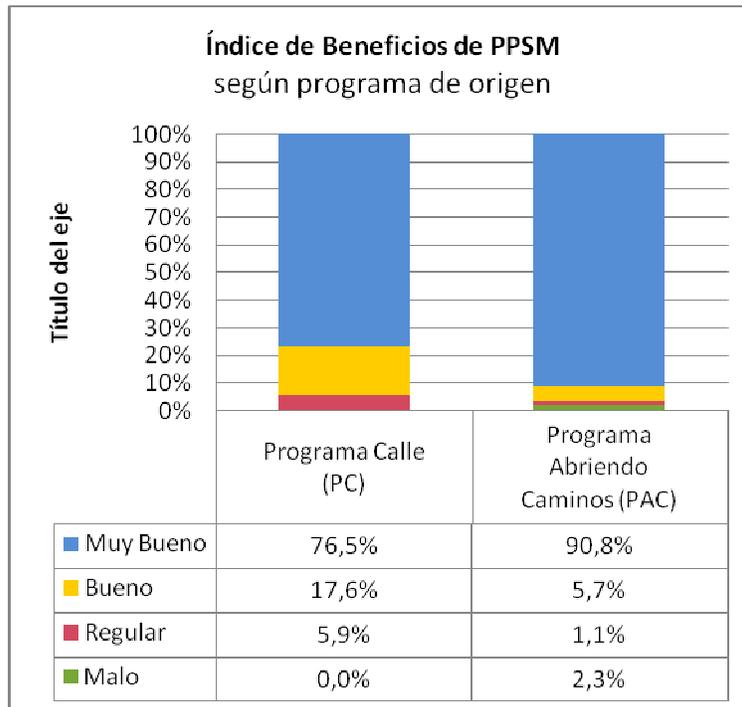
PERCEPCIÓN DE LA AYUDA RECIBIDA POR EL PROGRAMA

		El Programa me ha ayudado a estar más tranquilo/a	El Programa me ha servido para sentirme mejor	El Programa me ha ayudado a trabajar / estudiar mejor	Con el Programa he logrado hablar muchas cosas que tenía guardadas	El Programa me ha ayudado a superar problemas	El Programa me ha servido para tomar decisiones	Siento que el Programa me ha entregado herramientas que me permiten comunicarme mejor con mi entorno
N	Válidos	147	146	136	136	145	139	142
	Perdidos	6	7	17	17	8	14	11
Media		6,34	6,51	6,27	6,35	6,26	6,33	6,35
Desv. típ.		1,107	1,052	1,319	1,391	1,390	1,299	1,278
		El Programa me ha permitido comunicarme con otras personas importantes con las que antes no hablaba	El Programa ha permitido que vea la vida más optimista	El Programa me ha ayudado a subir mi autoestima	El Programa me ha ayudado a mejorar la forma de comportarme con las demás personas	El Programa me ha ayudado a ver otras maneras de resolver mis problemas	El Programa me ha ayudado a mejorar mi calidad de vida	
N	Válidos	122	145	142	139	135	145	
	Perdidos	31	8	11	14	18	8	
Media		6,24	6,44	6,50	6,40	6,27	6,38	
Desv. típ.		1,379	1,241	1,090	1,178	1,422	1,259	



El gráfico anterior muestra el nivel de acuerdo y desacuerdo para cada una de las frases, habiendo sido recodificado de manera tal que aquellos que respondieron entre 1 y 3 se considera ‘en desacuerdo’, 4 ‘ni en desacuerdo ni de acuerdo’ y entre 5 y 7 ‘de acuerdo’. Las barras no llegan al 100% debido a aquellos que no contestan o que la pregunta no aplica.

En este se aprecia que los mayores niveles de desacuerdo se encuentran en aquellas frases relacionadas con la comunicación (“...he logrado hablar muchas cosas que tenía guardadas” con un 6,5% de desacuerdo) con la superación de problemas, con 5,9% de desacuerdo ante “...me ha ayudado a superar problemas” y 6,5% en “... me ha ayudado a ver otras maneras de resolver mis problemas”. Sin embargo el acuerdo con las frases propuestas es amplio, lo que muestra y corrobora la buena evaluación que tienen los usuarios de los profesionales y del programa en general, mostrando también aquellos aspectos que se pudieran fortalecer aún más.



Con todas las frases propuestas en este ítem (13) se creó un índice mediante la sumatoria de los puntajes y recodificación de los resultados de este en cuatro categorías, como se puede observar en el gráfico a la izquierda.

En este se observa que la percepción de haber recibido diversos beneficios personales del programa es mayor en aquellos usuarios provenientes del PAC, siendo que el 90,8% evalúa como 'muy bueno' el impacto que ha tenido el PPSM sobre el usuario, y sólo un 2,3% lo encuentra 'malo'.

Por otro lado, los usuarios del PC, también con una buena evaluación de los avances logrados en el programa, se observa una mayor variación en los datos, con un 17,6% de 'bueno' y un 5,9% de 'regular'.

Aquellas frases donde se nota mayor diferencia entre los usuarios de ambos programas son: “El Programa me ha ayudado a trabajar/estudiar mejor”, donde sólo un 62,5% de aquellos provenientes del PC se encuentran en la categoría ‘de acuerdo’, probablemente por la situación en la que se encuentran esas personas donde el trabajo es algo inestable o inexistente en muchos casos (sin embargo cabe mencionar que hay un 30% de personas que no aplica o que no contestan a la pregunta); mientras que para aquellos del PAC, un 86,7% se encuentra en esta categoría. Otra frase con una situación similar, donde la diferencia se explica por las condiciones de cada individuo y del programa en el que participa, es aquella que dice “Siento que el Programa me ha entregado herramientas que me permiten comunicarme mejor con mi entorno”, con un 70% en aquellos provenientes del PC que están ‘de acuerdo’ y un 90,3% de los del PAC; así como “El Programa me ha permitido comunicarme con otras personas importantes con las que antes no hablaba” con un 52,5% del PC y un 77,9% del PAC. Las dos últimas frases hacen referencia a las capacidades sociales de las personas y a cómo el PPSM les ha aportado, donde es importante recordar la situación de exclusión social que viven las personas en situación de calle, así como la auto exclusión en algunos casos, donde aunque pernocten en residencias y hospederías, el daño que tienen en este aspecto es considerable. Sin embargo es importante recalcar el importante impacto que ha tenido en este aspecto en las personas en situación de calle, ya que el porcentaje de bueno y muy bueno es considerable. Por último, otra frase relacionada es aquella que dice “El Programa me ha ayudado a mejorar la forma de comportarme con las demás personas”, que tiene un 75% de acuerdo entre los usuarios del PC y un 87,6% entre el PAC, mostrando también lo explicado anteriormente de diferencias entre los beneficiarios de ambos programas.

La frase donde se encuentra mayor porcentaje de acuerdo en usuarios de ambos programas es “El Programa me ha servido para sentirme mejor”, con sobre un 90% de acuerdo; y un 85% entre el PC y un 90,3% del PAC están de acuerdo con “El Programa me ha ayudado a estar más tranquilo”, siendo un impacto importante en las personas que se encuentran en situación vulnerable.

Ante la frase “El Programa me ha ayudado a subir mi autoestima”, un 80% de los usuarios del PC están de acuerdo, y un 89,4% del PAC, mismo nivel de acuerdo con la frase “El Programa me ha permitido que vea la vida más optimista” y similar ante “El Programa me ha ayudado a mejorar mi calidad de vida” con un 82,5% y un 90,3% respectivamente. Por último, un 72,5% de aquellos del PC y un 87,6% del PAC están de acuerdo con la frase de “El Programa me ha servido para tomar decisiones”.

BENEFICIOS DEL PROGRAMA PARA USUARIOS DEL PAC

Se realizaron preguntas específicas, considerando que son niños y niñas, sobre los beneficios percibidos del programa a los usuarios provenientes del PAC. El gráfico siguiente muestra el grado de acuerdo para cada una de las frases propuestas, siendo 1: totalmente en desacuerdo y 7: totalmente de acuerdo.

Entre todos muestran un promedio de 6,48, es decir un alto nivel de acuerdo con las frases propuestas, siendo el promedio mayor para la frase que dice “El Programa me ha ayudado a darme cuenta que soy importante para mi familia”, con una media de 6,61 y una desviación estándar de 0,959 (es decir poca variabilidad en los datos). La 4ª frase “El Programa me ha ayudado a que me vaya mejor en la escuela” con una media de 6,5 y una desviación estándar de 1,204 es la segunda con mayor nivel de acuerdo. Por otro lado, ante la frase “El Programa me ha ayudado a ser más respetuoso con los adultos con los que vivo” la media es de 6,34. Es importante recordar que estas preguntas las respondieron, en la mayor parte, acompañantes de los niños y niñas, sobre la percepción que ellos tienen del avance y beneficios que han obtenido los menores con el Programa.



Se creó un índice para resumir estas 5 frases, de la misma forma que el índice anterior, que muestra que el 93,8% de los usuarios del Programa Abriendo Caminos consideran como ‘muy bueno’ los beneficios personales obtenidos del Programa y sólo un 4,1% los encuentra ‘regular’ o ‘malo’.

INTENCIÓN DE CONTINUAR EN EL PROGRAMA

	¿Cuánto le gustaría seguir participando en el Programa?		Total
	Programa calle	Programa Abriendo Caminos	
Mucho	87,2%	75,0%	78,2%
Más o menos	10,3%	14,8%	13,6%
Un poco	2,6%	2,8%	2,7%
Nada	0,0%	7,4%	5,4%

Se les preguntó a los usuarios de ambos programas cuánto les gustaría seguir participando en el PPSM, siendo una gran mayoría, entre los usuarios tanto del PC como del PAC, que responden ‘mucho’, como se observa en la tabla a la izquierda.

Esta es una pregunta clave para evaluar los resultados del PPSM ya que son los propios usuarios los que, más allá de los beneficios específicos que percibe, o de la evaluación que pueda hacer de los profesionales, quiere continuar en el Programa.

ACOMPAÑANTE PROGRAMA ABRIENDO CAMINOS

Por último, se realizó una serie de preguntas al acompañante del usuario PAC que respondió la encuesta. Una de ellas dice “¿A usted (acompañante) le gustaría recibir algún apoyo (psicológico / emocional) de parte del Programa?” a lo que un 80,5% responde ‘mucho’ y un 12,4% ‘nada’, siendo un punto importante, ya que no es sólo el niño, niña y/o adolescente el que se encuentra en situación vulnerable sino también su familia y entorno.

Por otro lado se le pregunto “¿Considera suficiente la información que recibe de parte de los profesionales del Programa con respecto al niño?”, a los que un 87,9% responde ‘siempre’, un 3,7% ‘casi siempre’ un 3,7% ‘a veces’ y un 4,7% ‘casi nunca’. Esto se considera positivo ya que una gran mayoría se siente informada sobre la condición el niño, niña y/o adolescente y sus avances en el Programa, con lo que se puede concluir también que es una persona que está en conocimiento suficiente sobre el niño, niña y/o adolescente como para haber respondido la encuesta.

5 ESTUDIO DE COSTOS DEL PROGRAMA PILOTO DE SALUD MENTAL

5.1 INTRODUCCIÓN

El programa piloto de salud mental se puede encontrar en el presupuesto en la partida 21, capítulo 01, programa 05, ítem 993. A partir de los datos que publica regularmente la dirección de presupuesto del Ministerio de Hacienda se puede analizar el desenvolvimiento del programa en términos del gasto que realizan anualmente, lo cual resulta una herramienta clave para realizar un análisis de costos del programa piloto de salud mental (PPSM).

ELEMENTOS GENERALES DE LA EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA DEL PPSM

Los recursos con los que cuenta el presupuesto del PPSM corresponden al 0,14% del presupuesto de la subsecretaría de servicios sociales. El presupuesto vigente para el 2014 alcanza a los \$ 310.456 millones de pesos y la ejecución al tercer trimestre del 2014 llega al 82,33% del total de recursos.

Por otro lado la evolución de los recursos disponibles para el PPSM muestra una disminución acumulada desde su inicio de 0,87%.

Tabla 1. Presupuesto PPSM (en miles 2014).

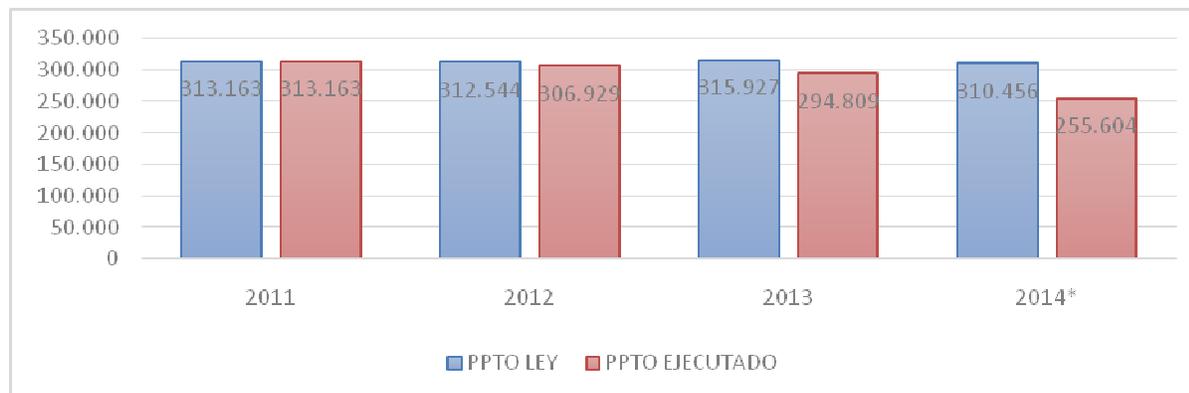
<i>Programa Piloto Salud Mental Chile Solidario</i>	2011	2012	2013	2014
<i>Presupuesto anual</i>	313.163	312.544	315.927	310.456
<i>Ejecución anual</i>	313.163	306.929	294.809	255.604*
<i>Porcentaje de ejecución anual</i>	100%	98,2%	93,3%	

Fuente: Elaboración propia en base a DIPRES <http://www.dipres.gob.cl/594/w3-channel.html>

* Corresponde a ejecución tercer trimestre 2014.

La ejecución de los fondos para el PPSM presentan una ejecución promedio entre 2011-13 de 97,1%, siendo el 2013 el año con menor ejecución presupuestaria, con un 93,3% de los recursos gastados.

Figura 1. Ejecución presupuestaria PPSM (en miles 2014)



Fuente: Elaboración propia en base a DIPRES <http://www.dipres.gob.cl/594/w3-channel.html>

* Corresponde a ejecución tercer trimestre 2014.

Si se considera el número de beneficiarios del PPSM se puede establecer el gasto que se realiza por cada beneficiario anualmente. Entre el 2011 y el 2013 se evidencia un gasto promedio por beneficiario de \$ 68.886 pesos (ver figura 2). Para el año 2013 se observa una reducción del gasto por beneficiario, a pesar de que el presupuesto 2013 para el PPSM es el mayor de los últimos cuatro presupuestos, sin embargo esto se debe al efecto de un mayor número de beneficiarios y una menor ejecución presupuestaria.

Figura 2. Gasto mensual por beneficiario (pesos 2014).



Fuente: Elaboración propia en base a DIPRES <http://www.dipres.gob.cl/594/w3-channel.html> y listados de beneficiarios provistos por MDS.

*Se asumen 354 beneficiarios para PPSM correspondientes al 2013.

5.2 TRANSFERENCIAS Y GASTOS DEL PPSM EN SERVICIOS DE SALUD

El Ministerio de Desarrollo social establece convenios con los servicios de salud para realizar las transferencias monetarias con el fin de financiar las actividades desarrolladas por el PPSM. A partir de esta fuente de información se pueden establecer, conclusiones respecto del gasto en el programa. Por otro lado los informes respecto del desarrollo del programa, así como las bases de datos asociadas a estos informes, permiten establecer frecuencias de atenciones. Con estos datos se puede lograr inferir el costo por atención en que incurre el PPSM.

Respecto de la utilización de los recursos financieros entregados a los servicios de salud, estos pueden emplearse en los siguientes ítems:

- **Servicio de recursos humanos:** contratación de recursos humanos profesionales y técnicos para reforzar la atención primaria de salud en evaluación e intervención y para realizar atención de especialidad.
- **Activos:** bienes que se entregan a los usuarios directamente para el desarrollo del programa: insumos médicos, farmacéuticos o similares.
- **Gastos de soporte:** Gastos para sustentar la operación: adquisición y/o arriendo de bienes, artículos y equipamientos que se utilizan para la implementación del proyecto y la atención directa de los usuarios.
- **Otros gastos de soporte:** compra y/o arriendo de equipo informático, mantención y reparación, transporte, flete, colación de recursos humanos, movilización del equipo de trabajo.

Recursos destinados para el uso interno.

- **Gasto en recursos humanos:** contratación de recursos humanos para apoyo administrativo, material fungible, y otros de administración y traslado de personal, pago de pesajes, arriendo de vehículos, peajes, combustible y otros de uso interno.
- Otros gastos internos que no estén definidos en el desglose anterior y que sean necesarios para la ejecución del programa.

SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR

A través del decreto exento 0447 del 28 de diciembre del 2011, se establece un convenio entre el MDS (en ese entonces ministerio de planificación) y el servicio de salud metropolitano sur (SSMS), en donde se establece la transferencia de recursos para el financiamiento del PPSM que se implementa en la comuna de San Bernardo. La vigencia del convenio es desde el 21 de noviembre del 2011 hasta junio del 2012. En el decreto 0447 se establece que el número de beneficiarios en la comuna de San Bernardo alcanzan las 28 personas, las cuales son a su vez parte del programa de apoyo a personas en situación de calle. En este decreto se aprueba la transferencia de \$ 17.560.800 pesos.

En la resolución exenta 076 con fecha del 29 de mayo del 2012, se puede establecer que el Ministerio de Desarrollo Social (MDS) realiza una nueva transferencia de recursos (sobre el presupuesto 2012), por un monto de \$ 16.276.000 pesos para los fines establecidos en el decreto exento 0447 del 28 de diciembre del 2011.

En la resolución exenta 032 con fecha 17 de abril del 2013, se puede determinar que el MDS realiza una transferencia al SSMS por un monto de \$ 17.604.000 pesos.

Finalmente en la resolución exenta 02192 de fecha 27 de diciembre del 2013 se resuelve que la transferencia de recursos para el año 2014 al SSMS alcanzará el monto de \$17.991.110 pesos.

A partir de los datos anteriores se puede lograr construir una tabla que permita ver el costo total por beneficiario de forma anual y mensual.

Tabla 2. Transferencias al SSMS y gasto por beneficiario*.

	<i>Monto</i>	<i>Beneficiarios</i>	<i>Gasto anual por beneficiario</i>	<i>Gasto mensual por beneficiario</i>
<i>SSMS</i>				
2011	17.560.800	28	627.171	52.264
2012	16.276.000	29	561.241	46.770
2013	17.604.000	34	517.765	43.147
2014	17.991.110	34**	529.150	44.096

Fuente: Elaboración propia en base a resoluciones exentas y BBDD de usuarios.

*En pesos de cada año.

** Se asumen beneficiarios 2013.

Por otro lado al relacionar la actividad con el gasto, podemos establecer un costo promedio por atención. Los costos que se pueden establecer de este ejercicio son costos promedio y corresponden a los años 2012 y 2013 dado que en estos años se cuenta con la información suficiente como para lograr establecer el costo promedio. Tal como se puede apreciar en la tabla 3, el costo promedio por atención varía de \$ 16.374 pesos para el año 2012 a \$ 23.984 pesos en el 2013. Esta diferencia se puede explicar a partir de la mayor cantidad de recursos que cuenta el programa el 2013, así como la menor frecuencia de atenciones.

Tabla 3. Atenciones y costo promedio por atención*

SSMS	Monto total transferido	Atenciones totales	Costo por atención
2012	16.276.000	994	16.374
2013	17.604.000	734	23.984

Fuente: Elaboración propia en base a resoluciones exentas y BBDD de usuarios.

*En pesos de cada año.

SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO CENTRAL

A través del decreto exento 0476 con fecha 28 de diciembre, se establece un convenio entre el MDS y el servicio de salud metropolitano central (SSMC). En donde se estipula la transferencia de recursos para la implementación del PPSM, estos recursos corresponden al presupuesto 2011 del MDS. La transferencia de recursos alcanza los \$ 99.236.730 pesos, para financiar las intervenciones en el marco del PPSM, de 83 beneficiarios del abriendo caminos y 65 beneficiarios de programa de personas en situación de calle.

Por otra parte en el decreto exento 0476 se especifica que se destinará un total de \$ 36.384.800 pesos, para gastos derivados de la gestión centralizada de recursos en actividades destinadas a los tres servicios de salud involucrados en el PPSM en específico:

- Licitación de servicios de capacitación pertinentes para la implementación del programa piloto.
- Licitación del servicio de diseño e implementación del sistema de registro de información del programa.
- Contratación del recurso humano necesario para el apoyo de la administración de los recursos de gestión centralizada.

La distribución de los recursos que se establece en el decreto exento 0476 es la siguiente:

Figura 3. Distribución de recursos del PPSM en SSMC.

Montos Convenio SSMC-Piloto Calle		
SSMC	Gestión Central	7.120.000
	DAP (APS Estación Central)	15.882.000
Municipio Estación Central	COSAM	15.410.750
Municipio Santiago	APS + COSAM	17.123.840
Total Transferencia a SSMC		55.626.590

Montos Convenio SSMC-Piloto Abriendo Caminos		
SSMC	Gestión central	32.021.390
	DAP (APS Maipú)	33.934.150
Municipio Estación Central	COSAM	14.039.400
Total Transferencia a SSMC		79.994.940

Fuente: Decreto exento 0476.

En la resolución exenta 077 del 29 de mayo del 2012 se estipula una nueva transferencia de recursos al SSMC de acuerdo a los principios establecidos en el decreto exento 0476 del 2011. El monto alcanza los \$ 127.519.774 pesos del presupuesto del MDS correspondiente al año 2012.

Hay que señalar que en esta resolución no se especifica la distribución de los recursos en función de lo destinado para administración centralizada y el financiamiento de las actividades propias del PPSM en el servicio de salud.

En la resolución exenta 031 con fecha 30 de enero del 2013, se resuelve la transferencia de recursos para financiar las actividades del PPSM en el SSMC. El monto a transferir por parte del MDS alcanza los \$ 109.234.217 pesos. Nuevamente en esta resolución no se especifica la distribución de los recursos en función de lo destinado para administración centralizada y el financiamiento de las actividades propias del PPSM en el servicio de salud. Sin embargo se menciona que se efectuarán siguiendo lo establecido en el decreto exento 0476.

Nuevamente durante el 2013, se emite la resolución exenta 02191 con fecha 27 de diciembre del 2013, con el propósito de realizar una transferencia de fondos correspondientes al presupuesto del MDS para el año 2014. El monto de en esta ocasión alcanza los \$ 111.635.931 pesos. Los recursos son entregados al igual que las anteriores resoluciones en base al decreto exento 0476.

Tabla 4. Transferencias al SSMC y gasto por beneficiario*.

<i>SSMC</i>	<i>Monto</i>	<i>Beneficiarios</i>	<i>Gasto anual por beneficiario</i>	<i>Gasto mensual por beneficiario</i>
2011	135.621.530	148	916.362	76.363
2012	127.519.774	142	898.027	74.836
2013	109.234.217	200	546.171	45.514
2014	111.635.931	200**	558.180	46.515

Fuente: Elaboración propia en base a resoluciones exentas y BBDD de usuarios.

*En pesos de cada año.

** Se asumen beneficiarios 2013.

En la tabla 4 se puede apreciar que se produce un decrecimiento del presupuesto para el SSMC, sin embargo dada la información que se expone en el decreto exento 0476 podemos establecer que parte de los recursos al menos en el año 2011, están destinados a gastos centrales del PPSM, al tomar solo los fondos destinados a la implantación del programa en el servicio el gasto mensual por beneficiario en el SSMC llega a \$ 55.877 pesos el 2011. Lo cual es bastante más cercano, al gasto realizado en 2013 y 2014.

Tabla 5. Atenciones y costo promedio por atención en el SSMC*

<i>SSMC</i>	<i>Monto</i>	<i>Atenciones</i>	<i>Costo atención</i>
2012	127.519.774	3.931	32.440
2013	109.234.217	2.297	47.555

Fuente: Elaboración propia en base a resoluciones exentas y BBDD de usuarios.

*En pesos de cada año.

Por otro lado al relacionar la actividad con el gasto, podemos establecer un costo promedio por atención. Los costos que se pueden establecer de este ejercicio son costos promedio y corresponden a los años 2012 y 2013 dado que en estos años se cuenta con la información suficiente como para lograr establecer el costo promedio. Tal como se puede apreciar en la tabla 5, el costo promedio por atención varía de \$ 32.440 pesos para el año 2012 a \$ 47.555 pesos en el 2013. Esta diferencia se puede explicar a partir de la menor frecuencia de actividad relacionada al PPSM en el SSMC, esta disminución de atenciones recibidas alcanza una diferencia de 41,6% respecto del 2012.

SERVICIOS DE SALUD METROPOLITANO NORTE

El 28 de diciembre del 2011 se emite por parte del entonces Ministerio de Planificación el decreto exento 0475, allí se establece un convenio entre el ministerio y el Servicio de Salud Metropolitano Norte (SSMN), para la implementación del PPSM. En este documento se especifica el monto de recursos transferidos que asciende a los \$ 105.274.670 pesos. Estos fondos se utilizarán para la implantación del programa, y el detalle de su uso ya fue especificado anteriormente. También en el decreto se detallan los beneficiarios los cuales son 178, de los cuales 125 son del programa abriendo caminos que se implementa en la comuna de Colina y 53 del programa de apoyo a personas en situación de calle en la comuna de Recoleta.

Posteriormente el MDS emite la resolución exenta 078 con fecha 29 de mayo del 2012, en este documento se establece realizar una transferencia de recursos para la continuación del PPSM en el SSMN. Los montos transferidos alcanzan los \$ 92.376.226 pesos. En esta misma resolución se establece que la forma de utilización de los recursos debe ser la detallada en el decreto exento 0475.

Si bien no se tuvo acceso a la resolución exenta 030 con fecha 22 de marzo del 2013, en el portal de transparencia del Ministerio de Desarrollo Social se puede verificar los montos transferidos al SSMN por concepto del PPSM. El monto de esta transferencia de recursos alcanza los \$ 116.197.783 pesos. En la resolución exenta 02193 con fecha 27 de diciembre del 2013 se resuelve transferir recursos para el SSMN por un monto de \$ 118.752.959 pesos, con el fin de financiar la ejecución del PPSM en las comuna de Colina y Recoleta.

Tabla 6. Transferencias al SSMC y gasto por beneficiario*.

<i>SSMC</i>	<i>Monto</i>	<i>Beneficiarios</i>	<i>Gasto anual por beneficiario</i>	<i>Gasto mensual por beneficiario</i>
2011	105.274.670	178	591.431	49.286
2012	92.376.226	180	513.201	42.767
2013	116.197.783	175	663.987	55.332
2014	118.752.959	175**	678.588	56.549

Fuente: Elaboración propia en base a resoluciones exentas y BBDD de usuarios.

*En pesos de cada año.

** Se asumen beneficiarios 2013.

El gasto por beneficiario en el SSMN alcanza un promedio de \$ 50.983 pesos entre el 2011 al 2014, siendo el menor gasto para el año 2012, llegando a los 42 mil pesos, esto es debido a una disminución de los fondos transferidos y un mayor número de beneficiarios.

Tabla 7. Atenciones y costo promedio por atención en el SSMN*

SSMC	Monto	Atenciones	Costo Atención
2012	92.376.226	2675	34.533
2013	116.197.783	2178	53.351

Fuente: Elaboración propia en base a resoluciones exentas y BBDD de usuarios.

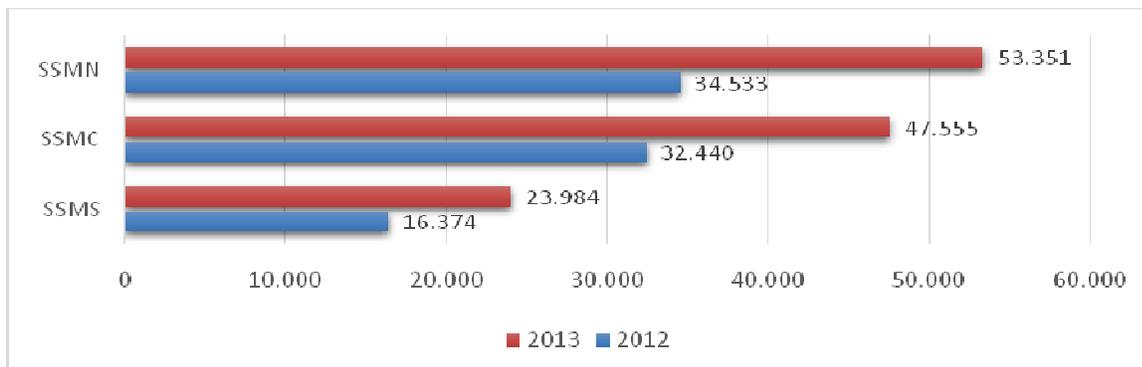
*En pesos de cada año.

En relación a los costos por atención durante el 2012, estos llegan a \$ 34.533 pesos por atención, sin embargo para el año 2013 este costo aumenta a los \$ 53.351 pesos. Esto se debe en parte a una disminución de la frecuencia de atenciones que declaro la comuna de Recoleta donde pasa de 1066 atenciones a 492. Por otro lado los fondos transferidos durante el 2013 aumentan considerablemente en relación a lo transferido durante el 2012. Estos dos efectos implican que el costo por atención se eleve.

COSTOS DE LAS ATENCIONES SEGÚN ACTIVIDAD

A partir de los datos anteriormente expuestos se pueden realizar algunas comparaciones entre los costos por atenciones entre los servicios de salud, en la figura 4 se puede apreciar esta comparación, donde por un lado llama la atención el caso del SSMS donde corresponde a la comuna de San Bernardo, este caso corresponde a la aplicación del PPSM solo en beneficiarios del Programa de Apoyo a Adultos en Situación de Calle, la diferencia en términos de costos es alta respecto de los otros dos servicios de salud, donde tienen beneficiarios de los dos programas. Esta diferencia puede implicar que los tipos de usuario tienen efectos respecto de los costos que se deben enfrentar en la aplicación de los programa.

Figura 4. Comparación de costos por atención del PPSM según transferencias monetarias y actividad*



Fuente: Elaboración propia en base a resoluciones exentas y BBDD de usuarios.*En pesos de cada año.

Por otro lado se puede lograr con los datos expuestos, construir un costo por atención a nivel global del PPSM (ver tabla 8).

Tabla 8. Costos de atención del PPSM

<i>PPSM</i>	<i>Monto</i>	<i>Atenciones</i>	<i>Costo atención</i>
2012	236.172.000	7.600	31.075
2013	243.036.000	5.209	46.657

Fuente: Elaboración propia en base a resoluciones exentas y BBDD de usuarios.

*En pesos de cada año.

5.3 DETERMINACIÓN DEL COSTO

A partir de las transferencias realizadas a los servicios de salud y junto con la actividad desarrollada en las distintas comunas donde se ejecuta el PPSM se puede determinar que el costo de la atención para el año 2012 alcanzó los \$ 31.075 pesos y para el año 2013 sube a la cifra de \$ 46.657 pesos. Este incremento se debe principalmente al aumento de los recursos, pero principalmente en un descenso en la actividad, lo cual impacta aumentando el costo por atención.

5.3.1 Costos del programa piloto de salud mental: perspectiva de cesfam y cosam

ORGANIZACIÓN DE DATOS

La encuesta FOCO propuesta para este estudio, conforme a la metodología de micro costeo, permitió recolectar y generar un conglomerado de datos para la determinación de costos, que fue organizado e implementado en un archivo Excel denominado “BBDD COSTOS- AJUSTADA”. El nombre ajustada se debe a lo siguiente:

- Se ajustaron fórmulas de cálculo de costos de RR.HH., especialmente en el nivel de asignación de costos por cada prestación unitaria.
- Se recolectaron precios de insumos faltantes.
- Incorporación de fórmula de asignación de costo de uso de equipos, conforme a la metodología comprometida.
- Reorganización y agregación de costos de sueldos en la base de datos de costos sociales.

El archivo mencionado se divide inicialmente en las siguientes hojas:

Recursos humanos

Datos generados por las encuestas correspondientes a los recursos humanos involucrados en las atenciones de los programas. Cada fila de esta hoja corresponde a un registro cuyos campos son:

ID	Corresponde al dígito de identificación del Programa/Comuna donde se lleva a cabo la atención del PPSM: 1 corresponde a la modalidad PAC en el Cesfam de Maipú; 2 corresponde a la modalidad PAC en el Cosam de
----	---

	Colina; 3 designa la modalidad PSC en Cefam de Santiago; 4 indica la modalidad PSC en Cosam de Estación Central y 5 señala la modalidad PSC en Recoleta.
Modalidad	En este campo aparece el nombre específica de las modalidades Programa de Salud Mental abriendo caminos (PAC) o Programa para personas en situación de calle (PSC).
Establecimiento	Aparece en esta parte o campo de cada registro, el nombre del Cefam o Cosam y su Comuna.
Estamento y/o cargo	Campo bastante importante, ya que indica el tipo de Profesional que participa en cada prestación, con indicación de su jornada contratada. Ej. Psicólogo, Asistente Social, Psiquiatra, etc.
Cantidad de RR.HH.	Este campo especifica la cantidad de profesional de cada tipo involucrado en cada prestación de cada programa.
Tiempo utilizado por el RR.HH. (minutos)	Tiempo que cada profesional destina a la atención de un individuo beneficiario de cada programa.
Sueldo bruto	Se señala en este campo el sueldo bruto que percibe cada uno de los profesionales participantes.
Valor hora RR.HH. (\$)	Indica como dato el valor hora de cada categoría de profesional.
Costo del F. trabajo de cada prestación	Este es uno de los datos más importantes para la determinación del costo de RR.HH. puesto que indica precisamente el costo por concepto de Factor Trabajo que debe ser asignado a cada una de las prestaciones. Este cálculo será explicado más adelante.
Tasa C.I.E.	Se utilizó para este estudio, una Tasa de Costo Indirecto Estructural (C.I.E.), la que está asociada a costos de energía eléctrica, agua, calefacción, servicios de aseo, y en general apoyo administrativo y logístico que permite que una prestación sea llevada a cabo en cada establecimiento. Esta tasa corresponde a un porcentaje sobre los costos directos y se aplicará por tanto a los costos del Factor Trabajo, a los costos de insumos y costo de uso de equipos.
C.I.E.	En este campo se registra el resultado de aplicar la Tasa de C.I.E. sobre el costo directo de F. Trabajo.

INSUMOS

Esta registra los datos recogidos en cuanto al consumo de insumos en cada una de las prestaciones y programas llevados a cabo en las diferentes comunas. Cada fila de esta hoja es un registro que tiene los siguientes campos:

ID	Corresponde al dígito de identificación del Programa/Comuna donde se lleva a cabo la atención del PPSM: 1 corresponde a la modalidad PAC en el Cefsam de Maipú; 2 corresponde a la modalidad PAC en el Cosam de Colina; 3 designa la modalidad PSC en Cefsam de Santiago; 4 indica la modalidad PSC en Cosam de Estación Central y 5 señala la modalidad PSC en Recoleta.
Modalidad	En este campo aparece el nombre específica de las modalidades Programa de Salud Mental abriendo caminos (PAC) o Programa para personas en situación de calle (PSC).
Establecimiento	Aparece en esta parte o campo de cada registro, el nombre del Cefsam o Cosam y su Comuna.
Insumos	Campo donde aparece registrado el detalle de cada tipo de insumo que se consume en el proceso de producir la atención del programa de salud mental de que se trate, como por ejemplo, consumo de lápices, papel, block de dibujo, témpera y una diversidad de materiales que más adelante también se indicarán a modo de ilustración.
Cantidad	Este campo especifica la cantidad de cada insumo que se utiliza o consume en cada atención profesional.
Precio Unitario de Reposición	Este campo registra el precio de costo de cada unidad de los insumos que se consumen en los procesos.

Costo de los insumos utilizados en la P.	Corresponde al resultado de calcular el costo unitario del insumo por la proporción de consumo, y corresponde al costo que será asignado a cada una de las prestaciones.
Tasa C.I.E.	Como ya se explicó anteriormente, esta Tasa se aplica sobre todos los costos directos, de manera que en este caso corresponde a un porcentaje sobre los costos de insumos.
C.I.E.	En este campo se registra el resultado de aplicar la Tasa de C.I.E. sobre el costo directo de insumos.

EQUIPOS

Esta hoja registra los datos referentes a los equipos y muebles que se utilizan para poder llevar a cabo las prestaciones de los programas. Los campos de cada registro se detallan a continuación:

ID	Como ya se ha indicado en las hojas anteriores este dato corresponde al dígito de identificación del Programa/Comuna donde se lleva a cabo la atención.
Modalidad	Conforme a lo ya señalado, en este campo aparece el nombre específico de las modalidades Programa de Salud Mental abriendo caminos (PAC) o Programa para personas en situación de calle (PSC).
Establecimiento	Aparece en esta parte o campo de cada registro, el nombre del Cesfam o Cosam y su Comuna.
Equipamiento y mobiliario	Campo donde aparece registrado el detalle de equipos y muebles que se utilizan como apoyo directo o indirecto para las diferentes atenciones de los programas. Incluye bienes tales como cajoneras, pizarrones, balones de fútbol, escritorios, sillas para pacientes, computadores, kardex, etc. y una diversidad

	de equipos que más adelante también se indicarán a modo de ilustración.
Cantidad	Este campo especifica la cantidad de cada equipo que se utiliza en cada atención profesional.
Precio Unitario de Reposición	Este campo registra el precio de costo de cada unidad de los equipos o muebles que se utilizan en los procesos.
N° de Prestaciones al año	Registra la cantidad de prestaciones al año, a objeto de relacionar este número con el costo anual equivalente del uso de equipos.
Vida útil en (años)	Corresponde a los años de vida útil estimados de operación que tiene cada uno de los equipos y muebles utilizados. Este dato se utilizará para el cálculo del costo anual equivalente y por ende, para asignar un costo proporcional a cada una de las prestaciones.
Costo Promedio por Prestación	Es el resultado del cálculo del costo anual uniforme equivalente (cuyo algoritmo se explicará más adelante) dividido entre la cantidad anual de prestaciones.
Tasa C.I.E.	Como ya se explicó anteriormente, esta Tasa se aplica sobre todos los costos directos, de manera que en este caso corresponde a un porcentaje sobre los costos de equipos asignados a cada prestación.
C.I.E.	En este campo se registra el resultado de aplicar la Tasa de C.I.E. sobre el costo directo de uso de equipos y mobiliario.

ANEXOS DE COSTOS

CIE (Costos indirectos estructurales)

ID	Corresponde al dígito de identificación del Programa/Comuna donde se lleva a cabo la atención del PPSM.
MODALIDAD	En este campo aparece el nombre específica de las modalidades (PAC) o (PSC).
ESTABLECIMIENTO	Aparece en esta parte o campo de cada registro, el nombre del Cesfam o Cosam y su Comuna.
C.I.E.	En este campo se registra el resultado de aplicar la Tasa de C.I.E. sobre el costo directo de RR.HH. y que quedó registrado en la hoja RRHH, sobre el costo directo de insumos, registrado a su vez en la hoja INSUMOS y sobre el costo directo de uso de equipos que quedó consignado en la hoja EQUIPOS.

C. Sociales

Esta hoja recoge los datos de la encuesta sobre costos sociales (costos de movilización y transporte y salarios no percibidos) en los que se incurre por parte del paciente y/o familia con motivo de la atención de un paciente en los programas de salud mental. Los campos de cada registro en esta hoja son los que siguen:

ID	Corresponde al número correlativo que recibe cada uno de los individuos que forman parte de la muestra en la que se aplicó la encuesta de costos sociales.
Nombre	Nombre del paciente o individuo encuestado.
I.E.	Identificación del Establecimiento. Como se ha explicado anteriormente, 1 es PAC Cesfam Maipú; 2 es PAC Cosam Colina; 3 pertenece a PSC Cesfam Santiago; 4 corresponde a Cosam Estación Central 5 Recoleta. Se agrega en este caso el 6 para San Bernardo, que en todo caso no tiene datos.

Comuna	Se especifica el nombre de la Comuna donde se lleva a cabo la prestación.
Costos de Movilización	Corresponde a los gastos de traslado o movilización, en que se incurre con motivo de asistir a un evento de atención en un programa de salud mental específico.
Tiempo (hrs.)	Tiempo estimado en horas, que las personas se ausentan de sus labores habituales, con motivo de la concurrencia a un evento de atención en un programa.
Trabajo habitual	Se registra en este campo el trabajo habitual que desempeñan las personas que se ausentan de su labor, al tener que concurrir a una atención en un programa. Esto es para asociar un nivel salarial y determinar posteriormente los salarios que se dejan de percibir en razón de tener que asistir a una sesión de programa de atención.
Promedio mensual de salario	Estimación del promedio mensual de salario (Encuesta Casen) que le corresponde a la persona que realizando una labor habitual, debe ausentarse para acompañar o asistir a sesiones de atención en un programa de salud mental.
Salario hora	Corresponde al salario mensual, dividido por 180 horas (mensuales) a objeto de calcular un promedio por hora.
Salarios no percibidos	Corresponde simplemente al producto de las horas de ausencia al trabajo y el salario promedio por hora. Constituye el resultado, una estimación de los salarios que se dejan de percibir con motivo de una enfermedad que requiere atención en programas de salud mental.

Reporte C. Social

Constituye el primer producto del procesamiento de datos. En este caso, referente a los costos sociales, que incluyen gastos de movilización o transporte y salarios no percibidos, por causa de destinar tiempo para sesiones de atención en algún programa de salud mental. Incluye los costos de movilización y salarios no percibidos solamente del programa PAC en Cesfam Maipú y Cesfam Colina, ya que la muestra de individuos consultados no incluye casos del programa PSC que se contempla en este estudio en Cesfam

Santiago. Cesfam Estación Central y Recoleta. Este reporte entrega cantidades monetarias de gasto en términos totales, en términos porcentuales y promedios en cada caso.

Reporte C. Cesfam

Es la segunda instancia de resultados finales, y se refiere fundamentalmente a costos directos de producción por cada programa, establecimiento y comuna. Incluye las cifras en términos totales (por cada prestación) de costos de RR.HH. o Factor trabajo, insumos y costo de uso de equipos. También se incluyen las cifras de costos indirectos estructurales como resultado de aplicar una tasa estimativa sobre costos directos (RR.HH, insumos y costo de uso de equipos). Este informe también entrega un desglose en términos porcentuales.

A objeto de completar y visualizar el escenario completo en cada programa, al final se agregan las cifras de costos de movilización y salarios no percibidos.

Costos del piloto para el programa Abriendo Caminos

En este reporte figuran solamente los costos del programa de salud mental PAC en las comunas de Maipú y Colina.

Costos del piloto para el programa Calle

Similarmente al anterior, muestra las cifras de costos del programa PSC.

Comprobación por Factor

Este reporte solamente es de comprobación para cuadrar las cifras con las cifras originales o base que están en las primeras hojas de este archivo.

Proyección costos anuales

Incluye una proyección de costos totales anuales, a partir de las cifras de costos unitarios que se determinan en este estudio.

Comprobación por Factor

Este último cuadro resume en general todos los costos por programa, establecimiento y comuna y el total como sumatoria de todos los programas y establecimientos, a objeto de comprobar que los costos totales por factor coincidan con los totales que entrega cada base de datos.

COSTO DE RR.HH. O FACTOR TRABAJO

La Tabla N° 1 indica los tipos de profesionales y salarios brutos mensuales promedio que intervienen en las modalidades de programas de salud mental.

Tabla N° 1

Profesionales participantes en programas de Salud Mental, jornadas contratadas y tiempo en minutos destinados a cada atención

Programa	Establecimiento	Profesional	Jornada	Cantidad	Tiempo utilizado en cada atención
PAC	Cesfam Maipú	Psicólogo	44	1	50
PAC	Cesfam Maipú	Terapeuta Ocupacional	44	1	50
PAC	Cesfam Maipú	Asistente Social	33	1	60
PAC	Cesfam Maipú	Profesora Educación Diferencial	22	1	50
PAC	Cosam Colina	Psicólogo	44	2	60
PAC	Cosam Colina	Terapeuta Ocupacional	44	1	60
PAC	Cosam Colina	Asistente Social	44	1	60
PAC	Cosam Colina	Psicólogo	22	1	60
PAC	Cosam Colina	Psiquiatra	11	1	30
PSC	Cesfam Santiago	Psiquiatra	6	1	30
PSC	Cesfam Santiago	Terapeuta Ocupacional	16	1	45
PSC	Cesfam Santiago	Psicólogo	18	1	60
PSC	Cosam Estación Central	Psicólogo	6	3	30
PSC	Cosam Estación Central	Monitor	24	1	45
PSC	Cosam Estación Central	Asistente Social	9	1	45
PSC	Recoleta	Psicólogo	44	1	60
PSC	Recoleta	Asistente Social	44	1	60

Para determinar el costo de RR.HH. correspondiente a una sesión o modalidad de atención, por cada tipo de profesional involucrado, se multiplica la cantidad de minutos de trabajo utilizado, dato que fue

recolectado, y señalado también en la última columna de la Tabla N° 1 por el costo por minuto, variable que fue calculada para cada tipo de profesional.

En general, el costo promedio por minuto se determinó considerando como numerador la remuneración o sueldo bruto anual (sueldo bruto mensual multiplicado por 12), y como denominador la cantidad de minutos de trabajo anual, pero ajustados de acuerdo a un criterio de productividad real estimado.

Antes de determinar la cantidad de minutos de trabajo al año (ajustados por el criterio de productividad real estimado), fue necesario precisar la cantidad de días y semanas efectivas de trabajo al año. Para ello, se tomó como base la cantidad de 365 días anuales según calendario, restando de esta cifra, 15 días feriados (reales según calendario en 2014), 15 días de vacaciones, y 6 días de permiso administrativo. Esto da como resultado un total de 329 días laborales. Al dividir 329 por 7 días de la semana, se obtiene un total de 47 semanas de trabajo efectivas.

Considerando una jornada semanal de 44 horas, los minutos semanales teóricos de trabajo serían $44 \times 60 = 2.640$. Sin embargo, esta cantidad fue ajustada considerando un tiempo destinado a pausas, café y snacks, coloquios, toilette, etc. de 15 minutos diarios o 75 minutos a la semana, lo que hace finalmente una cantidad de 2.565 minutos semanales ajustados por productividad. La cantidad de minutos no productivos es diferente según la jornada contratada, y corresponde a la proporción de 75 que le corresponde a la jornada mayor que es de 44 horas.

La fórmula para determinar la cantidad de minutos efectivos trabajados al año (considerando el factor productividad) puede expresarse, en general, como sigue:

$$\text{Minutos totales de trabajo al año, ajustados por productividad estimada} = \left(\frac{D_{AÑO} - D_F - D_V - D_A}{7} \right) \times (J_{SEM} \times 60 - \lambda)$$

Donde:

$D_{AÑO}$	Días totales del año según calendario
D_F	Días festivos del año según calendario
D_V	Días de vacaciones legales
D_A	Días de permiso administrativo
J_{SEM}	Jornada semanal en horas
60	Minutos de cada hora
λ	Minutos semanales no productivos

Aplicando la fórmula anterior a una jornada de trabajo de 44 horas, la cantidad de minutos de trabajo efectivos al año es de 120.555 y constituye el denominador buscado.

$$120.555 = \left(\frac{365 - 15 - 15 - 6}{7} \right) \times (44 \times 60 - 75)$$

El costo por minuto es entonces, como ya se ha señalado, el sueldo bruto anual dividido en todos los casos por 120.555. Luego para establecer el costo para la modalidad se multiplica este valor por la cantidad de minutos de trabajo destinados a una sesión por parte de los profesionales involucrados.

Los valores así calculados fueron agregados a la base de datos RRHH y aparecen en la columna I.

La Tabla N° 2 resume el cálculo para cada profesional que participa en los programas de salud mental estudiados, los valores de sueldos brutos y costos en \$ chilenos a Diciembre de 2014.

Tabla N° 2

Detalle del cálculo de costo por Factor Trabajo imputable a los diferentes programas, a partir de profesionales participantes y minutos de trabajo dedicados a cada atención de salud mental

Establecimiento	Profesional	Horas	Sueldo Bruto/Jornada	Total días año	Días feriados, Vacaciones y P. Adm.	Cantidad Neta de días laborales	Cantidad de semanas equivalentes	Minutos de la jornada contratada	Minutos no productivos semanales	Minutos netos laborales semanales	Minutos laborales al año	Costo Promedio por Minuto	Minutos de Atención
MAIPU	Psicólogo	44	804.415	365	36	329	47	2.640	75	2.565	120.555	80,07	50
MAIPU	Terapeuta Ocupacional	44	804.415	365	36	329	47	2.640	75	2.565	120.555	80,07	50
MAIPU	Asistente Social	33	540.000	365	36	329	47	1.980	56	1.924	90.428	71,66	60
MAIPU	Profesora Ed. Diferencial	22	402.208	365	36	329	47	1.320	38	1.282	60.254	80,10	50
COLINA	Psicólogo	44	945.000	365	36	329	47	2.640	75	2.565	120.555	94,06	60
COLINA	Terapeuta Ocupacional	44	945.000	365	36	329	47	2.640	75	2.565	120.555	94,06	60
COLINA	Asistente Social	44	945.000	365	36	329	47	2.640	75	2.565	120.555	94,06	60
COLINA	Psicólogo	22	472.500	365	36	329	47	1.320	38	1.282	60.254	94,10	60
COLINA	Psiquiatra	11	1.100.000	365	36	329	47	660	19	641	30.127	438,15	30
SANT AGO	Psiquiatra	6	680.000	365	36	329	47	360	10	350	16.450	496,05	30
SANT AGO	Terapeuta Ocupacional	16	384.000	365	36	329	47	960	27	933	43.851	105,08	45
SANT AGO	Psicólogo	18	558.173	365	36	329	47	1.080	31	1.049	49.303	135,86	60
EST. CENTRAL	Psicólogo	6	187.000	365	36	329	47	360	10	350	16.450	136,41	30
EST. CENTRAL	Monitor	24	263.127	365	36	329	47	1.440	41	1.399	65.753	48,02	45
EST. CENTRAL	Asistente Social	9	193.295	365	36	329	47	540	15	525	24.675	94,00	45

RECOLETA	Psicólogo	44	912.000	365	36	329	47	2.640	75	2.565	120.555	90,78	60
RECOLETA	Asistente Social	44	912.000	365	36	329	47	2.640	75	2.565	120.555	90,78	60

DETERMINACIÓN DEL COSTO DE INSUMOS

La Tabla N° 3, de registros tomados al azar, brinda una idea muy aproximada de los tipos de insumos y materiales consumidos en los procesos de producción de las sesiones de atención en cada programa.

Tabla N° 3
Tipos de insumos y materiales de las modalidades de atención
(Precios en \$ chilenos a diciembre de 2014)

Insumos	Cantidad	Unidad de medida	Precio Unitario de Reposición (\$)
Archivadores tamaño oficina	0,003	unidad	1.990
Barras de pegamento	0,001	unidad	570
Block de dibujo tamaño médium	0,020	unidad	890
Lápiz pasta azul	0,001	unidad	119
Plumón de pizarra no permanentes negro	0,010	unidad	990
Cajas de plastilina 12 colores	0,250	unidad	1.390
Destacadores de varios colores.	0,001	unidad	287
Fajos de papeles lustres de colores 10 x 10 cm	0,500	unidad	126
Paquete 50 vasos plásticos 300 cc	0,005	unidad	1.990
Paquetes de barras de silicona (10 unidades)	0,100	unidad	549
Pinceles n° 8	0,001	unidad	349
Pintura para cara en crema (distintos colores)	0,010	unidad	6.990
Pistola de silicona	0,001	unidad	2.999
Post-it (diferentes colores)	0,001	unidad	2.850
Resmas de hoja tamaño carta.	0,005	unidad	2.100
Sacapuntas con contenedor.	0,000	unidad	200
Set de lápices de colores de 12 unidades	0,001	unidad	1.092
Set de témperas de 12 colores	0,010	unidad	1.290
Cartulina	0,500	unidad	160
Greda	0,100	unidad	790
Fieltro	0,200	unidad	390
Mostacilla	0,100	unidad	100
Papel Kraft	0,200	unidad	140
Papel mantequilla	0,200	unidad	140

El costo de los insumos utilizados en cada unidad de atención en cada uno de los programas es simplemente el producto de la cantidad utilizada y el precio de cada insumo. Estos valores de costo se incorporaron en la hoja INSUMOS, del archivo Excel BBDD COSTOS-AJUSTADA, en la columna H.

DETERMINACION DEL COSTO DE USO DE EQUIPOS

La Tabla N° 4 de registros tomados al azar, proporciona una idea aproximada de los tipos de equipos, muebles y elementos durables utilizados en la producción de modalidades de atención, así como de sus precios de reposición y vida útil expresada en años.

Tabla N° 4

Tipos de equipos y muebles utilizados en sesiones de atención en programas de Salud Mental

Equipamiento y mobiliario	Precio Unitario de Reposición (\$)	Vida Útil (años)
Cajonera plástica 3 separaciones 46 x 39 x 71, 5 cm- Wenco	6.641	5
Escala Wechsler de inteligencia para niños 3	575.000	5
Pizarrones con termo laminados blanco tamaño 60 x 60 cm	12.990	8
Test gestaltico visomotor de Vender. Completo	58.800	5
Cuentos para niños y niñas	7.600	4
Domino matemático: división (madera, laminas plastificadas)	11.600	3
Guantes de futbol gx Nike	3.690	3
Juego de yenga de colores (madera pintada)	7.990	4
Memorice animales y objetos	7.610	3
Escritorio	69.900	15
Silla pacientes	19.831	3
Computador torre	250.000	3
Notebook	250.000	3
Mesa niños	45.000	10
Sillas niños	15.900	15
Refrigerador	250.000	10
Impresora	59.991	4

Equipamiento y mobiliario	Precio Unitario de Reposición (\$)	Vida Útil (años)
Escritorio	70.000	8
Estantería	71.390	6
Equipo data show Epson modelo power lite s12*	252.622	4
Telón portátil para proyección	38.990	2

El costo por uso de equipos en este estudio corresponde a una estimación del “costo anual uniforme equivalente” que se calcula considerando una tasa de descuento del 7% (tasa vigente y actualizada que aplica el Ministerio de Desarrollo Social) y considerando la vida útil de los diferentes bienes. En seguida, el valor anterior se divide entre el número total de prestaciones anuales.

Como ejemplo podemos mencionar el caso de un computador Notebook HP utilizado para el programa PSC del Cesfam Santiago. El valor de reposición de este equipo es de \$ 416.500, tiene una vida útil de 4 años, y la cantidad anual de prestaciones es de 225. El costo anual equivalente, considerando que el valor de \$ 416.500 es el valor presente, de una corriente de beneficios constantes a través de 4 años de vida útil descontados al 7%, se puede expresar como:

$$416.500 = \frac{X}{(1+0,07)^1} + \frac{X}{(1+0,07)^2} + \frac{X}{(1+0,07)^3} + \frac{X}{(1+0,07)^4}$$

Despejando X obtenemos un costo anual equivalente de \$ 245.925,02, valor que repartido entre las 225 prestaciones anuales da como resultado un costo a asignar de \$ 1.093.-

Todos estos valores de costos fueron incorporados en la hoja EQUIPOS del archivo Excel BBDD COSTOS-AJUSTADA, en la columna J.

DETERMINACIÓN DE LOS COSTOS INDIRECTOS ESTRUCTURALES C.I.E.

Esta categoría de costos comprende el costo de los recursos de uso común por parte de un conjunto de centros de costos, departamentos, proyectos, programas o líneas de productos. Ejemplos típicos en el

ámbito de hospitales, consultorios y centros de salud lo constituyen los gastos de energía eléctrica, agua, calefacción, servicios de mantención, aseo, servicios generales, seguros, abastecimiento, apoyo administrativo y logístico, etc.

En la actualidad la forma más precisa para llevar a cabo el “reparto” de estos costos entre centros de costos, productos y servicios, es la metodología de costeo basada en actividades (*ABC activity based costing*). Sin embargo, constituye una opción de alto costo, difícil de implementar y mantener, más aún en el ámbito de establecimientos sanitarios o servicios de salud. La opción alternativa, considerada como un segundo *gold standard* en este sentido, es la metodología *step-down* o análisis descendente de costos, que corresponde a lo que comúnmente se conoce como departamentalización primaria y secundaria. Conforme a este método, los costos indirectos globales o comunes, se asignan o reparten a todos los centros de costos que constituyen un establecimiento sanitario (hospital, cesfam, consultorio, etc.) utilizando variables que en promedio representan la intensidad de consumo de los recursos subyacentes (Ej. Tasa de KW/hora de consumo para el reparto de costos de electricidad, superficie en metros cuadrados para los costos de calefacción, etc.) . En una segunda fase, ocurre un traspaso de costos desde aquellos centros administrativos, de servicio o apoyo, hacia aquellos centros finales, donde se realizan los procesos productivos que dan origen a los productos o servicios de un establecimiento, traspaso que también se utiliza utilizando alguna variable que se correlacione con la intensidad de consumo de los recursos. Finalmente, para asignar estos costos a los diferentes servicios, se lleva a cabo mediante una tasa que resulta del cociente entre el costo indirecto y el costo directo del centro final donde se lleva a cabo el servicio de salud específico.

Todavía son pocos los establecimientos sanitarios que en Chile han implementado esta metodología, y la gran mayoría todavía utiliza tasas estimativas. Una alternativa es utilizar la razón entre el costo de recursos humanos de los centros administrativos y de apoyo logístico y el costo de los mismos recursos humanos en los centros finales. La implementación del costeo ABC es todavía impensable en nuestro medio.

De acuerdo a las revisiones de la literatura que se refiere a estudios y trabajos sobre costo-efectividad de servicios de salud, a nivel internacional, este componente de costos en una proporción no despreciable,

sencillamente se omite (y por ende solo se consideran los costos directos); en otros, se asignan estos costos con tasas estimativas, cuyo origen es nebuloso y con alta variabilidad, por ejemplo, en el estudio realizado por Langan SM, Heerey A, Barry M, et al (2004) sobre análisis del costo de narrowband para fototerapia en soriasis, se asignaron costos operacionales (una parte de costos indirectos estructurales) basándose en el espacio físico donde se llevan a cabo los tratamientos, el cual se determinó en 0,071% del espacio total del hospital. El estudio no brinda mayores detalles de dicha determinación y de los cálculos subsecuentes. En el estudio llevado a cabo por Vander Plaetse B, Hlatiwayo G, Van Eygen L, et al. (2005) en servicios de salud rurales de Zimbabwe, las tasas de costes indirectos estructurales determinadas con metodología step-down oscilaron desde un mínimo de 14% para centros de salud, 15% en hospitales rurales, 21% para hospitales de distrito, con un promedio de 17% sobre el costo total.

También hay estudios en que se ha utilizado el método de costeo basado en actividades (ABC), el cual es considerado el ideal máximo, aunque con restricciones debido a las dificultades y altos costes de implementación y mantención. En uno de los trabajos, se dice que aún en Estados Unidos se considera una metodología compleja, que consume tiempo, requiere mucho trabajo administrativo y de consiguiente, ha probado ser técnicamente no factible, Waters H, Abdallah H, Santillan D. (2001).

En Chile esta categoría de costos ha sido poco estudiada, sin embargo, se ha logrado una base incipiente de conocimiento a partir del Estudio de Costo-Efectividad de Intervenciones en Salud, que el Centro de Investigación y Gestión en Salud de la Universidad de La Frontera, realizó para el Ministerio de Salud durante los años 2008 y 2009⁴. En este estudio se pudo caracterizar tasas por centros de costos en seis importantes hospitales de la región metropolitana⁵ que aplican la metodología *step-down* y además, tasas estimadas a partir de la relación existente entre el costo de recursos humanos de los departamentos de administración y apoyo logístico versus el costo de recursos humanos de centros finales de hospitales y centros de salud, que no disponían de información detallada.

⁴ Estudio de Costo Efectividad de Intervenciones en Salud, realizado durante los años 2008 y 2009, publicado en 2010, realizado por el Centro de Excelencia CIGES capacitación y gestión en salud basada en evidencia, perteneciente a la Facultad de Medicina de la Universidad de La Frontera. Se encuentra disponible en página web de MINSAL.

⁵ Hospital San Borja Arriarán, Hospital Barros Luco, Hospital Pediátrico Calvo Mackenna, Hospital Roberto del Rio, Hospital Salvador y Hospital Sótero del Rio.

En el presente estudio no se pudo establecer la relación señalada anteriormente, puesto que no estuvo disponible para los encuestadores la información clasificada del RR.HH. en las categorías de (i) administración y apoyo logístico y (ii) centros finales. Debido a lo anterior, se consideró el promedio de tasas de costos indirectos estructurales, de establecimientos en que se ha calculado la relación citada anteriormente en estudios anteriores, se trata de dos Cefam ubicados en la Región Metropolitana y un Cefam ubicado en Temuco, IX Región, para los cuales se determinaron las tasas que se indican en la siguiente Tabla N° 5

Tabla N° 5

Tasas de CIE basadas en la razón entre costo de RR.HH. de Administración y Apoyo Logístico y costo de RR.HH. de centros finales

Establecimiento	Tasa
Cefam Amanecer de Temuco	0,1436
Cefam Dr. Raúl Yazigi, Comuna de Lo Prado Región Metropolitana	0,2357
Cefam Padre M. Villaseca, Comuna de Puente Alto Región Metropolitana	0,1161
Promedio	0,1651

A modo de ilustración y/o referencia, se muestra en la Tabla N° 6 con rangos de tasas que se han obtenido en otros estudios tanto nacionales como internacionales.

Tabla N° 6

Conjunto de tasas de CIE obtenidas a partir de Estudio de Costo-Efectividad de Intervenciones Sanitarias realizado por CIGES para el Ministerio de Salud

Pormenores	Tasa
Tasa Promedio Mínima encontrada en centros de costos de hospitales de la región Metropolitana: San Borja Arriarán, Barros Luco, Calvo Mackenna, Roberto del Río, Salvador y Sótero del Río.	0,1557

Pormenores	Tasa
Tasa Promedio Máxima encontrada en centros de costos de hospitales de la región Metropolitana: San Borja Arriarán, Barros Luco, Calvo Mackenna, Roberto del Río, Salvador y Sótero del Río.	0,4221
Tasa Promedio Proxy Nacional de hospitales de la región metropolitana	0,2128
Tasa Promedio de estudios internacionales	0,2420
Tasa de centros de costos CDT	0,3364
Tasa Proxy de 16 hospitales nacionales	0,2344
Cesfam Amanecer de Temuco	0,1436
Cesfam Dr. Raúl Yazigi, Comuna de Lo Prado Región Metropolitana	0,2357
Cesfam Padre M. Villaseca, Comuna de Puente Alto Región Metropolitana	0,1161

La Tasa Promedio de 0,1651 se aplicó entonces a cada uno de los ítems de costos directos (RR.HH., Insumos y costo de uso de equipos). Tanto la indicación de Tasa y el cálculo del costo indirecto estructural (costo directo x tasa) aparecen en las siguientes columnas de las bases de datos, que indica la Tabla N° 7.

Tabla N° 7

Columnas agregadas a las bases de datos iniciales para ingreso de Tasa de CIE y cálculo del costo indirecto estructural por cada ítem de costo directo

Hoja del archivo Excel	Columna en que se ingresó tasa	Columna en que se implementó cálculo de CIE
RRHH	J	K
INSUMOS	I	J

EQUIPOS	K	L
---------	---	---

Sin embargo, posteriormente la categoría completa de los costos indirectos estructurales fue integrada en una sola hoja cuyo nombre es CIE, y que puede también ser visualizada en el archivo mencionado en la sección de organización de datos de este informe.

5.4 RESULTADOS DE COSTOS

Descripción general de resultados en archivos Excel.

Los reportes de resultados se encuentran en el mismo archivo BBDD COSTOS-AJUSTADA, y son los que se describieron en general, en la Sección 1 “Organización de datos”, de este Informe. Las hojas que contienen las cifras de resultados son las que se señalan a continuación:

Reporte C. Social

En esta se consigna el resultado del procesamiento de datos de costos sociales, en particular, costos de movilización o transporte y salarios no percibidos, por concurrir a eventos de atención en alguna modalidad de programa de salud mental. La Tabla N° 8, reproduce tales resultados que se comentan a continuación.

Solamente se recolectaron datos en el programa PAC y en el Cesfam Maipú y Cosam Colina. La muestra encuestada y que aportó efectivamente datos fue de 48 personas pertenecientes a Maipú y 65 individuos de Colina. En el Cesfam Maipú, los costos de movilización equivalen al 36,73% de los costos sociales totales, mientras que los salarios no percibidos alcanzan el 63,27%. Esta composición de gastos, y con bajo rango de diferencia se mantiene en el Cosam de Colina, en que los costos de movilización representan el 23,93% y los salarios no percibidos equivalen al 76,07 de los costos sociales.

Tabla N° 8

Reporte de costos sociales (gastos de movilización y salarios no percibidos)

(Costos en \$ chilenos a diciembre de 2014)

	1		2		3		4		5	
	PAC		PAC		PSC		PSC		PSC	
COSTOS:	Cesfam Maipú	%	Cosam Colina	%	Cesfam Stgo.	Cesfam. E. Central	Recoleta	Total	%	
COSTOS DE MOVILIZACIÓN	56.000	36,73%	66.176	23,93%	0	0	0	\$ 122.177	28,48%	
SALARIOS NO PERCIBIDOS	96.460	63,27%	210.315	76,07%	0	0	0	\$ 306.776	71,52%	
TOTAL	\$ 152.460	100,00%	\$ 276.491	100,00%	0	0	0	\$ 428.953	100,00%	
Promedio Costos de Movilización	\$ 1.167	36,74%	\$ 1.018	23,93%				\$ 1.081	0,2848	
Promedio Salarios No Percibidos	\$ 2.010	63,29%	\$ 3.236	76,07%				\$ 2.715	0,7152	
Promedio total	\$ 3.176	100,03%	\$ 4.254	100,00%				\$ 3.796	100,00%	
	N									
Cesfam Maipú	48									
Cosam Colina	65		113							

Como se puede apreciar, el reporte también incluye el total de gastos incluyendo las dos comunas, así, los costos de movilización ascienden a \$ 122.177 (28,48%) para todos los encuestados y los salarios no percibidos se elevan a \$ 306.776 (71,52%) para todo el conjunto.

En promedio los costos de movilización por persona, considerando la muestra que abarca a las dos comunas son de \$ 1.081 en costos de movilización, lo que equivale al 28,48% y a \$ 2.715 para salarios no percibidos, lo que representa el 71,52%.

Reporte Cesfam

Las cifras de esta hoja se reproducen a través de la Tabla N° 9, que expone las cifras de costos desde el punto de vista de los establecimientos sanitarios, e incluye los costos del Factor Trabajo o RR.HH., costo de insumos, costo de uso de equipos y costos indirectos estructurales involucrados en la producción de una unidad de atención en todos los programas bajo este estudio (PAC Y PSC).

Aunque se requiere de un análisis por separado para cada programa a objeto de obtener conclusiones más certeras, este primer cuadro presenta algunas tendencias estructurales que son coherentes en general, con estudios de costos en el sector sanitario. En efecto, se observa que los costos de RR.HH. representan como mínimo porcentajes superiores al 60% de los costos totales de establecimientos sanitarios, en este caso las cifras de consumo de insumos son modestas, del orden de máximo de 4% y casi insignificantes en el caso del programa PSC en el Cesfam Santiago y Recoleta. El costo de uso de equipos tiene expresiones de relativa notoriedad en el programa PAC de Colina con una participación del 12% del costo total y en el programa PSC de Estación Central en que representa el 5% del costo total. En los demás casos, la participación del costo de uso de equipamiento es muy baja.

Ya se ha señalado que se utilizó una Tasa única para costos indirectos estructurales del 16,51% sobre costos directos, lo cual explica que este ítem aparece con una participación pareja en todos los programas y comunas. El programa más caro (considerando solamente costos a nivel de establecimientos sanitarios) ocurre en el programa PAC del Cosam Colina (\$ 50.621), y el de menor costo corresponde al programa PSC en el Cesfam de Estación Central (\$ 11.743,69). Finalmente con respecto a la Tabla N° 9, al agregar los costos sociales de movilización y salarios no percibidos a los programas PAC de Maipú y Colina, los costos totales se incrementan en un 15,66% y 8,40%, respectivamente

Tabla N° 9

Costos por Unidad de Prestación PSM en cada comuna y por programa específico

(Costos en \$ chilenos diciembre de 2014)

	1		2		3		4		5	
	PAC		PAC		PSC		PSC		PSC	
	Cesfam Maipú		Cosam Colina		Cesfam Stgo.		Cesfam. E. Central		Recoleta	
Costos	Total en \$	%								
RR.HH.	16.311,60	80,42%	35.721,30	70,57%	27.761,70	82,27%	8.123,40	69,17%	10.893,60	83,25%
Insumos	793,16	3,91%	1.957,00	3,87%	0,92	0,00%	1.371,00	11,67%	0,00	0,00%
Uso de equipos	303,41	1,50%	6.046,77	11,95%	1.200,74	3,56%	585,16	4,98%	337,03	2,58%
Costos directos de atención	17.408,17	85,83%	43.725,07	86,38%	28.963,36	85,83%	10.079,56	85,83%	11.230,63	85,83%
Costos indirectos Estructurales	2.874,06	14,17%	6.895,91	13,62%	4.781,84	14,17%	1.664,13	14,17%	1.854,19	14,17%
Costos Total Cesfam/Cosam	\$ 20.282,23	100,00%	\$ 50.620,98	100,00%	\$ 33.745,20	100,00%	\$ 11.743,69	100,00%	\$ 13.084,82	100,00%
Costos de movilización	1.167		1.018							
Salarios no percibidos	2.010		3.236							
Costo Total Cesfam/Cosam más C. social	\$ 23.459,23		\$ 54.874,98							
Porcentaje de incremento debido a C. Social		15,66%		8,40%						

5.5 COSTOS PILOTO PARA PROGRAMA ABRIENDO CAMINOS

Esta hoja entrega los resultados de costos del programa PAC en las comunas de Maipú y Colina. Estos se reproducen a través de la Tabla N° 10. En ella se puede observar a simple vista que el costo total desde el punto de vista de Cefsam difiere bastante entre estas dos comunas. Mientras que el costo total es de \$ 20.282.- por atención en la comuna de Maipú, el mismo se eleva a \$ 50.621.- en Colina. Lo anterior se explica por la diferente configuración de profesionales que participan en ambos centros.

Se calculó el costo promedio de este programa, tomando los datos de ambas comunas, ponderando por la cantidad de prestaciones anuales realizadas, que son 1.533 en Maipú y 1.609 en Colina. Los costos promedio ponderados aparecen en la penúltima columna de la Tabla y permiten concluir que en total es de \$ 35.819.- El componente de mayor importancia es el RR.HH. con una participación de 73% del costo total.

5.6 COSTOS PILOTO PARA PROGRAMA CALLE

Esta hoja entrega los resultados de costos del programa PSC en el Cefsam de Santiago, Cefsam de Estación Central y Recoleta. Estos se reproducen a través de la Tabla N° 11. En ella resalta el costo más modesto para este programa ocurre en el Cefsam de Estación Central, que asciende a \$ 8.347.- seguidamente, \$ 25.787.- en Recoleta y \$ 33.745.- en el Cefsam de Santiago.

Se calculó el costo promedio de este programa, tomando los datos de las tres comunas, ponderando por la cantidad de prestaciones anuales realizadas, que son 225 en el Cefsam de Santiago, 509 en el Cefsam de Estación Central y 492 en Recoleta. Los costos promedio ponderados aparecen en la penúltima columna de la Tabla y permiten concluir que en total es de \$ 16.320.- En este caso, el componente de costo de RR.HH. tiene una participación de casi 80% del costo total.

Tabla N° 10

Costos de Programa PAC por comuna y costos promedio ponderados

(Costos en \$ chilenos a diciembre de 2014)

Costos	1 - PAC	2 - PAC	Total Pac	%	Cant. Prestaciones Cesfam Maipú	Cant. Prestaciones Cosam Colina	Costos ponderados	Costos Promedios ponderados	%
	Cesfam Maipú	Cosam Colina							
RR.HH.	16.311,60	35.721,30	52.032,90	73,39%	1.533	1.609	82.481.254,50	26.251,19	73,29%
Insumos	793,16	1.957,00	2.750,16	3,88%	1.533	1.609	4.364.727,28	1.389,16	3,88%
Uso de equipos	303,41	6.046,77	6.350,18	8,96%	1.533	1.609	10.194.380,46	3.244,55	9,06%
Costos directos de atención	17.408,17	43.725,07	61.133,24	86,22%	1.533	1.609	97.040.362,24	30.884,90	86,23%
Costos indirectos Estructurales	2.874,06	6.895,91	9.769,97	13,78%	1.533	1.609	15.501.453,17	4.933,63	13,77%
Costos Total Cesfam/Cosam	20.282,23	50.620,98	70.903,21	100,00%	1.533	1.609	112.541.815,41	35.818,53	100,00%

Tabla N° 11

Costos de Programa PSC por comuna y costos promedio ponderados

(Costos en \$ chilenos a diciembre de 2014)

	3 - PSC	4 - PSC	5 - PSC			Cant. Prestaciones Cesfam Santiago	Cant. Prestaciones Est. Central	Cant. Prestaciones Recoleta	Costos ponderados	Costos Promedios ponderados	%
Costos	Cesfam Santiago	Cesfam. Est. Central	Recoleta	Total PSC	%						
RR.HH.	27.761,70	8.123,40	10.893,60	46.778,70	79,86%	225	509	492	15.740.844,30	12.839,19	78,67%
Insumos	0,92	1.371,00	0,00	1.371,92	2,34%	225	509	492	698.046,00	569,37	3,49%
Uso de equipos	1.200,74	585,16	337,03	2.122,93	3,62%	225	509	492	733.831,70	598,56	3,67%
Costos directos de atención	28.963,36	10.079,56	11.230,63	50.273,55	85,83%	225	509	492	17.172.722,00	14.007,11	85,83%
Costos indirectos Estructurales	4.781,84	1.664,13	1.854,19	8.300,16	14,17%	225	509	492	2.835.217,65	2.312,58	14,17%
Costos Total Cesfam/Cosam	33.745,20	11.743,69	13.084,82	58.573,71	100,00%	225	509	492	20.007.939,65	16.319,69	100,00%

5.6.1 Comprobación por Factor.

Este cuadro, cuyas cifras se han reproducido en la Tabla N° 12, tiene solamente dos grandes objetivos: (i) obtener los costos totales de ambos programas (PAC Y PSC) considerados en conjunto. Así, se puede observar que el costo por unidad es del orden total de \$ 138.782,59, y el principal componente de costos, RR.HH. o factor trabajo, participa con un 77% del costo total, y (ii) comprobar que los costos totales por componente de costos cuadran con la sumatoria de costos previamente registrados en las hojas de datos originales, RRHH, INSUMOS, EQUIPOS y CIE. Finalmente, se puede plantear el ejercicio de proyectar una suma anual de costo de estos programas en función de los costos por unidad determinados y la cantidad de prestaciones anuales reportadas en el proceso de encuestas en las comunas consultadas. Dichos resultados se muestran en la Tabla N° 13 y muestran que la suma de ambos programas generaría un costo total básico anual, de poco más de \$ 132 millones al año, con los detalles por componente de costos que pueden visualizarse allí.

Tabla N° 12

Costos totales por cada componente de costos y comprobación

(Costos en \$ chilenos a diciembre de 2014)

	1 - PAC	2 - PAC	3 - PSC	4 - PSC	5 - PSC		
Costos	Cesfam Maipú	Cosam Colina	Cesfam Santiago	Cesfam. Est. Central	Recoleta	Total PSC	
RR.HH.	16.311,60	35.721,30	27.761,70	8.123,40	10.893,60	98.811,60	76,32%
Insumos	793,16	1.957,00	0,92	1.371,00	0,00	4.122,08	3,18%
Uso de equipos	303,41	6.046,77	1.200,74	585,16	337,03	8.473,11	6,54%
Costos directos de atención	17.408,17	43.725,07	28.963,36	10.079,56	11.230,63	111.406,79	86,04%

Costos indirectos Estructurales	2.874,06	6.895,91	4.781,84	1.664,13	1.854,19	18.070,13	13,96%
Costos Total Cesfam/Cosam	20.282,23	50.620,98	33.745,20	11.743,69	13.084,82	129.476,92	100,00%

Tabla N° 13

Proyección de costos anuales por Programa desde el punto de vista del Sector Sanitario

(Valores en \$ chilenos a diciembre de 2014)

PROGRAMA	Establecimiento	Comuna	Costo Unitario	Cantidad de Prestaciones	Proyección costo anual total
PAC	Cesfam	Maipú	\$ 20.282,46	1.533	\$ 31.093.011,18
PAC	Cosam	Colina	50.621,24	1.609	81.449.575,16
PSC	Cesfam	Santiago	33.745,42	225	7.592.719,50
PSC	Cesfam	Estación Central	11.743,69	509	5.977.538,21
PSC		Recoleta	13.084,82	492	6.437.731,44
					\$ 132.550.575,49

5.7 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

LANGAN, S. M., HEEREY, A., BARRY, M. & BARNES, L. 2004. Cost analysis of narrowband UVB phototherapy in psoriasis. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 50, 623-626.

VALLEJOS, C., PUEBLA, S., VALDÉS, P., ORELLANA, J., REVECO, R. et al. 2010. Estudio Costo-efectividad de Intervenciones en Salud. *Informe Final*, Ministerio de Salud del Gobierno de Chile.

VANDER PLAETSE, B., HLATIWAYO, G., VAN EYGEN, L., MEESEN, B. & CRIEL, B. 2005. Costs and revenue of health care in a rural Zimbabwean district. *Health Policy and Planning*, 20, 243-251.

WATERS, H., ABDALLAH, H. & SANTILLAN, D. 2001. Application of activity-based costing (ABC) for a Peruvian NGO healthcare provider. *International Journal of Health Planning and Management*, 16, 3-18

6 FICHAS REVISIÓN DOCUMENTAL

Nº Formulario	Ref. Form. Nº 1
País	Brasil
Autor	N.C. Lappann B; C.G.Castro; M.Ferreira; A.K.Silva; L.C. Oliveira; A.C.H.O.A Castro; L.L.K. Fonseca
Título	Condições de saúde da população de rua da cidade de Belo Horizonte
Fuente	Cadernos Brasileiros de Saúde Mental – Vol.1 N.2 – Out/Dez de 2009. ISSN 1984 – 2147. http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/viewFile/1141/1383 (Revisado el 6 de diciembre)
Año publicación	2009
Contenido	<p>Estudio descriptivo para identificar y evaluar las condiciones de la salud mental en personas en situación de calle en Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Este remarca la necesidad de estudiar a la población en situación de calle, para comprender mejor este grupo, así como sus determinantes, necesidades y factores de riesgo para la salud mental.</p> <p>“La población en situación de calle debe ser entendida como un conjunto de individuos sociales, sin trabajo, sin casa, que utilizan la calle como espacio de sobrevivencia y de morada. Ser habitante de la calle no significa apenas estar sometido a condiciones de expoliación, al enfrentamiento de carencias, pero significa también adquirir otras referencias de vida social, diferentes de los anteriores que eran basados en valores asociados al trabajo, a la morada, a las relaciones familiares”.</p> <p>El estudio muestra que los problemas de salud mental de esta población están asociados al uso de drogas lícitas e ilícitas y a trastornos mentales.</p> <p>Los desafíos para el cuidado en salud mental para la población en situación de calle, son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Los servicios de salud deben contar con condiciones para acoger a estas personas, así como con un sistema de búsqueda activa de ellos. - Las personas en situación de calle que necesitan tratamientos específicos, como en el caso del SIDA o de la Tuberculosis (TBC) difícilmente consiguen adecuarse a las exigencias de tales tratamientos, por lo que acaban empeorando en su condición, infectando a otras personas o incluso muriendo en la calle, por enfermedades que tienen tratamiento. - En la misma condición se encuentran los tratamientos contra la dependencia de

	<p>sustancias psicoactivas. El alcohol y las drogas hacen parte de la realidad de la calle, sea como alternativa para minimizar el hambre o el frio, sea como elemento de socialización entre los miembros de la calle.</p> <p>La investigación sobre personas en situación de calle no resuelve el problema de la desigualdad ni de la exclusión social. Sin embargo, el estudio considera que “la investigación es un camino, en cuanto mecanismo de conocimiento y denuncia social, que posibilita la visibilidad de esta situación a fin de promover acciones en el sentido de establecer políticas públicas universales. En este sentido, el SUS [Sistema Único de Salud, el Sistema de Salud Pública de Brasil, creado para hacer efectivo el mandato constitucional del derecho a la salud como un derecho de todos y como deber del Estado, siendo universal y gratuito], considerando el principio de equidad, significa establecer procedimientos, formas de atención y diagnóstico flexibles que consideren inclusive la atención extra muros o en un medio abierto extendiendo el servicio de salud a esa población”.</p> <p>De esta forma, es importante que los profesionales de salud mental estén conscientes de las particularidades de la personas en situación de calle y tengan las condiciones para conducir el tratamiento de manera adecuada en aquellos con problemas de salud mental.</p>
No. Páginas	15
Ref. Doc. Elect.	1- brasil1141-4720-1-PB

Nº Formulario	Ref. Form. Nº 2
País	Francia
Autor	Anne Laporte (Observatoire du SamuSocial de Paris) et Pierre Chauvin (INSERM – Institut National de la santé et de la recherche médicale)
Título	SAMENTA. Rapport sur la santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d’ile-de-france. [SAMENTA. Reporte sobre la salud mental y las adicciones en las personas sin domicilio personal en Ile-de-France.]
Fuente	http://observatoire.samusocial-75.fr/index.php/fr/nos-enquetes/samenta http://observatoire.samusocial-75.fr/PDF/Samenta/SAMENTA.pdf
Año publicación	Enero 2010
Contenido	Informe final de un estudio sobre los problemas psiquiátricos y las adicciones entre las personas sin domicilio propio. La metodología del estudio es con un muestreo complejo para conseguir una muestra aleatoria de personas sin domicilio que frecuentan los servicios de ayuda. Se utilizó un cuestionario construido por un equipo de investigación

multidisciplinario. Este está compuesto de una parte sobre la salud mental y las adicciones y otras que buscan describir las trayectorias sociales y las condiciones de vida, inspirado en otros instrumentos para esta población. Un encuestador profesional junto a un psicólogo clínico encuestaron a 840 personas, siendo representativa de la población que se estima se encuentra en situación de no tener domicilio a la fecha de realizado el estudio.

El informe está estructurado de la siguiente forma:

- Recomendaciones: en cuanto a prevenir la exclusión social de personas con trastornos psiquiátricos, el cómo identificarlos mejor y llevarlos a un cuidado sostenible y durable, seguir y conocer el trayecto de alojamiento y vivienda de las personas. Por otro lado, el formar y apoyar a las personas interventoras que trabajan en primera línea con estas personas.
- Introducción: donde se presenta el contexto, los objetivos del estudio así como los datos disponibles sobre la prevalencia de trastornos psiquiátricos y los otros estudios que se han realizado en esta línea.
- Metodología: con la población del estudio, criterios de inclusión, reclutamiento y el campo geográfico del estudio; el muestreo; la construcción del cuestionario; los aspectos de ética y confidencialidad, el terreno y la construcción de la base de datos y de análisis estadístico.
- Descripción general de la población: incluyendo las características sociodemográficas, los eventos que han marcado las historias de vida de las personas en estudio, así como la trayectoria del alojamiento personal y la salud.
- Prevalencia de trastornos psiquiátricos y los distintos tipos que se encontraron a lo largo del estudio, como los trastornos psiquiátricos severos, trastornos de la personalidad, trastornos no severos del humor, riesgo suicida, entre otros. Así como las asociaciones de estos trastornos con las condiciones sociodemográficas y enfermedades crónicas. Por último, analiza las violencias vividas por estas personas a lo largo de la vida.
- Prevalencia de adicciones, al alcohol, la cannabis y otras drogas ilícitas, así como la comorbilidad entre adicciones y trastornos psiquiátricos.
- El acceso que tienen a cuidados psiquiátricos.
- El caso de aquellos entre 18 y 25 años, donde se encuentra la mayor prevalencia de trastorno psiquiátrico y de adicciones.
- Síntesis y conclusión.

El informe se interesa principalmente a la prevalencia de problemas psiquiátricos y de adicciones, llegando a la conclusión que cerca de un tercio de esta población sufre

	<p>problemas mentales severos (trastorno psicóticos, depresiones severas y trastornos ansiosos), siendo cuatro veces más frecuente que en la población en general. Así también, un 30% depende del consumo regular de sustancias psicoactivas (alcohol, drogas ilícitas o medicamentos). La comorbilidad, es decir, trastornos psiquiátricos y adicciones es más elevado entre personas sin domicilio, así como en aquellos en situación vulnerable.</p> <p>Según el estudio, el 32% de las personas encuestadas presentan al menos un trastorno psiquiátrico severo; un 21% presenta trastorno de la personalidad o del comportamiento, un 13% riesgo suicida medio o elevado. Los problemas psicóticos conciernen un 13,2% de la población, de los cuales un 8,4% es esquizofrénico. En cuanto al fenómeno de las adicciones, el 29% de las personas sin domicilio tiene un consumo regular (cotidiano o casi cotidiano). Una persona de cada cinco es dependiente del alcohol, 16% consume regularmente cannabis y un 2,4% cocaína. Las otras drogas consumidas regularmente se presentan en menos de un 1% de casos.</p> <p>Aquellos entre los 18 y los 25 años, un 40% presenta trastorno psiquiátrico severo, de los cuales un 16,5% esquizofrenia (dos veces más que en el resto de las personas sin domicilio), siendo un dato particularmente preocupante, que se explicaría porque es a esta edad que las personas con estos trastornos dejan el hogar familiar; mientras que en otros tramos etarios, estos han sido tomados por el sistema de protección social.</p> <p>Sin embargo, la enfermedad mental y las adicciones no afectan a toda la población sin domicilio, sin poder encasillarlos en la imagen del “enfermo mental” o del “alcohólico”. La diversidad de experiencias vividas y de roles sociales que cumplen.</p> <p>Uno de los objetivos del estudio era de encontrar y facilitar soluciones de habitación más adaptadas para estas personas, así como mejorar la atención médica y social que se les ofrece. También una de las preocupaciones de los investigadores fue de dar resultados confiables, pero también de no producir información que estigmatizaría a la población estudiada, para lo que se utilizaron herramientas y procedimientos de reclutamiento adecuados para la población a estudiar.</p>
No. Páginas	227
Ref. Doc. Elect.	2-SAMENTA
Observación	El cuestionario utilizado se encuentra en el informe y puede ser de gran utilidad si se quisiera llevar a cabo un estudio similar

Ficha de revisión documental

Nº Formulario	Ref. Form. Nº 3
País	España
Autores	M.S. Expósito; A.A. Ramos; L.E. Peña; A. Cabrera H.
Título	Plan integral de salud mental de Extremadura 2007 - 2012
Fuente	http://www.saludmentalextrmadura.com/fileadmin/documentos/Plan_Integral_de_Salud_Mental_de_Extremadura_2007-2012.pdf (revisado el 4 de diciembre del 2014)
Año publicación	Mérida, octubre de 2007.
Contenido	<p>Este Plan viene a actualizar aquel diseñado en 1995. Lo caracterizan como un Plan participativo, realista y ambicioso, moderno y coherente con las últimas planificaciones realizadas a nivel europeo y estatal entre las que destacan la Declaración de Helsinki y el Plan de Acción Europeo para la Salud Mental de la que dimana y la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Otra característica es la integralidad y colaboración entre las instituciones, sectores y niveles de atención implicados en la salud mental de la región, donde deja de ser responsabilidad exclusiva de la administración sanitaria para extenderse al ámbito social, educativo, laboral, de vivienda o de justicia, destacando el papel de las asociaciones de usuarios y familiares en el desarrollo del Plan.</p> <p>“Supone una apuesta decidida por una visión de Salud Mental Positiva, por la promoción de la salud mental, el compromiso de todos por protegerla y promoverla y por el empeño decidido por generar un cambio hacia una actitud positiva respecto a la salud mental, las enfermedades mentales y las personas que las padecen. La normalización, la responsabilidad compartida y la protección de la salud mental en todos los ámbitos de nuestra sociedad es una misión que necesita ser compartida y percibida por todas las organizaciones y ciudadanos de Extremadura como inversión a largo plazo sobre la que asentar uno de los pilares de su bienestar y desarrollo futuro.”</p> <p>Plantea tres grandes líneas estratégicas, con sus correspondientes objetivos, actuaciones e indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Promover un modelo de salud mental positiva. - Aumentar y adaptar los recursos asistenciales a las necesidades específicas de la demanda de atención. - Fomentar la excelencia en la asistencia y la gestión sanitaria. <p>El documento hace una presentación del marco normativo y planificador para la</p>

realización del Plan, así como un análisis de la situación actual de Extremadura, en cuanto al entorno (demografía, economía, educación, vida laboral, salud materno-infantil, consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, adicciones comportamentales y violencia), para luego realizar una evaluación del Primer Plan de Salud Mental de 1995, la demanda de atención en salud mental (mortalidad por diversas causas, morbilidad estimada de distintos trastornos, morbilidad atendida, etc.), la actual oferta de atención en salud mental, tanto ambulatoria como hospitalaria y su dotación y el coste de estas atenciones.

Finalmente se hace un análisis cualitativo de la atención a la salud mental en Extremadura a raíz de grupos focales realizados con usuarios, familiares y profesionales; en este destaca, de parte de los usuarios, la necesidad de romper con el estigma social que poseen las enfermedades de salud mental y el trato marginal que tiene con respecto a otras enfermedades, que hay poca información y se entrega de manera descoordinada, la atención es frecuente y continuada pero el seguimiento y supervisión no, siendo una falta la coordinación entre los distintos dispositivos, finalmente, el énfasis se pone en que las prioridades debieran ser la rehabilitación, coordinación, residencias y alojamientos, así como la sensibilización social y el aumento de dispositivos en general. De parte de los familiares, se concluye que falta coordinación para resolver problemas, que los dispositivos asistenciales no son lo suficientemente accesibles y hay una insuficiencia de profesionales así como falta de una mayor cualificación del personal de base y una mayor coordinación de la atención, por último, consideran un pilar básico para la reinserción de estos pacientes su incorporación al mercado de trabajo. Por último, del grupo focal realizado con los profesionales, se extrae que el Plan de Salud Mental debe tener como objetivos fundamentales:

- el evaluar el plan anterior el establecer objetivos precisos
- un sistema de evaluación de logros, cronograma de actuación y una hoja de presupuesto y financiación
- colocar en lugar prioritario los procedimientos de gestión de casos
- creación de hospitales de día para entregar una atención más continuada, formalizada, basada en la gestión de casos y la coordinación de dispositivos
- aumentar el retorno de información asistencial a los profesionales, implicarlos en la formulación de objetivos e indicadores, que deben centrarse en la evaluación de la calidad asistencial
- establecer protocolos de actuación y comunicación entre los equipos de atención primaria y los equipos de salud mental
- crear figura de gestor de casos o profesional de referencia para garantizar la

continuidad de cuidados entre niveles y dispositivos

De esta forma, el Segundo Plan de Salud Mental de Extremadura 2007-2012, “busca una atención que supere lo estrictamente asistencial e incorpore una visión más integral de la salud mental, proporcional a su relevancia como problema de salud”, apostando por un modelo comunitario de atención, asumiendo los siguientes valores: autonomía, recuperación personal, continuidad de cuidados, accesibilidad, integración, equidad, participación, visión de la salud mental positiva, la responsabilidad asumida por las instituciones públicas con la sociedad, los pacientes y las familias, y calidad.

Las líneas estratégicas establecidas en el programa y sus objetivos específicos son:

Línea Estratégica 1: promover un modelo de salud mental positiva

Objetivo 1: promover y proteger la salud mental como un valor fundamental de bienestar y de desarrollo personal y comunitario.

Objetivo 2: prevenir los problemas de salud mental y la conducta suicida.

Objetivo 3: fomentar una actitud positiva y normalizada hacia la enfermedad mental y las personas que las padecen.

Línea Estratégica 2: Aumentar y adaptar los recursos asistenciales a las necesidades específicas de la demanda de atención.

Objetivo 4: mejorar la atención y coordinación de los equipos de atención primaria y de salud mental en el abordaje del trastorno mental común.

Objetivo 5: mejorar la atención a los niños y adolescentes con problemas de salud mental.

Objetivo 6: mejorar la atención a personas con trastornos mentales graves.

Objetivo 7: aumentar y adaptar los recursos asistenciales a la atención a las personas con trastornos de la conducta alimentaria.

Objetivo 8: adecuación de los recursos y procedimientos a las necesidades emergentes de la población.

Objetivo 9: mejorar la coordinación y la calidad de la atención a los problemas de patología dual y potenciar la integración funcional de los dispositivos de salud mental y drogodependencias.

Objetivo 10: adaptar la oferta asistencial a las necesidades específicas de las personas ingresadas en los hospitales psiquiátricos.

Línea Estratégica 3: Fomentar la excelencia en la asistencia y la gestión sanitaria.

	<p>Objetivo 11: transferir los Hospitales Psiquiátricos a la Junta de Extremadura.</p> <p>Objetivo 12: consolidar la práctica asistencial basada en la evidencia.</p> <p>Objetivo 13: mejorar la calidad relacional en la atención a la salud mental.</p> <p>Objetivo 14: desarrollar una organización y gestión eficientes.</p> <p>Objetivo 15: mejorar la coordinación interinstitucional y la continuidad asistencial.</p> <p>Objetivo 16: fomentar la gestión del conocimiento y la adquisición y generación de nuevas evidencias.</p> <p>El documento finaliza con un análisis de la necesidad de los recursos ambulatorios, hospitalarios y de rehabilitación y apoyo social necesarios y de aquellos que se crearán para dar cumplimiento al Plan; así como el cronograma, evaluación y seguimiento del Plan.</p>
No. Páginas	221
Ref. Doc. Elect.	R_Form_
Observación	

Ficha de revisión documental

Nº Formulario	Ref. Form. Nº 4
País	Chile
Autor	Chile Solidario (MIDEPLAN) y PROTEGE. Red de Protección social (MIDEPLAN).
Título	Recursos Institucionales para la Atención de Población Vulnerable en Materias de Justicia y Salud Mental.
Fuente	http://www.chilesolidario.gob.cl/administrador/arc_doc/8294773894bb2740febd1c.pdf (revisado el 28 de noviembre del 2014).
Año publicación	Santiago de Chile, octubre 2009.
Contenido	<p>El documento es un manual para los operadores/as del Sistema para tener herramientas prácticas para dar respuesta a las personas y familias que atiende. En este sentido, el material es una Guía que apoya la labor de los operadores en terreno, donde se presentan casos prácticos y ejemplos y se sugiere la manera de llevarlos a cabo en las diferentes etapas e instancias.</p> <p>“La experiencia de los distintos programas que forman parte del Sistema de Protección Social Chile Solidario, indica que frente a estos problemas de Salud Mental y Justicia, las familias vulnerables afectadas, se encuentran con mayores dificultades para contenerlas, abordarlas o solucionarlas, ya que muchas veces sus condiciones y recursos personales, no les permiten tener una visión o definición clara de lo que les está ocurriendo, o un manejo acabado de las posibilidades o alternativas de solución existentes. En este sentido, los recursos institucionales especializados en atender necesidades de Salud Mental y Justicia con que cuentan las redes locales, representan una alternativa concreta para el apoyo en la resolución de esos problemas, por lo que es importante que las personas y familias los conozcan y reconozcan en su territorio como espacios a los que pueden vincularse e integrarse. Para ello, se requiere por parte de él o la afectada de un conocimiento previo sobre el propio problema que vive, en el sentido de entender y visualizar lo que le está afectando para determinar qué apoyos requiere y conocer las instituciones que pueden apoyarlo; cuál es el trabajo que realizan, cómo acercarse a ellas o qué requisitos cumplir.” Son los distintos operadores de los programas del Chile Solidario los encargados de entregar este apoyo a lo largo del proceso de atención, identificando las necesidades y dando a conocer la oferta.</p> <p>El principio general del trabajo de los operadores de los Sistemas de Protección Social reside en una comunidad activa, que se moviliza en la auto resolución de sus problemas y necesidades, que demuestra que la interrelación de los actores individuales o</p>

	<p>colectivos, se establece por medio de vínculos que en su conjunto constituyen “redes sociales”, que tienen como objetivo el logro de objetivos comunes. Esto, entendiendo que el Sistema fundamenta y enmarca su trabajo en una estrategia de colaboración y cooperación con las redes institucionales, constituyendo la base de sus operaciones y que se expresa en la implementación de todos los programas en el país.</p> <p>“El Enfoque de Gestión de Redes en el ámbito de la Salud Mental y Justicia, constituye una forma de aproximarse y de entender la realidad territorial y familiar de los usuarios de los Sistemas de Protección Social. A partir de este enfoque, que reconoce a priori la existencia de activos en las personas que se atiende, se asume la necesidad de avanzar en la articulación eficiente de los recursos, a través de una coordinación de que favorezca la atención y resolución de las necesidades o problemas que esas personas presenten.”</p> <p>El primer capítulo propone un análisis del enfoque de Gestión de Redes como estrategia básica para el desempeño del operador/a, relevando la “indispensable coordinación de redes locales que ella requiere”.</p> <p>El segundo capítulo presenta una propuesta operativa para la implementación del enfoque de Gestión de Redes en la intervención psicosocial frente a problemas de Salud Mental y Justicia. En este se revisa el proceso de atención y derivación, haciendo énfasis en la etapa de diagnóstico, de identificación de las instituciones que atienden de manera especializada los problemas diagnosticados, los criterios de aplicación para el momento de derivación. Finalmente, se presentan dos herramientas: una definición conceptual y operativa para cada uno de los problemas más frecuentes de detectar en materia de salud mental y justicia; la segunda es la presentación de cuadros con las instituciones y los niveles de atención que otorgan, frente a cada uno de los problemas definidos, un panorama general de las alternativas o recursos con que se puede contar para atenderlos de manera especializada.</p> <p>El tercer y último capítulo entrega información detallada sobre cada una de las instituciones o programas sugeridos como recursos para la atención especializada de problemas de Salud Mental y Justicia.</p>
No. Páginas	188
Ref. Doc. Elect.	R_Form_
Observación	Se recomienda la difusión de este documento a todos los trabajadores de los programas calle y abriendo caminos (en caso no lo tuvieran).

Ficha de revisión documental

Nº Formulario	Ref. Form. Nº 5
País	Estados Unidos
Autor	David Murphey, Brandon Stratford, Rachel Gooze, Elizabeth Bringewatt, P. Mae Cooper, Rachel Carney, and Angela Rojas. Child Trends, Rober Wood Johnson Foundation.
Título	Are Children well? A model and Recommendations for Promoting the Mental Wellness of the Nation's Young People. ¿Están bien los niños? Un Modelo y Recomendaciones para promover el bienestar mental de la población joven de la nación]
Fuente	http://www.rwjf.org/content/dam/farm/reports/issue_briefs/2014/rwjf414424 (revisado el 10 de diciembre del 2014).
Año publicación	Julio 2014.
Contenido	<p>El reporte resume el conocimiento expresado en reportes anteriores sobre la salud de los niños, considera la carga social y económica asociada al status quo de la segregación física y mental de ellos, proveyendo un marco conceptual en el desarrollo de las enfermedades mentales y el bienestar en el curso de la vida, ofreciendo un marco para entender el bienestar mental. Por otro lado, describe las múltiples oportunidades que hay para mejorar el bienestar de los niños, haciendo recomendaciones factibles para aquellos que diseñan las políticas públicas para mejorar el bienestar mental de los niños y jóvenes.</p> <p>En años recientes, los expertos han impulsado cambios para ayudar las antiguas disparidades entre el cuidado de la salud física y la mental, y para promover el bienestar. El reporte argumenta que la distinción entre salud física y la mental es artificial y produce daño, queriendo incluir el concepto de bienestar al de enfermedad.</p> <p>En este sentido es importante identificar y dirigirse hacia las necesidades de los niños en riesgo, al mismo tiempo que se mejora el apoyo a su bienestar mental y el mejoramiento de las instituciones y servicios disponibles para ellos. Por lo tanto, consideran la evidencia para intervenciones, tanto aquellas orientadas a la prevención como a la promoción, que pueden mejorar el bienestar mental en múltiples niveles: individual, familiar, escolar y en la comunidad.</p> <p>Analiza también los costos directos e indirectos, que aunque la carga soportada por los individuos afectados directamente con una pobre salud mental y sus</p>

familiares y amigos, es esencialmente incalculable, desde una perspectiva del diseño de políticas públicas, usualmente se cuantifican el costo total económico, incluyendo el social. Las dos métricas más comunes son los costos directos y los años de vida saludable (que refleja la muerte prematura y los años vividos con discapacidad). Considera también el alto costo del estigma y la exclusión social, que se ha descrito como una “segunda enfermedad”, donde debido a esto, la sociedad pierde las valiosas contribuciones que estos miembros de la sociedad pudieran estar haciendo o harían en el futuro.

Enfermedades de salud mental en los niños fueron consideradas raras, sin embargo, estudios recientes muestran cómo el bienestar mental se desarrolla a lo largo de toda la vida. Se presenta la frecuencia de diagnósticos de salud mental, y los periodos “sensibles” para el desarrollo cerebral, la acumulación de riesgos y la importancia de la genética y de la experiencia temprana.

Es importante repensar, de manera fresca y crítica, los desafíos de la salud mental de niños/as y jóvenes, para elaborar nuevas respuestas. La nueva perspectiva que plantea el reporte dice: - bienestar físico y mental son inseparables; - bienestar es más que la ausencia de enfermedad; - el bienestar es un recurso. En este sentido, presenta un nuevo modelo para mejorar el bienestar mental de niños/as y jóvenes, con el foco en el ambiente en el que el niño crece y se desarrolla, las relaciones inter e intra personales que establece en diferentes niveles.

Algunas de las recomendaciones que hacen son:

- Usar campañas en medios, tanto universales como para audiencias específicas, para reducir el estigma asociado a la enfermedad mental y su tratamiento.
- Remover las barreras estructurales y financieras que desaniman a los médicos a proveer cuidado preventivo.
- Promover la integración de médicos de la salud mental con otros profesionales de la salud a través de Organizaciones de Cuidado Responsables y otras innovaciones estructurales.
- Alinear las prioridades de los servicios de salud mental y de investigación con lo que se conoce en relación al comienzo de los desórdenes de salud mental, y el riesgo en ciertas poblaciones específicas.
- Financiar la investigación para programas que promuevan el bienestar, en vez de aquellos que sólo se enfocan en tratar la enfermedad.
- Apoyar intervenciones que impacten a los niños en múltiples niveles de

	<p>su medioambiente.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aumentar el chequeo de depresión entre los padres entre niños vulnerables. - Promover una crianza “cálida y firme” a través de programas de crianza comprensivos. - Desarrollar la capacidad en las comunidades para dar descanso a los padres de niños con enfermedades mentales, así como apoyar la inclusión del descanso en los planes de los seguros de salud. - Comenzar la escuela para los adolescentes más tarde para que logren dormir lo suficiente. - Apoyar la provisión de salud mental básica, entrenamiento de ‘primeros auxilios’ para aquellos jóvenes interesados. - Aumentar el acceso a cuidado de alta calidad y educación temprana, especialmente en las familias de escasos recursos. - Apoyar a los educadores con entrenamiento en manejo de la sala de clases, aprendizaje social-emocional, y técnicas de reducción de estrés. - Vincular el mejoramiento del medioambiente en la comunidad con la salud mental y el bienestar: aumentar los esfuerzos para “desintoxicar” el barrio, mejorarlo con plazas, centros comunitarios y otros servicios amigables a la juventud.
No. Páginas	53
Ref. Doc. Elect.	R_Form_
Observación	

7 FUNDACIÓN PARÉNTESIS

7.1 CONCLUSIONES

La fundación en este momento enfrenta grandes ineficiencias desde el punto de vista económico. Los presupuestos asignados no se condicen con la cantidad de usuarios. El costo promedio estimado por niño en la fundación supera en más de 13 veces el costo por prestación/año en el programa de salud mental de Abriendo Caminos.

En el caso de considerar el costo calculado en el proyecto inicial, al compararlo con el costo de Abriendo Caminos, entonces este lo supera en 4 veces.

Sin embargo, no son directamente comparables. La prestación a niños de calle, desde el juicio que hemos podido hacernos a la luz de los antecedentes entregados por sus directivos, es razonablemente 4 veces más cara que una atención de niños que no tienen dinámicas de calle como práctica central.

La fundación ve los mismos quiebres que mostramos en las conclusiones del estudio del programa de salud mental, respecto a la constitución del programa que ellos gestionan y en la relación con los centros de salud y sus profesionales. (Además de otros actores que colisionan con la fundación)

Parece pertinente el desarrollo de este programa para niños en situación de calle, considerando en particular la experiencia de Paréntesis que ha identificado las categorías de dinámicas de calle. Luego, no necesariamente encontraremos a los niños en “caletas” o “ruqueos”, por lo que podría estar aún más oculta la problemática a abordar.

La coordinación con los centros de salud, con los organismos de la justicia, policías, colegios, otras organizaciones sociales, etcétera, considera un esfuerzo mayor que el que actualmente está siendo llevado adelante en el sistema del programa de salud mental.

Recomendamos incorporar al proyecto de piloto de salud mental, algún grupo identificable de niños, niñas y/o adolescentes, de manera de tener un pilotaje, dado que como señalamos arriba, no son comparables los usuarios de Abriendo Caminos y un eventual programa para niños en dinámica de calle.

7.2 ANTECEDENTES DEL PROGRAMA

Tarapacá, en palabras del representante de la fundación, es una de las regiones con mayores índices de exclusión y tiene la tasa más alta del país, de personas en situación de calle.

El Ministerio de Desarrollo Social demanda por acciones de apoyo de parte del Senda para los niños con uso problemático de drogas, que es importante señalar, el Sename no podía atender, cuando no eran infractores de ley. Es así como el Senda inicia las operaciones del programa calle de ejecutado por la Fundación Paréntesis, en agosto del 2013.

Este programa consideraba una demanda de 48 niños que estarían en situación de calle y seis funcionarios de la Fundación que se haría cargo del territorio de Iquique y Alto Hospicio.

Sin embargo el censo del Ministerio de Desarrollo Social y la Universidad Padre Hurtado, arrojaba 35 niños en situación de calle en ese territorio. Esta diferencia en la cantidad de niños fue una primera complicación en el trabajo.

30, de aquellos 35 niños debía ser ubicados en el vertedero de Alto Hospicio, lugar en el cual no fue posible verificar la verdadera existencia de estos menores, asumiendo por las declaraciones de los adultos presentes, que no era posible que hubiera niños en ese lugar, dado el trabajo de los encargados del vertedero, que tienen como una responsabilidad, el evitar el trabajo infantil en ese lugar.

La hipótesis es que algunas de las personas adultas que declararon tener hijos, fueron contadas como personas con familia y se asumió que los niños estarían viviendo en el vertedero.

Al no encontrar a los niños que mayoritariamente vivían, según el censo realizado, en el vertedero de Alto Hospicio (administrado por la Municipalidad de Iquique), la Fundación comienza una estrategia de búsqueda y la definición de la situación de calle, desde una perspectiva menos restrictiva frente a los criterios de inclusión que estaban definidos para el programa, en una suerte de objetivación de los niños que a juicio de la Fundación no cubre el fenómeno de manera integral.

Por otra parte, el criterio de exclusión para los infractores de ley, constituye una traba importante para muchos niños que pierden la oportunidad de ingresar a este tipo de programas. En ese caso, mantienen apoyo en el “plan judicial”, buscando penas sustitutivas que permitan al niño mantenerse en el tratamiento.

En el perfil de niño, con dinámica de calle y consumo problemático de sustancias, parece ser poco probable, sin caer en estereotipos, sino más bien por la evidencia, que no sean infractores de ley. De 30 niños que la Fundación podía incorporar, 15 eran infractores de ley que estaban fuera de los beneficios del programa.

Basados en experiencias especialmente brasileñas, y en las propias de la Fundación en otras zonas del país, junto a Senda, definen tres categorías que permiten incorporar niños que existen en el territorio,

pero que no tienen necesariamente los criterios de inclusión mencionados. De esta forma la Fundación ha definido la “dinámica de calle”, donde los niños dan una importancia subjetiva relevante a la calle.

Estas categorías son:

- Casos puros: Aquellos niños que se encuentran en calle de manera permanente y con uso problemático de sustancias.
- Casos con dinámica de calle: Viven en su hogar, en familias multi problemáticas, sin diferenciación de roles, Pasan algunos días en la calle, conviviendo con personas que viven en la calle y asumen las prácticas de la dinámica de calle, como delinquir, pedir, machetear, uso de drogas y trabajos eventuales.
- Casos con formas no convencionales de vivir en la calle: que pueden ser hogares eventuales, de parientes o amigos, manteniendo dinámicas de calle, y viviendo algunas veces en lugares compartidos y consumiendo sustancias. Aquellos que están con medidas de protección, puede quedar en esta categoría cuando se fugan de las residencias.

A nivel nacional Paréntesis tiene programas con niños en La Serena, donde trabaja con grupos de esquina y es financiado de manera privada. Sin embargo, comparten la metodología, trabajo territorial y enfoque del programa en Tarapacá.

Ellos también nos informan de un programa en Cerro Navia que responde a los perfiles definidos por el Ministerio de Desarrollo Social.

En Tarapacá, en las comunas de Iquique y Alto Hospicio han estado este año en el programa 35 a 37 niños siendo la mayoría de los casos de la segunda categoría o clasificación. En el extremo contrario, solamente un niño está en la primera categoría, o “caso puro”. Dos niños se incorporarían una vez finalizado el proceso de vinculación.

En el momento de la entrevista, por diferentes razones, fundamentalmente por problemas derivados del perfilamiento o la intervención de otras instituciones, como Sename o la Justicia, son 15 los niños que han permanecido.

7.3 COSTO DEL PROGRAMA

A través de la entrevista, pudimos recoger datos relevantes pero globales respecto del costo del programa, con lo que podemos estimar lo siguiente, como referencia:

Recursos y servicios	Presupuesto
Fundación: 6 profesionales	\$76.000.000.-

<ul style="list-style-type: none"> • 2 Sociólogos • 2 Psicólogas • 1 Trabajador social • 1 Psicopedagoga 	
Gastos generales y de operación.	
Animación socio cultural y talleres externos. (Estimado por el costo de los meses en que se ha desarrollado) <ul style="list-style-type: none"> • 8 personas. • 4 días a la semana animación. • 1 visita semanal a los dispositivos, 3 en total. • 1 profesora para el apoyo en exámenes libres. 	\$12.000.000.-
Costo estimado inicial por niño promedio al año: 48 niños	\$1.833.333.-
Gasto estimado anual, por niño promedio: 15 niños	\$5.866.667.-

El presupuesto de \$88 millones se construyó, como se señaló anteriormente, considerando 48 niños. De esos son 15 niños los que se han mantenido en el programa, lo que les ha permitido una cierta “holgura” presupuestaria. Sin embargo, consideran en la fundación, que estos casos son de alto costo, y debe considerarse todo el espectro de prestaciones necesarias y de equipo de trabajo.

7.4 METODOLOGÍA

Durante la entrevista con los representantes de la Fundación Paréntesis, pudimos recabar las siguientes características de la metodología aplicada. Es importante destacar que se está terminando de realizar un estudio que abarca la experiencia completa y las definiciones metodológicas del trabajo, el que estará disponible en algunas semanas más.

1.- Un pilar fundamental de la metodología es el abordaje desde la psicoterapia de reducción del daño, sin buscar la abstinencia total como un primer objetivo. Desde ese punto de vista, la metodología se desarrolla a partir de la situación actual y particular de cada niño. Es importante para el equipo reflexionar y valorar los pequeños pasos en los resultados individuales, cambiando de manera paulatina las prácticas inseguras para los niños. Por ejemplo, la abstinencia total es más difícil de lograr que ir

eliminando la importancia subjetiva de la calle, que a su vez está asociada al consumo y las demás dinámicas descritas antes.

El uso de drogas es interpretado como la solución, mala, pero a la mano, que los niños encuentran para muchos de sus problemas. Es así como la abstinencia total como objetivo, significa una renuncia dolorosa más allá de los efectos físicos.

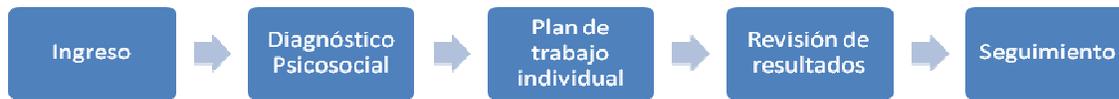
2.- Derivado de lo anterior, el acento en la disminución del daño logra mejores resultados en el compromiso de parte de los niños. Les importa recalcar que este elemento podría llamarse “alta adherencia”, sin embargo para la Fundación el cambio de mirada es en la dirección de revisar la pertinencia de sus acciones, antes que la adherencia de los niños al programa. Por lo tanto, una baja adherencia, se aborda desde las acciones oportunas de la Fundación, más que desde una falta de compromiso de parte del niño.

3.- En la metodología, la vinculación o contacto, por las características del territorio en el que están trabajando, requiere de estrategias que les permita obtener resultados a la hora de encontrar, contactar y vincular al niño que vive en dinámicas de calle.

- a) Dispositivos territoriales de bajo umbral normativo con niños de 9 a 12 años que no tienen problemas, asisten a la escuela y viven en sus hogares. Ellos son el nexo que permite encontrar y vincular a los niños en dinámica de calle. Este dispositivo permite la integración e interrupción de las rutinas de calle perjudiciales.
- b) Dispositivos territoriales de bajo umbral normativo con niños mayores de 12 años, adolescentes, que mantienen un “grupo de esquina”. Su perfil es de niños con consumo no problemático de sustancias, estudian, viven en sus hogares y cumplen la misma función integradora del grupo anterior.
- c) Dispositivos territoriales de bajo umbral normativo con adultos que viven en la calle, con la misma funcionalidad de los anteriores.
- d) La derivación institucional es otra de las fuentes de información y contacto con niños que son candidatos al programa de la Fundación. Esta coordinación también permite la referencia a estas instituciones y el apoyo metodológico para la evaluación de casos.

El enfoque metodológico busca como primer objetivo el interrumpir las dinámicas de calle, lograr la integración social de los niños y resolver sus problemas de salud, en el consumo problemático de sustancias y la salud mental general.

En un esquema sencillo, el tratamiento consta de:



Para el tratamiento y el alta se considera un máximo de 18 meses. Se desarrollan metas que son consensuadas con el niño. Las cuales son monitoreadas por los profesionales de la Fundación.

Muchas veces estas metas son cumplidas y los usuarios piden la oportunidad de avanzar con un nuevo proyecto personal.

7.5 PRESTACIONES

La Fundación entrega prestaciones directamente asociadas al programa, así como busca complementariedad con otras instituciones o programas que responden a las necesidades de los niños, detectadas por Paréntesis.

Una necesidad que han detectado es la de prestaciones que estén orientadas a las familias de los niños de la segunda categorización, que viven en sus casas, pero mantienen dinámicas de calle y para los dispositivos territoriales que se han organizado, dado que ellos mismos tienen imposibilidad de atenderlos o visitarlos con una frecuencia más efectiva para mantener la posibilidad de obtener los resultados esperados.

Por otra parte, la posibilidad de entregar habitación de manera temporal en casos de rescate, lo cual hoy no es posible de manera formal, es una herramienta necesaria para la vinculación en algunos casos así como para lograr una solución de habitabilidad más adecuada.

Las principales prestaciones que actualmente pueden entregar son:

Prestación	Prestador
Prestaciones de salud	Red asistencial
Prestaciones psicosociales	Paréntesis
Prestaciones psicológicas	Paréntesis
Animación socio cultural	Paréntesis y organizaciones sociales aliadas
Comida, financiamiento de movilización, vestuario e higiene	Paréntesis
Entretención, paseos y juegos	Paréntesis

Talleres de habilidades personales	Paréntesis
Apoyo educacional	Paréntesis y profesionales de educación

Destacan que están buscando cambiar la modalidad de la animación socio cultural que ellos proveen en el programa, a uno en que sean distintas organizaciones sociales comunitarias que las entreguen, con el objetivo de integración, como un elemento terapéutico para los niños. Estas organizaciones son clubes deportivos, de danza, teatro e incluso algunos que desarrollan actividades como la reparación de bicicletas.

Según la opinión de los profesionales, es más fácil para los niños construir un vínculo con este tipo de organizaciones más que con instituciones. Así la fundación pasaría a apoyar a estas organizaciones que convocarían a los niños y entregarían la animación.

De esta manera, al entregar la prestación fuera de la fundación, poniéndola en la sociedad, consideran que será más fácil darles autonomía a los niños, que podrían comenzar a vivir una especie de institucionalización que para la fundación no es el objetivo.

Su ambición es integrarlos a la sociedad, que el espacio terapéutico sea más amplio que el mismo programa y lograr que los niños no construyan una dependencia con los monitores, “tíos de...”, la fundación misma, sino que con su comunidad.

7.6 COMPLEMENTARIEDAD

Las acciones de coordinación con diferentes organizaciones institucionales y de la sociedad civil, tienen como objetivo para la Fundación, el lograr una atención integral de cada niño, a partir de su situación, diagnóstico y metas personales.

En general asisten a mesas de coordinación de la Red de Infancia, la Mesa de tratamiento, donde se coordinan los dispositivos de salud, (interrumpida hace 3 meses a la fecha), la Red Social y programas paralelos de atención a niños vulnerables.

El objetivo de la complementariedad requiere de la coordinación, discusión de casos sociales y clínicos entendiendo como necesario el mantener un vínculo constante con los niños y la posibilidad de entregar un cada vez más amplio set de prestaciones que cumplan con la atención integral y la interrupción de las dinámicas de calle.

Las organizaciones sociales, preferentemente asociadas a niños y jóvenes son las que mejores resultados pueden dar en la estrategia de tratamiento, dado que tienen una mejor comprensión de las necesidades, gustos y cultura de los usuarios.

Respecto de las organizaciones sociales organizadas como las juntas de vecinos, no son en este momento una buena plataforma, requiriendo de mayor sensibilización y educación sobre la problemática de los niños.

Es importante destacar que la complementariedad no es una realidad. Los diferentes actores que prestan sus servicios a los niños, no se complementan, se coordinan pobremente, ofreciendo prestaciones en estancos a los que el niño deben acudir, más que esas organizaciones se desenvuelvan alrededor del niño y sus necesidades.

En particular, la coordinación con la atención primaria, dada su cultura de trabajo territorial, es fluida y efectiva. No tanto así con el COSAM, debido fundamentalmente a la cultura, donde los pacientes no se ven de forma integral y a veces son referidos a otras instancias perdiendo contacto con la Fundación.

A nivel hospitalario se encuentran con problemas para acceder y mantener el vínculo con los niños que están en corta estadía para desintoxicación. Generalmente cuando este proceso termina, los niños son derivados a un COSAM y pierden el contacto con ellos y en caso de que estos no lleguen, el COSAM no tiene la capacidad para monitorear y rescatar a los niños, como así mismo, los niños derivados con una carta y la promesa de ayuda, en realidad no acuden generalmente al dispositivo de salud.

La Fundación ha intentado una coordinación para poder seguir en contacto con los niños durante la desintoxicación para poder continuar con ellos al terminar el proceso. Sin embargo no ha sido posible, según la opinión de los profesionales, por el temor a la sobre intervención.

8 ENCUESTA USUARIOS DEL PROGRAMA

ENCUESTA USUARIOS

PROGRAMA PILOTO DE SALUD MENTAL A USUARIOS

PROVENIENTES DEL PROGRAMA CALLE Y DEL PROGRAMA ABRIENDO CAMINOS

Buenos días/tardes. Mi nombre es..... y soy encuestador de Medwave, empresa que realiza un estudio para el Ministerio de Desarrollo Social. Estamos evaluando los resultados del Programa Piloto de Salud Mental en el cual Ud. es o fue usuario, para lo cual le solicitamos su participación contestándonos algunas preguntas.

Esta encuesta busca conocer su opinión, con el fin de identificar aquellos aspectos positivos y negativos que permitan mantener y/o cambiar lo necesario para entregar un mejor servicio.

La duración de la encuesta es de aproximadamente de 15 minutos. Recuerde que no hay respuestas correctas o incorrectas. Lo que realmente nos interesa es su opinión.

I		DATOS DEL ENCUESTADO							
1	¿Cuál es su nombre?								
2	¿Qué edad tiene usted?	años	3	Sexo	1 Hombre	2 Mujer			
4	¿En qué comuna se atiende?	1 Colina			2 Maipú		3 Santiago		
		4 Estación Central			5 Recoleta		6 San Bernardo		
		7 Otra comuna:						88 NS / NC	
5	Programa de origen	1 Programa Calle (PsC)				2 Programa Abriendo Caminos (PAC)			
		3 Otro:							
6	Actualmente Ud. ...	1 Se mantiene en el Programa				2 Fue dado de alta / egresó			
		3 Está en seguimiento				4 Otro		88 NS / NC	
		6 Abandonó (Por qué?)							
PsC	II	En caso de que el encuestado sea perteneciente al Programa Calle o en situación de Calle.							
	7	¿Dónde ha dormido en los últimos 5 días?	1 Calle		2 Residencia		3 Hospedería		
			4 Otro:						88 NS/NC
	8	En general, ¿Ud. diría que en los últimos seis meses ha dormido en el mismo lugar?	1 Siempre	2 Casi siempre	3 A veces	4 Casi nunca	5 Nunca	88 NS/NC	
9 ¿Hace cuánto tiempo está en situación de calle?				Meses.		88 NS/NC			

III		En caso de que el encuestado sea perteneciente al Programa Abriendo Caminos							
PAC	10	El menor está acompañado?	1 Si	2 No	11	¿Por quién? (parentesco)			
	12	¿El acompañante contesta la encuesta?	1 Si	2 No	13	¿Qué edad tiene el menor?			Años.

	14	¿Qué familiar es el que está privado de libertad?	1 Padre		2 Tío/Tía		3 Hermano/a			
			4 Madre		5 Tutor legal		6 Abuelo/a			
			7 Otro:							
	15	¿Hace cuánto tiempo que se encuentra privado de libertad?	Meses							
IV Adherencia al Programa de Salud Mental										
	16	¿Hace cuánto tiempo está en el programa de salud mental?	Meses							
	17	¿Dónde se atiende en general?	1 En el consultorio		2 En la casa		3 En la calle			
			4 Otro:							
	18	¿Cree que necesitaba la ayuda que le brinda el programa?	1 Mucho	2 No mucho	3 Más o menos	4 Poco	5 Nada	88 NS/NC		
	19	¿Cómo llegó al Programa?	1 Me derivaron del Programa de origen (Calle o AC)			2 Me vinieron a buscar				
			3 APS (Atención Primaria en Salud)		4 Por Profesional		88 NS/NC			
	20	¿Cómo obtuvo la hora de atención?	1 Se la dieron en la consulta anterior		2 Por teléfono	3 Me vinieron a buscar	4 En persona en el consultorio	88 NS/NC		
			5 Otra:							
	21	En general ¿Cómo le resulta llegar a la consulta?	1 Difícil		2 Más o menos difícil		3 Ni difícil ni fácil			
			4 Más o menos fácil		5 Fácil		88 NS/NC			
¿Ha sido atendido alguna vez por:	22	Psicólogo	1 Si	2 No	88 NS/NC	25	Terapeuta ocupacional	1 Si	2 No	88 NS/NC
	23	Médico Psiquiatra	1 Si	2 No	88 NS/NC	26	Médico General	1 Si	2 No	88 NS/NC
	24	Asistente Social	1 Si	2 No	88 NS/NC	27	Otro:	1 Si	2 No	88 NS/NC

Para cada profesional que atendió al usuario llene la siguiente tabla:

V.i Evaluación del profesional: PSICOLOGO									
28	¿Cuán seguido es atendido por el psicólogo?	1 Una vez al mes		2 Dos veces al mes		3 Una vez por semana			
		4 Más de una vez por semana		5 Es variable		6 Otro	88 NS/NC		
	Que nota le pone, del 1 al 7, a:	Nota					NS/NC		
29	La atención en general recibida	1	2	3	4	5	6	7	88
30	El tiempo de espera para que lo atienda	1	2	3	4	5	6	7	88
31	La preocupación que muestra por Ud.	1	2	3	4	5	6	7	88

32	La calidez en la atención	1	2	3	4	5	6	7	88
33	En general, ¿Ud. diría que le gusta atenderse con él/ella?	1 Siempre	2 Casi siempre	3 A veces	4 Casi nunca	5 Nunca	88 NS/NC		
34	¿Ud. diría que le hace bien ver al psicólogo?	1 Siempre	2 Casi siempre	3 A veces	4 Casi nunca	5 Nunca	88 NS/NC		

V.ii Evaluación del profesional: ASISTENTE SOCIAL

35	¿Cuán seguido es atendido por el asistente social?	1 Una vez al mes	2 Dos veces al mes	3 Una vez por semana					
		4 Más de una vez por semana	5 Es variable	6 Otro	88 NS/NC				
	Que nota le pone, del 1 al 7, a:	Nota							NS/NC
36	La atención en general recibida	1	2	3	4	5	6	7	88
37	El tiempo de espera para que lo atienda	1	2	3	4	5	6	7	88
38	La preocupación que muestra por Ud.	1	2	3	4	5	6	7	88
39	La calidez en la atención	1	2	3	4	5	6	7	88
40	En general, ¿Ud. diría que le gusta atenderse con él/ella?	1 Siempre	2 Casi siempre	3 A veces	4 Casi nunca	5 Nunca	88 NS/NC		
41	¿Ud. diría que le hace bien ver al asistente social?	1 Siempre	2 Casi siempre	3 A veces	4 Casi nunca	5 Nunca	88 NS/NC		

V.iii Evaluación del profesional: TERAPEUTA OCUPACIONAL

42	¿Cuán seguido es atendido por el terapeuta ocupacional?	1 Una vez al mes	2 Dos veces al mes	3 Una vez por semana					
		4 Más de una vez por semana	5 Es variable	6 Otro	88 NS/NC				
	Que nota le pone, del 1 al 7, a:	Nota							NS/NC
43	La atención en general recibida	1	2	3	4	5	6	7	88
44	El tiempo de espera para que lo atienda	1	2	3	4	5	6	7	88
45	La preocupación que muestra por Ud.	1	2	3	4	5	6	7	88
46	La calidez en la atención	1	2	3	4	5	6	7	88
47	En general, ¿Ud. diría que le gusta atenderse con él/ella?	1 Siempre	2 Casi siempre	3 A veces	4 Casi nunca	5 Nunca	88 NS/NC		
48	¿Ud. diría que le hace bien ver al terapeuta ocupacional?	1 Siempre	2 Casi siempre	3 A veces	4 Casi nunca	5 Nunca	88 NS/NC		

V.iv Evaluación del profesional: Md. GENERAL

49	¿Cuán seguido es atendido por el md.general?	1 Una vez al mes	2 Dos veces al mes		3 Una vez por semana				
		4 Más de una vez por semana	5 Es variable		6 Otro	88 NS/NC			
Que nota le pone, del 1 al 7, a:		Nota						NS/NC	
50	La atención en general recibida	1	2	3	4	5	6	7	88
51	El tiempo de espera para que lo atienda	1	2	3	4	5	6	7	88
52	La preocupación que muestra por Ud.	1	2	3	4	5	6	7	88
53	La calidez en la atención	1	2	3	4	5	6	7	88
54	En general, ¿Ud. diría que le gusta atenderse con él/ella?	1 Siempre	2 Casi siempre		3 A veces	4 Casi nunca	5 Nunca	88 NS/NC	
55	¿Ud. diría que le hace bien ver al 'profesional'?	1 Siempre	2 Casi siempre		3 A veces	4 Casi nunca	5 Nunca	88 NS/NC	

V.v	Evaluación del profesional: Md. PSQUIATRA								
56	¿Cuán seguido es atendido por el 'profesional'?	1 Una vez al mes	2 Dos veces al mes		3 Una vez por semana				
		4 Más de una vez por semana	5 Es variable		6 Otro	88 NS/NC			
Que nota le pone, del 1 al 7, a:		Nota						NS/NC	
57	La atención en general recibida	1	2	3	4	5	6	7	88
58	El tiempo de espera para que lo atienda	1	2	3	4	5	6	7	88
59	La preocupación que muestra por Ud.	1	2	3	4	5	6	7	88
60	La calidez en la atención	1	2	3	4	5	6	7	88
61	En general, ¿Ud. diría que le gusta atenderse con él/ella?	1 Siempre	2 Casi siempre		3 A veces	4 Casi nunca	5 Nunca	88 NS/NC	
62	¿Ud. diría que le hace bien ver al 'profesional'?	1 Siempre	2 Casi siempre		3 A veces	4 Casi nunca	5 Nunca	88 NS/NC	

VI	Consumo de alcohol / drogas							
63	¿Consume alcohol?	1 Todos los días de la semana	2 Casi todos los días de la semana	3 Algunos días de la semana	4 Casi nunca	5 Nunca	88 NS/NC	
64	¿Consume alguna droga?	1 Todos los días de la semana	2 Casi todos los días de la semana	3 Algunos días de la semana	4 Casi nunca	5 Nunca	88 NS/NC	

65	¿Qué droga(s) consume?					88 NS/NC	99 No Aplica
66	¿Cree que el Programa le ha ayudado a consumir menos o a dejar de consumir?	1 Si, dejé de consumir	2 Disminuí mi consumo	3 Consumo igual que antes	4 Consumo más que antes	88 NS/NC	99 No Aplica

VII Tratamiento Farmacológico								
67	¿El médico del Programa le dio algún medicamento para tomar?	1 Si		2 No		88 NS/NC		
68	¿Sabe para qué sirven?	1 Si	2 Más o menos		3 No		88 NS/NC	99 No Aplica
69	¿Se las toma como le indicó el médico?	1 Siempre	2 Casi siempre	3 A veces	4 Casi nunca	5 Nunca	88 NS/NC	99 No Aplica
70	¿Siente que le producen algún efecto?	1 Siempre	2 Casi siempre	3 A veces	4 Casi nunca	5 Nunca	88 NS/NC	99 No Aplica
71	¿Siente que es un efecto positivo?	1 Siempre	2 Casi siempre	3 A veces	4 Casi nunca	5 Nunca	88 NS/NC	99 No Aplica
72	¿Es fácil conseguir los medicamentos que le indicó el médico en el Programa?	1 Muy fácil	2 Fácil	3 Ni fácil ni difícil	4 Difícil	5 Muy difícil	88 NS/NC	99 No Aplica

VIII Beneficios del Programa										
En cuanto a los beneficios que le ha traído el Programa		Muy en desacuerdo			Muy de acuerdo				NS/NC	No Aplica
73	El Programa me ha ayudado a estar más tranquilo/a	1	2	3	4	5	6	7	88	99
74	El Programa me ha servido para sentirme mejor	1	2	3	4	5	6	7	88	99
75	El Programa me ha ayudado a trabajar / estudiar mejor	1	2	3	4	5	6	7	88	99
76	Con el Programa he logrado hablar muchas cosas que tenía guardadas	1	2	3	4	5	6	7	88	99
77	El Programa me ha ayudado a superar problemas	1	2	3	4	5	6	7	88	99
78	El Programa me ha servido para tomar decisiones	1	2	3	4	5	6	7	88	99
79	Siento que el Programa me ha entregado herramientas que me permiten comunicarme	1	2	3	4	5	6	7	88	99

	mejor con mi entorno									
80	El Programa me ha permitido comunicarme con otras personas importantes con las que antes no hablaba	1	2	3	4	5	6	7	88	99
81	El Programa ha permitido que vea la vida más optimista	1	2	3	4	5	6	7	88	99
82	El Programa me ha ayudado a subir mi autoestima	1	2	3	4	5	6	7	88	99
83	El Programa me ha ayudado a mejorar la forma de comportarme con las demás personas	1	2	3	4	5	6	7	88	99
84	El Programa me ha ayudado a ver otras maneras de resolver mis problemas	1	2	3	4	5	6	7	88	99
85	El Programa me ha ayudado a mejorar mi calidad de vida	1	2	3	4	5	6	7	88	99

PAC	IX	Sólo para los usuarios del Programa Abriendo Caminos									
		En cuanto a los beneficios que le ha traído el Programa	Muy en desacuerdo Muy de acuerdo							NS/NC	No Aplica
	86	El Programa me ha ayudado a poder confiar en mi familia	1	2	3	4	5	6	7	88	99
	87	El Programa me ha ayudado a darme cuenta que soy importante para mi familia	1	2	3	4	5	6	7	88	99
	88	El Programa me ha ayudado a ser más respetuoso con los adultos con los que vivo	1	2	3	4	5	6	7	88	99
	89	El Programa me ha ayudado a que me vaya mejor en la escuela	1	2	3	4	5	6	7	88	99
	90	El Programa me ha ayudado a llevarme mejor con mis amigos	1	2	3	4	5	6	7	88	99

X.91	¿Cuánto le gustaría seguir participando en el Programa?	1 Mucho	2 Más o menos	3 Un poco	4 Nada	88 NS/NC
------	---	---------	---------------	-----------	--------	----------

pa ña nte	XI	Sólo para los ACOMPAÑANTES de los usuarios del Programa Abriendo Caminos
-----------------	----	--

92	¿Cuánto dinero gasta en traslado (locomoción) cada vez que tiene que movilizarse para el Programa (ida y vuelta)?	1 Menos de \$1.000	2 Entre \$1.001 y \$2.000	3 Más de \$2.000	4 No gasto dinero	88 NS/NC	
93	¿Cuánto tiempo debe usted dejar de trabajar para acompañar al niño (a)?	Horas.					
94	¿Cuál es su trabajo habitual (en el último mes)?	1 Empleado de oficina		2 Trabajadores de los servicios y vendedores de comercio y mercados			
		3 Operadores y montadores de instalaciones y maquinaria		4 Trabajadores no calificados			
		5 Dueña de casa		6 Cesante / No trabaja			
		Especificar:					
95	¿A Ud. (acompañante) le gustaría recibir algún apoyo (psicológico / emocional) de parte del Programa?	1 Mucho	2 Más o menos	3 Un poco	4 Nada	88 NS/NC	
96	¿Considera suficiente la información que recibe de parte de los profesionales del programa con respecto al niño?	1 Siempre	2 Casi siempre	3 A veces	4 Casi nunca	5 Nunca	88 NS/NC

97	¿Quiere agregar algún comentario? 1: Si 2: No

La tabla a continuación llénela según lo que ve y percibe. **NO LEA ESTO AL ENCUESTADO.**

Pauta de observación						
98	Muestra algún signo evidente de problema de salud físico	1 Si	2 Más o menos	3 Un poco	4 No	5 No se observa
99	Muestra algún signo evidente de problema de salud mental	1 Si	2 Más o menos	3 Un poco	4 No	5 No se observa
100	Muestra algún signo de problema cognitivo	1 Si	2 Más o menos	3 Un poco	4 No	5 No se observa
101	Se muestra desorientado	1 Muy	2 Más o menos	3 Un poco	4 Nada	5 No se observa
102	Responde coherentemente	1 Si	2 Más o menos	3 Un poco	4 No	5 No se observa
103	Entiende las preguntas	1 Mucho	2 Más o menos	3 Un poco	4 Nada	5 No se observa