




Focus.

INCEPTION REPORT

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

CLE#203/2022

6 de junio de 2023





Unicef Chile. CLE#203/2022

Evaluación de la implementación y coordinación intersectorial del Programa de apoyo a la salud mental infantil de niños y niñas (PASMI) del Subsistema Chile Crece Contigo.

Estudios y Consultorías Focus Ltda.

Jefe de proyecto: Krecho Homan S.
Investigadores: Joaquín Subercaseux G.
Joaquín Grez M.
Asesora metodológica: Begoña Veloso E.

Nota de la edición: En este informe se utilizan de manera inclusiva términos como “niños”, “encargados”, “actores”, “familias” y otros que refieren a hombres y mujeres y a cargos genéricos.
De acuerdo a la norma de la Real Academia Española, el uso del masculino se basa en su condición de término genérico, no marcado en la oposición masculino/femenino; por ello se emplea el masculino para aludir conjuntamente a ambos sexos, con independencia del número de individuos de cada sexo que formen parte del conjunto.

Índice

1.	Presentación	4
2.	Marco conceptual.....	5
2.1.	Determinantes sociales de la salud	5
2.2.	Modelo ecológico	6
2.3.	Intersectorialidad.....	9
3.	Contexto y objeto de la evaluación	14
3.1.	Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil (PASMI)	14
3.2.	Características del trabajo intersectorial PASMI	15
3.3.	Modelo ecológico en PASMI	21
4.	Marco de Evaluación	23
5.	Metodología	25
5.1.	Propósito, objetivos y alcance de la evaluación	25
5.2.	Muestra.....	27
	Selección de la muestra.....	27
5.3.	Técnicas para el levantamiento de información.....	31
5.4.	Consideraciones éticas para el levantamiento de información.....	35
5.5.	Limitaciones y medidas de mitigación.....	36
5.6.	Plan de análisis.....	38
6.	Entregables y controles de calidad.....	44
7.	Cronograma y definición de roles y funciones del equipo	47
7.1.	Cronograma	47
7.2.	Roles y funciones del equipo	49
8.	Referencias	50
9.	Anexos	52
	Anexo 1. Pautas de actividades de levantamiento	52

1. Presentación

El presente documento corresponde a la 3a versión del *Inception Report*, en el marco del estudio *Evaluación de la implementación y coordinación intersectorial del Programa de apoyo a la salud mental infantil de niños y niñas (PASMI) del Subsistema Chile Crece Contigo*, ejecutado por Estudios y Consultorías Focus Ltda., por encargo de UNICEF. En relación a la primera versión, este informe contiene reformulaciones, ajustes, mejoras y un mayor desarrollo, en razón de las observaciones que las contrapartes hicieron a dicha entrega.

El informe se organiza según la siguiente estructura. Luego de esta presentación, se describe un marco conceptual donde se incluyen secciones sobre los *determinantes sociales de la salud*, nociones relevantes sobre *la coordinación intersectorial* y aspectos centrales del *modelo ecológico*. Posteriormente, se describen antecedentes del contexto de la evaluación, presentando el modelo de funcionamiento del PASMI, y vinculándolo con el marco conceptual, aplicando conceptos de intersectorialidad y modelo ecológico al propio programa.

Luego, se describe el marco de evaluación, y la metodología que guiará el desarrollo del estudio, incorporando los objetivos, definiciones del muestreo y del levantamiento de información (trabajo de campo), además de las estrategias metodológicas: estudio de caso y revisión de experiencias internacionales. Adicionalmente, se incluyen subsecciones de consideraciones éticas, limitaciones y medidas de mitigación y plan de análisis. En este último, se presenta la matriz con dimensiones y subdimensiones que organiza el levantamiento de información de los estudios de caso y análisis descriptivo de cada uno de estos. Se desarrolla además la manera en que el “Marco de la evaluación” complementará los análisis que se realicen con la matriz de dimensiones y subdimensiones. Se exponen, también, las fases del plan de análisis y la manera en que en cada una de estas responde a los objetivos específicos de la evaluación.

En un apartado siguiente, se añade la sección de productos entregables y los controles que se utilizarán para resguardar la calidad de dichos productos, para terminar con el Cronograma de trabajo y los roles y funciones del equipo consultor.

Complementariamente, se concluye con un anexo con las pautas de las actividades de levantamiento: entrevistas semi-estructuradas, focus group, y grupo de discusión con niños.

2. Marco conceptual

2.1. Determinantes sociales de la salud

El modelo de intervención del Programa de Apoyo a la Salud Mental (PASMI) asume la importancia de las condicionantes sociales y psicológicas en el estado de salud de los niños, niñas y sus familias, y no remite su campo de acción a la provisión de servicios de apoyo a la salud mental de manera directa. En este sentido, y si bien no hace referencia de manera explícita en sus orientaciones técnicas a las determinantes sociales de la salud, sí reconoce estas determinantes de manera implícita.

Como determinantes sociales de la salud se entienden “las características específicas y las vías mediante las cuales las condiciones sociales afectan a la salud de las personas” (Krieger 2022, en Vidal y otros, p. 63). Es decir, se trata de medios o disposiciones sociales de distinto tipo que pueden conducir hacia un estado saludable, en términos físicos como mentales; con lo cual se supera la visión de la salud como una tarea meramente individual de cuidado personal del cuerpo y la mente. En efecto, la noción de determinantes sociales de la salud gráfica una visión de la salud moderna al expresar el tránsito (que, en realidad, fue propuesto hace ya décadas) desde una visión basada en la ausencia de afecciones o enfermedades, a “un estado completo de bienestar físico, mental y social” (Organización Mundial de la Salud, en Ministerio de Salud 2017, p. 29).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, algunos de estos determinantes son: la distribución del poder y la disponibilidad del mismo, los bienes y servicios a los que accede la persona, la posibilidad de atenderse en servicios de salud, la educación, las condiciones de trabajo, la disponibilidad de tiempo para el ocio, el entorno físico y la vivienda (Organización Mundial de la Salud 2009).

Bajo estas consideraciones, el Ministerio de Salud de Chile asume, por su parte, los determinantes sociales de la salud, y los entiende, en línea con la definición de la OMS, como “las condiciones sociales en que las personas viven y trabajan, que impactan sobre la salud” (Ministerio de Salud, sin fecha), reconociendo de esta manera que estos elementos de contexto social tienen consecuencias para la salud, de manera que se deben contemplar definiciones de política pública que afecten estos aspectos contextuales, con el horizonte de una mejora en la salud de las personas.

Tomar en cuenta esta concepción implica ciertos desafíos a nivel de políticas sociales. Particularmente, considerar la incorporación en el diseño de sistemas de política social más amplios, que incidan desde diferentes perspectivas en el desarrollo de la salud de las personas. En materia de políticas públicas de salud, además, deben considerarse estas determinantes de manera diferenciada según distintos grupos poblacionales. En particular, en el caso de los niños y niñas, deben hacerse consideraciones específicas que puedan afectar su salud, por ejemplo, variables asociadas al sistema educativo, a factores asociados al trabajo de sus madres y padres, a la infraestructura comunitaria (espacios comunes, plazas, u otros), etc.

2.2. Modelo ecológico

El modelo ecológico, en su formulación más general, sostiene que el desarrollo de una persona no depende exclusivamente de sus características individuales, físicas o psicológicas, sino también de su interacción con distintos sistemas, esferas o dominios de su entorno social y cultural. En este sentido, expresa una vinculación evidente con la visión de los determinantes sociales de la salud.

De acuerdo al modelo ecológico, el individuo se encuentra en constante intercambio y afectación cruzada con el ambiente externo (Viscarret 2007). Bronfenbrenner, impulsor de la teoría ecológica explica en términos generales el enfoque:

En el centro mismo de una orientación ecológica (...) está la preocupación por una acomodación progresiva entre un organismo humano en desarrollo y su ambiente inmediato, y la manera en que esta relación se produce por medio de las fuerzas que emanan de regiones más remotas en el medio físico y social más grande. La ecología del desarrollo humano se halla en el punto de convergencia entre las ciencias biológicas, psicológicas y sociales, que influyen sobre la evolución del individuo en la sociedad. (Bronfenbrenner 2002, p. 32)

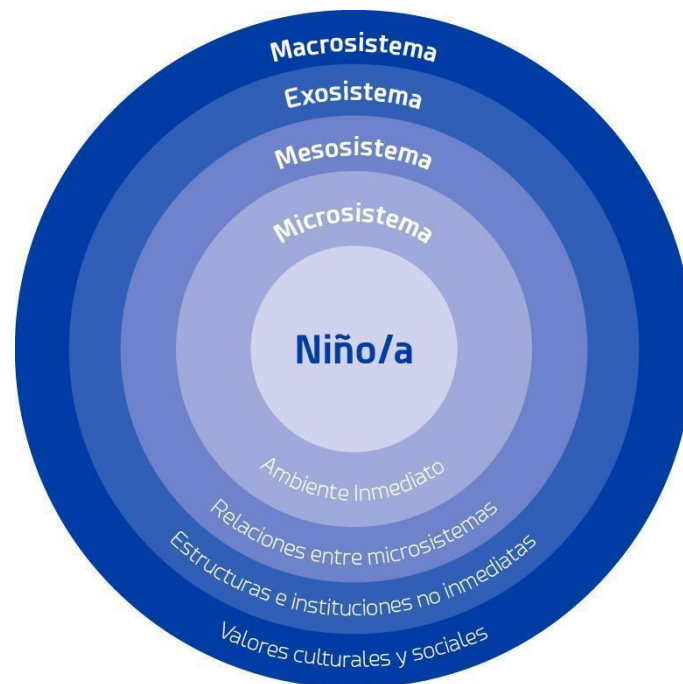
Para dar orden y estructura a la multiplicidad de factores que inciden en el desarrollo de la persona, se consideran en la teoría ecológica diversos ambientes o sistemas que se superponen y afectan entre sí, estando circunscritos unos dentro de otros. A continuación, se ofrece una definición de cada uno de estos ámbitos.

- **Microsistema.** El microsistema corresponde al contexto social más directo, cercano y cotidiano en el que se desenvuelve el niño o niña, y donde participa activamente. La familia (cuidadores, madres, padres), los amigos, los servicios de salud en los cuales se atiende, así como la escuela a la que asiste y los docentes con quienes se relaciona, representan microsistemas para el niño o niña. De este modo, lo que ocurra en estos espacios con estos individuos y le afectan directamente, son elementos relevantes del microsistema del niño o niña.
- **Mesosistema.** El mesosistema corresponde a las dinámicas comunicativas e interaccionales entre dos o más actores o instituciones del microsistema, en donde se incluyen los procesos de comunicación y retroalimentación entre estos. Por ejemplo, la relación entre la familia del niño o niña y los docentes o equipos de convivencia del colegio, o la relación entre el centro de salud en que se atiende el niño o niña y su escuela.
- **Exosistema.** El exosistema está conformado por grupos humanos (redes de apoyo familiares o barriales) e instituciones locales (laborales, sociales, comunitarias, de salud), en donde el niño o niña no participa activa ni directamente pero que sin embargo influyen en su desarrollo y bienestar. Dichas instituciones y grupos hacen de contexto o soporte basal para la satisfacción de necesidades tanto materiales como socioemocionales de niños y niñas.
- **Macrosistema.** El macrosistema constituye el último de los entornos sociales de influencia en los niños y niñas. Este espacio está compuesto por la estructura socio económica y

política, los patrones culturales, creencias e ideologías propias del territorio en que habitan, entre otros. El macrosistema, si bien parece abstracto y amplio, tiene influencias importantes en la forma en cómo se desarrollan las relaciones desde el micro hasta el exosistema.

La siguiente figura muestra figurativamente la relación de inclusión de los sistemas más concretos (representados más pequeños) en los sistemas más abstractos y extensivos, donde, en este caso, en el centro se encuentra el niño, representando al ontosistema.

Diagrama N° 1: Representación básica del enfoque ecológico



Fuente: elaboración propia en base a Bronfenbrenner 2002

Una de las claves del modelo es que cada uno de estos sistemas no opera de forma independiente, sino que se afectan unos a otros. Solo aceptando este supuesto cobra sentido la consideración del enfoque ecológico: “no solo intervienen múltiples factores y niveles, sino que además hay una retroalimentación o circularidad entre ellos, de manera que se condicionan recíprocamente, pero de manera compleja” (Peroni y otros 2005, p. 24).

Así, las experiencias que una persona tenga en uno de los dominios afectan y son afectadas por el resto de los dominios, generándose una relación de interdependencia entre ellos. Por lo tanto, las intervenciones sociales que se ajusten a este enfoque deben proponer una acción coordinada, que tome en cuenta los distintos ambientes en los que se desenvuelve la persona, incluso en los casos en que se diagnostique un problema en un ámbito particular.

De esta manera, atendiendo al hecho de que el modelo ecológico considera tanto al individuo como a su ambiente, las intervenciones sociales que asumen este enfoque tratan con un objetivo doble y simultáneo: “por un lado, conseguir liberar las capacidades de adaptación de las personas y, por otro lado, y al mismo tiempo, mejorar e impulsar sus entornos” (Viscarret

Focus.

2007, p. 339). En definitiva, si bien las intervenciones sociales suelen definir un sistema específico como foco de la intervención (el individuo, la familia, el barrio u otro), el enfoque ecológico demanda estrategias que consideren a otros sistemas que afecten al sistema directamente intervenido.

2.3. Intersectorialidad

Aproximación general

La noción más básica de la intersectorialidad, en el ámbito público, alude a la relación entre diversos sectores gubernamentales para abordar un mismo problema mediante la provisión de un servicio en conjunto. En este caso, la concurrencia de los distintos sectores se justifica en que se trata de un problema multicausal, con lo cual un abordaje integral, es decir, un abordaje que implica la concurrencia de distintos servicios y distintas disciplinas y especialidades, resulta pertinente (Cunill-Grau, 2014).

Las *Orientaciones Técnicas para la Gestión de Redes Chile Crece Contigo*, por su parte, aluden a una definición de intersectorialidad con algunas variaciones, también provista por Cunill, que la vincula con “la acción conjunta de diversos sectores públicos y/o privados, en miras a la solución o respuesta integral de diversas problemáticas de carácter social” (Cunill, 2005, en Chile Crece Contigo, 2017, p. 19).

Como se puede ver a partir de la definición anterior, la intersectorialidad como aproximación de la gestión de una determinada situación no es exclusiva del ámbito público, y puede darse también en el privado; sin embargo, existe una diferencia fundamental: la intersectorialidad en el ámbito privado implica la conjunción de grupos distintos para proveer un servicio, pero no necesariamente se está respondiendo a un problema, lo cual sí es un elemento distintivo de la intersectorialidad en el sector público (Cunill-Grau, 2014). Al existir un problema público multicausal a la base en el ámbito público, la concurrencia de sectores distintos se observa, de esta manera, como *necesaria* para poder abordar eficazmente el problema diagnosticado. Aquí, la complejidad y multicausalidad de los problemas, requiere soluciones integrales. Las soluciones integrales, a su vez, requieren ser abordadas intersectorialmente.

En virtud de lo anterior, es decir, de la necesidad de establecer un trabajo entre distintos actores, la intersectorialidad usualmente se enfrenta al desafío de gestionar eventuales disputas de espacios de poder, sectoriales o departamentales, y posibles desconfianzas por parte actores incumbentes. Este riesgo se puede expresar en una implementación desintegrada, donde coexisten “compartimentos aislados que no interactúan entre sí, que buscan defender su territorio a como dé lugar, que buscan diferenciarse para poder desmarcarse” (Waissbluth y Larraín 2009, p. 544). Lo anterior podría implicar reducir el trabajo conjunto de las reparticiones a las cuestiones tecnocráticas y administrativas mínimas, sin orientarlas a alcanzar el objetivo común de mejorar el ciclo de gestión del sector público.

Esta situación ha de ser superada por acciones propiamente intersectoriales, o mediante una intersectorialidad con la suficiente intensidad como para dar cuenta del problema al origen, de manera de que se pueda generar valor público, se apliquen procesos de toma de decisión oportunos, y existan mecanismos de control institucional y de aprendizaje entre las instituciones. En este sentido, una estrategia intersectorial debe esforzarse en generar y socializar objetivos comunes, indicando en qué ámbitos relativos a estos objetivos cada uno de los sectores debe cumplir un rol particular. Esta orientación a un objetivo común y reconocible

por los sectores, pero diferenciando la contribución de cada uno, permite que un modelo de gestión intersectorial tenga mayores posibilidades de éxito.

A continuación, se presentan distintos elementos que permiten adentrarse en una definición más acabada de la intersectorialidad y, paralelamente, ir proyectando cómo se pueden establecer niveles que permitan elaborar una gradualidad de la intersectorialidad en relación a su nivel de intensidad.

Niveles de intensidad en el trabajo intersectorial

La noción de intersectorialidad, en general, es abordada por distintos documentos teóricos o académicos mediante la exposición de distintos niveles o grados, que describen la intensidad del trabajo intersectorial. Así, diferentes referentes bibliográficos proponen escalas, niveles, grados, o simplemente distinciones que permiten visualizar cómo se puede fortalecer el trabajo intersectorial en la provisión de servicios públicos.

Si bien las *Orientaciones Técnicas para la Gestión de Redes Chile Crece Contigo* (2017) ya expresan una serie de niveles propuesta por Horwath y Morrison (que se expone también en esta sección), otros documentos son de utilidad para complementar los niveles que allí se presentan. Se trata de elementos conceptuales que serán utilizados en el análisis de conclusiones del estudio, para determinar el nivel de intensidad de la coordinación intersectorial del PASMI, identificando facilitadores y obstaculizadores de la intersectorialidad según nudos críticos.

Mancomunidad e inclusividad

Existen distintas aproximaciones conceptuales que permiten establecer una cierta graduación para estimar el nivel de la intersectorialidad. En primer lugar, en la intersectorialidad de alta intensidad se pueden distinguir dos ámbitos concurrentes relacionados, pero diferentes entre sí: (1) la inclusividad de diversos sectores en el ciclo de políticas y (2) la mancomunidad entre los sectores involucrados (cf. Cunill-Grau y otros 2013).

Inclusividad

La inclusividad se refiere al trabajo conjunto de los sectores involucrados en el ciclo de una política o programa, desde el diseño hasta la evaluación del mismo. En este sentido, la planificación, la determinación del presupuesto, la implementación, el monitoreo y la evaluación de una política se realizan intersectorialmente, y no de manera aislada.

Mancomunidad

En tanto, la mancomunidad en esta concepción se refiere a la posibilidad de que los sectores puedan, en el proceso de implementación, compartir recursos, responsabilidades, sistemas de información y acciones, entre otras variables. La mancomunidad se expresa con claridad en el uso de sistemas integrados de información entre los equipos de distintos sectores. Como se señaló, lo esperable, teniendo en consideración una intersectorialidad de carácter integral, es que concurren ambos elementos.

Niveles de relación entre los sectores

Por su parte, la Flacso (en Organización Mundial de la Salud, 2017) propone cuatro niveles de relación entre sectores que pueden caracterizar el de desarrollo del trabajo intersectorial, que van desde menor desarrollo a mayor desarrollo:

Información

Se trata del primer nivel de intersectorialidad, y considera la elaboración de un lenguaje común que permita el diálogo; el entendimiento entre los sectores respecto de sus respectivos trabajos; y la identificación de aspectos comunes para el trabajo conjunto.

Cooperación

La cooperación, en tanto segundo nivel, se da para lograr mayor eficiencia en las acciones de cada sector. En este nivel, inicialmente la cooperación puede ser incidental, casual o reactiva, aunque en estadios más avanzados puede basarse en un diseño estratégico. La cooperación, de acuerdo al documento señalado, se da generalmente en la etapa de implementación de políticas o programas, y no en la etapa de diseño o formulación.

Coordinación

La coordinación considera el ajuste de las acciones o programas de cada sector interviniente, para una mayor eficiencia y eficacia del servicio provisto. Generalmente, además, implica un estilo de trabajo horizontal, que se concreta mediante instancias formales de trabajo y fuentes de financiamiento compartidas. El trabajo horizontal implica que, en el proceso, se asumen los problemas del resto de los actores como problemas comunes. También, los planes y presupuestos de los sectores de re consideran en función del trabajo conjunto.

Integración

La integración representa el nivel superior del trabajo intersectorial de acuerdo a esta escala. Conlleva la definición a nivel de diseño de políticas o programas, de manera conjunta, entre distintos sectores. Este diseño conjunto se proyecta a la implementación de la política, realizada también de manera conjunta. También, se contempla el financiamiento de la iniciativa por parte de los distintos sectores, en función a un objetivo común, también compartido.

Integración de los sectores

Por otra parte, Winkworth y White (2011, en Cunill-Grau, Repetto y Bronzo, 2015) subrayan algunas de las principales diferencias entre el trabajo en red, la coordinación y la integración, como estadio mayor de intersectorialidad, que complementan lo expuesto hasta aquí.

Trabajo en red

En un estadio de menor intensidad de la intersectorialidad, está el trabajo en red, donde la relación entre los actores es de carácter individual, y realizan colaboraciones específicas de

manera de apoyarse en la comprensión de los sistemas. Permiten una base para avanzar en la construcción de confianzas en vistas de asociaciones más complejas.

Coordinación e integración

Niveles de mayor intensidad en la intersectorialidad son la coordinación y la integración. Si bien la integración requiere de coordinación, esta no es suficiente, en primer lugar, por la necesaria intensidad de la relación entre los sectores, y, en segundo lugar, porque la integración implica acuerdos formales respecto de objetivos y metas compartidos, la existencia de legislación que facilita la asociación, el financiamiento compartido, y la configuración de sistemas de gestión, e información unificados.

Grados de intensidad

Corbett y Noyes (2008, también en Cunill- Grau, Repetto y Bronzo, 2015), presentan una escala de intensidad en el trabajo intersectorial que consta de seis niveles. Se trata de una aproximación más detallada que las propuestas anteriores, pero comparte con ellas algunos conceptos. Se presentan los estadios de menor a mayor intensidad.

Comunicación

En este primer nivel los equipos de los distintos sectores sostienen conversaciones abiertas, claras y desprejuiciadas. Estas instancias se dan en el marco de una construcción de confianza en la relación, y pueden ser formales, mediante procedimientos establecidos y reuniones periódicas, o bien mediante intermediaciones informales.

Cooperación

En el marco de la cooperación se revisan y aprueban planes de trabajo por grupos de trabajo o comités intersectoriales, también se da una revisión y monitoreo de los casos de manera cooperativa, se apoya el trabajo de otros sectores compartiendo información, e incluso se prestan apoyos para cumplir con objetivos de otras reparticiones en el marco del servicio. Se generan comparten y se generan consensos en torno a de buenas prácticas en la provisión de servicios.

Coordinación

En el nivel de la coordinación, se realizan acuerdos interinstitucionales para coordinar actividades conjuntas. También, las comunicaciones son intensivas y de mayor alcance. Se realizan acciones de planificación conjunta, para lo cual se requiere la coordinación de agendas, de actividades, de metas, de objetivos; y una declaración conjunta de la misión y principios, de manera de proyectar la planificación con un marco común. También se realizan capacitaciones conjuntas; se definen procedimientos contractuales para resolver disputas entre sectores, y se logran estándares compartidos en la elegibilidad de las personas que ingresan a trabajar al sistema.

Colaboración

La colaboración implica la renuncia voluntaria de equipos a espacios de autonomía, en pos de objetivos comunes en el marco de la implementación del servicio. Esto implica cambios y ajustes en el funcionamiento interno de la repartición en pos de objetivos ahora comunes con otros servicios, estándares compartidos de evaluación de los equipos y la generación de formularios, protocolos y procesos compartidos (únicos para todos los servicios).

Convergencia

En el nivel de la convergencia, se abre la posibilidad a una reestructuración de los servicios en función de las instancias previas de colaboración, existen disposiciones contractuales para reasignar fondos, los recursos son compartidos, y, se señala, se identifica un servicio rector.

Consolidación

Finalmente, en el nivel de consolidación se logra la estabilidad y la armonización en el comportamiento de los distintos sectores o grupos en función de los niveles anteriores. En particular, se logra la estabilidad en la colaboración para la implementación de políticas, presupuestos, operaciones, etc., se acepta la pérdida de autonomía en función de identidad común, se consolidan planes y presupuestos multisectoriales y multidisciplinarios, se logra por parte de los equipos la provisión continua los servicios en base a la intersectorialidad, la planificación de los sectores se fusiona, y se comparten recursos y personas de manera estable.

Considerando las distintas propuestas conceptuales de intensidad del trabajo intersectorial, en el marco de la evaluación de la coordinación intersectorial del PASMI, se determinarán niveles de intensidad. Considerando los siguientes:

-Nivel 1: Nivel bajo de coordinación intersectorial. Apunta más bien a un trabajo de comunicación entre sectores e instituciones, donde se comparte algún tipo de información, pero donde no existen actividades sistemáticas de comunicación ni un trabajo conjunto.

-Nivel 2: Nivel medio de coordinación intersectorialidad. Incluye aspectos de cooperación interinstitucional, pero que responden a iniciativas de carácter individual. Hay una mayor eficiencia en las acciones de cada sector en razón de estos apoyos y un desarrollo preliminar del sistema unificado de comunicación e información.

-Nivel 3: Nivel alto de coordinación intersectorial. Implica no solo la coordinación sino que la integración, que incluye: el desarrollo de acuerdos interinstitucionales para coordinar actividades conjuntas; la utilización de sistemas de gestión, e información unificados; comunicaciones intensivas y de mayor alcance; la realización de acciones de planificación conjunta, para lo cual se requiere la coordinación de agendas, de actividades, de metas, así como de objetivos.

3. Contexto y objeto de la evaluación

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

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

Son varias los atributos que hacen del PASMI un programa particularmente relevante, tanto por su objeto de atención, como por su metodología de trabajo (intersectorialidad) y también el principal modelo teórico a la base (ecológico). En esta sección se abordan estos tres elementos de manera diferenciada. En consecuencia, el desarrollo de esta sección se nutre tanto de documentos técnicos (Orientaciones Técnicas del PASMI y Política de salud mental para menores de edad en Chile), como de la documentación teórica en base a la cual se desarrollaron las anteriores secciones.

En cuanto a sus objetivos, el principal es aumentar la cobertura de tratamiento integral y efectividad de los procesos de atención asociados a niños(as) con trastornos mentales entre los 5 y 9 años. Los específicos, en tanto, consideran, además del tratamiento en salud mental propiamente tal, el fortalecimiento de competencias parentales y un trabajo coordinado con las escuelas (Habilidades para la Vida¹, en particular). Esto último, junto con la activación la red comunal en casos de riesgo biopsicosocial -vinculado con las prestaciones del programa ChCC y de protección social comunal- son aspectos medulares del trabajo que realiza PASMI. En este sentido, la consideración detenida de estos objetivos implica de suyo tanto el trabajo intersectorial como la mirada ecológica.

PASMI organiza sus acciones en torno a la promoción, prevención e intervención. Como se observa, uno de sus focos es poder aumentar la cobertura en salud mental, de modo que PASMI incluye alrededor de 20 prestaciones para los niños, niñas y sus familias en tratamiento. Se indica “alrededor” dado que algunas prestaciones están sujetas a evaluación y necesidades del paciente (p.ej., consultorías). Estas prestaciones se visualizan en la tabla N° 1.

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

Tabla N° 1: Prestaciones PASMI

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

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

*Actualizado según comunicación interna con la Subsecretaría de Redes Asistenciales

Por otra parte, el PASMI se inserta en el marco de la Atención Primaria de Salud (APS), pudiendo tratar casos de gravedad leve y moderada. De esta manera, los niños y niñas que ingresan a tratamiento son evaluados al inicio del programa para determinar si su flujo continúa en PASMI o son derivados a interconsulta, en razón de una mayor gravedad. El ministerio de salud realiza el diagnóstico, clasificación y grado de la enfermedad a partir de manual CIE-10.

3.2. Características del trabajo intersectorial PASMI

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

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

Como se anticipó, también existe trabajo intersectorial con el ámbito de salud, de equipos no PASMI. Esto por medio de derivaciones que se hacen desde PASMI o hacia PASMI, y que buscan activar otros programas de salud, como por ejemplo el PSMI (Programa de Salud Mental Integral), que agrega y complementa con más prestaciones en salud mental para mayor calidad y extensión de la atención para el niño o niña. También el PASMI puede considerar relevante derivar al PSMI al padre, madre o cuidador(a) del niño o niña, si es que presentase problemas de salud mental. Asimismo, el PASMI puede activar el Programa Vida Sana Alcohol y Drogas, cuando se identifiquen necesidades de este tipo en los cuidadores. Así como estos programas, existen otros del área salud que pueden activarse cuando el equipo PASMI considere relevante y pertinente complementar el tratamiento del niño o niña con vista a avanzar hacia una atención integral. En el sector salud, los actores relevantes serían:

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

Actores relevantes sector salud - PASMI	Funciones de la institucionalidad
DIVAP (División de Atención Primaria)	División de atención primaria: La atención primaria representa el primer contacto con los individuos y sus familias con el sistema público de salud. Los establecimientos de atención primaria, con los recursos que dispongan, prestan atención programada o de urgencia (BCN, 2022).
DIPRECE (División de Prevención y Control de Enfermedades)	División de prevención y control de enfermedades: define a partir de la evidencia los estándares de calidad exigibles a las intervenciones sanitarias dirigidas a problemas de salud prioritarios. Además, busca contribuir a sustentar las decisiones políticas ministeriales en el análisis de la información relevante a partir de evidencia científica y características del entorno en que se desarrolla dicho proceso de definición de políticas (MINSAL, 2023).
DIGERA (División de Gestión de Redes Asistenciales)	División de Gestión de redes asistenciales: Regula y supervisa el funcionamiento de las redes de salud para satisfacer las necesidades de los usuarios, en el marco de los objetivos sanitarios, con calidad y satisfacción usuaria. Para lograr esto, los objetivos de esta división son (i) mejorar el modelo de gestión de servicios de salud, con el fin de aumentar la eficiencia, eficacia y efectividad en la resolución de problemas; (ii) gestionar las brechas operacionales entre la oferta y la demanda en los problemas de salud; (iii) mejorar las condiciones de la atención primaria para que haya eficiencia en el funcionamiento de los diferentes niveles de complejidad de la red asistencial de salud; (iv) mejorar la disponibilidad, la distribución y las competencias del personal en los distintos niveles de complejidad; (v) mejorar la gestión y el uso de los recursos públicos con el fin de tener sostenibilidad financiera; (vi) potenciar la gestión intersectorial e interinstitucional; y finalmente, (vii) reforzar la red de urgencia (MINSAL, 2023).
Departamento de Salud Mental	Departamento de Salud Mental: Elabora y monitorea el desarrollo de políticas, planes y programas para la prevención y el control de trastornos mentales, con el fin de contribuir al bienestar de las

	<p>personas y a la satisfacción de sus necesidades de salud mental. (DIPRECE, 2023)</p>
<p>Servicios de salud y red de establecimientos de atención primaria de salud</p>	<p>Servicios de salud y red de establecimientos de atención primaria: Los servicios de salud son organismos estatales funcionalmente descentralizados, con personalidad jurídica y patrimonio, que tienen la misión de articular, gestionar y desarrollar la red asistencial correspondiente a cada territorio. Se someten a la supervigilancia del Ministerio de Salud y cumplen con las políticas, programas, normas y planes que éste apruebe. La Red Asistenciales de cada Servicio de Salud está constituida por el conjunto de establecimientos asistenciales públicos, los establecimientos de atención primaria de su territorio y los demás establecimientos públicos y privados que mantengan convenios con este. La red asistencial se organiza con un primer nivel de atención primaria, compuesto por establecimientos que ejercen funciones asistenciales en un determinado territorio, y otros niveles de mayor complejidad sólo recibirán derivaciones desde este primer nivel de atención.</p> <p>En aquellas regiones donde existe más de un Servicio de Salud, existe un Consejo de Coordinación de Redes Regionales integrado por los directores de dichos servicios de salud y presidido por el subsecretario de redes asistenciales o alguien designado por él (MINSAL, 2023).</p>

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

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

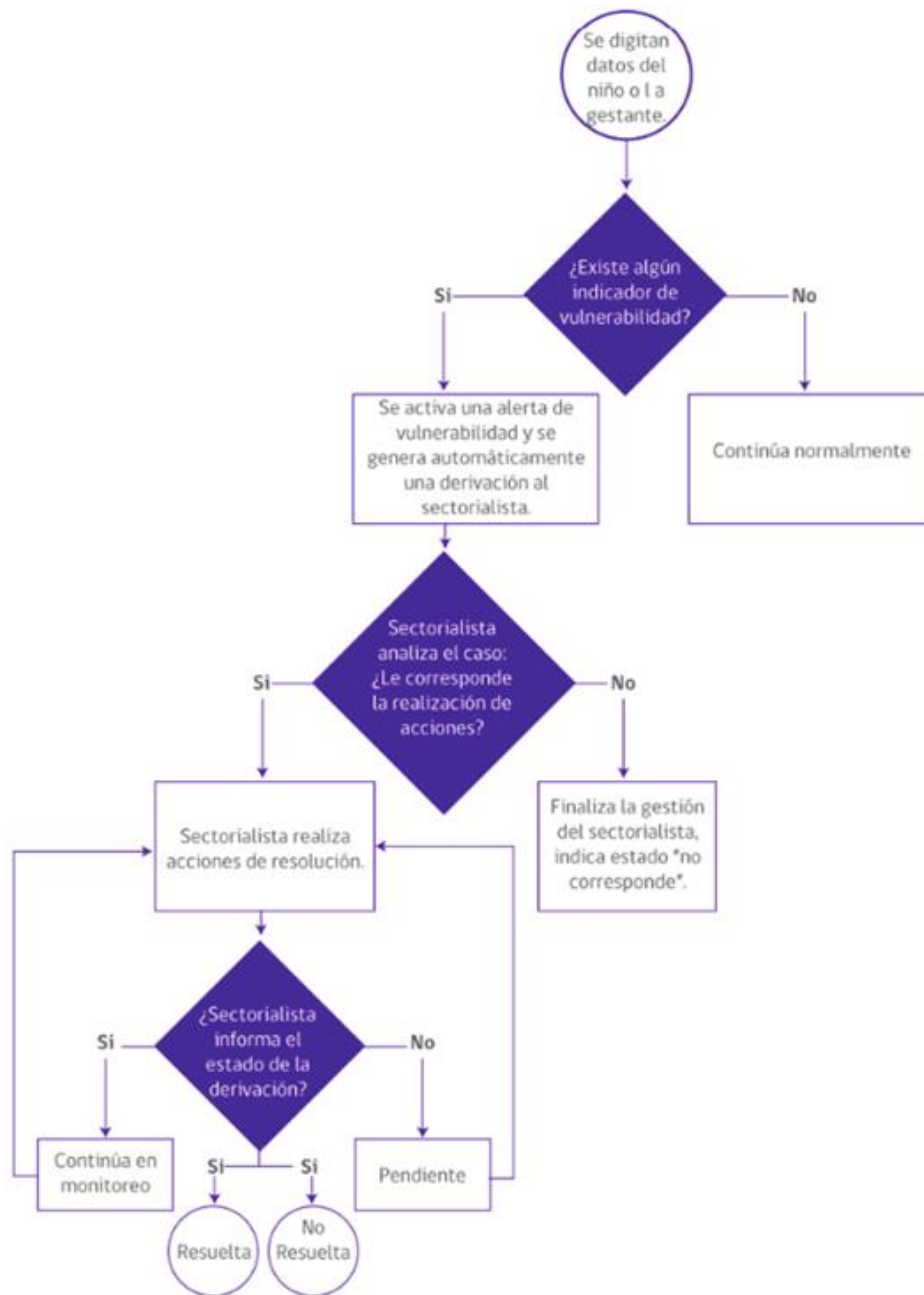
Diagrama N° 2: Red comunal ampliada



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

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

Diagrama N° 3: Flujo de activación de alertas



Fuente: Chile Crece Contigo y Ministerio de Salud (2017), p.59

Por último, es relevante mencionar que el PASMI cuenta con indicadores de resultados de eficacia del programa, establecidos en la evaluación Ex Ante. En el cuadro N° 2 se presentan dichos indicadores:

Cuadro N° 2: Indicadores de resultados de eficacia del PASMI

Tipo de indicador	Nombre del indicador	Fórmula de cálculo	Nivel de logro
Indicadores a nivel de propósito	Porcentaje de niños(as) con trastorno de salud mental que egresan en el año t por alta terapéutica integral	$(N^{\circ} \text{ de niños (as) con trastorno de salud mental que egresan en el año t por alta terapéutica integral} / N^{\circ} \text{ de niños (as) con trastorno de salud mental que egresan en el año t}) * 100$	25%
	Porcentaje de niños(as) con trastorno que al egreso en el año t mejoran su salud mental	$(N^{\circ} \text{ de niños(as) con trastorno y evaluación de salud mental infantil que al egreso en el año t mejoran su salud mental infantil} / N^{\circ} \text{ de niños(as) con trastorno y evaluación de salud mental infantil que egresan en el año t}) * 100$	35%
Indicadores a nivel de componentes	Porcentaje de niños(as) con trastorno en salud mental que asisten al menos a un 67% de las sesiones del tratamiento integral de salud mental establecidas en el Plan de Cuidado Integral	$(N^{\circ} \text{ de niños(as) con trastorno de salud mental que asisten al menos a un 67\% de las sesiones del tratamiento integral de salud mental establecidas del Plan de Cuidados Integral en año t} / N^{\circ} \text{ de niños(as) con trastorno de salud mental que asisten a sesiones del tratamiento integral de salud mental establecidas en el Plan Cuidados Integral en el año t}) * 100$	30%
	Porcentaje de niños(as) en control de salud mental infantil con detección temprana de riesgo de trastorno de salud mental	$(N^{\circ} \text{ niños(as) en control de salud mental infantil en año t con detección temprana de riesgo de trastorno de salud mental} / N^{\circ} \text{ niños(as) en control de salud mental infantil en el año t}) * 100$	25%

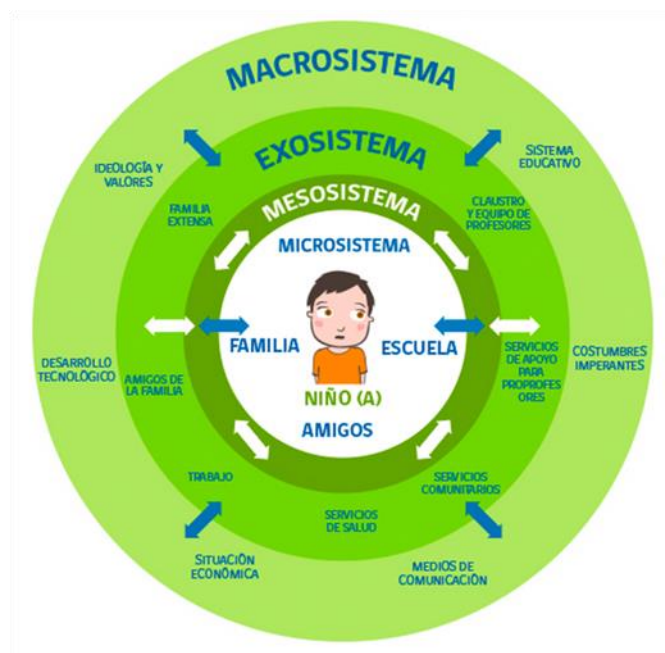
Fuente: Extraído de Ex Ante PASMI, Banco Integrado de Proyectos Sociales.

Si bien la consideración del nivel de logro de los indicadores de resultados es un elemento relevante para la evaluación del programa, el análisis de la coordinación intersectorial del PASMI se basa en las percepciones de los actores intervinientes tanto en el tratamiento en salud mental de niños y niñas como en la intervención social integral a madres, padres y/o cuidadores, por lo que solo será posible indagar en la apreciación de dichos actores sobre en qué medida la coordinación intersectorial contribuye al logro de los indicadores de resultados.

3.3. Modelo ecológico en PASMI

El modelo ecológico, como se ha visto, considera distintos entornos sociales que son los más significativos en cuanto a su influencia en el desarrollo específico de los individuos. Este modelo ha sido explícitamente asumido por el programa PASMI. En el diagrama de a continuación, se representan visualmente estos sistemas (ya observados teóricamente), pero ahora con el niño o niña beneficiario del PASMI en el centro.

Diagrama N° 4: Representación modelo ecológico en PASMI



Fuente: Chile Crece Contigo y Ministerio de Salud (2021).

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

Cuadro N° 3: Operacionalización de sistemas modelo ecológico en PASMI

Sistema	Funcionamiento en PASMI
Microsistema	El PASMI operaría en el microsistema cuando el niño o niña o su familia participan activamente de las prestaciones que ofrece el programa, tales como atenciones de salud mental, visitas domiciliarias, talleres para padres y madres, entre otros.
Mesosistema	El PASMI, al incorporar en su núcleo un trabajo intersectorial entre ámbitos educativos (HpV), salud (APS) y protección social, supone una labor de coordinación, derivación, retroalimentación, comunicación y activación de otros programas de estos sectores, que puedan también beneficiar a la familia o al niño atendido en el PASMI. Además, el PASMI cuenta con un sistema de comunicación específicamente abocado al monitoreo, seguimiento y la activación de alertas (SRDM) para niños o niñas con necesidades de protección social.
Exosistema	El PASMI corresponde a un programa que emana de la institucionalidad del ChCC (Ministerio de Desarrollo Social y Familia). En este sentido se enmarca en una política social que busca propiciar un contexto que contribuya al bienestar de niños y niñas. Asimismo, el PASMI involucra a otros programas e instituciones (educación; servicios sociales y salud), conectando a las familias y niños o niñas con la oferta local o comunal que buscan aportar a la satisfacción de sus necesidades.
Macrosistema	La realidad socio-política del país, así como su historia e idiosincrasia, inciden en las relaciones humanas y en las políticas que dan como resultado la generación de programas abocados a la protección integral de la infancia, tales como el ChCC y su extensión, PASMI. La generación de estas políticas son una forma de dar respuesta a las necesidades de la realidad nacional, y expresan también una sensibilidad específica en cuanto a una nueva valoración social de la infancia.

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

4. Marco de Evaluación

Antes de avanzar en aspectos metodológicos específicos para el desarrollo, se presenta el Marco de evaluación, que expresa los aspectos centrales y limitantes del proceso de evaluación del Programa. El estudio se estructura asimismo en torno a cinco grandes criterios de evaluación, cada uno de los cuales presenta una o más preguntas guía para la evaluación.²

Cuadro N° 4: Marco de evaluación

Criterio	Pregunta
Pertinencia	1. ¿El programa responde a la necesidad identificada por los sectores Educación, salud, y protección en términos de aumentar el bienestar biopsicosocial de niños, niñas y sus familias?
Coherencia	2. ¿En qué medida la existencia del PASMI contribuye a la coordinación comunal en torno a casos identificados y tratados, considerando derivación y seguimiento, por el programa?
	3. ¿La manera en que se implementa el programa en la comuna, es coherente con las necesidades de las familias usuarias?
	4. ¿Las comunidades educativas de las comunas que cuentan con PASMI han notado una mejora en la respuesta del sector salud frente a sus demandas biopsicosociales de niños, niñas y cuidadores(as)?
Eficacia	5. ¿Existen nudos críticos en la derivación, entrega de servicios previstos y retroalimentación en los sectores de Educación y Salud en el marco de este programa?
	6. ¿Las familias usuarias del programa y los equipos ejecutores perciben resultados positivos en la respuesta del sector salud frente a las necesidades de salud mental en niños y niñas?
Sostenibilidad	7. Desde la implementación del programa, ¿se han generado condiciones a nivel de gestión y coordinación intersectorial que permitan asegurar la sostenibilidad de los resultados de la intervención?
	8. ¿Las equipos implementadores del programa perciben una mayor intensidad de la coordinación intersectorial para dar respuesta conjunta de las necesidades de los niños, niñas y sus familias?
Principios transversales: Derechos humanos y género	9. ¿En qué medida y cómo PASMI incorpora en su implementación los derechos de la niñez, y los principios de equidad, no discriminación, derechos humanos e igualdad de género?

Fuente: Elaboración propia en base a TDR evaluación en curso.

² La principal fuente para responder a estas preguntas de evaluación es, como se verá en el apartado metodológico, el análisis integrado de la información que se hace a través del estudio de casos en nueve comunas donde se implementa el programa. El estudio de caso se nutre de una Matriz de dimensiones y sub dimensiones, diseñada en función de aspectos clave descritos en el marco conceptual, y en aspectos propios del programa y sus modelos de intervención. La presentación de esta Matriz y cómo alimenta el Marco de evaluación se detalla en el Plan de Análisis.

Como puede verse en el cuadro 4, los criterios presentados son los sugeridos en las bases técnicas. No obstante, además de algunos ajustes menores en la redacción, se realizan cambios en las preguntas de evaluación, que se orientan principalmente a:

1. Enfocar la evaluación a los cambios que ha implicado el programa en los servicios de protección social de la comuna, sin remitirlos únicamente a los servicios de salud mental (preguntas 1 y 4).
2. Incorporar en el criterio de eficacia la percepción de los equipos ejecutores, y no solamente de las familias usuarias (pregunta 6).
3. Ampliar las preguntas en el criterio de sostenibilidad, para dar cuenta de la intensidad en el trabajo intersectorial que implica la implementación del programa, de acuerdo a la percepción de los equipos (pregunta 8).

5. Metodología

A continuación, se presentan los aspectos metodológicos centrales a considerar en la realización de la evaluación.

5.1. Propósito, objetivos y alcance de la evaluación

Propósito

El propósito de la evaluación de la coordinación intersectorial del PASMI es identificar mecanismos de gestión de redes en el nivel comunal que aseguren la atención oportuna, pertinente y de calidad tanto de niños y niñas como de sus madres, padres y cuidadores, de manera de contribuir a su bienestar biopsicosocial.

Mediante esto, se busca levantar información que permita fortalecer las coordinaciones entre las instituciones que componen la red ampliada del Chile Crece Contigo en el nivel comunal, en lo que respecta a la gestión de la atención en salud mental de los niños y niñas, la gestión de la intervención a niños, niñas y sus familias (activación de prestaciones sociales) y la gestión de la información.

Objetivo general

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

Objetivos específicos

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

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

Alcance de la evaluación

El foco de la evaluación de la coordinación intersectorial del PASMI está en conocer la manera en que las instituciones que forman parte de la red ampliada del Chile Crece Contigo, en el nivel comunal, se relacionan entre sí para asegurar, en primer lugar, las atenciones de salud mental de los niños y niñas en la atención primaria de salud; en segundo lugar, la gestión de la intervención social (redes y prestaciones sociales) a niños, niñas y sus familias. De esta manera, se busca identificar en qué medida la gestión intersectorial a nivel comunal contribuye al logro de los indicadores de resultados del programa.

Por otro lado, debe considerarse que la metodología de estudio de casos permitirá aproximarse a la manera en que las redes comunales ampliadas del ChCC se configuran en cada territorio para proveer las atenciones en salud mental y las intervenciones sociales a niños, niñas y sus familias. El análisis de la configuración de la gestión redes a nivel comunal permitirá, posteriormente, realizar una integración de la información asociada a las nueve comunas, determinando tanto facilitadores como obstaculizadores comunes para la gestión intersectorial.

Respecto a la participación de niños y niñas en la evaluación, la incorporación de su perspectiva sobre la gestión intersectorial del PASMI se constituye como un elemento complementario a la evaluación, que permitirá indagar – particularmente – en la percepción de niños y niñas de nueve años, sobre las acciones que realizan los agentes educativos de sus establecimientos durante las etapas de detección y diagnóstico de sintomatología de salud mental y la posterior derivación para la atención psicológica. De esta forma, será posible incluir la perspectiva de los niños y niñas en la evaluación de la coordinación intersectorial del PASMI, pero específicamente, en la etapa en que tienen mayor cercanía a las dinámicas de coordinación intersectorial entre los sectores de educación y salud.

Por último, se debe considerar que no se realizará una Teoría de Cambio del programa, toda vez, que dicha metodología favorece la identificación de una cadena causal que sigue una determinada intervención, elemento que no se constituye como objetivo del presente estudio.

5.2. Muestra

La evaluación de la coordinación intersectorial del PASMI, se desarrollará principalmente a partir de un estudio de casos. Para determinar la selección de la muestra, se utilizó una técnica de muestreo no probabilístico intencional, ya que permite seleccionar casos característicos de una población limitando la muestra sólo a estos casos. El programa PASMI opera actualmente en 91 comunas a lo largo de Chile, de las cuales se seleccionaron nueve comunas diversas, resguardando la presencia de distintos criterios de heterogeneidad. A partir de lo anterior, se seleccionó la muestra en dos etapas:

Selección de la muestra

Primera etapa

La primera etapa considera la selección de comunas para el marco muestral (Tabla N°2), la cual se obtiene a partir de la aplicación de tres criterios de inclusión, que permitieron identificar 28 comunas susceptibles de ser seleccionados para el estudio de caso, considerando comunas que:

- No estén adscritas a un Servicio Local de Educación Pública (SLEP)
- No cuenten con Oficina Local de la Niñez (OLN)
- Cuyo ingreso al programa haya sido anterior al año 2019

Tabla N° 2: Marco muestral

N	Comuna	Servicio de Salud	Año Inicio	Tipo de Territorio	SLEP	OLN
1	La Serena	Coquimbo	2019	Urbano	NO	NO
2	Antofagasta	Antofagasta	2016	Urbano	NO	NO
3	San Antonio	Valparaíso San Antonio	2016	Urbano	NO	NO
4	Calama	Antofagasta	2018	Urbano	NO	NO
5	Quillota	Viña del Mar Quillota	2017	Urbano	NO	NO
6	San Felipe	Aconcagua	2019	Urbano	NO	NO
7	Alto Hospicio	Iquique	2016	Urbano	NO	NO
8	Cauquenes	Del Maule	2016	Rural	NO	NO
9	Colina	Metropolitano Norte	2016	Urbano	NO	NO
10	La Pintana	Metropolitano Sur Oriente	2019	Urbano	NO	NO
11	Linares	Del Maule	2019	Urbano	NO	NO
12	Quilicura	Metropolitano Norte	2019	Urbano	NO	NO
13	San Carlos	Ñuble	2017	Mixta	NO	NO
14	Chillán	Ñuble	2019	Urbano	NO	NO
15	Rancagua	Del Libertador B. O'Higgins	2016	Urbano	NO	NO
16	Lota	Concepción	2016	Mixta	NO	NO
17	Cerrillos	Metropolitano Central	2019	Urbano	NO	NO

N	Comuna	Servicio de Salud	Año Inicio	Tipo de Territorio	SLEP	OLN
18	Macul	Metropolitano Oriente	2019	Urbano	NO	NO
19	Rengo	Del Libertador B. O'Higgins	2016	Urbano	NO	NO
20	Los Ángeles	Biobío	2019	Urbano	NO	NO
21	El Bosque	Metropolitano Sur	2019	Urbano	NO	NO
22	San Bernardo	Metropolitano Sur	2017	Urbano	NO	NO
23	Penco	Talcahuano	2019	Mixta	NO	NO
24	Valdivia	Valdivia	2016	Urbano	NO	NO
25	Ancud	Chiloé	2019	Mixta	NO	NO
26	Osorno	Osorno	2016	Urbano	NO	NO
27	Puerto Montt	Del Reloncaví	2019	Urbano	NO	NO
28	Victoria	Araucanía Norte	2016	Mixta	NO	NO

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

Segunda etapa

Después de elaborar el marco muestral conformado por 28 comunas, se definieron cinco criterios de heterogeneidad para la selección de la muestra: (i) macrozona, (ii) tipo de territorio, (iii) servicio de salud, (iv) brecha de ingresos Sistema de Registro, Detección y Monitoreo (SRDM) niños/as atendidos en PASMI y, (v) Promedio del cumplimiento global de indicadores del Programa en Salud. El tratamiento de cada uno de los críticos fue el siguiente:

1. Macrozona: La variable fue creada a partir de una división de las regiones del país en seis grandes macrozonas a partir de los servicios de salud.³
 - 1.1 Macrozona norte que contempla los servicios de salud de Arica, Iquique, Antofagasta y Atacama, que contienen a tres comunas beneficiarias del programa.
 - 1.2 Macrozona centro norte que contempla los servicios de salud de Coquimbo, Aconcagua, Viña del Mar y Valparaíso, que contienen cuatro comunas beneficiarias del programa.
 - 1.3 Macrozona Centro-RM que contempla los servicios de salud de Metropolitano Norte, Metropolitano Central, Metropolitano Occidente, Metropolitano Oriente, Metropolitana Sur y Metropolitano Sur Oriente, que contienen siete comunas beneficiarias del programa.
 - 1.4 Centro Sur que contempla los servicios de salud de O'Higgins, Del Maule y Ñuble, que contienen seis comunas beneficiarias del programa.
 - 1.5 Sur que contempla los servicios de salud de Arauco, Bio-Bio, Concepción, Talcahuano, Araucanía Norte y Araucanía Sur, que contienen cuatro comunas beneficiarias del programa.

³ Basándose en la distribución territorial utilizada por el Ministerio de Salud (MINSAL)

1.6 Extremo Sur que contempla los servicios de salud de Valdivia, Osorno, Reloncaví, Chiloé, Aysén y Magallanes, que contienen cuatro comunas beneficiarias del programa.

A partir de esta división, se seleccionó una comuna en la macrozona norte, una en la centro norte, tres comunas en la macrozona centro, dos comunas en la centro sur, una comuna en la macrozona sur y una comuna en el extremo sur. Para el caso de la macrozona centro, se consideró la selección de tres comunas de manera intencionada en la Región Metropolitana, ya que es la región que tiene la mayor cantidad de habitantes, garantizando además que las tres pertenezcan a un distinto servicio de salud.

2. Tipo de territorio: Por cada macrozona se intencionó que existiera una heterogeneidad de comunas rurales/mixtas y urbanas según los observado en el marco muestral.
3. Servicio de salud: Se buscó que existiera una heterogeneidad de presencia de comunas dependientes de Servicios de Salud distintos.
4. Brecha de ingresos SRDM niños/as atendidos en PASMI: Se creó una variable del promedio de brecha de cuatro registros - entre diciembre del 2021 y julio 2022-, que permitiera ingresar comunas con diverso comportamiento en relación al registro de atenciones del programa PASMI en el sistema.
5. Promedio del cumplimiento global de indicadores del Programa en Salud: Se consideró el resultado global PASMI de cada comuna en relación a la distribución de este en todo el marco muestral. Para esto se creó una variable dicotómica, asignando el valor 1 a las comunas que obtuvieron un puntaje por sobre el 40% del cumplimiento y el valor 0 a las comunas con un puntaje bajo ese promedio. Al valor 1 se le asignó el atributo “Alto” y al valor 0 “Bajo”, basado en la medición realizada por el referente técnico de la subsecretaría de redes asistenciales.

Dentro del marco muestral sólo hubo dos comunas con un resultado “Bajo” en el Resultado Global PASMI, Cauquenes y Valdivia. Si bien la comuna de Valdivia, tiene un puntaje global PASMI inferior a 40%, es decir, está dentro de la categoría en que el MINSAL determina puntaje bajo, no fue seleccionada debido a variables operativas asociadas a la factibilidad de la implementación de la evaluación en dicha comuna. Por lo tanto, fue seleccionada dentro de la muestra solo Cauquenes como representación de las comunas con un resultado “Bajo” esta variable.

Tal como se ha indicado, la selección de la muestra de nueve comunas se realizó de manera intencionada, resguardando que existiera heterogeneidad y representatividad de todas las variables ya mencionadas, por lo que la muestra se compone de las siguientes comunas:

Tabla N° 3: Muestra

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

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

5.3. Técnicas para el levantamiento de información

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

Entrevistas semi-estructuradas

Se desarrollarán pautas semi-estructuradas individuales que, por una parte, den foco a la entrevista con cada actor involucrado y, por otra parte, permitan que el diálogo sea fluido y facilite al entrevistado expresarse y profundizar respecto a todos los temas a abordar. La pauta servirá de guía de la conversación y será construida con el fin de abordar las principales temáticas que se desprenden de los objetivos específicos de esta investigación.

Se considerará la realización de entrevistas individuales en profundidad a los siguientes actores relevantes:

1. Encargado (a) Municipal ChCC + Encargado PASMI del nivel local
2. Representante comunal sector educación vinculado con PASMI (Encargados locales HpV o de Convivencia Escolar)
3. Madre/padre/cuidador de niños/as atendidos PASMI. Los criterios para seleccionar a estas personas serán: i) Que el niño o niña bajo su cuidado esté en tratamiento PASMI actualmente o bien que haya egresado recientemente del programa (idealmente 1 mes de egreso; máximo 2 meses). ii) Que dicho niño o niña haya cumplido al menos la mitad de las consultas psicológicas individuales PASMI, es decir, curse al menos la mitad de su tratamiento. Idealmente, se intencionará, además: i) que estos adultos hayan participado del taller “Nadie es Perfecto”; ii) Que ya se haya efectuado la visita domiciliaria o escolar propia de las prestaciones que incluye PASMI. Estos dos son criterios adicionales complementarios y no requisitos. Todos los criterios apuntan a entrevistar a cuidadores(as), padres, madres de niños o niñas que cuenten con experiencia relativamente avanzada en el programa PASMI.

Focus group

Se considerará la realización de focus group para los siguientes actores relevantes de las comunas seleccionadas:

1. Equipo de atención de niños y niñas en tratamiento PASMI.
2. Representantes institucionales red comunal ChCC: Equipo ChCC, profesionales de la Dirección de Desarrollo Comunitario (DIDECO) profesionales del Departamento de Educación Municipal (DAEM) o Corporación Municipal de Educación (Programas de JUNAEB - HpV, Equipos de convivencia escolar, etc.), profesionales de Atención Primaria de Salud (APS) y Consultorios de Salud Familiar (CESFAM), entre otros
3. Representante regional del ChCC, referentes salud mental de SEREMI de Salud, representantes Servicios de salud, HpV y otros relevantes.

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

Tabla N° 4: Actores por comuna, levantamiento de información

Técnica	Actor	Nivel	Total por caso	Total general
Entrevistas semi estructuradas	Encargado (a) Municipal ChCC +Encargado PASMI del nivel local	Comunal	1	9
	Representante comunal sector educación vinculado con PASMI (Encargados locales HpV o de Convivencia Escolar)	Comunal	1	9
	Madre/padre/cuidador de niños/as atendidos en PASMI	Comunal	3	27
Focus group	Equipo de atención de niños y niñas en tratamiento PASMI	Comunal	1	9
	Representantes institucionales red comunal ChCC: Equipo ChCC, DIDECO, Educación (JUNAEB, Convivencia, HpV), Salud (APS, Cesfam), entre otros	Comunal	1	9
	Representante regional ChCC, referentes salud mental de SEREMI, representantes Servicios de salud, HpV (y otros relevantes)	Regional	1	9
Total			8	72

Fuente: Elaboración propia

Cabe mencionar que las actividades de levantamiento de información con los actores institucionales se realizarán de manera híbrida, considerando actividades presenciales y online, sin embargo, se priorizará la realización de estas últimas para facilitar la participación de todos los profesionales considerados.

Por otro lado, para favorecer la participación de padres, madres y cuidadores en las entrevistas, se propondrán diversas modalidades alternativas (presenciales, telefónicas o telemáticas). No obstante, se intencionará que las entrevistas sean presenciales, ya sea en el contexto escolar, de salud o domiciliario. El equipo de investigación coordinará, a través del Encargado Municipal del ChCC, el contacto con los representantes familiares de niños y niñas en tratamiento y definirá, de acuerdo a la disponibilidad de cada uno, la modalidad en que se aplicará la entrevista.

Actividad de levantamiento con niños y niñas: Grupo de discusión

La incorporación de la perspectiva de los niños y niñas sobre la gestión intersectorial del PASMI se constituye como un elemento complementario a la evaluación, que permitirá indagar – particularmente – en su percepción sobre su experiencia en el tratamiento PASMI en el servicio de Atención de Salud.

Para ello, se realizará un grupo de discusión con niños y niñas participantes del programa que cuenten con las siguientes características:

- a. Tengan nueve años cumplidos al momento de la actividad (usualmente, cursando 4to o 5to básico).
- b. Se encuentren en la segunda mitad del tratamiento psicológico, es decir, quienes hayan asistido, al menos, a cuatro controles de salud mental PASMI.

El grupo de discusión es una técnica privilegiada para indagar en la perspectiva de niños y niñas, dado que permite adaptar las preguntas guías, previamente diseñadas, de manera de incorporar las circunstancias de la implementación de la actividad en su formato y duración.

Esta actividad de levantamiento se realizará en el contexto del centro de atención primaria donde se atiendan. Se invitará a un adulto del establecimiento a que acompañe la actividad. La actividad tendrá una duración, aproximada, de 45 minutos y la participación será resguardando privacidad, confidencialidad y aspectos éticos.

Para asegurar el bienestar de los participantes la participación será voluntaria, se considerarán grupos pequeños - de alrededor de cinco a seis asistentes - y se incluirá un componente lúdico que favorezca la participación activa de las y los niños que acepten la invitación a participar.

El investigador responsable de la coordinación del grupo de discusión en cada establecimiento establecerá contacto con el Encargado comunal PASMI quien deberá coordinar la realización de la actividad en centro de APS de la comuna, estableciendo las coordinaciones necesarias.

El grupo de discusión se realizará en dos comunas de la región Metropolitana.

Revisión documental de experiencias internacionales

Este estudio incorpora el análisis de experiencias internacionales (3), profundizando en programas de referencia con vistas a identificar acciones y mecanismos que contribuyan a fortalecer la coordinación intersectorial del PASMI. Como criterios de selección preliminares, se proponer considerar:

1. Programas del sector salud, preferentemente salud mental.
2. Programas que contemplen trabajo intersectorial entre el sector salud y el sector educacional.
3. Programas que tengan como población objetivo a niños, niñas y/o adolescentes.
4. Programas que tengan características similares al PASMI y al foco de este estudio, a saber: un fuerte trabajo intersectorial.

Asimismo, se concertará una reunión con equipos HQ de UNICEF, con vistas a sondear e indagar en programas afines a estos criterios. Este equipo, además, podría posibilitar al equipo Focus el acceso a sus estudios de sistematización de experiencias internacionales.

Luego, para determinar las experiencias internacionales a profundizar, se realizará una primera propuesta con un número de entre cuatro a seis países y experiencias preseleccionadas por el equipo consultor. Estas experiencias serán sometidas a una instancia de validación, de las cuales se espera que se realice al menos una.

1. Validación con autoras/autores de la Política nacional de salud mental para la niñez (aún en preparación). Preferentemente, se contactará a Cecilia Zuleta, quien está trabajando en dicho documento y cuyo contacto ya fue facilitado por UNICEF.
2. Autoras/autores del Estudio de políticas públicas relacionadas con la salud mental de niños, niñas y adolescentes, ejecutado por la Defensoría de la Niñez. Preferentemente, se contactará a Olga Toro, de la Universidad de Chile, quien trabajó en dicho estudio y cuyo contacto ya fue facilitado por UNICEF.
3. En lo posible, se contactará a los/las investigadoras del equipo de UNICEF, quienes trabajaron en un estudio de experiencias de características similares al presente.

A dichos especialistas se les contactará y se les invitará a dar su apreciación sobre las instancias preseleccionadas, con vistas a identificar las mejores experiencias para indagar. Se recogerán las justificaciones de cada experiencia y finalmente se definirán tres. Los argumentos que sustentarán la elección final serán registrados y compartidos con UNICEF.

Una vez definidas las tres experiencias a profundizar, se revisarán los documentos disponibles de la iniciativa, se contactará a representantes que conozcan el programa, a quienes se le solicitará documentación adicional. Esta información será analizada según se describe en el plan de análisis.

5.4. Consideraciones éticas para el levantamiento de información

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

- Estudios y Consultorías cuenta con una vasta experiencia en actividades de levantamiento de información en servicios municipales, establecimientos educacionales, apoderados, niños, niñas y adolescentes. Esta experiencia es de particular importancia en el levantamiento que se realiza en el marco de esta evaluación, que incorpora actividades con todos los mencionados actores.
- En este caso, el equipo consultor desarrollará una serie de herramientas orientadas a asegurar la implementación de estándares éticos que protejan la confidencialidad de la información, la seguridad de los participantes y la protección de los datos levantados. Estas herramientas se presentan en el Anexo 2 del presente informe.
- Para cada participante adulto se cuenta con consentimientos informados, que deberán leer, comprender y aprobar antes de la realización de la actividad. Estos consentimientos también deberán ser firmados por los apoderados o cuidadores de los niños y niñas que participen del levantamiento. Para ellos, es decir, los niños y niñas, se preparan asentimientos informados, para su revisión antes del inicio de la actividad.
- Tanto los consentimientos como los asentimientos informan, en el lenguaje adecuado, de los objetivos de la evaluación y la actividad, de las implicancias de la participación, de la confidencialidad de la información, entre otros elementos.
- Por otra parte, la evaluación se ajustará a las normas y estándares de evaluación de las Naciones Unidas. De esta manera, se asumen los principios éticos de independencia e imparcialidad en la investigación, credibilidad, responsabilidad, honestidad e integridad. Adicionalmente, se asumen, tanto en el plano de la ética de la investigación como del análisis técnico de la información, el respeto y consideración por los derechos humanos, la equidad y la igualdad de género.
- En general, y tal como se ha desarrollado en esta primera etapa de la evaluación, el equipo evaluador contará con el respaldo de la Oficina Regional de Unicef, tanto en los procedimientos técnicos asociados al desarrollo de la evaluación, como en todos los aspectos éticos que deben ser considerados durante el levantamiento de información y el uso y análisis de esta, de manera de garantizar el cumplimiento de los estándares tanto técnicos como éticos requeridos.
- Por último, toda la documentación relevante que se utilizará para el levantamiento de información y el trabajo de campo (incluyendo pautas, asentimientos, consentimientos, y protocolos) será revisada por un comité ético externo especializado, e independiente respecto del equipo consultor, y que comparte y aplica las normas y estándares técnicos y éticos de Unicef.

5.5. Limitaciones y medidas de mitigación

A continuación, se detallan los principales riesgos identificados en el marco de este estudio y las estrategias de mitigación que se proponen para disminuir su impacto.

- Dificultades implementación actividades de campo por condiciones climáticas desfavorables: Las condiciones climáticas desfavorables podrían afectar negativamente el desarrollo del trabajo en terreno, ya que dificultaría el desplazamiento de los analistas cualitativos. Al mismo tiempo, podría afectar la colaboración de los actores participantes.
- Si se presentara algún evento climático que pusiera en riesgo el trabajo de campo del estudio en alguna comuna seleccionada, se evaluará – en conjunto con la contraparte – la realización de un reemplazo. Para esto se considerará la pertinencia de realizar el terreno en términos éticos y técnicos. Por su parte, la consideración técnica debe evaluar si la situación que está viviendo la comuna permite realizar un levantamiento de información.
- Situaciones catastróficas que afecten a la población y/o el entorno territorial: Ante una situación de esta naturaleza la estrategia de mitigación que se contempla es el reemplazo de las comunas afectadas por otras que posean características similares, este proceso se realizará previa información a la contraparte del estudio.
- Reemplazo de investigadores: Un riesgo que se presenta en toda investigación es que por causas de fuerza mayor algún miembro del equipo no pueda participar como estaba planificado. Para mitigar los efectos de este riesgo se avisará oportunamente de esta situación a la contraparte y se asegurará que quien reemplace al profesional del equipo tenga una cualificación similar al investigador que estaba considerado en la planificación original.
- Cumplimiento de plazos originales: se realizarán todas las acciones posibles para poder respetar los plazos originales de la realización del estudio, es decir, para terminar todo su desarrollo el 30 de junio. Como medida de mitigación ante dificultades para cumplir con esto, el equipo consultor priorizará las materias más urgentes para poder ir avanzando en conjunto con las contrapartes. Dicha priorización se realizará vía correo electrónico.
- Diversidad de actores: Ya que el programa PASMI tiene una cantidad y diversidad importante de actores involucrados, va a requerir mayor atención el realizar los contactos con la información correspondiente con estos actores de manera oportuna y así asegurarse que comprendan la importancia de su participación. Para esto, se les avisará con anticipación, se les informará sobre los objetivos y el desarrollo del estudio y se abrirán canales de comunicación para resolver dudas en caso que las tengan.

- COVID-19: Si bien la pandemia por coronavirus por ahora está bastante controlada, se debe tener en cuenta que puede ser que ocurra que alguno de los investigadores o participantes esté contagiado, y, por ende, no puedan llevar a cabo las actividades y/o participación de manera presencial. Esto también podría ocurrir con un participante entrevistado. Para mitigar esta situación, se tendrá en cuenta la opción de realizar las entrevistas diseñadas para ser aplicadas presencialmente, de manera remota; los mismo para los grupos focales.

5.6. Plan de análisis

Matriz para el levantamiento de información y Marco de evaluación

El plan de análisis se estructura en torno a dos herramientas diferenciadas: una matriz general, que permite definir en detalle las temáticas que se abordarán en las distintas actividades de levantamiento de información en cada comuna, y que además dará estructura a los informes de caso de las 9 comunas que conforman la muestra.

En segundo lugar, se cuenta con el “Marco de evaluación”, presentado en el apartado 4, que guiará el análisis integrado de los distintos informes de caso y orientará directamente la evaluación del programa, a partir de la información levantada en los reportes de caso.

Existe, en este sentido, una vinculación entre ambos instrumentos, en tanto que los contenidos –más amplios– del Marco, se configuran a partir de datos levantados en las comunas, por medio de pautas definidas a partir de la Matriz. Esto se observa en el próximo apartado.

Matriz de dimensiones y subdimensiones

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

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

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

Focus.

Cuadro N° 5: Matriz de dimensiones y subdimensiones

Dimensión	Subdimensión	Temas de interés	Preguntas Marco evaluación asociadas
Gestión de la atención en salud mental de niños y niñas: Alude a la coordinación se realiza en el marco del tratamiento de salud mental en niños y niñas que ingresan al PASMI, considerando prestaciones de salud mental y la relación con las familias	Ciclo de tratamiento PASMI	Detección (HpV: TOCA, PSC, otros); Evaluación y confirmación diagnóstica; Ingreso o derivación a interconsulta; Co-construcción del Plan de Cuidado Integral; Acciones de intervención (controles de salud mental, visitas domiciliarias, visitas a establecimiento educacional, entrevistas con profesores, consultorías, talleres de competencias parentales; intervención familiar; consultoría, entre otros); ; Acciones de trabajo o comunicación entre HpV y PASMI ; Seguimiento y monitoreo; Procesos de Rescate (mecanismos ante las inasistencias a controles, programa de acompañamiento, coordinaciones intersectoriales relevantes, otros); Alta; Obstaculizadores y facilitadores en tratamiento.	2, 5, 6,7, 8
	Seguimiento post-egreso	Alta con seguimiento del caso; re-ingreso o derivación a otro tratamiento; Otras situaciones relevantes intersectoriales post-egreso	2, 7, 8
	Comunicación y relación con las familias	Mecanismos de comunicación con las familias; Estrategias y acciones intersectoriales en torno a la relación con las familias y generación de alianza terapéutica en función de resultados conjuntos; Adherencia al tratamiento: facilitadores y obstaculizadores para el resultado del tratamiento.	3, 6
Gestión de la intersectorialidad para la salud mental de niños, niñas y sus familias. Refiere a la coordinación intersectorial para la intervención en	Intervenciones intersectoriales a nivel comunal	Composición y roles profesionales PASMI (APS); redes comunales: básicas y ampliadas; funciones y estrategias para el trabajo intersectorial; definición de objetivos comunes; reuniones periódicas de trabajo (red comunal, otras instancias de colaboración para trabajar un caso junto con HpV correspondiente al colegio o Protección social); formaciones y capacitaciones; hitos relevantes; nudos críticos.	2, 7
	Soporte para la intervención intersectorial	Composición y roles de redes regionales ChCC (SEREMIs, Servicios de Salud, SEREMI MDSF y otros); Acciones y estrategias de soporte; Otros aspectos intersectoriales relevantes respecto del soporte regional.	7
	Percepciones sobre la eficacia	Percepciones de los equipos sobre la eficacia y eventuales mejoras que se han generado a partir de la implementación del programa, considerando: eventual	1, 2, 3, 4, 5, 6

Focus.

niños, niñas y sus familias, que se realiza en el marco de la gestión de las instituciones que componen la red comunal del ChCC	del trabajo intersectorial	aumento en derivaciones, e intervenciones psicosociales a las familias; mejoras en la cobertura de atención en salud mental a niños y niñas; y percepciones de mejora de los equipos de escuelas en relación al acceso a servicios psicosociales de los estudiantes y sus familias.	
Gestión de la información: Registro, análisis y uso de la información sobre niños/as y sus familias, en el contexto del tratamiento de salud mental, intervención intersectorial, seguimiento y supervisión	Conocimiento y usabilidad del SRDM	Conocimiento y uso de SRDM; evaluación del sistema; facilitadores y obstaculizadores del SRDM para la gestión intersectorial.	5, 6
	Acciones de registro utilizadas en PASMI, activación y resolución de alertas	Acciones de registro establecidas o utilizadas para PASMI para la generación, activación y resolución de alertas; Eficiencia y eficacia del SRDM.	6
	Otros sistemas de monitoreo y seguimiento	Otros sistemas de monitoreo, seguimiento y activación y resolución de alertas; motivos para utilizar otros sistemas; ventajas y desventajas respecto del SRDM	5

Fuente: Elaboración propia

Fases Plan de análisis

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

El análisis de programas internacionales vinculados con la materia de estudio comenzará con una revisión de documentación secundaria disponible, que permita realizar una descripción general del diseño de estas iniciativas. Durante esta revisión, se realizarán los contactos con funcionarios o expertos que conozcan estas iniciativas, a quienes se le solicitará información más específica. Esta propuesta será validada por expertos y expertas señaladas más arriba.

A partir de la documentación recabada, se elaborarán fichas con elementos relevantes de caracterización de estos programas. Asimismo, estas fichas buscarán identificar nudos críticos de coordinación intersectorial, facilitadores y recomendaciones que se desprenden de la implementación de su programa, con vistas a nutrir el propio PASMI.

Preliminarmente, se han definido los siguientes focos de análisis de la coordinación intersectorial de las experiencias internacionales. En torno a estos temas, además de otros emergentes, serán consultados los representantes de cada programa:

- i. Mecanismos de diagnóstico y derivación para el tratamiento de niños y niñas.
- ii. Gestión de la información para la derivación asistida a servicios sociales (atención intersectorial).

Adicionalmente, y también de manera preliminar, se considera que estas fichas contemplen los siguientes contenidos: nombre, iniciativa, país, descripción general, aspectos clave de la implementación, principales desafíos, fuentes de información para la elaboración de la ficha.

Los objetivos que se cubrirán por medio de este análisis serán los números 3 y 4, a saber:

- *Revisar experiencias internacionales exitosas sobre la implementación de sistemas de protección integral de derechos considerando salud mental en población de primera infancia, con especial atención a los programas que articulan salud, educación y protección social.*
- *Generar recomendaciones para la mejora de la implementación y coordinación del programa- será también cubierto preliminarmente, pero será en la fase 4 donde este será desarrollado en profundidad.*

Esta fase terminará con la elaboración y entrega de las experiencias en fichas descriptivas, así como de un documento que presente la metodología y las conclusiones principales que puedan servir como insumo para la generación de recomendaciones y orientaciones para PASMI.

Fase 2: Estudio de casos

Para la realización de reportes de caso, primeramente, se realizarán las entrevistas contempladas para cada una de las comunas, e identificadas más arriba en este informe. Se transcribirán las entrevistas y grupos focales y luego se analizarán siguiendo la estructura de la matriz de dimensiones y subdimensiones, en un formato de reporte de caso, de tipo descriptivo. Este

reporte tendrá como estructura, a modo de propuesta: aspectos contextuales de la comuna, contexto programático (PASMI) en la comuna, y luego una descripción de las dinámicas definidas en las 3 dimensiones de la matriz de dimensiones y subdimensiones.

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

Luego, se hará un análisis transversal, por subdimensión, de las percepciones de cada uno de los actores entrevistados en cada comuna, contrastando las ideas planteadas por los distintos actores para analizar la coordinación intersectorial en la implementación del programa a nivel de caso. Esto finalizará con informes de reporte de caso (9).

Fase 3. Análisis integrado

- a) A continuación, se desarrollará un análisis integrado de tipo descriptivo de los 9 casos. Este análisis integrado se organizará en función de la matriz de dimensiones y subdimensiones. En este caso, se hará un vaciado de los principales hallazgos por caso, en cada una de las subdimensiones. Este vaciado será analizado de manera descriptiva, identificando los principales elementos comunes y divergencias identificadas en los distintos casos, proponiendo conclusiones generales por dimensión.

Aquí, se buscará identificar hallazgos que se dan de manera generalizada en las distintas comunas, reconociendo aspectos claves para la ejecución intersectorial del PASMI. Asimismo, se buscará identificar el rol que los diferentes actores de salud, educación y protección social cumplen en relación a la ejecución del programa.

- b) Posteriormente, se desarrollará una evaluación y elaboración de conclusiones del estudio PASMI en función de los criterios de evaluación presentados en el “Marco de evaluación”, a saber: pertinencia, coherencia, eficacia, sustentabilidad y principios transversales; y sus preguntas asociadas. En el caso de los principios transversales, al no poder ser abordados mediante un análisis temático, se evaluarán de manera transversal a las preguntas de evaluación.

Las respuestas a las preguntas del marco de evaluación se harán en función del análisis integrado previamente desarrollado, cuyas preguntas orientadoras están contenidas en la matriz de dimensiones y subdimensiones

Las anteriores fases, 2, 3 y 3 se orientan a responder a los siguientes objetivos específicos:

- *Evaluar el estado actual de implementación y coordinación intersectorial en torno a necesidades de salud mental infantil entre Salud, Educación y Protección Social para PASMI en nueve comunas de distintas regiones de Chile que cuenten con el programa.*

- *Identificar los espacios de mejora de la implementación, coordinación y resultados del programa en las nueve comunas evaluadas.*

Fase 4: Elaboración de conclusiones y recomendaciones

Como última etapa, se elaborarán conclusiones y recomendaciones que emanarán de dos fuentes: 1) el análisis de experiencias internacionales; y 2) la evaluación realizada en función del análisis integrado de los 9 casos y la evaluación (matriz de evaluación).

Adicionalmente, se considera la socialización y validación de las principales conclusiones, recomendaciones, nudos críticos y espacios de mejora del programa, mediante un taller de trabajo con representantes de las contrapartes a nivel central (MINSAL, MDSF).

Esta fase contribuirá al cumplimiento del objetivo 4, a saber:

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

6. Entregables y controles de calidad

Para asegurar la calidad de la evaluación, Focus cuenta con estándares y procedimientos que velan por la rigurosidad de en todos las investigaciones y estudios que ejecuta. Adicionalmente, el equipo consultor contará con un proceso de revisión de calidad de cada uno de los tres informes a entregar a UNICEF: 1) informe experiencias internacionales; 2) informe de reporte de casos y análisis integrado; 3) informe final. En cada informe se desarrollarán acciones diferenciadas de control de calidad.

Para el primer informe, se contará con tres acciones:

- i. Primero, una instancia inicial de validación con especialistas respecto de las experiencias internacionales a indagar, descrita en la sección correspondiente en el presente informe.
- ii. Segundo, se contará con una validación que realizará la asesora técnica y metodológica del proyecto. Esta profesional le dará una lectura crítica al informe con vistas a determinar coherencia del estudio con sus objetivos, cohesión interna en la narrativa y estructura, y propondrá ajustes tanto en estilo como a nivel técnico, metodológico y de contenido.
- iii. Como tercera acción, el informe será enviado, revisado y validado por UNICEF, junto con el resto de las contrapartes, en caso de considerarlo pertinente: Subsecretaría de Redes Asistenciales, Subsecretaría de Salud Pública, Subsecretaría de la Niñez.

Para el segundo informe -análisis de casos y análisis integrado-, se contará con las siguientes dos instancias de validación:

- i. Primero, se realizarán dos talleres de trabajo iniciales entre el equipo consultor para alinear criterios con miras al análisis de las entrevistas y grupos focales. Asimismo, se contará con reuniones de análisis semanales, donde se revisarán aspectos críticos de cada caso, de modo de asegurar que el análisis de contenido este siguiendo parámetros y criterios consensuados.
- ii. Segundo, el informe, una vez elaborado, será compartido con la asesora técnica y metodológica del proyecto. En la misma línea que el punto ii del informe 1.
- iii. Como tercera acción, el informe será enviado, revisado y validado por UNICEF, junto con el resto de las contrapartes, en caso de considerarlo pertinente: Subsecretaría de Redes Asistenciales, Subsecretaría de Salud Pública, Subsecretaría de la Niñez.

Para el tercer informe, se consideran las siguientes acciones de validación:

- i. Previo al envío a UNICEF, la asesora técnica y metodológica del proyecto revisará el informe final. Esta profesional le dará una lectura técnica y crítica, propondrá sugerencias de mejora y evaluará la coherencia con los otros informes. Considerando que es el informe final, se le solicitará que ponga particular atención a las sugerencias y recomendaciones que emanan del trabajo realizado.

- ii. Como segunda acción, el informe será enviado y será revisado y validado por UNICEF, junto con el resto de las contrapartes: Subsecretaría de Redes Asistenciales, Subsecretaría de Salud Pública, Subsecretaría de la Niñez.

Para cada uno de los informes, se propone que UNICEF considere siete días de corrido desde el envío desde Focus para realizar sugerencias de ajustes y enviar retroalimentación. Se considera que este es un tiempo apropiado y suficiente, teniendo en cuenta los plazos tiene el estudio (junio del 2023).

UNICEF cuenta con un formato de revisión de informes en el que se indican comentarios y sugerencias de ajustes en una matriz de Excel. Este es el documento que se espera que envíen con retroalimentación de cada uno de los informes en el plazo de siete días. El equipo consultor responderá transparentemente este documento, con los ajustes realizados, y será adjuntado junto con la nueva versión del informe, el cual integrará las modificaciones en una nueva versión actualizada de este. Los ajustes que no sean realizados serán justificados adecuadamente en la matriz de revisión señalada. El plazo para que el equipo consultor revise y envíe la nueva versión y la matriz es de siete días de corrido. Se espera que el número máximo de iteraciones de revisión sea de dos, con vistas a cumplir los plazos del estudio.

Por último, se contará con el sistema de evaluación GEROS (*Global Evaluation Reports Oversight System*), al cual adscribe UNICEF.

En términos de un *handbook* de UNICEF (2020) GEROS consiste en un sistema de organización de estudios y evaluaciones que busca cumplir con estándares y normativas del *United Nations Evaluation Group (UNEG)*, el *UN System Wide Action Plan on Gender Equality (UN-SWAP)*, y otros aspectos éticos que UNICEF considera relevantes (por ejemplo, igualdad, derechos humanos, inclusión, entre otros). Incorpora un sistema de evaluación de calidad que incluye un método para proveer retroalimentación a los informes finales de colaboradores de UNICEF.

El sistema GEROS cuenta con 9 dimensiones, cada una con preguntas asociadas con vistas a retroalimentar el informe final de quienes colaboran con UNICEF. En total son 22 preguntas asociadas a estas dimensiones. Las dimensiones son:

- Resumen ejecutivo
- Antecedentes/contexto
- Propósito, objetivos y alcance de la evaluación
- Diseño y metodología de la evaluación
- Hallazgos de la evaluación
- Conclusiones y lecciones aprendidas de la evaluación
- Recomendaciones
- Estructura y presentación del informe
- Principios de evaluación

Los cuatro pasos generales del GEROS son los siguientes:

1. Paso 1: Cargar informes de evaluación final en la base de datos corporativa de Integración de sistemas de información de pruebas (EISI), por las oficinas de UNICEF.
2. Paso 2: Los informes son evaluados rigurosa y sistemáticamente por una empresa independiente.
3. Paso 3: Los resultados se comparten con el Jefe de Oficina UNICEF que gestionó el estudio, y se publica en línea para que se visualice junto con el informe de evaluación.
4. Paso 4: Por último, se elaboran informes anuales metaanalíticos que identifiquen tendencias regionales en la evaluación de los informes.

7. Cronograma y definición de roles y funciones del equipo

7.1. Cronograma

Evaluación PASMI	Cronograma																										
	Febrer		Marzo				Abril				Mayo					Junio				Julio				Agosto			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27
ACTIVIDADES	20	27	06	13	20	27	03	10	17	24	01	08	15	22	29	05	12	19	26	03	10	17	24	31	07	14	21
1.Revisión experiencias y ajustes metodológicos																											
1.1 Reunión con la contraparte (UNICEF)	■																										
1.2 Revisión documental		■	■	■	■																						
1.3 Desarrollo de matriz de levantamiento				■	■																						
1.4 Elaboración de instrumentos trabajo de campo				■	■																						
1.5 Elaboración documentos éticos del trabajo de campo				■	■																						
1.6 Realización y entrega de inception report V1					■																						
1.7 Ajustes a Inception Report V1						■	■	■	■																		
1.8 Entrega de inception report V2									■																		
1.9 Identificación preliminar de experiencias internacionales									■	■	■	■	■	■													
1.10 Elaboración informe 1: avances experiencias internacionales										■	■	■	■														
1.11 Entrega Informe 1										■																	
1.12 Envío Informe 1 ajustado													■														
2. Trabajo de campo de estudio de casos																											
2.1 Definición final de la muestra														■													
2.2 Contacto y coordinación con los actores 9 comunas															■	■	■										
2.3 Levantamiento información en 9 comunas																■	■	■	■								
2.4 Elaboración de reportes de casos																	■	■	■	■							
2.5 Elaboración informe 2: reportes de casos y análisis integrado																		■	■	■							
2.6 Entrega Informe 2: reportes de casos y análisis integrado																			■	■							
2.7 Reunión contraparte para abordar informe																				■	■						
2.8 Recepción de comentarios contrapartes																					■	■					
2.9 Envío informe 2 ajustado																						■	■				
2.10 Reporte intermedio: experiencias internacionales																						■	■				
2.11 Reunión contraparte para abordar informe																							■	■			
2.12 Envío comentarios contrapartes																								■	■		
3. Análisis integrado, conclusiones y recomendaciones																											
3.1 Elaboración de conclusiones y recomendaciones.																							■	■			
3.2 Elaboración y revisión de calidad informe final																								■	■		
3.3 Informe final																									■	■	
3.4 Reunión contraparte para abordar informe																										■	
3.5 Recepción de comentarios contrapartes																											■
3.6 Envío informe 3, versión 2, tras retroalimentación																											■

Focus.

A continuación, se presenta un cuadro que especifica las fechas exactas de entregas e instancias claves definidas a fines de mayo.

Cuadro N° 6: *Especificación de fechas claves*

DOCUMENTO (DESCRIPCIÓN)	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE REUNIÓN DE PRESENTACIÓN	RECEPCIÓN DE COMENTARIOS	ENTREGA CON AJUSTES
Reporte de revisión de experiencias internacionales. Documento auto contenido del apartado de revisiones internacionales, incluyendo: metodología, proceso de selección, descripción de iniciativas seleccionadas mediante fichas y principales resultados.	Viernes 30 de junio	Lunes 3 de julio, 12:00 hrs.	Este reporte se integra en el informe final a modo de recomendaciones complementarias a las emanadas de la evaluación, donde se incorporarán las observaciones que realicen las contrapartes	
Informe 2. Se presenta como producto el reporte de caso de cada una de las 9 comunas que conforman la muestra, además del reporte del trabajo de campo.	Viernes 14 de julio	Lunes 17 de julio, 12:00 hrs.	Viernes 21 de julio	Viernes 28 de julio
Informe 3 (final). Análisis integrado de la información, principales conclusiones relativas a la evaluación del PAsMI y recomendaciones, incluyendo reporte de casos y resultados de revisión de experiencias internacionales. Se presenta el apartado de revisiones internacionales corregido.	Viernes 4 de agosto	Lunes 7 de agosto, 12:00 hrs.	Miércoles 16 de agosto	Miércoles 23 de agosto

7.2. Roles y funciones del equipo

Jefe de proyecto: Krecho Homan

- Liderar el desarrollo de todas las actividades del proceso que comprende el estudio.
- Organizar y coordinar el desarrollo de todas las actividades.
- Supervisar las actividades que comprende la ejecución del estudio.
- Ser contraparte oficial del estudio, asistiendo a las reuniones con la contraparte técnica y otras actividades que se acuerden.
- Responsable de la seguridad y confidencialidad de la información.
- Enlace de las comunicaciones entre la contraparte y el equipo de investigadores.
- Visar cada uno de los informes.

Investigadores: Joaquín Subercaseaux y Joaquín Grez

- Realizar el contacto y organizar el levantamiento de información.
- Realizar las actividades de levantamiento de información.
- Retroalimentar el plan de análisis de manera de realizar los ajustes pertinentes.
- Realizar las actividades asociadas a la sistematización y análisis de la información.
- Realizar el análisis integral, y apoyar la definición de conclusiones y recomendaciones.

Asesora metodológica: Begoña Veloso

- Asesorar las definiciones de carácter metodológico del estudio, considerando el resguardo de los elementos éticos de la investigación y el aseguramiento de la calidad de los productos.

8. Referencias

- Bronfenbrenner, U. (2002): *La ecología del desarrollo humano*. Editorial Paidós Transiciones, Barcelona.
- Cunill-Grau, N. et. al (2013). La cuestión de la colaboración intersectorial y de la integralidad de las políticas sociales: lecciones derivadas del caso del sistema de protección a la infancia en Chile. *Revista Latinoamericana Polis*, N° 36.
- Cunill-Grau, N. (2014). La intersectorialidad en las nuevas políticas sociales. Un acercamiento analítico-conceptual. *Gestión y Política Pública*. 32(1), pp . 5-46.
- Cunill-Grau, N., Repetto, F. y Bronzo, C. (2015). Coordinación intersectorial pro integralidad de las instituciones de protección social. En Cepal (ed.). *Instrumentos de protección social: caminos latinoamericanos hacia la universalización*, pp. 407-444. Santiago: Cepal.
- Chile Crece Contigo (2017). *Orientaciones Técnicas para la Gestión de Redes Chile Crece Contigo*. Tercera Edición.
- Chile Crece Contigo y Ministerio de Salud (2021). *Atención Remota de Salud Mental Infantil en contexto COVID-19 Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil*.
- Chile Crece Contigo y Ministerio de Salud (2017). *Orientación Técnica. Programa de apoyo a la salud mental infantil de niños y niñas de 5 a 9 años. Gestión Intersectorial y prestaciones*.
- JUNAEB (S/F). *Manual de habilidades para la vida*. Extraído de <https://bibliotecadigital.mineduc.cl/bitstream/handle/20.500.12365/18126/E09-0054.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Ministerio de Salud de Chile (2017). *Plan Nacional de Salud Mental*. Publicaciones Ministerio de Salud.
- Ministerio de Salud de Chile (sin fecha). *Determinantes sociales de la salud*. Página web, visitada por última vez el 10 de abril de 2023: <https://www.minsal.cl/determinantes-sociales-en-salud/>
- Horwath, J. y Morrison, T. (2007). Collaboration, integration and change in children's services: Critical issues and key ingredients. *Child Abuse & Neglect* 31, pp. 55-69.
- Organización Mundial de la Salud (2009). *Comisión sobre determinantes sociales de la salud*. Informe de Secretaría. 62ª Asamblea Mundial de la Salud.

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

Organización Panamericana de la Salud (sin fecha). Determinantes sociales de la salud. Página web, visitada por última vez el 10 de abril de 2023:
<https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>

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

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

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

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

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

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

9. Anexos

Anexo 1. Pautas de actividades de levantamiento

A continuación, se presentan las pautas diseñadas para cada una de las actividades de levantamiento.

Pauta Entrevista Encargado(a) Municipal ChCC*

*se invita al encargado/a PASMI , del área de salud, cuando sea una persona distinta al encargado ChCC.

Elementos de contexto:

1. De acuerdo a lo su experiencia, ¿cuáles son las principales necesidades psicosociales que tienen niños, niñas y familias de esta comuna?

Dimensión: 1. Gestión de la atención psicológica a niños y niñas:

Subdimensión: Ciclo de tratamiento PASMI

2. ¿Podría describir, en términos generales, el ciclo de tratamiento en salud mental del programa PASMI?
3. Sobre la evaluación diagnóstica, ¿existen mecanismos que permitan integrar información de distintos sectores para que sea más completa?
4. ¿Cuáles son las vías de ingreso regulares al programa, y cuáles son de carácter excepcional?; ¿cómo distintas vías de ingreso pueden afectar el desarrollo del tratamiento posterior?
5. ¿Podría describir en detalle el proceso de derivación asistida a otros servicios de la red del ChCC?, ¿qué mecanismos se utilizan?, ¿se implementan procesos de monitoreo de esta derivación asistida? ¿Cómo evalúa usted este proceso de derivación?
6. Respecto del tratamiento en salud mental propiamente tal, ¿cómo se construye el plan de cuidado integral? ¿qué coordinaciones son fundamentales para que este proceso tenga éxito?
7. ¿Qué acciones se realizan en conjunto con el sector educación (Hpv)? ¿Qué acciones despliegan, además de la derivación? (por ejemplo: visitas al establecimiento educativo, talleres docentes o paradocentes)

8. ¿Qué estrategias de monitoreo y seguimiento implementan?, ¿cómo se vinculan con otros actores en el proceso de monitoreo?
9. ¿Se han definido estrategias de rescate?, ¿en qué consisten?, ¿qué coordinaciones intersectoriales son relevantes para estos efectos?
10. ¿Qué elementos considera que facilitan y qué elementos obstaculizan la coordinación intersectorial? ¿En qué sentido el PASMI ha provisto de herramientas que mejoren la coordinación intersectorial para la atención integral, la derivación y el seguimiento?

Dimensión:1. Gestión de la atención psicológica a niños y niñas:

Subdimensión: Seguimiento post-egreso

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

Dimensión:1. Gestión de la atención psicológica a niños y niñas.

Subdimensión: Comunicación y relación con las familias

13. Durante el ciclo de tratamiento, ¿en qué instancias fundamentales participa la familia de los niños y niñas?, ¿Cuál es el rol de la familia en la generación de alianza terapéutica en función de resultados conjuntos? ¿cómo evalúa la participación de las familias en estos hitos? (indagar en facilitadores, obstaculizadores para la adherencia)
14. Sobre la comunicación con las familias, ¿qué canales se han definido, y cómo se implementan? ¿Cómo evalúa estos canales de comunicación?

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

Subdimensión: Intervenciones intersectoriales a nivel comunal

15. En relación a los equipos de intervención de la red comunal básica y ampliada, ¿es suficiente la dotación para la atención intersectorial de casos PASMI?
16. ¿Cómo se coordinan los actores de la red básica y ampliada para trabajar en conjunto la atención y monitoreo de casos PASMI?, ¿realizan reuniones de coordinación particulares para casos PASMI?, ¿se generan registros de estas instancias?
17. ¿Existen acciones específicas que lleven a cabo conjuntamente los actores de la red básica y ampliada? Indagar en: definición de objetivos comunes, evaluación conjunta del trabajo, definición de acciones o estrategias en conjunto, instancias de formación conjunta.

18. ¿Puede identificar hitos relevantes relativos específicamente al PASMI, para los distintos actores intervinientes en la red básica y ampliada, adicionales a los de coordinación regular (por ejemplo, jornadas de planificación estratégica PASMI, hitos de cierre anual PASMI, jornadas de reflexión PASMI)?
19. ¿Qué elementos puede usted identificar como facilitadores u obstaculizadores en relación al trabajo intersectorial de los equipos de las red básica y ampliada?

Dimensión: 2. Gestión de la intervención a niños, niñas y sus familias

Subdimensión: Soporte para la intervención intersectorial

20. ¿Quiénes componen la red regional ChCC? ¿Cuál es su función en general y en específico para PASMI? ¿Cuál es el rol de la red regional en la coordinación intersectorial?
21. ¿Con qué orientaciones, recursos, materiales y apoyos cuentan para la intervención intersectorial a nivel regional? ¿Qué estrategias de apoyo y soporte a la red comunal despliega la red regional?
22. ¿Qué elementos de la red regional facilitan y obstaculizan la coordinación intersectorial (tanto como apoyo para las redes comunales y ampliadas, así como en su propio funcionamiento interno)?

Dimensión: 2. Gestión de la intervención a niños, niñas y sus familias

Subdimensión: Percepciones sobre la eficacia del trabajo intersectorial

23. Considerando tanto la red básica como la ampliada, ¿cómo ha cambiado la atención antes de PASMI y después de PASMI? Indagar en: variaciones en derivación al tratamiento psicológico del niño y niñas, así como en las intervenciones psicosociales a las familias (padre, madre o cuidador/a), después de la instalación de PASMI.
24. De acuerdo a su percepción, la implementación del PASMI y la coordinación intersectorial que implica, ¿han permitido atender más niños y niñas y, de esta manera, cumplir las metas de cobertura comunal?
25. Desde que instaló PASMI, ¿ha aumentado la demanda de los servicios psicosociales que ofrece la comuna?

Dimensión: 3. Gestión de la información

Subdimensión: Conocimiento y uso del SRDM

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

Dimensión: 3. Gestión de la información

Subdimensión: SRDM, activación y resolución de alertas

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

Dimensión: 3. Gestión de la información

Subdimensión: Otros sistemas de monitoreo y seguimiento

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

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

Elementos de contexto:

1. De acuerdo a lo su experiencia, ¿cuáles son las principales necesidades psicosociales que tienen niños, niñas y familias de esta comuna?

Dimensión: Gestión de la atención psicológica a niños y niñas:

Subdimensión: Ciclo de tratamiento PASMI

2. ¿Podría describir, en términos generales, el ciclo de tratamiento en salud mental del programa PASMI?
3. Sobre la evaluación diagnóstica, ¿existen mecanismos que permitan integrar información de distintos sectores para que sea más completa?
4. ¿Cuáles son las vías de ingreso regulares al programa, y cuáles son de carácter excepcional?; ¿cómo distintas vías de ingreso pueden afectar el desarrollo del tratamiento posterior?
5. ¿Qué acciones se realizan en conjunto con el sector educación (HpV)? ¿Qué acciones despliegan, además de la derivación (por ejemplo: visitas al establecimiento educativo, talleres docentes o paradocentes)
6. ¿Qué estrategias de monitoreo y seguimiento implementan?, ¿cómo se vinculan con otros actores en el proceso de monitoreo?

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

Dimensión: Gestión de la atención psicológica a niños y niñas:

Subdimensión: Comunicación y relación con las familias

8. Durante el ciclo de tratamiento, ¿en qué instancias participa la familia de los niños y niñas?, ¿Cómo se comunica y trabaja con las familias cuando se deriva a un niño a PASMI desde HPV (o el colegio, más en general)? ¿Mediante qué canales? ¿Cómo el equipo educativo trabaja el asunto para que se genere una buena disposición a la derivación y el tratamiento? ¿cómo evalúa la participación/disposición de las familias en estos hitos? (indagar en facilitadores, obstaculizadores)
9. ¿Cómo el equipo educativo escolar apoya la adherencia al tratamiento, e implementa intervenciones en el espacio educativo en coordinación con los objetivos terapéuticos indicados por el equipo PASMI?

Dimensión: Gestión de la intersectorialidad para la salud mental de niños, niñas y sus familias.

Subdimensión: Percepciones sobre la eficacia del trabajo intersectorial

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

Dimensión: Gestión de la información

Subdimensión: Conocimiento y uso del SRDM

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

Dimensión: Gestión de la información

Subdimensión: SRDM, activación y resolución de alertas

12. En particular, y en caso de que conozca el SRDM y acciones de registro PASMI, ¿cómo lo evalúa en términos de la activación y resolución de alertas que genera?, ¿resulta un sistema eficaz y eficiente?

Dimensión: Gestión de la información

Subdimensión: Otros sistemas de monitoreo y seguimiento

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

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

Elementos de contexto:

1. De acuerdo a lo su experiencia, ¿cuáles son las principales necesidades psicosociales que tienen niños, niñas y familias de esta comuna?

Dimensión: Gestión de la atención psicológica a niños y niñas:

Subdimensión: Ciclo de tratamiento PASMI

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

Dimensión: Gestión de la atención psicológica a niños y niñas:

Subdimensión: Seguimiento post-egreso

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

Dimensión: Gestión de la atención psicológica a niños y niñas:

Subdimensión: Comunicación y relación con las familias

11. Durante el ciclo de tratamiento, ¿en qué instancias fundamentales participa la familia de los niños y niñas?, ¿Cuál es el rol de la familia en la generación de alianza terapéutica en función de resultados conjuntos? ¿cómo evalúa la participación de las familias en estos hitos? (indagar en facilitadores u obstaculizadores de la adherencia al tratamiento)
12. Sobre la comunicación con las familias, ¿qué canales se han definido, y cómo se implementan? ¿Cómo evalúa estos canales de comunicación?

Dimensión: Gestión de la intersectorialidad para la salud mental de niños, niñas y sus familias.

Subdimensión: Intervenciones intersectoriales a nivel comunal

13. En relación a los equipos de intervención de la red comunal básica y ampliada, ¿es suficiente la dotación para la atención intersectorial de casos PASMI?
14. ¿Cómo se coordinan los actores de la red básica y ampliada para trabajar en conjunto la atención y monitoreo de casos PASMI?, ¿realizan reuniones de coordinación particulares para casos PASMI?, ¿se generan registros de estas instancias?
15. ¿Puede identificar hitos relevantes relativos específicamente al PASMI, para los distintos actores intervinientes en la red básica y ampliada, adicionales a los de coordinación regular (por ejemplo, jornadas de planificación estratégica PASMI, hitos de cierre anual PASMI, jornadas de reflexión PASMI)?
16. ¿Qué elementos puede usted identificar como facilitadores u obstaculizadores en relación al trabajo intersectorial de los equipos de las red básica y ampliada?

Dimensión: Gestión de la intervención a niños, niñas y sus familias

Subdimensión: Soporte para la intervención intersectorial

17. Considerando tanto la red básica como la ampliada, ¿cómo ha cambiado la atención antes de PASMI y después de PASMI? Indagar en: variaciones en derivación al tratamiento psicológico del niño y niñas, así como en las intervenciones psicosociales a las familias (padre, madre o cuidador/a), después de la instalación de PASMI.
18. De acuerdo a su percepción, la implementación del PASMI y la coordinación intersectorial que implica, ¿han permitido atender más niños y niñas y, de esta manera, cumplir las metas de cobertura comunal?

Dimensión: Gestión de la información

Subdimensión: Conocimiento y uso del SRDM

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

Dimensión: Gestión de la información

Subdimensión: SRDM, activación y resolución de alertas

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

Dimensión: Gestión de la información

Subdimensión: Otros sistemas de monitoreo y seguimiento

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

Pauta Grupo Focal: Representantes institucionales red comunal ChCC

Elementos de contexto:

29. De acuerdo a lo su experiencia, ¿cuáles son las principales necesidades psicosociales que tienen niños, niñas y familias de esta comuna?

Dimensión: 1. Gestión de la atención psicológica de niños, niñas y sus familias

Subdimensión: Ciclo de tratamiento PASMI

1. ¿Podría describir, en términos generales, el ciclo de tratamiento en salud mental del programa PASMI?
2. Sobre la evaluación diagnóstica, ¿existen mecanismos que permitan integrar información de distintos sectores para que sea más completa?
3. ¿Cuáles son las vías de ingreso regulares al programa, y cuáles son de carácter excepcional?; ¿cómo distintas vías de ingreso pueden afectar el desarrollo del tratamiento posterior?
4. ¿Podría describir en detalle el proceso de derivación asistida a otros servicios de la red del ChCC?, ¿qué mecanismos se utilizan?, ¿se implementan procesos de monitoreo de esta derivación asistida? ¿Cómo evalúa usted este proceso de derivación?

5. ¿Qué estrategias de monitoreo y seguimiento implementan?, ¿cómo se vinculan con otros actores en el proceso de monitoreo?
6. ¿Se han definido estrategias de rescate?, ¿en qué consisten?, ¿qué coordinaciones intersectoriales son relevantes para estos efectos?
7. ¿Qué elementos considera que facilitan y qué elementos obstaculizan la coordinación intersectorial? ¿En qué sentido el PASMI ha provisto de herramientas que mejoren la coordinación intersectorial en la

Dimensión: 1. Gestión de la atención psicológica de niños, niñas y sus familias

Subdimensión: Seguimiento post-egreso

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

Dimensión: 1. Gestión de la atención psicológica de niños, niñas y sus familias

Subdimensión Comunicación y relación con las familias

10. Durante el ciclo de tratamiento, ¿en qué instancias fundamentales participa la familia de los niños y niñas?, ¿Cuál es el rol de la familia en la generación de alianza terapéutica en función de resultados conjuntos? ¿cómo evalúa la participación de las familias en estos hitos? (indagar en facilitadores, obstaculizadores)
11. Sobre la comunicación con las familias, ¿qué canales se han definido, y cómo se implementan? ¿Cómo evalúa estos canales de comunicación?

Dimensión: 2. Gestión de la intervención a niños, niñas y sus familias

Subdimensión: Gestión de la intersectorialidad para la salud mental de niños, niñas y sus familias.

12. En relación a los equipos de intervención de la red comunal básica y ampliada, ¿es suficiente la dotación para la atención intersectorial de casos PASMI?
13. ¿Cómo se coordinan los actores de la red básica y ampliada para trabajar en conjunto la atención y monitoreo de casos PASMI?, ¿realizan reuniones de coordinación particulares para casos PASMI?, ¿se generan registros de estas instancias?
14. ¿Existen acciones específicas que lleven a cabo conjuntamente los actores de la red ampliada y básica? Indagar en: definición de objetivos comunes, evaluación conjunta del trabajo, definición de acciones o estrategias en conjunto, instancias de formación conjunta.
15. ¿Puede identificar hitos relevantes relativos específicamente al PASMI, para los distintos actores intervinientes en la red ampliada y básica, adicionales a los de coordinación regular

Focus.

(por ejemplo, jornadas de planificación estratégica PASMI, hitos de cierre anual PASMI, jornadas de reflexión PASMI)?

16. ¿Qué elementos puede usted identificar como facilitadores u obstaculizadores en relación al trabajo intersectorial de los equipos de las redes?
17. Desde que instaló PASMI, ¿ha aumentado la demanda de los servicios psicosociales que ofrece la comuna?

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

Subdimensión: Soporte para la intervención intersectorial

18. ¿Quiénes componen la red regional ChCC? ¿Cuál es su función en general y en específico para PASMI? ¿Cuál es el rol de la red regional en la coordinación intersectorial?
19. ¿Con qué orientaciones, recursos, materiales y apoyos cuentan para la intervención intersectorial a nivel regional? ¿Qué estrategias de apoyo y soporte a la red comunal despliega la red regional?
20. ¿Qué elementos de la red regional facilitan y obstaculizan la coordinación intersectorial (tanto como apoyo para las redes comunales y ampliadas, así como en su propio funcionamiento interno)?

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

Subdimensión: Percepciones sobre la eficacia del trabajo intersectorial

21. Considerando tanto la red básica como la ampliada, ¿cómo ha cambiado la atención antes de PASMI y después de PASMI? Indagar en: variaciones en derivación al tratamiento psicológico del niño y niñas, así como en las intervenciones psicosociales a las familias (padre, madre o cuidador/a), después de la instalación de PASMI.
22. De acuerdo a su percepción, la implementación del PASMI y la coordinación intersectorial que implica, ¿han permitido atender más niños y niñas y, de esta manera, cumplir las metas de cobertura comunal?

Dimensión:2. Gestión de la información

Subdimensión: Conocimiento y uso del SRDM

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

Dimensión: 3. Gestión de la información

Subdimensión: SRDM, activación y resolución de alertas

24. En particular, y en caso de que conozca el SRDM y acciones de registro PASMI, ¿cómo lo evalúa en términos de la activación y resolución de alertas que genera?, ¿resulta un sistema eficaz y eficiente?

Dimensión: 3. Gestión de la información

Subdimensión: Otros sistemas de monitoreo y seguimiento

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

Pauta Grupo Focal

Representante regional ChCC, referentes salud mental de SEREMIS, representantes Servicios de salud, HpV (y otros relevantes)

Dimensión: 1. Gestión de la atención psicológica de niños, niñas y sus familias

Subdimensión: Ciclo de tratamiento PASMI

1. ¿Podría describir, en términos generales, el ciclo de tratamiento en salud mental del programa PASMI?
2. ¿Cuáles son las vías de ingreso regulares al programa, y cuáles son de carácter excepcional?; ¿cómo distintas vías de ingreso pueden afectar el desarrollo del tratamiento posterior?
3. ¿Qué estrategias de monitoreo y seguimiento implementan?, ¿cómo se vinculan con otros actores en el proceso de monitoreo?
4. ¿Qué elementos considera que facilitan y qué elementos obstaculizan la coordinación intersectorial? ¿En qué sentido el PASMI ha provisto de herramientas que mejoren la coordinación intersectorial en la derivación y seguimiento?

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

Subdimensión: Intervenciones intersectoriales a nivel comunal

5. ¿Qué elementos puede usted identificar como facilitadores u obstaculizadores en relación al trabajo intersectorial

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

Subdimensión: Soporte para la intervención intersectorial

6. ¿Quiénes componen la red regional ChCC? ¿Cuál es su función en general y en específico para PASMI? ¿Cuál es el rol de la red regional en la coordinación intersectorial?
7. ¿Con qué orientaciones, recursos, materiales y apoyos cuentan para la intervención intersectorial a nivel regional? ¿Qué estrategias de apoyo y soporte a la red comunal despliega la red regional?
8. ¿Qué elementos de la red regional facilitan y obstaculizan la coordinación intersectorial (tanto como apoyo para las redes comunales y ampliadas, así como en su propio funcionamiento interno)?

Dimensión: 2. Gestión de la intervención a niños, niñas y sus familias

Percepciones sobre la eficacia del trabajo intersectorial

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

Dimensión: 3. Gestión de la información

Subdimensión: SRDM, activación y resolución de alertas

10. En particular, y en caso de que conozca el SRDM y acciones de registro PASMI, ¿cómo lo evalúa en términos de la activación y resolución de alertas que genera?, ¿resulta un sistema eficaz y eficiente?

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

Caracterización del caso

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

Dimensión: 1. Gestión de la atención psicológica de niños, niñas y sus familias

Subdimensión: Ciclo de tratamiento PASMI

4. ¿Podría describir, en qué consistió el de tratamiento que recibió el niño o niña en el marco del programa PASMI?
5. ¿Quién le informó respecto ¿Le entregaron información sobre el avance del caso; ¿lo derivaron del establecimiento, o usted fue directamente al consultorio?

Focus.

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

Dimensión: 1. Gestión de la atención psicológica de niños, niñas y sus familias

Subdimensión: Comunicación y relación con las familias en el ciclo de tratamiento

10. En caso de que haya sido derivado/a desde el colegio, ¿Cómo se comunicó con ud. (familias) cuando se derivó a su pupilo para PASMI desde HPV (o el colegio, más en general)? ¿Qué le pareció que derivaran a su hijo a PASMI, y cómo reaccionó usted ante esta noticia? ¿Qué disposición tuvo y tiene al tratamiento?
11. Durante el ciclo de tratamiento, ¿la invitaron a participar de talleres u otras actividades en el marco de la atención del niño o niña (ya sea en el colegio o en el centro de salud)? Si fue así, ¿en qué consistieron estas actividades, ¿cómo las evalúa?
12. Durante el ciclo de tratamiento, ¿cómo se establecía la comunicación con usted? Indagar en medios, contenido de la comunicación, frecuencia ¿Considera que la informaron de manera suficiente en el proceso?

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

Subdimensión: Intervenciones intersectoriales a nivel comunal

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

Pauta de levantamiento Grupo de discusión, niños y niñas

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

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

2. Perspectivas sobre sus experiencias durante el tratamiento:

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

3. Sobre los beneficios o no del tratamiento.

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

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

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

5. Opinión sobre otros elementos del tratamiento PASMI

*¿Saben si se reúnen con personas tu familia además de contigo (papá, mamá, abuela, abuelo tío o con quien vivas)? En el colegio ¿saben que vienen para acá? ¿te preguntan si pudiste venir, o sobre lo que hicieron aquí? ¿En colegio tienes actividades además de las clases para hablar de temas como los que hablas aquí (ej: en grupo, o te sacan de clases, etc.)
¿Desde que vienen para acá, te han invitado a actividades culturales o deportivas? a?*

6. Temas para el cierre

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