

Pertinencia de las prestaciones públicas de salud mental para niños, niñas y adolescentes víctimas de explotación sexual comercial y en situación de calle

Observatorio Metropolitano de niños, niñas y adolescentes en situación de calle.

Observatorio Metropolitano de niños, niñas y adolescentes víctimas de explotación sexual comercial.

Autoras: Paola Langer

María Jesús Sánchez

Paula Margotta

Profesoras asesoras:

Paula Bedregal

Liliana Guerra

Centro de Políticas Públicas

Pontificia Universidad Católica de Chile

Mayo 2014

Índice

1. Introducción	3
Pregunta de investigación	5
Aspectos metodológicos	7
Método cuantitativo.....	7
Método cualitativo	9
2. Descripción de las Prestaciones de Salud Pública para NNA en la Región Metropolitana.....	12
Planes y Programas Nacionales	12
Red de servicios de salud y salud mental y psiquiatría	25
3. Resultados Cuantitativos	30
4. Resultados Cualitativos	35
4.1. Red de prestaciones de servicios de salud mental público para NNA en situación de calle y víctimas de explotación sexual.....	35
Actores de la red de servicios de atención de salud mental pública.....	36
4.2. Nudos Críticos.....	42
a) Falta de oferta en prestaciones de salud mental pública y tiempos de esperas.....	42
b) Evaluación de profesionales a cargo.....	45
c) Ausencia de servicios de salud mental para el perfil de NNA en situación de calle y víctimas de explotación sexual comercial	46
d) Estigmatización de NNA en situación de calle y víctimas de explotación sexual	49
e) Problemas de comunicación y relaciones entre unidades:	50
4.3. Facilitadores al acceso de salud mental	51
a) Formulación de diagnóstico	51
b) Relaciones con servicios de salud mental	52
c) La presencia de adultos responsables	54
4.4. Estrategias	55
a) Convenios con otros programas o entidades:.....	55
b) Acceso vía Tribunales de Familia	57
c) Atención a través de servicios de salud de carácter Particular o privado	59
d) Trabajo psico-social	59
Conclusiones.....	60
Bibliografía	63

1. Introducción

De acuerdo al Ministerio de Salud de Chile¹ la mitad de los trastornos mentales que sufre la población adulta se originan en la infancia. A esto se suman las estimaciones provenientes de la Organización Mundial de la Salud, según los cuales solamente entre un 10% y 20% de los NNA que padecen trastornos psiquiátricos y son tratados correctamente sólo alrededor de un 20% de los que padecen trastornos psiquiátricos. En Chile un 38,3% de los NNA entre 4 y 18 años presentan algún trastorno psiquiátrico². Vicente et al. (2011) estiman que en Chile los adultos tienen catorce veces más chances de recibir un servicio especializado en salud mental que los niños y adolescentes. Existe una necesidad no satisfecha de atención en salud mental hacia la población infanto-juvenil en Chile, este estudio adquiere especial relevancia, ya que pretende dar cuenta de la pertinencia de las prestaciones públicas de salud mental para niños, niñas y adolescentes víctimas de explotación sexual comercial y en situación de calle. La investigación se basa en esta población de NNA en particular, puesto que el presente estudio se enmarca dentro de los Observatorios Metropolitanos de niños, niñas y adolescentes víctimas de explotación sexual comercial y de niños, niñas y adolescentes en situación de calle. Estas son una instancia de coordinación de acciones en torno a la temática de los niños, niñas y jóvenes que habitan en la calle y que son víctimas de explotación sexual comercial en la Región Metropolitana de Chile. Uno de sus propósitos es generar evidencia pertinente para contribuir a debates en políticas públicas que apoyen la intervención de niños/as y adolescentes que habitan en la calle y de los NNA víctimas de explotación sexual comercial. El análisis de este material tiene como fundamentación teórica el enfoque de derechos del niño;

“El enfoque de derechos es una propuesta de lectura de la realidad que se fundamenta en el vínculo existente entre la Convención sobre los derechos del niño y la Declaración Universal de derechos humanos, es decir, establece como esencial, el hecho de que los derechos del niño, la niña y los jóvenes son derechos humanos.” (ACHNU, 2013).

La Convención de los Derechos del Niño establece que se debe entender que el niño, al encontrarse en un proceso de desarrollo físico y mental, necesita protección y cuidados especiales, incluyendo la debida protección legal, tanto antes como después de su

¹ www.minsal.cl

² Según un estudio realizado en en Santiago, Concepción, Iquique y Cautín en 2012 y publicado en www.minsal.cl

nacimiento. El enfoque de derechos establece la responsabilidad política, jurídica y ética del Estado para hacer cumplir, y generar las condiciones de ejercicio pleno de derechos por parte de todos los ciudadanos (ACHNU, 2004). Este enfoque, a la vez, exhorta a los titulares de estos, a exigir y reclamar sus derechos por las vías legales y políticas que tengan a su alcance. El Estado chileno se suscribe a la Convención de los Derechos del Niño en 1990 y con ello se obliga legal y políticamente a adecuar su legislación y políticas públicas a los preceptos establecidos en este cuerpo de derechos particular. Chile ha avanzado, en términos de la adopción de medidas de armonización legislativa en el período 2007-2012, particularmente en el desarrollo de una estrategia nacional en materia de infancia, mediante la creación del Sistema Intersectorial de Protección iniciada en 2001, la coordinación y presupuesto gubernamental para la aplicación de la Convención, la firma de un programa de cooperación con UNICEF en 2010, entre otras medidas³. Este estudio busca profundizar en un derecho particular de los niños, niñas y adolescentes: el derecho a la salud (consagrado en el artículo 24 de la Convención).

“... definido en el artículo 24, como derecho inclusivo que no solo abarca la prevención oportuna y apropiada, la promoción de la salud y los servicios paliativos, de curación y de rehabilitación, sino también el derecho del niño a crecer y desarrollarse al máximo de sus posibilidades y vivir en condiciones que le permitan disfrutar del más alto nivel posible de salud, mediante la ejecución de programas centrados en los factores subyacentes que determinan la salud” (ONU, 2013).

De manera más particular, este estudio se centra en la salud mental, utilizando el concepto desarrollado por la OMS Esta declara que

“...la salud mental es un estado de bienestar en el que la persona realiza sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir a su comunidad” (2008).

Lo distintivo de este concepto es que la salud (mental) se sitúa no solamente como un estado de ausencia de afecciones o enfermedades, sino como un estado de completo bienestar físico, mental y social. La relevancia de la salud mental para el bienestar individual y social, ha significado que esta ha sido entendida como un problema de política pública, a nivel mundial.

³ De acuerdo al 4° Y 5° Informe consolidado de aplicación de la Convención sobre los Derechos del Niño, y sus protocolos facultativos (2012).

En este contexto, y a raíz de la preocupación que los proyectos pertenecientes a ambos Observatorios Metropolitanos⁴ han demostrado acerca del acceso a servicios de salud mental de los niños, niñas y adolescentes con los que trabajan, se plantea la siguiente pregunta de investigación:

Pregunta de investigación

¿Cuán pertinentes son las prestaciones públicas de salud mental que existen actualmente en la Región Metropolitana dirigidos a niños, niñas y adolescentes víctimas de explotación sexual comercial y en situación de calle?

⁴ El Observatorio Metropolitano de NNA en situación de calle está conformado por las siguientes instituciones: ACHNU (con sus proyectos PEC Recoleta, PEC Renca y PEC Peñalolén) SERPAJ (a través de su proyecto PEC La Florida), Don Bosco (a través de sus proyectos PEC Puente Alto y PEC Santiago). Todos los proyectos forman parte de la Red, además participa Fundación Hogar de Cristo (a través de su programa de NNJ en situación calle Cerro Navia) Junto a estos proyectos participan el Servicio Nacional de Menores, el Ministerio de Desarrollo Social, el Centro de Políticas Públicas de la Universidad Católica y la Fundación San Carlos de Maipo. Por su parte el Observatorio Metropolitano de ESC está conformado por las siguientes instituciones y proyectos de la Red Sename: Corporación Opción (a través de su proyecto ESCI Santiago), ONG Raíces (a través de sus proyectos Sur y Poniente) y ONG Social Creativa (a través de su proyecto PEE Cordillera-Remolinos) Además de estos proyectos participan el Servicio Nacional de Menores, el Centro de Políticas Públicas de la Universidad Católica y la Fundación San Carlos de Maipo.

Para responder a esta pregunta, se han plantado los siguientes objetivos de investigación:

Objetivo general

Analizar la pertinencia de las prestaciones públicas de salud mental para niños, niñas y adolescentes víctimas de explotación sexual comercial y en situación de calle⁵.

Objetivos específicos

- Describir las prestaciones públicas de salud mental dirigidas a niños, niñas y adolescentes en alta vulnerabilidad, que existen actualmente en la Región Metropolitana, en términos del perfil de sus beneficiarios, sus principales servicios y el modo de operar de los mismos y sus objetivos.
- Caracterizar a los NNA víctimas de explotación sexual comercial y en situación de calle, que han estado vinculados a programas especializados de reparación participantes de los Observatorios Metropolitanos según sexo, edad, la relación con la familia –frecuencia de contacto con familia, familia de origen con la que mantiene contacto-, existencia de un adulto protector, redes sociales que tiene el NNA, consumo problemático de alcohol y drogas del NNA, antecedentes de infracción del mismo, asistencia a establecimiento educacional.
- Describir las percepciones de los profesionales expertos en ESCNNA y en NNA en situación de calle participantes de los Observatorios sobre la pertinencia de las prestaciones públicas de salud mental para niños, niñas y adolescentes víctimas de explotación sexual comercial y en situación de calle.
- Describir las percepciones de expertos en temas de salud pública y del ámbito de la salud mental infanto-juvenil, relacionados a servicios públicos sobre la pertinencia de las prestaciones públicas de salud mental para niños, niñas y adolescentes víctimas de explotación sexual comercial y en situación de calle.

⁵ Desde la perspectiva de los programas especializados participantes de los Observatorios Metropolitanos y de expertos en temas de salud pública y del ámbito de la salud mental infanto-juvenil y contrastando el perfil de los beneficiarios de las prestaciones públicas y las características de los niños, niñas y adolescentes víctimas de explotación sexual comercial y en situación de calle, que han estado vinculados a programas especializados de reparación participantes de los Observatorios.

Aspectos metodológicos

La metodología utilizada en el presente estudio contempla un ítem de revisión bibliográfica, uno cuantitativo y otro cualitativo. La revisión bibliográfica busca describir las prestaciones públicas de salud mental dirigidas a niños, niñas y adolescentes en alta vulnerabilidad, que existen actualmente en la Región Metropolitana. Por su parte, el ítem cuantitativo busca describir las características de los niños, niñas y adolescentes víctimas de explotación sexual comercial y en situación de calle, que han estado vinculados a programas especializados de reparación participantes de los Observatorios Metropolitanos según sexo, edad, relación con la familia, consumo problemático de alcohol y drogas y otras variables relevantes al tema de salud mental. Esta información fue recabada del Sistema de Registro de Información de ambos Observatorios, y fue registrada por los profesionales que trabajan en trato directo con los NNA. Finalmente, el análisis cualitativo tiene por objetivo principal profundizar en la percepción que tienen los profesionales de los proyectos especializados en ESCNNA y en infancia en situación de calle, y en la percepción de actores claves expertos en salud pública y salud mental infanto-juvenil respecto de la pertinencia de las prestaciones públicas de salud mental para estos NNA. A continuación se especifica cada una de las metodologías utilizadas en el estudio.

Fase cuantitativa

En la fase cuantitativa se caracterizó a los NNA víctimas de explotación sexual comercial y a los NNA en situación de calle, que han estado vinculados a programas especializados de reparación participantes de los Observatorios Metropolitanos, de acuerdo al sexo, edad, la relación con la familia –frecuencia de contacto con familia, familia de origen con la que mantiene contacto-, existencia de un adulto protector, redes sociales que tiene el NNA, consumo problemático de alcohol y drogas del NNA, antecedentes de infracción del mismo, asistencia a establecimiento educacional.

Método cuantitativo

Datos y Muestra

El estudio cuenta con valiosa información del Sistema de Registro de los Observatorios Metropolitanos de niños, niñas y adolescentes víctimas de explotación sexual comercial y en situación de calle, usuarios de 12 **proyectos** dirigidos a este grupo, participantes de ambos Observatorios. Estos proyectos recopilan información sobre una serie de variables, que incluyen datos de identificación y situación de atención, situación

psicosocial, situación de residencia y vínculos sociales de los niños, niñas y adolescentes intervenidos, que suben a una plataforma digital. En total se cuenta con información de 592 niños, niñas y adolescentes víctimas de explotación sexual comercial, que han participado de los proyectos desde el año 2010 hasta enero de 2014. Por otro lado, se cuenta con información de un total de 649 niños, niñas y adolescentes en situación de calle, que han pasado por los proyectos desde el 2005 hasta diciembre del 2013.

Estrategia de análisis

La estrategia de análisis es descriptiva. Se describió la muestra de NNA víctimas de explotación sexual comercial y en situación de calle que han pasado por los proyectos y de los que se tiene información, caracterizándola según las variables de interés: sexo, edad, la relación con la familia –frecuencia de contacto con familia, familia de origen con la que mantiene contacto-, existencia de un adulto protector, redes sociales que tiene el NNA, consumo problemático de alcohol y drogas del NNA, antecedentes de infracción del mismo, asistencia a establecimiento educacional.

Método cualitativo

Se realizó una fase cualitativa donde se buscó contrastar estos perfiles con la opinión de actores relevantes sobre si las prestaciones y programas públicos de salud mental dirigidos a niños, niñas y adolescentes en alta vulnerabilidad, que existen actualmente en la Región Metropolitana se adecúan a este e indagar en cómo lo hacen. También se buscó dar cuenta de la percepción de los actores relevantes sobre el funcionamiento de los servicios de salud mental en Santiago de Chile.

Instrumento de recolección de información

Para recoger información sobre las percepciones de los actores relevantes sobre la adecuación de las prestaciones públicas para los niños, niñas y adolescentes víctimas de explotación sexual comercial y en situación de calle, que han estado vinculados a programas especializados de reparación participantes de los Observatorios Metropolitanos, se realizaron entrevistas grupales y entrevistas semi-estructuradas. Las entrevistas grupales se utilizan con el fin de investigar la experiencia de un grupo con características particulares, en tanto al crearse un espacio de interacción que se asemeja más a la vida cotidiana, se contextualizan mejor los datos recogidos (Flick, 2004). Por otra parte, a través de la entrevista semi-estructurada, es posible guiar una entrevista, por medio de una pauta predefinida de preguntas, y a su vez otorga la posibilidad al entrevistador de incorporar nuevas preguntas que ayuden a la profundización o precisión de los temas abordados (Hernández, Fernández, Baptista, 1991).

Se consideró que ambos instrumentos de recolección de información servían al objetivo de la fase cualitativa; las entrevistas grupales se utilizaron para comprender cuál es la percepción compartida de algunos grupos de interés sobre el funcionamiento general del sistema de salud mental para NNA en la Región Metropolitana y en particular de las prestaciones públicas de salud mental. También se buscó indagar en las percepciones sobre la adecuación de este sistema al perfil de los NNA víctimas de explotación sexual comercial y en situación de calle. Se buscó

identificar nudos críticos del sistema de salud mental, trayectorias compartidas por NNA víctimas de explotación sexual comercial y en situación de calle en estos servicios, así como contrastar la información que estos grupos tienen de los servicios de salud mental y programas de salud mental con aquella que se recolectó a través de la revisión sistemática. Esta información permitió identificar ciertos temas en los que se profundizó en las entrevistas semi-estructuradas.

Estrategia de recolección de información

Se utilizó un muestreo teórico intencionado, que implica que los individuos y los grupos se seleccionan según su nivel (esperado) de nuevas ideas para el desarrollo del objetivo y la pregunta de investigación (Flick, 2007). Se consideraron cuatro grupos de interés: los proyectos pertenecientes a los Observatorios Metropolitanos de NNA en situación de calle y víctimas de explotación sexual comercial y expertos del área de la salud pública y del ámbito de la salud mental infanto-juvenil, relacionados a servicios de salud públicos. Estos son seleccionados, puesto que se considera que tienen información privilegiada sobre el tema de interés de esta investigación.

Entrevistas grupales (3)

Se realizaron tres entrevistas grupales dirigidas

a:

1. Duplas psicosociales de programas participantes del Observatorio Metropolitano de NNA en situación de calle⁶.
2. Duplas psicosociales de programas participantes del Observatorio Metropolitano de NNA víctimas de explotación sexual comercial⁷.
3. Directores de programas especializados participantes de ambos Observatorios.

Entrevistas semi-estructuradas (3)

El objetivo de las entrevistas semi-estructuradas fue ahondar en algunos aspectos claves y transversales que surgieron en las entrevistas grupales. Dado que se utilizó el criterio de muestreo teórico intencionado, se seleccionaron los entrevistados que surgen en las entrevistas grupales como actores relevantes involucrados en la prestación de servicios de salud mental. Por esta razón, se entrevistó finalmente a:

1. Dos psiquiatras infanto-juveniles con amplia experiencia en el ámbito de la salud pública.
2. Director de un Servicio de Salud Metropolitano.

⁶ Don Bosco Santiago, Don Bosco Puente Alto, Achnu Peñalolén, Achnu Recoleta, Achnu Renca, Serpaj y Hogar de Cristo

⁷ Raíces Sur, Raíces Poniente, Remolinos, Opción.

Estrategia de análisis

El análisis se realizó mediante la transcripción literal de las entrevistas y el análisis de estas por enrejillado. Dado que los objetivos específicos se encontraban delimitados de manera precisa, se elaboraron tres categorías, en las que se buscó comprender las narrativas provenientes de los Entrevistas grupales, así como de las entrevistas. Estas fueron:

1. Descripción de la Red de prestaciones de Salud Mental para NNA en situación de calle y víctimas de explotación sexual comercial
2. Nudos Críticos
3. Facilitadores al acceso de salud mental
4. Estrategias

Cada una de estas categorías tiene sub-temas, que surgieron de manera inductiva de las entrevistas. De esta manera la descripción de la red de prestaciones de salud mental para NNA en situación de calle y víctimas de explotación sexual comercial, define el rol y las actividades de cuatro actores que fueron relevados por los entrevistados; los consultorios y CESFAM, COSAM y CDT, los Centros de Internación: Hospitales, Comunidades Terapéuticas y Asesorías Clínicas. Los Nudos Críticos que fueron especificados por los entrevistados de manera transversal fueron cinco; la falta de oferta en prestaciones de salud mental pública y tiempos de espera, la evaluación de los profesionales a cargo, ausencia de servicios de salud mental para el perfil de NNA víctimas de explotación sexual comercial y en situación de calle, la estigmatización de estos mismos NNA y los problemas de comunicación y relaciones entre unidades. Los facilitadores al acceso de salud mental fueron tres; la formulación de diagnóstico, las relaciones los servicios de salud y la presencia de adultos responsables. Por último, las estrategias que utilizan los entrevistados para ayudar en el acceso a los servicios de salud mental son tres; convenciones con otros programas o entidades, acudir a tribunales de familia y a la atención particular.

2. Descripción de las Prestaciones de Salud Pública para NNA en la Región Metropolitana

Planes y Programas Nacionales

Uno de los objetivos específicos de este estudio es la descripción las prestaciones públicas de salud mental dirigidas a niños, niñas y adolescentes en alta vulnerabilidad, que existen actualmente en la Región Metropolitana, en términos del perfil de sus beneficiarios, sus principales servicios y el modo de operar de los mismos y sus objetivos. Para esto se llevó a cabo una revisión bibliográfica, que incluyó la lectura y análisis de los sitios web oficiales del Ministerio de Salud en Chile, todos los Servicios de Salud pertenecientes a la Región Metropolitana, así como las páginas del Servicio Nacional de Menores (SENAME), del Ministerio de Educación (MINEDUC) y del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA). Además, se incluyó la revisión de documentos o informes que hacían referencia a programas relacionados al ámbito de la salud mental infanto-juvenil y evaluaciones internacionales sobre la Convención de los Derechos del Niño en Chile, especialmente aquellos apartados dedicados al bienestar y la salud de los mismos.

Plan Nacional de Salud Mental en Chile

El Plan Nacional de Salud Mental es uno de los ámbitos de desarrollo de la protección de salud, definidos por el Ministerio de Salud en Chile. Su propósito es

“Contribuir a que las personas, las familias y las comunidades alcancen y mantengan la mayor capacidad posible para interactuar entre sí y con el medio ambiente, de modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de sus potencialidades psicológicas, cognitivas, afectivas y relacionales, el logro de sus metas individuales y colectivas, en concordancia con la justicia y el bien común.” (MINSAL, 2014).

Los objetivos propuestos por el Plan Nacional de Salud Mental son;

1. *Desarrollar factores protectores de la salud mental en la población beneficiaria.*
2. *Evitar o retrasar la aparición de enfermedades mentales prevenibles.*
3. *Detectar y tratar precozmente las enfermedades mentales mediante intervenciones de costo efectividad sustentada en evidencia.*
4. *Mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedades mentales de larga evolución y de sus familiares y/o cuidadores*

El Plan Nacional de Salud Mental define su trabajo en cuatro ámbitos: promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en salud mental. Define la salud mental en cinco principales puntos;

- *La armonía en la relación de las personas y grupos entre sí y con el ambiente, o la existencia de conflictos sociales, violencia dentro y fuera de la familia, conductas delictivas.*
- *El nivel de logro o frustración en las metas individuales y colectivas en el plano afectivo, de educación, de trabajo, de vivienda, de esparcimiento, de participación, de creación artística, de consumo.*
- *La prevalencia de estados o condiciones de mayor vulnerabilidad en algunas personas, con conductas de riesgo o expuestas a entornos que pueden perjudicar su salud mental.*
- *La prevalencia de enfermedades mentales sintomáticas.*
- *El nivel de calidad de vida de las personas que presentan discapacidad mental y la proporción de ellas que se integran a sus familias y comunidades.*

El plan define estratégicamente acciones en aquellos ámbitos en que este considera que se puede alcanzar una cobertura mayor y efectividad. Identifica los siguientes lugares; las escuelas, los lugares de trabajo, los barrios y las poblaciones. En vistas de esta delimitación, define cuatro principales ámbitos para las acciones intersectoriales de salud mental para los siguientes cinco años (desde 2014). De ellos, dos están definidos para población infante-juvenil. El primero de estos es la salud mental en la educación pre-escolar y escolar y define su objetivo de la siguiente manera; *"...promover, proteger, detectar problemas, y realizar acciones de recuperación y rehabilitación, en conjunto con los sistemas sanitarios."* El segundo ámbito es el de la salud mental de personas en conflicto con la justicia. En este ámbito el Plan Nacional de Salud Mental aclara que:

"La salud mental y la psiquiatría han estado relacionadas históricamente con el derecho y la justicia. Por una parte, la aplicación de algunas leyes contribuye a la promoción y protección de la salud mental de la población, y por otra, los niños, adolescentes y adultos que presentan problemas con la justicia tienen una mayor frecuencia de enfermedades mentales."

(MINSAL, 2014)?

Por esto establece como objetivo dentro de este ámbito *"establecer sistemas de atención y rehabilitación en salud mental y psiquiatría para los menores en protección"*

y conflicto con la justicia, con definición de competencias, financiamiento y formas de referencia entre ambos sectores."

Al mismo tiempo, el Plan Nacional de Salud Mental identifica dos prioridades programáticas (de un total de siete) dedicadas exclusivamente a NNA; los trastornos mentales asociados a la violencia: maltrato infantil, violencia intrafamiliar y represión política 1973-1990 y los trastornos de hiperactividad /de la atención en niños y adolescentes en edad escolar.

Con respecto al Plan Nacional de Salud Mental, se puede afirmar desde la perspectiva de derechos del niño, que este identifica las acciones y estrategias en salud mental para NNA escolarizados, con problemas con la justicia y dedicadas principalmente a adolescentes de 10 años en adelante.

GES

Por el otro lado existen una serie de Garantías Explícitas en Salud (GES) relacionadas a la salud mental. Estas constituyen un conjunto de beneficios garantizados por Ley para las personas afiliadas al FONASA y a las Isapres. En este sentido, existen una serie de garantías exigibles, referidos al acceso, la oportunidad, la protección financiera y la calidad. Del total de 80 GES, existen cuatro referidos a salud mental en población juvenil. Estas son:

3. *Tratamiento de esquizofrenia. El requisito es que se trate de un adolescente que haya presentado un primer episodio de esquizofrenia.*
4. *Depresión en personas de 15 años y más. Está garantizado para adolescentes entre 15 años y 19 años y jóvenes 20-24 años.*
5. *Consumo perjudicial alcohol y drogas. Está garantizado para adolescentes de 10-19 años*
6. *Trastorno bipolar en personas de 15 años y más.*

Programa Nacional de Salud de la Infancia⁸

Otro de los programas nacionales relevantes en términos de salud mental para población infanto-juvenil es el programa nacional de salud de la infancia. El objetivo general del programa es: "...brindar a la SEREMI de Salud y la Red Asistencial de salud el marco normativo y regulatorio administrativo del Programa Nacional de Salud en la Infancia de 0 a 9 años, actualizado al año 2012". (MINSAL, 2014)⁸

Dentro de las prestaciones del Programa Nacional de Salud de la infancia, se encuentran dos tipos de programas; los Programas de Prestaciones Universales y los

⁸ Toda la información presentada en este apartado corresponde al Programa Nacional de salud de la infancia, que se encuentra en el sitio web: http://web.minsal.cl/salud_infantil

Programas de Prestaciones Específicas. Los Programas de Prestaciones Universales son acciones promocionales y preventivas dirigidas a todos los niños y niñas, cuyo objetivo común es velar por el bienestar biopsicosocial de ellos y sus familias. Incluye controles de salud, consultas nutricionales, inmunizaciones y talleres, entre otros. Los Programas de Prestaciones Específicas son el conjunto de atenciones dirigidas a niños y niñas que tienen requerimientos específicos o adicionales en salud. Estos requerimientos pueden surgir de banderas rojas detectadas en el control de salud, de la red intersectorial u otras situaciones específicas incluyendo aquellas pesquisadas por la familia. Este plan de prestaciones está dirigido a la población infantil con vulnerabilidad biopsicosocial y/o condiciones crónicas, que se encuentran inscritos en los centros de salud de la red de salud y que acceden a las prestaciones del Programa.

Relación MINSAL/ MINEDUC

Una de las prestaciones en el ámbito de la salud mental son los programas promocionales preventivos en los establecimientos educacionales, como el Control de Salud Escolar. Este tiene como objetivo mejorar el acceso a actividades promocionales, preventivas y de pesquisa de los factores de riesgos en salud más prevalentes en la población entre 5 y 9 años en base a controles de salud realizados en el establecimiento educacional. Se aplica un cuestionario de Salud Infantil, un cuestionario de evaluación grados de Tanner, un screening de salud mental y un screening de pesquisa de síntomas de asma.

El MINSAL posee una coordinación histórica con el MINEDUC, en diferentes áreas. Una de ellas es la vinculación para niños y niñas con necesidades educativas especiales (NEE⁹). En esta se establece una subvención preferencial a los alumnos del sistema municipal o particular subvencionado para suplir aquellos requerimientos educacionales producto de necesidades educativas especiales transitorias o permanentes. Las NEE incluyen los siguientes trastornos;

7. Trastornos Específicos del Lenguaje, TEL.
8. Déficit Atencional con y sin Hiperactividad TDA, o Trastorno Hiperactivo.
9. Trastornos Específicos de Aprendizaje, TEA.
10. Rendimiento en pruebas de C, en el rango limítrofe, con limitaciones significativas en la conducta adaptativa.

La ley establece como requisito a los establecimientos educacionales para recibir esta subvención, que el alumno cuente con un diagnóstico médico de la NEE realizado por

⁹ Las Necesidades Educativas Especiales son necesidades que presentan los alumnos en algún momento de su vida escolar a consecuencia de un trastorno o discapacidad diagnosticada, que implica ayudas o apoyos extraordinarios para acceder o progresar en el currículum por un determinado período de su escolarización.

un profesional competente. Los casos diagnosticados positivamente requerirán un adecuado tratamiento, además de informes y revaluaciones periódicas.

Desde el año 1992, la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB) asume la implementación del Programa de Salud del Estudiante, cuyo objetivo es apoyar a los alumnos a fin de que puedan acceder al proceso educacional en condiciones más igualitarias, permitiéndoles enfrentar este desafío con éxito. En la actualidad el programa de salud de JUNAEB contempla prestaciones de pesquisa y tratamiento de problemas de salud frecuentes en la edad escolar, orientadas principalmente a las áreas: odontológica, ortopédica, auditiva y visual. En el área de salud mental, desarrolla el Programa de Habilidades para la Vida y Retención escolar.

El Programa Habilidades para la Vida y Retención escolar se encuentra dirigido a NNA entre 5 y 9 años de edad, que se encuentran asistiendo a establecimientos educacionales. Las actividades se centran en el fortalecimiento de los profesionales de salud en la detección de problemas de salud mental que alteran el aprendizaje y su vinculación con estrategias emanadas desde MINEDUC. Más ampliamente se entiende como un modelo de intervención psicosocial que incorpora acciones de detección y prevención del riesgo; promueve estrategias de autocuidado y desarrolla habilidades para la convivencia de los diferentes actores de la comunidad escolar. Trabaja a partir de un diagnóstico situacional a nivel local y activa las redes de la escuela y de la comuna para coordinar acciones de salud mental de niños y adolescentes en interacción con sus adultos significativos, como son sus padres y profesores. Principalmente esto se traduce en la pesquisa de banderas rojas y eventuales derivaciones del niño o la niña a la red de salud correspondiente.

Relación MINSAL/ JUNJI

Por el otro lado, en conjunto con la Junta Nacional de Jardines Infantiles (JUNJI) se desarrolla una serie de políticas, normas, orientaciones y material de apoyo que explicitan las acciones a realizar en torno a los aspectos biopsicosocial de los párvulos. Una de las acciones a desarrollar tiene que ver con el tema de la salud mental. Se explicita en el Programa Nacional de la Infancia que las instituciones educativas deben recibir a niños y niñas con necesidades educativas especiales, sean estas permanentes o transitorias y para ello debe dirigir esfuerzos especiales por contratar a educadores diferenciales en todas las regiones del país.

También establece como una de sus prioridades del trabajo intersectorial la coordinación constante entre las salas cuna y/o jardines infantiles y el equipo de salud,

a través del establecimiento de protocolos de atención y coordinación ante situaciones tales como la presencia de sintomatología vinculada a salud mental.

Tal como se observa, las iniciativas relacionadas con la salud mental en el Programa Nacional de Salud de Infancia, se relacionan con acciones de promoción, prevención y diagnóstico de la salud mental dirigidas a NNA que se encuentran en establecimientos educacionales.

Chile Crece Contigo¹⁰

Chile Crece Contigo es un Sistema de Protección Integral a la Infancia que tiene como misión acompañar, proteger y apoyar integralmente, a todos los niños, niñas y sus familias, a través de acciones y servicios de carácter universal, así como focalizando apoyos especiales a aquellos que presentan alguna vulnerabilidad mayor: "a cada quien según sus necesidades". Forma parte de las prestaciones diferenciadas para las familias con niños y niñas en primera infancia y que formen parte de hogares del 40% más vulnerable de la población nacional. En su artículo 13, la ley N° 20.379 señala que las familias tendrán acceso preferente a la oferta de servicios públicos de acuerdo a las necesidades de apoyo al desarrollo de sus hijos, en siete tipos de programas. Uno de ellos se refiere a la atención de salud mental.

Programa Salud Integral Adolescentes y Jóvenes¹¹ (2008)

El Programa Salud Integral Adolescentes y Jóvenes se encuentra dirigido a toda la población de adolescentes entre 10 y 19 años, para la atención de las actividades asistenciales de la atención primaria, y agrega a jóvenes entre 20 y 24 años, para la atención de las actividades de promoción y prevención de salud. El propósito lo define de la siguiente manera:

"mejorar el acceso y la oferta de servicios, diferenciados, integrados e integrales, en los distintos niveles de atención del sistema de salud, articulados entre sí, que respondan a las necesidades de salud actuales de adolescentes y jóvenes, con enfoque de género y pertinencia cultural, en el ámbito de la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, incorporando a sus familias y la comunidad." **(CITA)**

Para lograr este objetivo el programa propone una estrategia a 10 años, y su plan de acción tiene como propósito operacionalizar la implementación del Programa en el

¹⁰ Toda la información sobre Chile Crece Contigo fue extraído del sitio web: <http://www.crececontigo.gob.cl/sobre-chile-crece-contigo/que-es/>

¹¹ Toda la información presentada en este apartado se extrae del Programa Salud Integral Adolescentes y Jóvenes, que se encuentra en el sitio web http://web.minsal.cl/PROGRAMA_SALUD_INTEGRAL_ADOLESCENTES_Y_JOVENES

período 2012-2020. La política se fundamenta en principios rectores que actúan como ejes de las acciones, a fin de alcanzar un verdadero desarrollo humano. Estos principios son: equidad, desarrollo humano, autonomía, confidencialidad, integralidad, universalidad, intersectorialidad, participación, flexibilidad y fortalecimiento familiar. El Plan traduce estos principios, mediante el establecimiento de una serie de objetivos estratégicos –en total nueve– para las que elabora una serie de metas, dentro de las que destaca en el ámbito de la salud mental: disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental, reducir el consumo de riesgo de alcohol en población de 15 a 24 años de edad, disminuir la prevalencia del consumo de drogas ilícitas en la población general, disminuir la tasa proyectada de suicidio en adolescentes. Por el otro lado, elabora una serie de documentos regulatorios, que se enmarcan en los principios, objetivos y metas estratégicas, que llevan estas a acciones concretas. Estos documentos se encuentran orientados a mejorar las competencias profesionales para la atención de salud de adolescentes y jóvenes¹². Lo que se establece en las orientaciones técnicas es un *modus operandi* de los distintos servicios de salud (mental). Son guías técnicas desarrolladas para los profesionales de la salud en estos los todos los niveles de atención de la red de salud.

Atención de Niños, Niñas y Adolescentes con Trastornos Mentales Usuarios del SENAME¹³

Otra Institución importante a ser considerada en esta investigación es el Servicio Nacional de Menores (SENAME¹⁴). Todas sus prestaciones, salvo las Oficinas de Protección de Derechos, están ligadas a la justicia y los niños, niñas y adolescentes que son atendidos han sido enviados directamente por los Tribunales de Familia, vale decir, se encuentran judicializados.

12 Algunos documentos son: Guía Clínica de Detección y tratamiento temprano de alcohol y otras sustancias psicoactivas (2005), Norma Técnica N°85: Tratamiento de adolescentes infractores de ley con problemas de alcohol y drogas (2006), Norma Técnica en rehabilitación psico-social para personas mayores de 15 años con trastornos psiquiátricos severos y discapacidad (2006), Normas Nacionales sobre regulación de la fertilidad (2006), Manual de Atención Personalizada del proceso reproductivo (2008), Orientaciones técnicas para la atención de adolescentes con problemas de salud mental (2009), Orientaciones técnicas atención de niños, niñas y adolescentes con trastornos mentales (2009), Orientaciones Técnico- Administrativas Unidades de hospitalización psiquiátrica de corta y mediana estadía (2008), Guía Clínica depresión en personas de 10 a 14 años (Guía en revisión por incorporación a GES), Guía para la Atención de víctimas de abuso sexual en niños, niñas y adolescentes menores de 15 años (2011), Orientaciones Programáticas para la Atención de adolescentes en APS (2011), Orientaciones técnicas para el desarrollo del Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes a las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, Seremis (2011), Guía Práctica de Consejería para adolescentes y jóvenes. Orientaciones generales (2012), Orientaciones técnicas para el control joven sano (2012), Orientaciones técnicas para el Monitoreo Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes (2012)

¹³ Toda la información presentada en este apartado fue extraída del sitio web oficial de SENAME: <http://www.sename.cl/wsename/estructuras.php?name=Content&pa=showpage&pid=1>

¹⁴ Este es un organismo gubernamental ayudante del sistema judicial, que depende del Ministerio de Justicia. Fue creado por el Decreto Ley N 2.465 del 10 de enero de 1979, que constituye su Ley Orgánica y que fue publicada en el Diario Oficial el 16 de enero del mismo año. Un decreto supremo del 5 de diciembre de 1979 fijó la planta y el Sename entró en funciones el 1 de enero de 1980. El Servicio desarrolla sus actividades de acuerdo a las instrucciones que le indican los diversos tribunales, a través del país.

Esta institución, dedicada exclusivamente a NNA que se encuentran judicializados desarrolla un documento, "Bases Técnicas de atención de niños, niñas y adolescentes con Trastornos Mentales Usuarios del Servicio Nacional de Menores". El propósito es orientar la atención de salud mental para el acceso oportuno y expedito de niños, niñas y adolescentes, con vulneración de derechos, e infractores de ley, que presentan un trastorno mental severo, incluyendo el consumo problemático de sustancias psicoactivas. Estas bases se elaboran en el contexto de un convenio marco firmado en el 2000 entre el Ministerio de Justicia (MINJU), el Servicio Nacional de Menores (SENAME) y el Ministerio de Salud (MINSAL), el que señala que *"debe existir mutua cooperación para el expedito acceso de los niños, niñas y adolescente a todas aquellas prestaciones de salud que sean necesarias para su desarrollo integral"*. La población considerada en las orientaciones técnicas comprende a niños y niñas de 0 a 9 años de edad, adolescentes a aquellos hombres y mujeres entre 10 y 19 años de edad y jóvenes a aquellos entre 19 – 24 años. El documento entrega una descripción de los principales dispositivos de salud mental y psiquiatría para población infantil y adolescente, así como un flujograma de atención según población específica. El objetivo es elaborar una descripción de los principales espacios y procesos de la atención de salud mental para los profesionales de SENAME. Se describen las funciones y objetivos de los dispositivos de salud mental y psiquiatría para esta población;

Equipo de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatorio / Comunitario

El Equipo de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatorio / Comunitario se puede ubicar en distintos establecimientos de atención de salud ambulatoria especializada, integrado a la Red de Salud General y a la Red de Salud Mental y Psiquiatría y atiende a población adulta, infantil y adolescente. Trabaja con una población beneficiaria referida por la red asistencial del nivel primario y desarrolla, acciones de promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y reinserción social en personas con problemas y trastornos de su salud mental moderados y/o severos.

Hospital de Día de Adolescentes

Es una Unidad clínica de hospitalización parcial, de especialidad (nivel terciario), cuyas funciones son: 1) el manejo de situaciones de crisis en aquellos adolescentes que tienen autocontrol sobre sí mismo y sobre otros y que cuentan con red de apoyo (familia o cuidador SENAME). Se realizan acciones de estudio, evaluación y confirmación diagnóstica; tratamiento intensivo (farmacológico y psicosocial); y 2) continuidad del tratamiento y de rehabilitación psicosocial al egreso de la hospitalización de corta y mediana estadía para, asegurar adherencia y prevención de recaídas.

Residencias Protegidas especializadas para Adolescentes con trastornos conductuales severos

Los niños/niñas y adolescentes de la Red SENAME que presentan un cuadro psiquiátrico complejo y refractario a tratamiento, disruptividad conductual recurrente y alta vulnerabilidad psicosocial, y que han egresado de servicios de hospitalización psiquiátrica de corta o mediana estadía, requieren de espacios residenciales de alta protección y cuidados especiales, que satisfagan las necesidades de contención, seguridad y apoyo terapéutico integral al mismo tiempo que favorezcan el desarrollo de sus habilidades cognitivo relacionales y sociales y una mayor independencia y autonomía.

Atención de Urgencia (SAPU y SAMU)

Cuando se presenten crisis o situaciones de urgencia, que no puedan ser contenidas por el equipo de especialidad, ya sea, por presentarse en horario no hábil o por tratarse de casos nuevos, el niño, niña y /o adolescente deberá ser trasladado al Servicio de Urgencia de Hospital o Centro de Salud que le corresponda

Unidades Clínicas de Hospitalización Cerrada

a) Hospitalización de Corta Estadía de Adolescentes en Hospital General

Es un servicio de hospitalización cerrada, no mayor de 20 camas diferenciadas, que otorga atención de especialidad psiquiátrica por un período no superior a 60 días, a adolescentes hombres y mujeres menores de 18 años que requieran un proceso de compensación del trastorno mental severo o desintoxicación por consumo problemático de sustancias psicoactivas con riesgo vital (auto o hetero-agresión).

b) Unidades Clínicas de Hospitalización de Corta Estadía en Centros Privativos de Libertad de SENAME

Es un servicio de hospitalización cerrada, de no mayor de 12 camas, que otorga atención de especialidad psiquiátrica por un período no superior a 60 días, a adolescentes menores de 18 años de edad con sanción privativa de libertad. Estas unidades de hospitalización que deberán reunir las mismas características estructurales y funcionales que las definidas anteriormente, se ubican al interior de algunos Centros de Privación de Libertad y atienden el tratamiento de los problemas por uso de sustancias psicoactivas y la descompensación psiquiátrica de los adolescentes infractores de ley penal con y sin sanción accesoria y con trastorno mental descompensado en su período de permanencia en el centro privativo de libertad.

c) Hospitalización de Mediana Estadía y Alta Complejidad Especializada para Adolescentes

Es un servicio de hospitalización psiquiátrica de alta complejidad para adolescentes menores de 18 años, por un periodo no superior a 12 meses. El perfil de usuario corresponde a adolescentes hombres y mujeres con trastornos conductuales y mentales severos, descontrol de impulsos, comorbilidad psiquiátrica, patología dual, alta vulnerabilidad psicosocial, refractario a tratamiento y de evolución tórpida. El objetivo es la reevaluación diagnóstica y diagnóstico diferencial, tratamiento de los trastornos mentales comórbidos, y patología dual, así como, el inicio de procesos de rehabilitación y reinserción social.

Unidades de Psiquiatría Forense Adolescentes

- a) Hospitalización para Evaluación Psiquiátrica a Imputados Adolescentes (UEPI)

Para adolescentes infractores de ley menores de 18 años imputados, con sospecha de trastorno mental severo y que presentan riesgo de auto o hetero agresión. Se realizará evaluación médica por psiquiatra y peritaje, para el procedimiento judicial al cual sea sometido

b) Hospitalización de Mediana Complejidad para Adolescentes Inimputables por causa mental

Unidad Clínica de Hospitalización Cerrada de alta especialidad, para adolescentes con trastorno mental severo y que han cometido delito asociado a su enfermedad, y el Tribunal los ha declarado inimputables, pero ha solicitado medida de seguridad con hospitalización para tratamiento y resguardo de su seguridad y terceros. Este período puede extenderse hasta 24 meses.

c) Residencia Forense Adolescente

Es un dispositivo residencial para adolescentes inimputables por trastorno mental y que se encuentran compensados clínicamente, y han cumplido sus objetivos terapéuticos en unidades de hospitalización forense y ha sido autorizado su egreso por la autoridad judicial.

Respecto del flujograma, se definen 10 distintos flujogramas, diferenciados por características de los NNA:

1. Atención en Salud Mental de Niños, Niñas y Adolescentes de Protección, con Trastorno Mental/ Trastornos del Desarrollo
2. Atención en Salud Mental de Niños, Niñas y Adolescentes de Protección con Consumo Problemático de Alcohol y Drogas
3. Atención Salud Mental de Adolescentes Inimputables por Trastorno Mental
4. Evaluación Población Adolescente Infractora por Consumo Problemático de Alcohol y Drogas
5. Atención Salud Mental de Adolescentes Condenados, con Sanción en Medio Libre o Sistema Semicerrado con Consumo Problemático de Alcohol y Drogas
6. Atención de Salud Mental de Adolescentes Infractores de Ley con Consumo Problemático de Alcohol y Drogas y otros Trastornos Mentales y sin Sanción Accesoría
7. Atención Salud Mental de Adolescentes Condenados, con Sanción Privativa de Libertad con Consumo Problemático de Alcohol y Drogas y otros Trastornos Mentales
8. Adolescentes Condenados con Sanción en Medio Libre que cursan Trastorno Mental
9. Adolescentes Condenados en Medio Privativo de Libertad, que cursan con un Trastorno Mental
10. Atención Salud Mental para Adolescentes con Consumo Problemático de Alcohol y Drogas y/o Trastorno Mental con Suspensión Condicional de la Pena

Programas relacionados a consumo de alcohol y drogas en población infanto-juvenil (SENDA)¹⁵

Por último, el Servicio Nacional de Drogas y Alcohol (SENDA) fue incluido en esta investigación, puesto que desarrolla programas para NNA referidos al consumo de alcohol y drogas –un problema de salud mental muy importante. El SENDA es el servicio nacional, que formula una estrategia nacional de drogas y alcohol. Esta define las líneas de acción que desarrollará el gobierno en este ámbito en el período de gobierno 2011-2014. El objetivo de la estrategia es la reducción no sólo de los niveles de uso de drogas ilícitas y del consumo de riesgo de alcohol, sino también de las consecuencias sociales y sanitarias asociadas a estos dos fenómenos. Para lograr estos objetivos, contempla una serie de iniciativas, programas y acciones que abarcan desde la prevención universal e inespecífica de conductas de riesgo hasta intervenciones complejas de tratamiento, rehabilitación e integración de los consumidores problemáticos de estas sustancias. Las metas planteadas se encuentran relacionadas a dos poblaciones, ampliamente definidas por SENDA; “Estudiantes y personas”. En términos de la población de NNA, que es el interés de esta investigación, las líneas de acción en las que profundiza SENDA, se desarrollan en tres ámbitos; prevención, recuperación, tratar y rehabilitar.

1. En el área de prevención, desarrolla los programas más importantes para la población estudiada en esta investigación:
 - a. Chile Previene en la Escuela: un modelo de gestión y desarrollo de oferta programática específica que pretende lograr en los establecimientos educacionales un trabajo articulado, coherente y que responda de forma efectiva a las necesidades de niños y adolescentes en situación de vulnerabilidad.
 - b. Chile Previene en la Comunidad: Un modelo de gestión y desarrollo de oferta programática específica. Por medio de él se pretende apoyar a los gobiernos locales y a la comunidad civil para que ellos definan y lleven a cabo un trabajo planificado, articulado, coherente y que responda de forma costo-efectiva a las necesidades preventivas del consumo de drogas y alcohol de los habitantes de sus comunas y barrios. Ejes: Desarrollo de un plan local de drogas y alcohol, Creación de un Centro de Análisis Comunal y Barrial de factores de riesgo, protectores y distribución espacial de las características contextuales que inciden en estos fenómenos, Apoyo a iniciativas locales de

¹⁵ Toda la información incluida en este apartado fue extraída del sitio web de SENDA: <http://www.senda.gob.cl/quienes-somos/estrategia-nacional-de-drogas/>

prevención, tratamiento, rehabilitación e integración social de personas en riesgo, Certificación del Programa Chile Previene en la Comunidad, identificación y compilación de un conjunto de iniciativas y programas preventivos efectivos desarrollados en el territorio nacional

2. Tratar y Rehabilitar

Existe un Programa de tratamiento para adolescentes con consumo problemático de alcohol y drogas que han cometido infracción de ley. Este puede ser definido como un conjunto de intervenciones y prestaciones, de carácter resolutivo, con especificidades de acuerdo al tipo y la complejidad del problema de salud enfrentado. Los beneficiarios de este conjunto de intervenciones son definidos por SENDA de la siguiente manera:

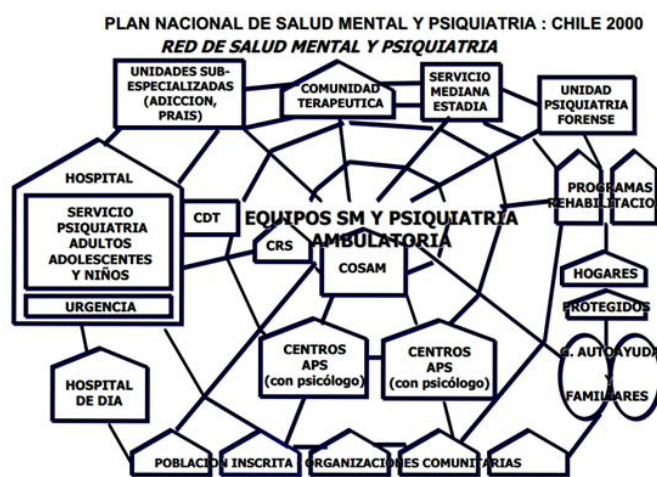
1. Adolescentes a los cuales se les haya aplicado por el juez como sanción accesoria, el someterse a tratamiento por consumo problemático de alcohol u otras drogas, de conformidad a lo dispuesto en el artículo 7º de la Ley Nº 20.084, sujetos a sanciones penales, ya sean estas privativas de libertad o no.
2. Adolescentes, que de acuerdo a lo dispuesto en los artículos 13, 14, 16 y 17 de la mencionada Ley, requieran ser sometidos a tratamiento de rehabilitación y accedan voluntariamente a ello.
3. Adolescentes imputados con medida cautelar, en medio privativo de libertad o medio libre, que requieran ser sometidos a tratamiento de rehabilitación y accedan voluntariamente a ello.
4. Adolescentes imputados con los cuales se haya acordado como condición de la suspensión condicional del procedimiento, el someterse a tratamiento.

Los planes de tratamiento y rehabilitación incluidos en el programa responden a dos medios:

1. En medio libre:
 - Plan ambulatorio intensivo.
 - Plan residencial.
 - Plan de corta estadía.
2. En medio privativo de libertad:
 - Plan intensivo.
 - Plan de corta estadía.

Red de servicios de salud y salud mental y psiquiatría¹⁶

Los programas y planes nacionales a los que se ha hecho referencia acá son adaptados y traducidos por la red de servicios de salud mental, que depende del MINSAL. Esta es un nuevo modelo de atención que traslada el eje desde la estructura física de un establecimiento determinado (consultorio, hospital), a las prestaciones o actos clínicos entregados por un conjunto de establecimientos, programas, equipos de salud, profesionales y técnicos, y organizaciones de autoayuda (usuarios y familiares), los cuales pueden tener incluso distintas dependencias administrativas y/o financieras, públicas o privadas. El mismo MINSAL describe la red de la siguiente manera:



Fuente: MINSAL en www.minsal.cl

En cada Servicio de Salud se deben constituir Equipos de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatoria a cargo de una población asignada, en un área geográfica definida. El total de la población beneficiaria debe estar adscrita a uno de estos equipos. Cada equipo de salud mental y psiquiatría ambulatoria deberá constituirse como centro articulador y coordinador de la red de salud mental y psiquiatría en su localidad, que asegure la continuidad de cuidados, tanto en lo sanitario como en lo social, basado en la cooperación y corresponsabilidad con los pacientes entre las distintas unidades asistenciales y comunitarias, la adecuada y oportuna transmisión de información entre los equipos tratantes y el mantenimiento de una línea de actuación coherente a lo largo de todo el proceso de salud – enfermedad.

La implementación de una red de servicios de salud mental y psiquiatría requiere que cada Servicio de Salud, a través de sus Unidades de Salud Mental, disponga de un plan estratégico de desarrollo que, atendiendo a las características demográficas, epidemiológicas, y de los dispositivos de salud disponibles, establezca las necesidades de recursos humanos, terapéuticos, financieros y de infraestructura, y un cronograma

¹⁶

Este apartado extrae la información de <http://web.minsal.cl/portal/url/item/71e4f2dd2b638460e04001011f01239d.pdf>

para la puesta en marcha de sus componentes prioritarios.

Con el fin de responder a las necesidades de salud mental de las personas, los Servicios de Salud deberán constituir y desarrollar formalmente una red de servicios de salud mental y psiquiatría en su territorio. Esta red debe dar forma a un modelo de atención comunitario, en el que un conjunto de recursos asistenciales disponibles, públicos y privados, abordará en forma coordinada e integrada, los problemas de salud mental y enfermedades psiquiátricas de la población existentes en un área geográfica determinada.

Para el buen funcionamiento de la red de servicios se requiere que cada Servicio de Salud disponga de un plan estratégico de Salud Mental sobre las bases de las siguientes premisas:

1. La planificación y programación de las actividades en salud mental y psiquiatría en cada Servicio de Salud serán definidas y priorizadas de acuerdo al diagnóstico epidemiológico de la población correspondiente a dicho Servicio.
2. Los planes y programas comprenderán todo el espectro de acciones del eje salud- enfermedad, a saber, actividades para la promoción de la salud, la prevención primaria, secundaria y terciaria (rehabilitación) de las personas afectadas por enfermedades mentales.
3. Para el cuidado de la salud mental a nivel personal y/o grupal y, especialmente durante el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por enfermedades mentales, se incentivará la participación familiar y comunitaria.
4. La red definirá las acciones clínicas y administrativas necesarias para garantizar el derecho de cada usuario de recibir una atención oportuna y de alta calidad en cualquier componente de su organización y en cualquier momento de la evolución de su enfermedad.
5. La red compatibilizará el uso de los recursos con criterios de costo-efectividad para la resolución de problemas de las personas.
6. Para el logro de sus objetivos se coordinará con otros sectores públicos y privados.
7. La planificación y programación de las actividades se hará de acuerdo a los recursos disponibles y las prioridades definidas

En los siguientes establecimientos de salud se entregarán prestaciones de salud mental y psiquiatría, como parte de sus actividades habituales y de acuerdo a sus prioridades locales. Por lo tanto, estos establecimientos formarán parte de la red de servicios de salud mental y psiquiatría:

1. Posta Rural
2. Consultorio Rural
3. Consultorio General Urbano
4. Servicio de Atención Primaria de Urgencia
5. Hospital General tipo 3 o 4
6. Servicio de Urgencia

La red de servicios de salud mental y psiquiatría de cada Servicio de Salud incluirá, además, como mínimo, los siguientes componentes estructurales específicos de salud mental y psiquiatría.

1. Centro Comunitario de Salud Mental Familiar (COSAM), para áreas con población de alrededor de 50.000 habitantes.
2. Unidad Clínica de Psiquiatría y Salud Mental Ambulatoria, ubicada en un Centro de Referencia de Salud (CRS), Centro Diagnóstico Terapéutico (CDT) u Hospital General tipo 1 ó 2.
3. Servicio Clínico de Psiquiatría de Corta Estadía (hospitalización no superior a 60 días), ubicado en un Hospital General tipo 1 ó 2.
4. Hospital de Día, adosado y con dependencia administrativa de una Unidad Clínica de Psiquiatría y Salud Mental Ambulatoria o de un Servicio Clínico de Psiquiatría.

Adicionalmente, cada Servicio de Salud requiere que sus usuarios puedan acceder, en caso necesario, a un Servicio de Mediana Estadía (internación de 2 a 12 meses) para efectuar actividades terapéuticas y de rehabilitación.

La red de servicios de salud mental y psiquiatría de cada Servicio de Salud incluirá instituciones de rehabilitación como las que se señalan a continuación, las cuales formarán parte de dicha red:

1. Hogar Protegido (para pacientes con discapacidad de causa psíquica)
2. Centro Diurno de Rehabilitación Psicosocial (para pacientes con discapacidad de causa psíquica)
3. Comunidad Terapéutica (para pacientes con adicción severa a alcohol o drogas)
4. Grupos de Autoayuda
5. Agrupaciones de Familiares
6. Taller Protegido
7. La red de servicios de salud mental y psiquiatría de cada Servicio de Salud incluirá además otras instituciones que realicen en su territorio actividades de

promoción, prevención, tratamiento y/o rehabilitación en salud mental y psiquiatría. Al menos se debieran considerar las siguientes:

8. Clínica Psiquiátrica
9. Club de Integración Social
10. Centro Educativo y Terapéutico
11. Centro de rehabilitación Laboral
12. Empresa con puestos de trabajo protegidos
13. Organizaciones sociales y comunitarias

Para llevar a cabo estas funciones, el Ministerio está integrado por la Subsecretaría de Redes Asistenciales, la Subsecretaría de Salud Pública y las Secretarías Regionales Ministeriales. Con el objeto de desconcentrar territorialmente las actividades del Ministerio de Salud, existe una Secretaría Regional Ministerial. Además existe una organización territorial de la actividades en salud; los servicios de salud. El Servicio de salud es un organismo funcionalmente descentralizado, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propio y está a cargo de un Director designado y evaluado conforme al Sistema de Alta Dirección Pública (Título VI de la ley N° 19.882).

En la R.M. existen 5 servicios de salud:

1. Servicios de salud Metropolitano Central: Abarca las comunas de Santiago, Estación Central, Cerrillos, Maipú y Pedro Aguirre Cerda.
2. Servicio de salud Metropolitano Norte: Incluye las comunas de Tiltil, Colina, Lampa, Quilicura, Conchalí, Independencia, Recoleta y Huechuraba.
3. Servicio de salud Metropolitano Oriente: Incluye las comunas de Providencia, la Florida, La Granja, La Pintana, San Ramón, Puente Alto, Pirque, San José de Maipo
4. Servicio de salud Metropolitano Sur: Incluye las comunas de San Miguel, La Granja, Paine, Buin, Calera de tango, La Cisterna, Pedro Aguirre Cerda, Lo Espejo, El Bosque, San Bernardo, San Joaquín.
5. Servicio de salud Metropolitano Occidente: Incluye las comunas de Quinta Normal, Barrancas, Curacaví y Portales, Talagante, Peñaflor e Isla de Maipo del Departamento de Talagante y la Comuna de El Monte del Departamento de Melipilla.

Según la revisión bibliográfica revisada, los programas y planes nacionales de salud mental para niños, niñas y adolescentes se diseñan y son ejecutados a través del MINSAL en alianza con el MINEDUC, SENAME y SENDA. Estos identifican la población beneficiaria, haciendo alusión a una serie de características con la que los NNA deben

cumplir. El perfil al que hace alusión se encuentra especificado en el siguiente apartado, en el cual se hace alusión a los resultados cuantitativos.

3. Resultados Cuantitativos

Los resultados cuantitativos presentados a continuación tienen por propósito describir a los NNA víctimas de explotación sexual comercial y en situación de calle, que han estado vinculados a programas especializados de reparación participantes de los Observatorios Metropolitanos según sexo, edad, la relación con la familia –frecuencia de contacto con familia, familia de origen con la que mantiene contacto-, existencia de un adulto protector, redes sociales que tiene el NNA, consumo problemático de alcohol y drogas del NNA, antecedentes de infracción del mismo, asistencia a establecimiento educacional. Se considera que al describir los NNA, según estas variables, se puede dar luces sobre la pertinencia de las prestaciones públicas de salud mental para estos NNA.

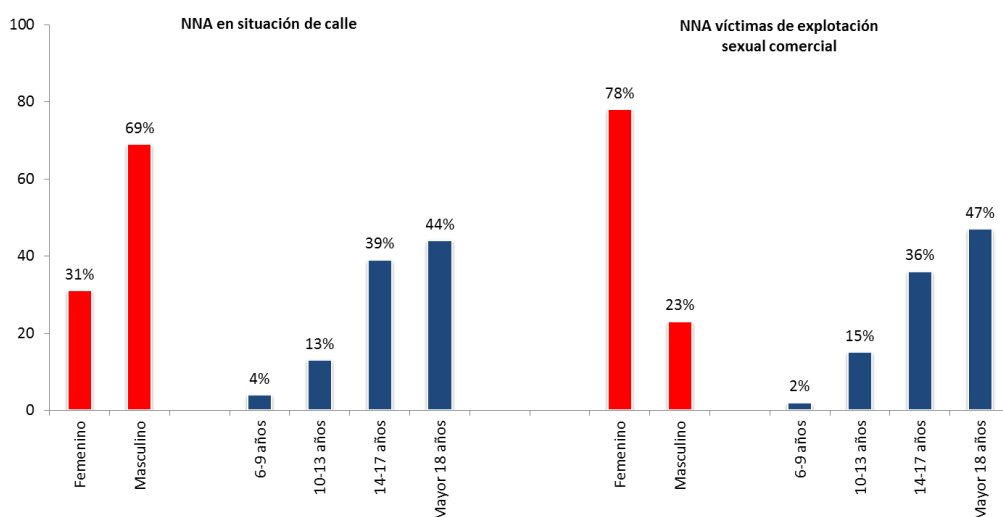
Según la revisión bibliográfica revisada, los programas y planes nacionales de salud mental para niños, niñas y adolescentes se diseñan y son ejecutados a través del MINSAL en alianza con el MINEDUC, SENAME y SENDA. Estos identifican la población beneficiaria, haciendo alusión a una serie de características con la que los NNA deben cumplir. El perfil al que hacen alusión tiene las siguientes características:

1. **NNA que se encuentren en los siguientes tramos etarios; entre 15-24 y 10-19 años.** Este criterio se encuentra presenta en las Garantías Explícitas en Salud (GES) relacionadas a la salud mental infanto-juvenil. Estas garantías son cuatro y tres de ellas se formulan incluyendo un criterio etario. Así según estas garantías, el tratamiento para la depresión para persona entre 15-24 años, y el tratamiento para consumo perjudicial de alcohol y drogas está garantizado para adolescentes entre 10-19 años y el trastorno bipolar en personas de 15 años y más.
2. **NNA inscritos en el sistema de salud.** Esta es una característica transversal al Sistema de Salud (mental) en Chile. Solamente pueden ser atendidos aquellos NNA que se encuentran inscritos en el sistema de salud.
3. **NNA acompañado por un adulto.** Otra característica transversal al Sistema de Salud en Chile es que los NNA solamente pueden ser atendidos en los servicios de salud (mental), en la medida en que son acompañados por un adulto.
4. **NNA que asisten a establecimientos educacionales.** Este es un requisito necesario para todas aquellas prestaciones de salud mental producto de los programas desarrollados entre MINSAL y MINEDUC, como los programas promocionales preventivos en los establecimientos educacionales.

5. **NNA que estén judicializados.** Esta característica es identificada por los programas desarrollados por SENAME como un requisito mínimo con el que deben cumplir los beneficiarios de los programas de SENAME, dada la población objetivo con la que trabajan.
6. **NNA que presentan consumo de alcohol y/o drogas.** Los programas desarrollados por SENDA se encuentran dirigidos a la población de NNA que presenta consumo de alcohol y/o drogas.

Se sostiene que todas estas características deben ser tomadas en consideración a la hora de analizar la pertinencia de las prestaciones públicas de salud mental para estos NNA. En la medida en que estas características se condigan con el perfil de los NNA en situación de calle y víctimas de explotación sexual comercial, se puede sostener que existe pertinencia y en la medida en que estas no se condigan, la pertinencia puede ser puesta en duda.

Gráfico 1: Caracterización de la muestra según sexo y rango de edad (%)

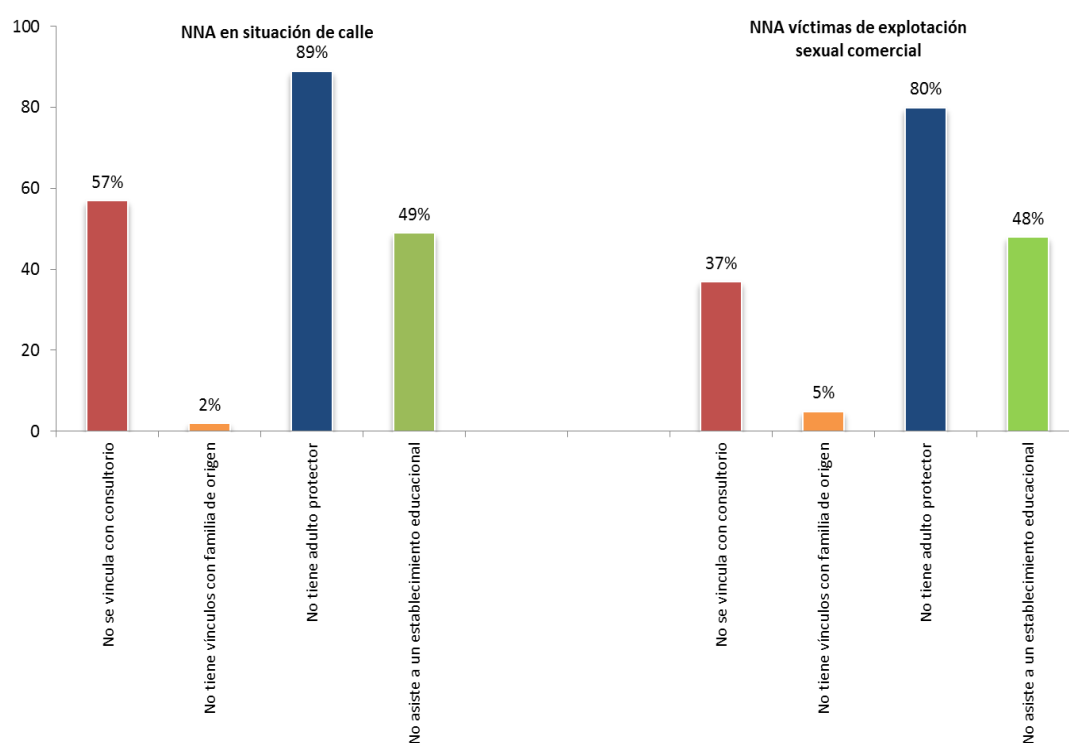


Fuente = Elaboración propia con datos de Observatorios Metropolitanos.

n Calle= 592; n ESCNNA=649

Tal como se observa en el gráfico, la mayoría de los NNA en situación de calle y víctimas de explotación sexual comercial tienen sobre 14 años. En este sentido, se puede considerar que la GES, al focalizarse en NNA sobre los 15 años, no se desvía considerablemente del perfil que tienen los NNA en situación de calle y víctimas de explotación sexual comercial. Sin embargo, desde la perspectiva de los derechos del Niño, la salud (mental) se debe garantizar como un derecho para todos los niños y niñas, por lo que este acceso no debería restringirse a un grupo etaria específico. Es importante considerar que un 17% de los NNA en situación de calle tienen menos de 15 años, y la misma proporción en el caso de los NNA víctimas de explotación sexual comercial.

Gráfico 2: Vinculación con consultorio, familia de origen, adulto protector y colegio



Fuente: Elaboración propia con datos de Observatorios Metropolitanos.

n Calle= 592; n ESCNNA=649

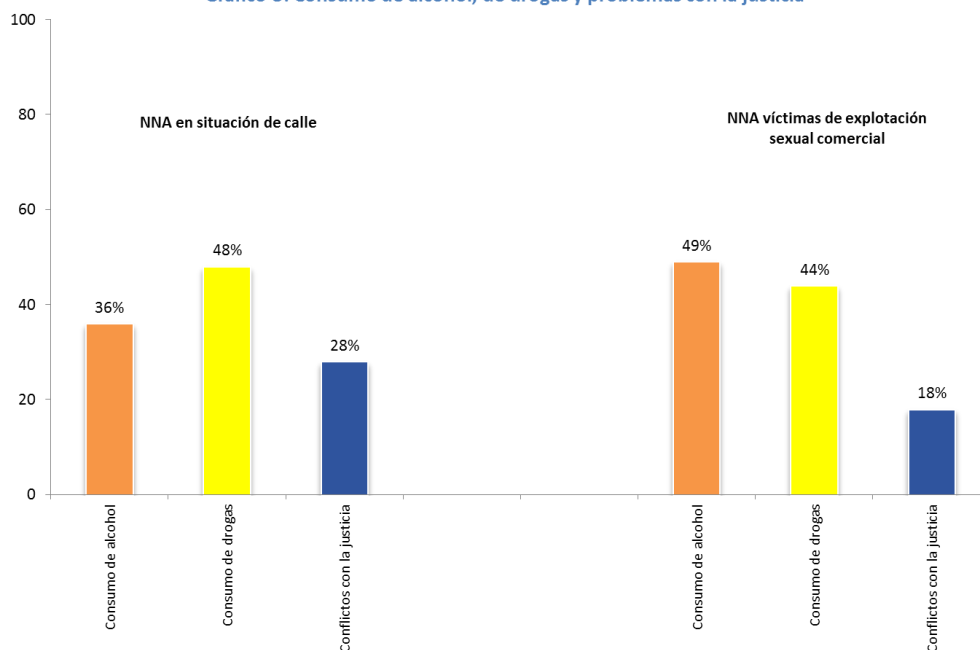
En el Gráfico 2, se puede observar la proporción de NNA que no se vinculan con un consultorio, la proporción de quienes no tienen vínculos con su familia de origen, la proporción de los que no tienen un adulto protector¹⁷ y de quienes no asisten a un establecimiento educacional. Es importante considerar este punto, puesto que gran parte de los programas de salud mental en Chile, así como el acceso a las prestaciones públicas de salud mental se encuentra garantizado para NNA que están inscritos en un consultorio y tienen un adulto que los acompaña a recibir diagnóstico y/o tratamiento. Por último, existen una serie de programas –en su mayoría preventivos– que son llevados a cabo en los establecimientos educacionales.

La proporción de NNA en situación de calle que no cumple con estos “requisitos” es considerable; un 57% no se encuentra vinculado al consultorio, mientras que solamente un 2% no se vincula con su familia de origen, un 89% no tiene un adulto protector –esto significa que aun cuando el NNA puede estar en contacto con su familia, este no representa una figura de adulto protector Y por último, un 47% de los NNA en situación de calle no asiste al colegio. Esto significa que una gran proporción de NNA en situación de calle no cumplen con aquellos requisitos dispuestos por los programas y las prestaciones pública de salud (mental), que les garantizan el acceso

¹⁷ Según la definición acordada por los Observatorios Metropolitanos, el o la adulto/a protector/a corresponde a toda persona que, a juicio de los programas, tiene o podría tener las capacidades necesarias para responsabilizarse por los niños, niñas y jóvenes protegiéndolos y resguardándolos.

a la salud mental. Lo mismo se puede afirmar para los NNA víctimas de explotación sexual comercial. Aun cuando la proporción de los NNA que no se encuentran vinculados al consultorio es menor que la de los NNA en situación de calle (37% versus 57%), sigue siendo considerable. Aun cuando “solamente” un 5% de los NNA víctimas de explotación sexual comercial no tiene ningún tipo de vínculo con su familia de origen, sin embargo, un 80% no tiene adulto protector. Por último, un 48% de los NNA no asisten a un establecimiento educacional.

Gráfico 3: Consumo de alcohol, de drogas y problemas con la justicia



Fuente = Elaboración propia con datos de Observatorios Metropolitanos.

n Calle= 592; n ESCNNA=649

En el Gráfico 3 se puede observar la proporción de NNA en situación de calle y víctimas de explotación sexual comercial que presentan consumo de alcohol y drogas y el porcentaje que ha presentado conflictos con la justicia¹⁸. Estas características son importantes al observar cuáles son los programas de salud mental desarrolladas por SENDA y SENAME. Ambas instituciones definen su población objetivo en términos de la presencia de una de estas características (por ej. SENDA es una institución dirigida a NNA que han estado judicializados). Aun cuando el consumo de alcohol y de drogas es considerable en ambas poblaciones; un 36% de NNA en situación de calle presenta consumo de alcohol, y un 48% consumo de drogas. En el caso de los NNA víctimas de explotación sexual comercial, la proporción de consumo de alcohol es mayor (49%),

¹⁸ Aun cuando esta variable no da del todo cuenta de los NNA que se encuentran judicializados, es la variable más cercana a esa situación. Los NNA que se encuentran en conflicto con la justicia –la variable del sistema de los Observatorios- no incluye a los NNA que tienen medidas de protección por ejemplo. Solamente incluye aquellos NNA que han infringido la ley.

mientras que el consumo de drogas es menor (44%). Sin embargo, esto significa que más de la mitad de los NNA en situación de calle y víctimas de explotación sexual comercial no presentan estas características. Si a ello se suma la baja proporción de NNA que han tenido conflictos con la justicia – 28% en el caso de los NNA en situación de calle y 18% en el caso de los NNA víctimas de explotación sexual comercial- se hace patente que los programas de SENDA y de SENAME no están dirigidos a esta población. Esto se vuelve un gran problema en la práctica para el acceso de los NNA a algún tipo de tratamiento contra el alcohol y/o drogas, puesto que SENAME desarrolla gran parte de estos programas. De ello dan cuenta los entrevistados, en la siguiente sección.

El análisis descriptivo hecho en ese apartado permite mostrar cómo –únicamente considerando el perfil de los NNA en situación de calle y víctimas de explotación sexual comercial- los programas y planes de salud mental a nivel nacional, así como la red de salud mental no son pertinentes para estos NNA. Estos últimos ponen barreras de entrada al acceso de estos NNA, en la medida en que identifican ciertos requisitos en su población objetivo, que le niega el acceso a aquellos NNA que no cumplen con estas características. La desviación de los NNA en situación de calle y víctimas de explotación sexual comercial de este perfil se hace evidente, al mostrar cómo se comportan estas variables en la muestra.

4. Resultados Cualitativos

Los resultados cualitativos que se presentan en este apartado responden al objetivo específico de recoger las percepciones de los expertos en ESCNNA y en NNA en situación de calle participantes de los Observatorios, además de recoger las percepciones de expertos en temas de salud pública y del ámbito de la salud mental infanto-juvenil, relacionados a servicios públicos sobre la pertinencia de las prestaciones públicas de salud mental para niños, niñas y adolescentes víctimas de explotación sexual comercial y en situación de calle. Para ello se hace referencia primero a la percepción de los entrevistados sobre la red de prestaciones de servicios de salud mental público y los actores y el rol que estos le dan a estos. En un segundo momento se hace referencia a los nudos críticos que estos perciben sobre la red, luego a los elementos facilitadores del acceso a salud mental, y por último, a las estrategias que utilizan los entrevistados pertenecientes a los programas para hacer más fácil el acceso a los servicios de salud mental de los NNA que estos atienden.

4.1. Red de prestaciones de servicios de salud mental público para NNA en situación de calle y víctimas de explotación sexual

Los entrevistados sitúan la pregunta sobre la atención en salud mental de los NNA en referencia a la evaluación o diagnóstico y tratamiento psiquiátrico –no a otras iniciativas como trabajo psicológico u otros, que también podría contribuir al bienestar de los NNA. Así lo expresa uno de los casos:

“Cuando llega un niño a nuestro centro y uno pesquisa que requiere una evaluación en salud mental, es puntualmente por lo menos en este programa, tiene que ver con una evaluación psiquiátrica, ver ciertos indicadores que tienen que ver con la necesidad de un apoyo más a nivel psiquiátrico y a lo mejor, por los síntomas que presenta el joven, ansiedad, síntomas depresivos y que requieren un apoyo complementario del trabajo que uno pueda hacer terapéutico”. (Entrevista grupal, Directores Observatorios)

A este respecto, los entrevistados expresan que los NNA presentan por lo general distintas dificultades, dada su condición de situación de calle o víctimas de explotación sexual, cuestión que implicaría el requerimiento de salud mental con los NNA

“También es cierto que hay chiquillos de situación de calle, la mayoría tiene alguna dificultad, entonces ahí uno tiene que disipar si hay una esquizofrenia, si hay un trastorno de

personalidad, o simplemente tiene que ver con la problemática de consumo, ya sea desde la gestación en adelante, o bien en su vida actual ”(Entrevista grupal, Duplas Psicosociales Observatorio Calle)

Uno de los problemas que los profesionales de los proyectos especializados identificaron de manera transversal y recurrentes como objeto de atención psiquiátrica fueron episodios de consumo problemático y abuso de drogas.

“Nuestras necesidades respecto a atención en salud mental, en su mayoría están asociadas a consumo problemático y dependiente de drogas, que obviamente se conjugan con ciertos ahí... trastornos que presentan los chiquillos, importantes”
(Entrevista grupal, Duplas Psicosociales Observatorio ESCNNA)

Esto es un factor a considerar, en tanto la red de actores de salud mental descrita en esta investigación refiere a entidades que principalmente facilitan y/o dificultan el acceso a la atención y/o tratamiento por parte de un psiquiatra o un servicio de salud mental clínico.

Actores de la red de servicios de atención de salud mental pública

Varios son los actores identificados por los profesionales de programas especializados a los cuales recurren en caso de que un niño requiera de atención en salud mental, por lo general, todos concuerdan en seguir un *conducto regular* que da cuenta de un conocimiento sobre la red de salud existente para acceder a la red de servicios y prestaciones de salud mental, donde el menor podría recibir tratamiento psiquiátrico o ser internado en algún centro o institución.

a) Consultorios y CESFAM

El conducto regular más común declarado por los entrevistados para recibir atención de salud mental, es utilizar el nivel primario de atención de salud –nivel de atención comunal- vía consultorios o Centros de Salud Familiar (CESFAM). Estos son los primeros actores relevantes identificados para acceder a la atención de salud mental.

El consultorio o CESFAM es la entrada regular, según los profesionales, por la cual se accedería a atención psicológica o psiquiátrica en la red de prestaciones de salud mental pública. Ambos proporcionarían una evaluación o diagnóstico psiquiátrico del menor, en una primera fase de evaluación o construcción de diagnóstico.

También dentro del consultorio o CESFAM se mencionó la posibilidad de que éstos realicen intervenciones, sin embargo sólo abordarían casos poco complejos,

declararon los profesionales de programas especializados que identificaron esta posibilidad.

“Los CESFAM también tienen duplas psicosociales que ven salud mental, ahora yo diría que bastante reducida la atención, son cosas simples, es como una intervención breve la que ahí se hace” (Entrevista grupal, Duplas Psicosociales Observatorio Calle)

El CESFAM o consultorio desempeña un papel relevante como primer soporte de atención, especialmente para determinar la derivación de los NNA a tratamientos ambulatorios o hacia unidades psiquiátricas en hospitales.

“Partimos por la red de salud primaria, COSAM, CEFAM, u otras instancias... que desde ahí nos den el primer soporte para atención de los chiquillos, ya sea vía JSO u otro tipo de programas en los cuales puedan participar, y desde ahí se construye ese diagnóstico más en profundidad, y ver si el tratamiento es ambulatorio o de derivación hacia unidades psiquiátricas de los hospitales.”(Entrevista grupal, Directores Observatorio)

El procedimiento se hace por medio de la solicitud de una hora de atención dentro del consultorio, cuestión que hace que aparezca otro actor de importancia, como facilitador del proceso: los conocidos o contactos que tenga cada programa dentro de los consultorios o CESFAM a los que recurren. Éstos son de suma relevancia, ya que de ellos depende la obtención de citas mucho más expeditas y rápidas.

“El Hospital San Borja que es lo que tenemos más cerca allá como pal tema de la derivación de los chiquillos, y ahí hacemos netamente el contacto con la asistente social regularmente antes, antes de llegar pa ver si ella nos puede gestionar antes el tema de la (Entrevista grupal, Duplas Psicosociales Observatorio Calle)

“El CESFAM es nuestro primer referente, yo no sé si tiene que ver con las relaciones políticas que nosotros tenemos muy buenas ahí, que nos atienden en el momento, a pesar de que el chiquillo esté ingresado en el consultorio, no esté ingresado, la verdad es que tenemos muy buena relación con los CESFAM en general en Cerro Navia, con varios de ellos, no sé si con todos, pero sí con varios, lo cual nos permite llevar a las chiquillas cuando aparecen y no... efectivamente pedir una hora, funciona bastante adecuado a

nuestra intervención." (Entrevista grupal, Duplas Psicosociales Observatorio Calle)

Esta situación es relevante ya que otros entrevistados concordaron en declarar que la espera para la hora de consulta es uno de los mayores nudos críticos con los que deben enfrentarse, especialmente considerando las características de los NNA con los que se trabaja.

Algunos entrevistados indicaron una falta de ajuste del sistema de funcionamiento de los servicios de salud a las características propias de los NNA en situación de calle. Ya que el seguimiento de procedimientos de atención de la red de atención de salud primaria por parte de los niños/as es dificultosa a causa de que éstos no presentan conductas de horarios normalizados como los esperados por organismos como consultorios, CESFAM o COSAM.

"La adherencia de los espacios es súper compleja porque funciona en un horario totalmente tradicional, no hay un horario exclusivo los chicos de calle no están normalizados por lo general con el tema de los horarios, por lo tanto que acudan ya es un logro y que permanezcan ya es de verdad siéntete gratificado, entonces ellos no abandonan su estructura para dar cabida como al sujeto que nosotros tenemos como dentro de la intervención misma que es totalmente distinto a todos los otros."
(Entrevista grupal, Duplas Psicosociales Observatorio Calle)

b) COSAM y CDT

Un segundo grupos de actores relevantes identificados por los profesionales de programas especializados son el Centro Comunitario de Salud Mental (COSAM), que también actúa a nivel comunal y los Centros de Diagnóstico Terapéutico (CDT). Hasta este centro de salud especializado se derivan desde los consultorios o CESFAM a los NNA para que reciban tratamiento psiquiátrico.

"Primero desde lo más ideal, siguiendo el conducto regular de la atención también que tiene que ver con consultorio (...) desde ahí se hace una derivación al COSAM." (Entrevista grupal, Duplas Psicosociales Observatorio ESCNNA)

El rol de COSAM es brindar atención psiquiátrica especializada a los niños, niñas y adolescentes de manera ambulatoria. Dentro de este proceso, se indica como relevante la presencia de un adulto responsable que acompañe y contribuye a

mantener el tratamiento. También el COSAM funciona, en algunos casos, como agente agilizador para que los NNA reciban tratamiento en otras unidades de salud.

“Particularmente en el caso nuestro, el COSAM de alguna manera funciona como un agente agilizador de otros procesos, por ejemplo el ingreso a una desintoxicación ellos lo apuran rápidamente o la derivación a una comunidad también ellos tienen la capacidad de hacer una gestión mucho más rápida. Claro, entonces desde ahí eso si funciona”. (Entrevista grupal, Duplas Psicosociales Observatorio Calle)

Diferencias a nivel comunal

Por otro lado, la red de atención compuesta por consultorios, CESFAM y COSAM con la que los entrevistados declararon contar, mostró diferencias según la procedencia territorial a nivel comunal. La disposición de estos servicios y los programas de tratamiento de salud mental variaron de acuerdo a las características particulares de cada territorio, presentándose un mejor trabajo integrado en algunos sectores.

A este respecto se releva los lazos particulares que cada programa establece con otras instituciones.

“Pero hay comunas, que yo me muevo y que pa mí son territorios de... como no sé, o sea Independencia, Conchalí tiene algo, pero depende mucho de las características particulares de cada uno de los territorio. Y por otro lado, está efectivamente los lazos que el programa puede hacer con toda la oferta que está disponible.” (Entrevista grupal, Directores Observatorios) Se destacó la red de prestaciones existentes en el sector norte de Santiago, específicamente en la comuna de Recoleta, en donde está instalada articulada una red de tratamiento entre COSAM y programas especializados:

“Entonces desde ahí, efectivamente dadas las características particulares de Recoleta está instalada hace mucho tiempo una red de tratamiento que participan todos los COSAM y todos los programas especializados, entonces desde ahí la derivación y el flujo de información y de transmisión de datos, nos permiten tener buenas posibilidades que lo atiendan en base a la vulneración que está asociada al cabro.” (Entrevista grupal, Directores Observatorios)

De este modo uno de los casos señaló que pese a contar con varios COSAM, sólo uno dispone de un programa para jóvenes:

"...yo centré mi intervención, porque con adultos nos cuesta inclusive más, y puse como con qué contamos a nivel local y a nivel regional. A nivel local con un COSAM, porque hay tres COSAM en la comuna, pero solo uno atiende a adolescentes"
(Entrevista grupal, Duplas Psicosociales Observatorio ESCNNA)

Uno de los entrevistados, que tiene amplia experiencia en el sector público explica que las diferencias a nivel comunal tienen que ver con la organización de las derivaciones en la red de salud mental. Explica que existen Servicios de Salud, en los que la derivación de los NNA es mayoritariamente hecha por los colegios, mientras que en otros casos proviene únicamente del Consultorio:

"Entonces depende un poco de la organización de cada cosa, en el COSAM de la Reina los niños llegaban directamente, de manera espontánea, del colegio, de donde fuera y en el COSAM de Cerro Navia tenían que venir derivados del consultorio. Entonces como que no hay un protocolo así, depende mucho de las municipalidades y del funcionamiento interno de cada cosa"
(Entrevista 1)

c) Centros de internación: Hospitales, Comunidades Terapéuticas

Un tercer grupo de actores fueron los centros de que se desempeñan como lugares de internación para casos más graves o complejos, especialmente relacionados con abuso de drogas. Se indicaron en este nivel a las Unidades de Estadía Corta (UDAC) de diversos hospitales de la Región Metropolitana, El Instituto Psiquiátrico José Horwitz, Comunidades Terapéuticas y algunos programas de internación de fundaciones.

"Posteriormente dependiendo del nivel, o de consumo o la patología que presente el niño o la niña se hace la derivación al hospital." (Entrevista grupal, Duplas Psicosociales Observatorio ESCNNA)

Los hospitales cumplen el rol de ser centros de internación cuando la situación de los NNAno puede ser abordada en el COSAM, generalmente esto es para casos que ya requieren desintoxicación o para cuando se presentan situaciones de riesgo vital.

"Ahora si hay una complejidad mayor, podría ser una derivación a un hospital, en este caso nosotros nos ha pasado por desintoxicación al metropolitano." (Entrevista grupal, Observatorio Calle).

La fase de internación de los menores de edad involucró distintos centros dependientes especialmente de la ubicación. El acceso a los centros hospitalarios o a unidades de psiquiatría suele depender de la procedencia territorial de la institución:

“Después tenemos nosotros el Hospital San Borja que es lo que tenemos más cerca allá como pal tema de la derivación de los chiquillos, y ahí hacemos netamente el contacto con la asistente social regularmente antes.” (Entrevista grupal, Duplas Psicosociales Observatorio ESCNNA)

El ingreso a estos centros no siempre está mediado vía derivación desde COSAM o por orden médica. Los entrevistados declararon acudir a órdenes de ingreso a hospitales desde Tribunales. Esta vía de acceso fue mucho más común y expedita que la representada por la posibilidad de derivaciones desde otros servicios

“No es que siempre funcione. Nosotros lo hemos probado en dos casos, cuando ya hay riesgo vital digamos, que hemos hecho todo, horas de espera y todo lo que implica eso, pero por lo menos se ha movilizado de mejor manera ahí” (Entrevista grupal, Directores Observatorio)

La derivación hacia Comunidades Terapéuticas o a otras instituciones con programas de internación para rehabilitación está determinada por los vínculos que se disponga con éstos por cada programa:

“Posterior a ese tratamiento en las unidades psiquiátricas, buscamos también la alternativa en las Comunidades Terapéuticas donde el programa construye en conjunto el plan de intervención con la Comunidad Terapéutica, pa ahí hacer como la suerte de soporte en caso de algún abandono, o algún otro tipo de instancia.” (Entrevista grupal, Directores Observatorio)

El rol de las comunidades terapéuticas se sitúa luego de haber realizado una etapa de desintoxicación, y corresponde al proceso de rehabilitación del menor.

d) Asesorías Clínicas

Como último actor en la red de servicio público aparecen las Asesorías Clínicas¹⁹. El rol de éstas fue descrito como “derivación asistida”, es decir cumplen un papel de

¹⁹ Es un proyecto piloto que nace de un convenio entre la Fundación San Carlos de Maipo y el Servicio Nacional de Menores y cuenta con el apoyo del Ministerio de Salud y el Ministerio de Justicia. Su objetivo es facilitar el acceso oportuno y pertinente en salud mental especializada a niños, niñas y adolescentes usuarios de la Red Sename asociada a la alta complejidad en los territorios que abarcan los Servicios de Salud Metropolitano Sur-Oriente y

acompañamiento en el proceso de derivación, antes que articuladores o gestores de mecanismos de acceso a atención de salud mental, por esta misma razón fueron criticados por algunos miembros de los programas.

"...Asesorías Clínicas, pero esa es como la nebulosa misma, entonces generalmente termina en una derivación asistida, entonces es como la vuelta larga" (Entrevista grupal, Directores Observatorios)

Todos concuerdan en que Asesorías Clínicas complejiza y burocratiza el proceso de atención de salud mental de los NNA, puesto que replican muchas de las acciones que los propios entrevistados en los proyectos llevan a cabo.

e) Colegios

Uno de los entrevistados también comenta el importante rol que cumplen los Colegios en términos de acciones preventivas. Destaca especialmente el programa descrito en la revisión bibliográfica "Habilidades para la Vida".

"Existe un cuaderno que se llama habilidades para la vida, con ese también vas a los colegios y determinan más o menos cuales son los niños que tienen factores de riesgo y que son más o menos, uno sabe un poco y el sistema públicos, sobre todo en comunas más pobres, la gran mayoría de los niños están, tienen factores de riesgo. Que sea, no sé, familia monoparental, padre cesante, situación de pobreza, poco apoyo escolar, todo eso" (Entrevista 1)

4.2. Nudos Críticos

Los profesionales de programas especializados declararon la existencia de diversos problemas o nudos críticos a los cuales se deben enfrentar especialmente en el proceso de acceso, y luego de concreción efectiva de atención de salud mental para los NNA en situación de calle y víctimas de explotación sexual comercial.

La dificultad en el acceso a los servicios está relacionada con múltiples factores, la falta de oferta en los diferentes servicios o prestaciones de salud mental, la diferencia de visiones profesionales sobre el tratamiento de los NNA, la ausencia de una oferta de salud para los NNA en situación de calle, la discriminación de éstos y problemas de comunicación intersectorial.

a) Falta de oferta en prestaciones de salud mental pública y tiempos de esperas

La falta de oferta dentro de la red de atención de salud primaria es el primer nudo crítico relevado por los entrevistados. Todos concuerdan en indicar la falta de médicos

Occidente. El plan pretende ser un puente entre los equipos psicosociales de Sename que atienden a niños, niñas y adolescentes gravemente vulnerados en sus derechos y los equipos de salud. En <http://fsancarlos.cl/index.php/noticias/103-smfscm>

especialistas –psiquiatras-, horas de atención y camas en hospitales como uno de los principales problemas con los que deben lidiar para lograr que un menor de edad acceda a salud mental.

“Entonces desde lo administrativo claro, efectivamente nos encontramos con algunos dilemas de falta de horas, de disponibilidad de horas, conflictos con los horarios también, o sea la gente tiene que llegar a tempranísima hora y en pocos minutos se acaban las horas de atención, y será hasta una nueva oportunidad, y si la perdiste como dices tú, bueno... te lo perdiste. Con temas de cupos, o sea se castiga, se penaliza a las niñas en el fondo” (Entrevista grupal, Duplas Psicosociales Observatorio ESCNNA)

La mayor parte de los entrevistados concordó en indicar tener problemas en la primera fase de ingreso a tratamiento en los consultorios o CESFAM, en donde deben obtener un diagnóstico o evaluación psiquiátrica para el niño, niña o adolescente. Las escasas horas de atención médica derivan en largos tiempos de espera para recibir un diagnóstico:

“También ahí los tiempos de espera son los mismos, o sea meses a un año de espera para recibir una atención, y la mayoría de las veces ya a esa altura los chiquillos ya no adhieren, cuando hay tanto tiempo de espera, cuando ya han perdido la motivación, porque también con los niños uno trabaja con la motivación de la atención, y cuando ya un año de espera para atender, ya no le interesa, ya se olvidó para qué tenía que ir al psiquiatra, cuál era la problemática.” (Entrevista grupal, Directores Observatorios)

Por otro lado los largos tiempos de espera para atención tienen consecuencias negativas, ya que se desincentiva la participación del niño/a y de sus familias, en varios casos los entrevistados tuvieron que trabajar para volver a recomponer dicho canal:

“Primero lo que hace uno cuando ingresa al niño, es hacer una recopilación de antecedentes también médicos, y muchas veces nos encontramos con una decepción de parte tanto de las familias como también de los niños, una decepción de esta demora que se produce cuando uno quiere acceder a la atención, en este caso en salud primaria, por lo tanto uno tiene

que recomponer un poco ese canal que está cortado, entonces ahí se hace un trabajo también de poder motivar nuevamente e ingresarlo a esta red, reingresarlo porque muchas veces han estado pero han perdido la continuidad.” (Entrevista grupal Directores Observatorios)

Pero por otra parte, los largos tiempos de espera para acceder a tratamiento imposibilita –en muchos casos- el acceso, diagnóstico y/o tratamiento de un NNA que presenta un problema de carácter moderado. Al no acudir a tiempo a estos NNA, los problemas se agudizan y acentúan. Esto se hace especialmente en el ámbito del consumo de drogas:

“Hasta que estés... o sea y va ser el círculo, porque podí tomarla acá en el mes de abril por ejemplo que ya estaba presentando recién consumo y que estaba con alguno de estos temas, pero tuviste que esperar hasta enero, cuando en enero ya estaban con full consumo, entonces ya se volvió una urgencia, y así se nos pasan los niños.” (Entrevista grupal Directores Observatorios)

Los entrevistados coinciden en que existen pocos psiquiatras infanto-juveniles en el sector público y esto dificulta mucho la atención de los NNA. También destacan la necesidad de centrarse en programas preventivos de mayor alcance. Los dos psiquiatras infanto-juveniles entrevistadas coincidían en que la mejor estrategia para atacar los problemas de salud mental de los NNA en situación de calle y víctimas de explotación sexual comercial sería a través de la prevención. Sin embargo los programas no tienen un alcance muy amplio.

“Ponte tú, no sé, hay una cosa bien específica tal vez de Chile, es que lo que yo he observado ponte tú en Cerro Navia, es que los niños con problemas se cambiaron de colegio y eso empezaba muy temprano, entonces no le iba bien en un colegio y se cambiaba al otro y después cuando llegaba la adolescencia que ahí ya estaba la escoba, como dicen, finalmente desertaba. Si hubiera no sé, algo más organizado con ese niño que va en el 3er colegio, entonces (...) una de las cosas es el rechazo escolar, eso debería ser como una alerta súper así, un niño que no va al colegio, algo pasa con ese niño (...) Pero hay que tener algún sistema de alerta, antes que el niño quede en situación de calle.” (Entrevista 1)

Otro entrevistado relacionado al sistema de salud pública identifica la falta de oferta de atención en salud mental, relacionándolo a la inadecuación de esta al perfil de los NNA en situación de calle y víctimas de explotación sexual comercial.

“Yo creo que el sistema de salud no da respuesta a eso por sí solo y no tiene estrategias diseñadas para acercarse a su grupo, de lo que yo conozco no necesariamente de esta realidad en particular pero yo creo que ni los COSAM ni los centros de salud en todas sus dimensiones tienen estrategias específicas para los niños en situación de calle, en general, menos en el tema de salud mental.” (Entrevista 3)

b) Evaluación de profesionales a cargo

Otro factor relevante que dificulta el acceso a las prestaciones de salud mental existentes en el sistema público, indicaron los entrevistados, fue la evaluación y características particulares de los profesionales del sector salud que determinan la derivación o ingreso del menor a determinada unidad o programa.

“También influye mucho el profesional que hace la primera atención, él deriva ya sea a COSAM, a la CDT, o a Hospital, de hecho no me ha tocado que deriven a hospitales directos en relación a salud mental, generalmente es a COSAM o CDT.” (Entrevista grupal, Directores Observatorios)

Este problema apareció en las distintas etapas del proceso para acceder a tratamiento en salud mental, en la primera atención, así como también en casos donde se evalúa la derivación del menor a un centro de internación para desintoxicación. Esta situación es de relevancia ya que ello determina el recibimiento efectivo del menor de atención de salud mental:

“Yo creo que depende de los profesionales que están atendiendo, o sea yo he ido con niñas que les han encontrado consumo después de cinco días de estar consumiendo mal, con crisis y les han dado medicamentos pa que se vayan pa la casa. Pero en otros me ha tocado, médicos que ve un informe, la entrevista y ya le dice te quedai acá. Entonces también depende mucho del criterio de los profesionales” (Entrevista grupal, Directores Observatorios)

c) Ausencia de servicios de salud mental para el perfil de NNA en situación de calle y víctimas de explotación sexual comercial

Uno de los problemas principales que los entrevistados declararon se relacionó con la falta de prestaciones de salud pública que abordaran en específico las características de los NNA en situación de calle o de unidades de atención psiquiátrica especializadas en niños y adolescentes.

Los entrevistados indicaron sobre esto, que uno de los principales obstáculos – especialmente para internación – es que los NNA no se ajustan al perfil de los casos recibidos por las unidades de tratamiento mental existente en hospitales o comunidades terapéuticas. Estos privilegian o están enfocados en tratamientos para niños/as de edad infractores de ley.

De acuerdo a lo reportado por los entrevistados, la falta de lugares disponibles o cupos para internar a los niños en hospitales es un problema agravado por esta situación. En el caso de las Unidades de Estadía Corta de los hospitales, se señaló, que éstas cuentan con un mayor número de camas para infractores de ley y no para adolescentes que ingresan solamente por desintoxicación

“Presentamos el caso, consumo dependiente, montón de situaciones, el ingreso a una corta estadía lo da, lo ordena, el punto es que llegamos allá con la orden, incluso con carabineros que traslada a los niños y corta estadía te dice simplemente no tengo cupo, porque no sé, por ejemplo en el corta estadía del Sótero del Río hay 20 camas y son 18 para infractores, entonces las otras dos pueden ser para desintoxicación.” (Entrevista grupal, Directores Observatorio)

A este respecto los entrevistados indicaron que la “balanza” de prestaciones de salud mental está inclinada hacia la judicialización de los casos problemáticos de consumo en menores de edad. Presentándose, en consecuencia, opciones escasas o accesos dificultosos para los NNA en situación de calle –los cuales muchas veces no presentan dicho perfil-:

“Y el otro obstaculizador súper grande es que la balanza está súper mal medida, está cargada hacia otro lado, que no es el real donde se está constantemente culpabilizando a un adolescencia, a una infancia, se le está adultizando contantemente y se le está tajando de delictual, entonces todos los, las finanzas, todos los ingresos se están acopiando ahí, en los

que son los infractores y no hay nada para los otro lado. A veces, no sé ya hemos llegado a pensar, 'y si lo hacemos pasar por infractor y le inventamos un robo por ahí pa que pase, en una de esas nos dejan', entonces es complejo, o sea la mayoría de los niños de nosotros no son infractores, tenemos súper poquitos que son los que están con otros programas de infractor" (Entrevista grupal, Directores Observatorios)

En consecuencia se relevó como problema que a nivel administrativo no se cuentan con servicios especializados, ni programas, ni unidades psiquiátricas infanto-juveniles que pueden hacerse cargo de los problemas y necesidades particulares que presentan los NNA en situación de calle, existiendo un vacío al respecto.

"No existen, o sea en el fondo son unidades de adultos, y las unidades de desintoxicación que hay, que es la del Sótero, que efectivamente atienden niños está focalizada en temas de infracción de ley y además no atienden patologías como decía la L., por lo tanto nuestros chiquillos NO son perfil en ningún centro" (Entrevista grupal, Duplas Psicosociales Observatorio ESCNNA)

De este modo, la posibilidad de ingreso de los menores de edad a unidades de estadía corta para desintoxicación, se enfrenta con servicios que reciben a los NNA, pero que- se señaló- en algunos casos no están preparados para su atención y particularidades.

"Entonces es siempre súper voluntarioso, efectivamente ellos desde lo administrativo, no tienen la especialidad ni la unidad para atender a los chiquillos, siempre te dicen 'nosotros vamos a hacer una excepción, nosotros no tenemos la capacidad, no tenemos ni los médicos', no existen psiquiatras infanto-juveniles en los lugares donde los ingresamos, por lo tanto son solo psiquiatras que están formados para atender otro tipo de población, y yo creo que eso también hay que dejarlo en evidencia, porque lo pocos tratamientos que hemos recibido, en el fondo han sido solo por voluntad y sin la especificidad, sin a lo mejor un espacio que los acojan, desde sus propias necesidades de salud mental quizá con un enfoque y una mirada de los niños también." (Entrevista grupal, Observatorio ESCNNA)

Esta situación es vista como una vulneración y un riesgo para los NNA por parte de los profesionales. Algunos de los entrevistados relataron casos de ingreso realizados a unidades de atención para adultos en hospitales y también en Comunidades Terapéuticas, lugares donde los NNA fueron agredidos sexualmente por otros adultos pacientes de los recintos.

“Pero por ejemplo en el hospital Félix Bulnes, a uno de los niños con los que nosotros trabajamos, como no tienen infancia, sino que lo hacen desde la buena onda, tienen solamente también adultos, el niño fue agredido sexualmente. Entonces sucede que ya es difícil entrar porque existe una legislación en donde son los niños infractores de ley los que pueden acceder a las unidades de desintoxicación y a las comunidades terapéuticas. No existe para niños no infractores.” (Entrevista grupal, Duplas Psicosociales Observatorio Calle)

Algunos entrevistados indicaron la existencia de programas de tratamiento para consumo de drogas orientados a jóvenes infractores, en estos casos el mismo COSAM articuló la red y acceso completo para que el NNA recibiera salud mental.

“Y tenemos otro caso por ejemplo, que está con infracción de ley y que fue derivado a través del tribunal a Mankai en Puente Alto, que es un COSAM efectivamente que trabaja en rehabilitación con infractores y ellos articularon toda la red para hacer... Ahí funcionó... o sea ellos hacen la evaluación de si necesitan desintoxicación o no, y estuvo en el programa de corta estadía del hospital Sótero del Río, cumplió con esa etapa y ahora está en el programa, la modalidad ambulatoria” (Entrevista grupal, Observatorio Calle).

La falta de cobertura para los NNA fue conceptualizado por algunos entrevistados como un problema de ausencia de leyes que ampare y asegure cobertura

“Entonces eh... curiosamente llamamos al Sótero y hablé con una persona X que trabaja ahí, me dijo ‘hay 15 camas disponibles’, y después llamai, y dicen ‘no hay cama, no hay camas y no hay camas’. Entonces efectivamente ahí a veces hay ciertos vicios que efectivamente la ley pa nosotros no nos protege, no nos da cobertura, y solo tenis que... claro, efectivamente no tenemos

ley.” (Entrevista grupal, Duplas Psicosociales Observatorio ESCNNA)

Uno de los entrevistados identifica que el perfil de los NNA en situación de calle y víctimas de explotación sexual comercial no se condice con el perfil de los programas de salud mental dirigidos a NNA. Destaca especialmente dentro de ello los programas de SENAME. Explica que en este caso es necesario que el NNA esté judicializado y que esta característica no se condice con el perfil de NNA en situación de calle y víctimas de explotación sexual comercial.

“...porque hay un problema claro que muchas veces el acceso depende de que justamente si es que los niños presentan infracción o no, entonces esta población particular tiene todas estas vulnerabilidades que también comparten con los niños que tienen infracción pero justamente no son infractores de ley. Entonces es más tampoco entran a ese sistema.” (Entrevista 3)

d) Estigmatización de NNA en situación de calle y víctimas de explotación sexual

A la ausencia de programa o servicio capaz de recibir y cubrir las necesidades de atención mental de los NNA en situación de calle, se suma además la discriminación que sufren estos por su condición en diferentes servicios, ya sea por parte de los funcionarios o profesionales de servicios de salud o entre sus mismos pares al participar en un programa.

“Ahora lo otro que a nosotros nos pasó en el COSAM, es que cuando nosotros llegamos a la comuna nos presentamos con la directora, y así ‘no ningún problema, hagamos alianza, claro hagamos alianza, ningún problema, tráeme a todos tus chiquillos, no hay drama’ y cuando llevamos al primer chiquillo, el equipo de infanto-adolescente me dijo, ‘niño calle no, no trabajamos con niños calle, no...’ ¿perdón? ‘no, porque en realidad tienen una... son muy distantes sus reacciones digamos, no siempre vienen, no adhieren, ya hemos tenido otras experiencias” (Entrevista grupal, Duplas Psicosociales Observatorio Calle)

La ausencia de programas específicos de atención mental que aborden las problemáticas de NNA en situación de calle o víctimas de explotación sexual tiene consecuencias además en la adherencia de los niños a ciertos programas en los que logran ingresar, ya que éstos son discriminados por sus condiciones por sus mismos pares. Los NNA deciden, según los entrevistados, desertar de estos programas:

"P: Además hay una estigmatización igual del programa de parte de los niños, por lo menos de lo que nosotros vemos..."

P: ¿de parte de los niños?

P: Claro, porque ponte tú la temática de explotación sexual es tan amplia también que no solamente tiene que ver con el tema de, entre comillas y burdamente, prostitución (...) también puede significar explotación sexual y que los chiquillos desconocen, entonces cada vez que están siendo intervenidos por este tipo de programas como raíces, los chiquillos no adhieren porque dicen yo no soy prostituta yo no me ando prostituyendo yo no soy pelada, entre comillas, como una etiqueta, entonces si los chiquillos van para allá son etiquetados por los demás, entonces no asisten en nuestro caso por eso, mucho." (Entrevista grupal, Duplas Psicosociales Observatorio ESCNNA)

e) Problemas de comunicación y relaciones entre unidades:

Otro problema indicado por los entrevistados es la falta de comunicación entre distintos servicios de salud y la articulación de trabajo en conjunto entre las diferentes unidades. Si bien se debe indicar hay diferencias según territorio

"Yo quiero volver a ratificar que en Renca, nada parte de la... o sea no hay, no hay, desde el gobierno local no hay ninguna apertura a trabajar, a que se articule el sistema local de protección de derechos, a que la intersectorialidad funcione, nada. Entonces, por lo tanto nosotros contamos con un CESFAM pero que... no hay, no hay un diálogo de que esto, no hay de trasfondo una buena onda, no, son súper así rígidos" (Entrevista grupal, Directores Observatorios)

La falta de comunicación entre los servicios de salud y las instituciones acerca del proceso y tratamiento que lleva el niño fue también indicado como un obstaculizador.

"El COSAM funciona bastante mal, hay harto tiempo de espera para dar..., hay cero retroalimentación, ellos se niegan a entregarnos aportes digamos, cuando uno dice bueno pero en qué va, no según ellos, no es casi secreto de Estado lo que ellos hacen con los niños, sin embargo nosotros sí podemos contarles..." (Entrevista grupal, Directores Observatorios)

Esta falta de comunicación tiene consecuencias en la narrativa de los entrevistados que se refirieron a este problema, ya que el servicio de salud no se ajusta a la realidad de los NNA en situación de calle y víctimas de explotación sexual comercial y no les permite facilitar el proceso de apoyo para que el NNA se mantenga en tratamiento:

“Ellos (CESFAM) siguen el protocolo por decirlo de alguna manera, pero no se ajustan a la realidad digamos de... y la individualidad de cada cual, si el niño no va, no va no más po, o sea no va, no se comunican con nosotros de decir ‘sabes que él no está, movílicense ustedes para traerlo’, nosotros lo estábamos llamando y nos enteramos de que el niño no fue, y perdió la hora, y eso significa otro tiempo más, y así.” (Entrevista grupal, Directores Observatorios)

4.3. Facilitadores al acceso de salud mental

Los entrevistados mencionaron distintos factores que facilitaron el acceso a salud mental para los NNA en situación de calle y víctimas de explotación sexual comercial.

a) Formulación de diagnóstico

Los profesionales identifican dos actores que facilitan el acceso a servicios de tratamiento en salud mental. Disponer de un psiquiatra para que este haga un diagnóstico de manera más expedita fue facilitador del proceso. Algunos casos declararon contar con psiquiatras, lo que les permitía dar atención mental y disponer de órdenes de ingreso para internación de NNA. Así se explicita en la siguiente cita:

“Bueno y quizá esa es la cuarta alternativa que tenemos de atención, que es contar con un psiquiatra dentro del proyecto, tiene muy pocas horas, pero de igual manera ha tenido que realizar las evaluaciones a los chicos, en situaciones no tan complejas, seguir un tratamiento, que él les pueda hacer un control, chicos que cuentan con un adulto significativo, que los pueda medicar, y como les decía en estas ocasiones que hemos tenido de descompensaciones psiquiátricas, él puede traer una orden de intervención.” (Entrevista grupal, Directores Observatorios)

Otro de los casos declaró que contar con el diagnóstico o evaluación de un psicopedagogo o psicólogo especializado también es un facilitador para acceder directamente a tratamientos en hospitales.

“Y otras veces pasamos directamente a hospital, cuando ya tenemos evaluaciones hechas por una psicopedagoga o por un psicólogo especializado, llamamos al hospital, y eso depende de la complejidad, nos va a dar un tratamiento que puede ser a través de un PPC, cuando el consumo es... un adulto protector, sin medicamentar y el niño no tiene una patología, y también unidades terapéuticas cuando efectivamente el niño necesita trabajar con él.” (Entrevista grupal, Directores Observatorios)

Otros entrevistados además consideraron como facilitador o apoyo contar con evaluaciones realizadas por los mismos profesionales de la institución:

“También consideré la evaluación que hacemos en el proyecto porque esto a veces también nos permite como llegar ya con... con un documentito, con algo que te diga “oye si no, no estamos como poniéndole color”, porque siempre creen que los chiquillos no tienen nada.” (Entrevista grupal, Directores Observatorios)

Esto fue una ventaja, ya que permite a las instituciones “saltarse” las etapas que por conducto regular están obligados a seguir para acceder a tratamiento, tales como derivaciones y análisis de casos. Contar con un psiquiatra al interior del programa les ayuda en términos de contar con un diagnóstico que les facilita el acceso

“Nos ha servido bastante también, que son propios de Raíces, que es el psiquiatra becado que tenemos, que con las chiquillas comentamos, que se divide algunos días allá otros días acá, súper nos ha funcionado muy bien, y por otra parte la psicoterapia de apoyo, que también es dentro de los mismos psicólogos de Raíces que nos saltamos un montón de derivaciones y de análisis de casos.” (Entrevista grupal, Observatorio Calle)

b) Relaciones con servicios de salud mental

Un segundo factor facilitador de acceso a los servicios de atención en salud mental, fueron las buenas relaciones establecidas entre las instituciones y servicios de la red de salud pública, declararon los entrevistados. Disponer de buenas relaciones en consultorios o CESFAM agilizó el proceso de obtención de horas de atención médicas para algunos casos.

“la verdad es que tenemos muy buena relación con los CESFAM en general en Cerro Navia, con varios de ellos, no sé si con todos, pero sí con varios, lo cual nos permite llevar a las chiquillas cuando

aparecen y no... efectivamente pedir una hora, funciona bastante adecuado a nuestra intervención.” (Entrevista grupal, Duplas Psicosociales Observatorio Calle)

Algunas de las entrevistadas reforzaron esta afirmación, indicando que las relaciones previas establecidas en los consultorios y su mantenimiento facilitan el proceso de atención de salud mental.

“Uno de los actores digamos que facilitan en algo, y ahí también desde el amiguismo cierto, desde las duplas psicosociales, tienen que hacer una red previa antes, y mantener esas coordinaciones, y ellos se encargan también de realizar trabajos motivacionales con los chiquillos.” (Entrevista grupal, Directores Observatorios)

Las relaciones personales fueron utilizadas especialmente para agilizar los tiempos de espera para la atención;

“Usamos hartito con el amiguismo nosotros, y no con el amiguismo con el puro médico, sino que el amiguismo con la coordinadora del área social, con el jefe de área, para que la orden sea directa, porque si no tenís que esperar una semana para hablar con mi jefa para ver qué me dice, y eso se traduce en un mes.” (Entrevista grupal, Directores Observatorios)

“La buena voluntad” fue señalada por varios entrevistados como un elemento que hizo expedito y exitoso el camino para que un menor recibiera atención.

“Y por ejemplo para corta estaba en un caso de extrema gravedad, efectivamente tuvimos que solicitar la orden del tribunal, el tribunal hizo la sugerencia a tres hospitales distintos, entonces los hospitales no nos recibía a la niña y más encima estaba en situación de calle, entonces era cuando se lograba encontrar, hasta que se articulaba una cosa sólo de buena voluntad creo yo, una hora en el Calvo Mackenna y esa se hizo efectiva, y está en corta estaba en este momento, pero por las particularidades del caso, porque no había un conocido, porque en el fondo no atendía ningún hospital, entonces eso facilitó en el fondo esa posibilidad.” (Entrevista grupal, Directores Observatorios)

c) La presencia de adultos responsables

Todos los entrevistados identificaron la presencia de un adulto responsable como facilitador del proceso de acceso a tratamiento de salud mental.

“Bueno como decía J., también esto depende mucho de contar con un adulto responsable que facilite este proceso, bueno después veremos si nos resulta o no (risas) pero esa es la primera alternativa, desde la formalidad.” (Entrevista grupal, Directores Observatorios)

Y su carencia, por el otro lado, como una de las grandes dificultades en el acceso a salud mental por parte de estos NNA.

“Yo creo que efectivamente deben estar en una situación brutalmente mala porque no tienes como llegar, porque en el fondo los centro que tú tienes son para llegar a los centros de atención primaria y a los centros de atención primaria para poder llegar tienen que llegar con alguien al lado, con un adulto al lado, no llegan solos y no hay servicios en la atención primaria que estén orientados a este grupo en particular.” (Entrevista 3)

El ingreso a atención vía consultorio demanda la existencia de un adulto a cargo del niño que pida una hora de atención en medicina general, posteriormente en el proceso de tratamiento es relevante contar con un adulto responsable que facilite el proceso.

“Vía consultorio, debe existir un adulto a cargo del niño un adulto a cargo que vaya al consultorio a solicitar una hora, salud... no salud mental... eh... medicina general en el fondo que es el médico de cabecera que atiende en el consultorio y que el evalúa la sintomatología...” (Entrevista grupal, Observatorios ESCNNA)

A este respecto, el tema fue controvertido, porque al mismo tiempo que un adulto podría facilitar el proceso, para los entrevistados esto constituye un problema en donde el niño no es considerado sujeto de derecho, ya que no es considerado para la atención sin el respaldo de un adulto:

“pero específicamente la población con la que trabajamos hay problema de una perspectiva, NO hay una perspectiva de derechos humanos, menos de derechos del niño. O sea si va un

niño o un joven, va a solicitar qué se yo, una atención, no lo van a considerar y tiene que ir entonces el profesional, para, un adulto para que finalmente pueda hacer, si es que se puede hacer una gestión, te puedan escuchar.” (Entrevista grupal, Directores Observatorios)

4.4. Estrategias

a) Convenios con otros programas o entidades:

La mayor parte de los entrevistados mencionaron convenios o vínculos especiales con otras entidades particulares, fundaciones, ONG, universidades, los cuales les permitieron ampliar la red de actores a los cuales recurrir para que los NNA en situación de calle reciban atención mental.

Algunos declararon contar con convenios en Hospitales Clínicos para la fase de diagnóstico, esto permite a las instituciones hacer más expedita la fase de acceso a los tratamientos:

“No quiero repetir esos puntos, sin embargo, lo que es adicional tiene que ver con un convenio que hace muchos años, antes de que yo llegara al programa, ya existía en el programa, que es un convenio con el Hospital Clínico de la Universidad de Chile, y donde se establece, se puede contar con atención psiquiátrica que ha sido un poquito más expedito, y hemos tenido mejores experiencias, lo cual no quiere decir que sea sustentable en el tiempo, pero es una forma también de poder tener una alternativa. Eso es como un adicional, como actor con el que contamos.” (Entrevista grupal, Directores Observatorios)

También varios entrevistados narraron establecer lazos con algunos residentes de psiquiatría de hospitales clínicos, como mecanismo para proveer de atención en salud mental a los NNA de sus programas, y de este modo asegurar cierta continuidad en los tratamientos.

“Ya configuramos ciertos nexos con ciertos psiquiatras también que pueden llevar una evaluación mucho más cercana con los niños, ya sabemos como ciertos perfiles, pero también ellos los van removiendo, los van sacando, ya egresan” (Entrevista grupal, Directores Observatorios)

Otros programas contaron con otras opciones en la fase de tratamiento para los NNA en fundaciones, centros de rehabilitación o programas en servicios de salud, esto estuvo sujeto a los convenios, lazos o relaciones particulares establecidos por cada organismo.

Se nombraron como instituciones con posibles lazos la Fundación Paréntesis, Fundación Raíces, diversos centros de rehabilitación tales como Mapumalén, Ágora de Pudahuel, Fundación Cerro Navia Joven, Fundación Don Bosco, Fundación Abrazarte, Fundación Esperanza, Corporación Casa del Cerro:

“tenemos al COSAM, a la comunidad de rehabilitación Mapumalén, al centro Ágora de Pudahuel, al hospital Félix Bulnes, a la fundación Cerro Navia joven y al CESFAM. Principalmente nosotros acudimos a estas redes por la temática de drogas con los niños” (Entrevista grupal, Duplas Psicosociales Observatorio ESCNNA)

También se indicaron lazos con distintas comunidades terapéuticas:

“Bueno, están las comunidades terapéuticas, que bueno las comunidades terapéuticas trabajamos particularmente con San Vicente de Paul hemos trabajado y hemos trabajado con Colina, en comunidad Mapumalén, exactamente.” (Entrevista grupal, Duplas Psicosociales Observatorio ESCNNA)

Por otra parte, se indicaron derivaciones a Clínicas de Atención Psicológica (CAP) de Universidades para casos no complejos:

“En algunos casos hemos..., derivado los CAPS de algunas universidad, pero casos súper puntuales, que sean con chiquillos que tengan adultos, por ahí algunas atenciones de psicólogo con la universidad.” (Entrevista grupal, Directores Observatorios)

Otros entrevistados mencionaron vínculos y trabajo conjunto con el SENAME, situación que es aprovechada para acceder a derivaciones por esta vía, dado que disponen de más ofertas para infractores:

“En esta etapa siempre también nosotros nos vinculamos también harto con los otros programa de SENAME que tienen que ver con la línea de infracción que también están siempre trabajando con nuestros chiquillos, y los chiquillos más complejos siempre están en programas de infracción también, y aparte con nosotros,

entonces ahí también nos vamos vinculando harto en cuanto al acceso a red, que obviamente es de su línea programática, de su área mucho..., no sé si mejor, pero más amplia la oferta, entonces ahí le tiramos la pelota a esos compañeros cuando creemos que ellos tienen mayor recursos como pa poder mover algún tipo de atención.” (Entrevista grupal, Directores Observatorios)

b) Acceso vía Tribunales de Familia

Recurrir a los tribunales de familia para obtener una orden de ingreso directo al hospital fue una estrategia nombrada por prácticamente todos los entrevistados. Este elemento fue de importancia en la recepción de atención mental ya que los entrevistados recurren a esta vía para lograr órdenes judiciales que obliguen el ingreso alguna institución donde los niños puedan recibir tratamiento.

“Pero para poder acceder a varios de estos servicios en salud mental, nosotros tenemos que solicitar al tribunal que acceda, que emita una orden de urgencia, de carácter de urgencia para poder acceder por ejemplo a un servicio hospitalario, en el caso de que tengamos situación de crisis, intento de suicidio, un tema grave de consumo, que está en calle y necesitamos el centro desintoxicación para ingresar al centro de rehabilitación, ahí pedimos al tribunal que dé la orden, porque no hay cupos en los centros de salud de desintoxicación. Pero tampoco tenemos mucho, mucha autoridad..., uno lo hace como pa tener súper fuerzas, pero no es porque la orden de tribunal lo solicite, uno va a tener una cama.” (Entrevista grupal, Directores Observatorios)

Estas órdenes de ingreso están destinadas principalmente a hospitales o unidades de psiquiatría para que los NNA sean internados por una estadía corta:

“Estas órdenes de ingreso están destinadas a los hospitales, unidades de psiquiatría, urgencias, como el Horwitz también, y unidades de corta estadía directamente, que ahí está el Félix, con el Metropolitano y también nosotros podemos acceder al Sótero del Río a la unidad de corta estadía.” (Entrevista grupal, Directores Observatorios)

Este mecanismo utilizada por las instituciones, en la narrativa de algunos entrevistados, fue una vía efectiva para lograr que los casos de NNA en situación de calle, que no son infractores, puedan recibir finalmente atención psiquiátrica:

“Tú, para los niños no infractores, tienes que usar otros mecanismos de ingreso como son, solicitando por ejemplo a un tribunal, describiendo un riesgo vital y ahí si el tribunal te acepta esa resolución, uno va con el niño de urgencia y si te tocó un médico buena onda que le explicay toda la situación, te va a decir ya, bueno, lo vamos a ingresar a la unidad hospitalaria...”
(Entrevista grupal, Observatorio Calle)

Este tipo de ingreso a la atención en salud mental, para muchos de los entrevistados, resultó ser efectivo y gestionado mucho más rápidamente, sin complicaciones:

“... no sé nosotros hemos visto dos escenarios en ese caso, hemos llegado con niños y niñas a tribunales de forma urgente, o sea sin audiencia programada, solicitamos la audiencia, y en vista de que hay un riesgo vital ahí importante, ya sea porque hubo un intento suicida, un montón de cosas, se gestiona más rápidamente la internación, ahí los hospitales como que no ponen mucha complicación cuando es así la situación.” (Entrevista grupal, Directores Observatorios)

El ingreso por vía de tribunales, se relaciona con el ingreso por medio de los servicios de urgencia, cuando se produce un caso de riesgo vital, se señaló también como estrategia solicitar tratamiento psiquiátrico por medio de tribunales para el menor:

“ya es los casos extremos cuando tenemos las crisis, intentos de suicidio, intoxicaciones graves, y acceder al servicio de urgencia nos permite que el mismo psiquiatra de urgencia derive al corta estadía por medio del CRS que se mantenga en tratamiento el chico, en tratamiento farmacológico y esto también nosotros lo apoyamos con el tribunal, donde no se le pide el ingreso para salud mental, sino que se pide el ingreso para tratamiento psiquiátrico, esa es la especificidad que nosotros pedimos porque como está con un psicólogo con nosotros, lo que pedimos es que se mantenga con un tratamiento psiquiátrico y atención psiquiátrica.” (Entrevista grupal, Directores Observatorios)

Aun cuando esta es una estrategia muy utilizada por los proyectos, según los entrevistados en los Entrevista grupal. Es importante rescatar el contrapunto hecho por uno de los psiquiatras infanto-juveniles entrevistados, quien explicó que esta estrategia se puede constituir en un dificultador de la atención de los NNA en salud mental. En

algunos casos los psiquiatras infanto-juveniles en el nivel terciario de atención desestimaban los casos de NNA que se derivaban a ellos directamente por una orden judicial. Muchos de los psiquiatras no validan al Tribunal de Familia como un ente que tiene los conocimientos para hacer una derivación, y por ende, terminaban por devolver los casos al Tribunal de Familia, antes que diagnosticarlos.

c) Atención a través de servicios de salud de carácter Particular o privado

Dos entrevistados declararon articular atención particular para los NNA de sus programas, como tercera estrategia para solucionar los problemas de acceso al sistema de salud público. La "caja chica", es decir, recurrir a recursos propios, fue un mecanismo utilizado en una primera etapa para lograr un diagnóstico para los niños por parte de un psiquiatra de atención particular.

"...y muchas veces cuando eso no sucede o cuando la espera es mucha, nosotros también optamos ahí a la caja chica como dice el compañero, de empezar a evaluar, y de que se incorpore una evaluación diagnóstica de manera particular en el hospital clínico de la Universidad de Chile con quienes tenemos convenio. Buena esta es una atención, entre comillas más rápida, porque son de tres a cuatro sesiones en donde él puede conformar una evaluación." (Entrevista grupal, Directores Observatorios)

Otra institución señaló contar con cupos en residencias particulares, lugar por el cual gestiona la atención de ciertos casos, generalmente los más graves con los que deben lidiar:

"Nosotros contamos con dos cupos para atención particular, que se basa más que nada en evaluación e introspección digamos, que son dos cupos mensuales y ahí tenemos que priorizar, quien es más urgente (...) De ahí se hace súper complejo, porque de 70 casos tu comprenderás que hay muchos que necesitan y tenemos sólo dos cupos." (Entrevista grupal, Directores Observatorios)

d) Trabajo psico-social

En las entrevistas individuales, los dos psiquiatras con experiencia en las prestaciones públicas de salud mental identificaron estrategias que son utilizadas comúnmente por los psiquiatras infanto-juveniles que tratan a NNA que presentan una situación de grave vulnerabilidad. Consideran que los psiquiatras se apoyan en otras unidades y especialistas para tratar estos casos, así por ejemplo buscan poner a las familias en contacto con programas de

inserción laboral, cuando estas presentan cesantía, o bien, recurren a un psicólogo para que este trate de forma paralela a las familias.

“uno va y dice; ese niño tiene problema conductual pero su, no sé, vive una situación de pobreza, entonces uno va y deriva la familia al trabajador social que intenta, no sé, buscar algún programa para insertar a la mamá que está cesante, como que uno así no actúa solo desde la biología, pongámoslo así ¿no? Es un tratamiento que dice, biopsicosocial.” (Entrevista 2)

“Si los papás, si hay posibilidad de que los papás son responsables protectores, uno siempre tiene que trabajar en colaboración con ellos, ¿no? Si hay una posibilidad que no, que los papás no son protectores, ahí uno busca justamente las instituciones protectoras para ese niño y en ese caso uno puede compartir el diagnóstico (...)si los papás, si hay posibilidad de que los papás son responsables protectores, uno siempre tiene que trabajar en colaboración con ellos, ¿no? Si hay una posibilidad que no, que los papás no son protectores, ahí uno busca justamente las instituciones protectoras para ese niño y en ese caso uno puede compartir el diagnóstico.” (Entrevista 1)

Conclusiones

Respecto de la pregunta de investigación ¿Cuán pertinentes son las prestaciones públicas de salud mental que existen actualmente en la Región Metropolitana dirigidos a niños, niñas y adolescentes víctimas de explotación sexual comercial y en situación de calle?, se ha llegado a las siguientes conclusiones:

1. Sin perjuicio de lo que la política pueda establecer en términos de principios o lineamientos, es importante analizar los programas en los cuales esta es “operacionalizada”. En ellos, se encuentra una focalización en perfiles de niños que no coinciden con aquellos que sufriendo graves vulneraciones de derecho requieren de atención. El Plan Nacional de Salud Mental define una serie de estrategias y acciones en salud mental que están dirigidas principalmente a NNA escolarizados, con problemas con la justicia y dedicados principalmente a adolescentes de los 10 años en adelante. Desde la perspectiva de los derechos del niño, se estaría transgrediendo con ello el derecho a la salud que debe estar garantizado para la totalidad de los NNA.
2. Es importante considerar también que existen una serie de programas relacionados a consumo de alcohol y drogas para NNA, en su mayoría desarrollados por SENDA y SENAME. Los entrevistados destacan la existencia de esta oferta, sin embargo consideran que no responde al perfil de NNA que estos atienden, que muchas veces tienen problemas de salud diferentes a este,

o bien, no cumple con el perfil de ingreso de estos programas (estar judicializado).

3. El análisis cuantitativo descriptivo permite mostrar cómo el perfil al que principalmente van dirigidas las acciones y estrategias de salud mental desarrollados por las diversas instituciones analizadas no concuerda con el perfil de los NNA en situación de calle y víctimas de explotación sexual comercial pertenecientes a los proyectos que participan de los Observatorios Metropolitanos. De esta manera, los planes y programas analizados en la práctica, terminan por establecer barreras de entrada a los NNA en situación de calle y víctimas de explotación sexual comercial. Al no cumplir estos últimos con características como: estar escolarizados, estar judicializados, pertenecer a un rango etario desde los 10-24 años, tener un adulto protector, estar vinculados a los consultorios, se hace patente la poca pertinencia de las prestaciones públicas de salud mental para esta población.
4. Los entrevistados también concuerdan con que los NNA en situación de calle y víctimas de explotación sexual comercial no cumplen con el perfil que tienen las unidades tratamiento mental existentes en hospitales o comunidades terapéuticas, los cuales privilegian o están enfocados en el tratamiento para NNA judicializados.
5. Según los entrevistados, la dificultad en el acceso a los servicios no solamente se relaciona con la poca pertinencia del perfil de los NNA en situación de calle y víctimas de explotación sexual comercial al perfil de las prestaciones públicas de salud mental, sino también a otros factores; la falta de oferta en los diferentes servicios o prestaciones de salud mental, la diferencia de visiones que tienen los profesionales sobre el tratamiento que deben recibir los NNA para mejorar su bienestar, la discriminación que estos viven en los distintos servicios de salud mental y los problemas de comunicación intersectoriales.
6. A esto se suma las diferencias territoriales a nivel comunal entre las redes de salud mental, con la que los entrevistados declaran contar. Según estos, la disposición de los servicios a entender la situación en que se encuentran los NNA en situación de calle y víctimas de explotación sexual comercial varía según el territorio. Los programas de tratamiento de salud mental varían de acuerdo a las características de la comuna, presentándose un mejor trabajo integrado en algunos sectores en comparación a otros.
7. El acceso también depende de las relaciones que establecen los programas con las redes de acceso a los servicios de salud. Cuando el vínculo es positivo, se agiliza el proceso de atención, cuando las redes son malas, se ralentiza.

8. Los entrevistados consideran que el sistema parece activarse ante la urgencia de internación. Desde un enfoque de derechos este tipo de actuar es insuficientes, puesto que los servicios reaccionarían cuando el daño ya está causado y la vida del niño se encuentra en riesgo. Transversalmente a los entrevistados se genera una crítica a esta forma de acción y se propone fortalecer programas y acciones de prevención para superar este problema.

Bibliografía

- Fundación San Carlos de Maipo (2010) Estudio de alternativas para la atención integral de la salud mental de niños/as y adolescentes con compromiso biopsicosocial severo.
- Vicente, B. Saldivia, S. De la Barra, F. Melipillán, R. Valdivia, M. Kohn, R. (2012) Salud mental infanto-juvenil en Chile y brechas de atención sanitarias. RevMed Chile, 447-457.
- Convención sobre los derechos del Niño.
- Catálogo de Prestaciones Chile Crece Contigo (<http://blog.chccsalud.cl/>)
- Orientaciones Técnicas para el control de Salud Integral "Control Joven Sano 2014" (http://web.minsal.cl/PROGRAMA_SALUD_INTEGRAL_ADOLESCENTES_Y_JOVENES)
- Guía Clínica: Detección y primera respuesta a niños, niñas y adolescentes víctimas de maltrato por parte de familiares o cuidadores en (http://web.minsal.cl/PROGRAMA_SALUD_INTEGRAL_ADOLESCENTES_Y_JOVENES)
- Programa Nacional Salud Integral Adolescentes 2012 - 2º edición (http://web.minsal.cl/PROGRAMA_SALUD_INTEGRAL_ADOLESCENTES_Y_JOVENES)
- Norma Administrativa del Programa Nacional de Salud en la Infancia (http://web.minsal.cl/salud_infantil)
- Programa Nacional de Salud en la Infancia con enfoque integral en (http://web.minsal.cl/salud_infantil)
- Programa de Habilidades para la Vida en <http://www.junaeb.cl/habilidades-para-la-vida>)
- GES en <http://www.supersalud.gob.cl/consultas/570/w3-article-4605.html>
- Programa Salud del Estudiante en http://www.escuelasegura.mineduc.cl/index2.php?id_portal=81&id_seccion=4317&id_contenido=21686
- Programa Salud Integral Adolescentes y Jóvenes en http://web.minsal.cl/PROGRAMA_SALUD_INTEGRAL_ADOLESCENTES_Y_JOVENES
- Atención de Niños, Niñas y Adolescentes con Trastornos Mentales Usuarios del SENAME en <http://www.sename.cl/wsename/estructuras.php?name=Content&pa=showpage&pid=1>

- Programas relacionados a consumo de alcohol y drogas en población infanto-juvenil (SENDA) en <http://www.senda.gob.cl/quienes-somos/estrategia-nacional-de-drogas/>)
- <http://web.minsal.cl/portal/url/item/71e4f2dd2b638460e04001011f01239d.pdf>