

Residencia de alta complejidad

Versión: 5

Ministerio de Justicia

Servicio Nacional de Menores

Calificación

Recomendado favorablemente

I. Antecedentes

Propósito:

Adolescentes de 14 a 18 años, con medida de protección de ingreso a residencias SENAME emitida por un Tribunal de Familia, mantienen la estabilidad emocional, una vez obtenida el alta médica de la Unidad de Hospitalaria de Cuidado Intensivo Psiquiátrico.

Diagnóstico:

Los adolescentes que estaban en una residencia, por medida de protección emitida por un Tribunal de Familia y obtuvieron alta médica de Unidad Hospitalaria Psiquiátrica, al retornar a la residencia de origen, no mantienen la estabilidad emocional que lograron con el tratamiento.

Según la base de datos institucional (SENAINFO), durante el año 2016 10.437 niños, niñas y adolescentes (NNA) fueron derivados a residencias por un Tribunal de Familia.

En el 2016, el Ministerio de Salud diagnosticó la situación de salud de los NNA en residencias de SENAME e identificó que del total vigentes al 30 de junio de 2016, un 22,4% presentó trastornos de salud mental, tales como: intento suicidio, autoagresiones, depresión grave, trastorno bipolar, consumo perjudicial, esquizofrenia, trastorno de conducta grave, entre otros.

De los NNA con trastorno de salud mental solo 118, accedieron y obtuvieron el alta médica del tratamiento en el sistema público de salud, en una Unidad Hospitalaria de Cuidado Intensivo Psiquiátrico (UHCIP) para interrumpir el riesgo vital y lograr estabilidad emocional, mediante tratamiento farmacológico y terapéutico, según registros del MINSAL.

Al obtener el alta médica, el NNA regresa a la residencia de origen, sin embargo, algunos vuelven a desestabilizarse emocionalmente generando, en algunos casos, cuadros clínicos con riesgo vital o trasgresiones de derechos de los NNA con los que convive en la residencia. En SENAME no hay estadísticas del número de NNA que vuelven a desestabilizarse, sin embargo, según los registros del MINSAL, los NNA reingresan entre 2 a 8 veces a las UHCIP durante el mismo año.

La desestabilización ocurre, en primer lugar, al regreso a la residencia de origen el NNA se enfrenta a un ambiente y convivencia estresante para su situación de salud mental, en la medida que, la proporción de NNA por personal de trato directo no permite entregar cuidado personalizado. En segundo lugar, no cuentan con control médico periódico que monitoree la efectividad del tratamiento farmacológico y realice los ajustes del mismo, según evolución. En tercer lugar, los NNA presentan bajo desarrollo de habilidades socioemocionales, lo que no les permite autoregularse frente a la sintomatología de su trastorno de salud mental.

Estructura y gasto por componentes

Componente	Gasto estimado 2018 (Miles de \$ (2017))	Producción estimada 2018 (Unidad)	Gasto unitario estimado 2018 (Miles de \$ (2017))
Residencialidad	287.388	30 (Número de adolescentes atendidos)	9.579,60
Control médico y farmacológico.	188.259	30 (Adolescentes con 2 controles médicos por mes)	6.275,30
Apoyo Psicosocial	367.342	30 (Adolescentes con 4 atenciones psicológicas por mes)	12.244,73
Gasto Administrativo	385.553		
Total	1.228.542		
Porcentaje gasto administrativo	31,38%		

Población y gasto por beneficiario

Concepto	2018 (Meta)	Población a la que se orienta
Población potencial	118 Personas	Adolescentes entre 14 a 18 años, con medida de protección de ingreso a residencias SENAME, emitida por un Tribunal de Familia, que han obtenido el alta medica de las Unidades Hospitalarias de Cuidado Intensivo Psiquiátrica (UHCIP), del sistema de salud público de la región metropolitana (RM). De ese grupo, en la Región Metropolitana, durante el año 2016, 118 Adolescentes obtuvieron el alta medica de la Unidad Hospitalarias de Cuidado Intensivo Psiquiátrico.
Población objetivo	30 Personas	
Cobertura (Objetivo/Potencial)	25,42%	
Gasto por Personas (Miles de \$ (2017))	40.951,40	

Indicadores a nivel de Propósito

Nombre del Indicador	Fórmula de Cálculo	2018 (Estimado)
Porcentaje de adolescentes atendidos con recomendación de retorno a la residencia de origen, a través de informe del equipo medico del servicio de salud.	(Número de adolescentes atendidos con recomendación de retorno a la residencia de origen, en informe medico realizado por el equipo medico del servicio de salud en el periodo t/ Número de adolescentes atendidos en el periodo t)	70,00%
Porcentaje de adolescentes que no son derivados a Unidad Hospitalaria Psiquiátrica	(Número de adolescentes atendidos de residencia de alta especialidad en periodo t-1, que durante 12 meses siguientes a su egreso, no son derivados a Unidad Hospitalaria de Cuidado Intensivo Psiquiátrica / número de adolescentes atendidos en la residencia de alta especialidad en el periodo t-1)	70,00%

Indicadores a nivel de Componentes

Nombre del Indicador	Fórmula de Cálculo	2018 (Estimado)
Costo promedio mensual de la residencialidad por adolescente	Costo del componente de residencialidad en periodo t/ Número de adolescente atendido en la residencia en periodo t	1.596.000,00
Porcentaje de adolescentes con 2 controles médicos de salud mental por mes.	(Número de adolescentes con 2 controles médicos por mes, en periodo t/Número de adolescentes atendidos en la residencia en periodo t)	90,00%
Porcentaje de adolescentes que logran los objetivos del Plan de Intervención Individual.	(Número de egresados de la residencia de alta especialidad con Plan de intervención individual logrado en el periodo t /Nº egresados de la residencia de alta especialidad en el periodo t)	83,00%

II. Evaluación

Evaluación General:

El programa cumple con los términos de consistencia (relación entre el diseño planteado y su posterior ejecución, analizada a partir de la definición de indicadores, del sistema de información y los gastos planificados), atingencia (pertinencia del diseño del programa para resolver el problema o la necesidad, en relación a la población que se ve afectada por dicho problema) y coherencia (relación o vínculo entre sus objetivos, población a atender y su estrategia de intervención).

- **Atingencia:** Se evidencia la pertinencia del diseño del programa para resolver el problema o la necesidad identificada en relación a la población que se ve afectada.
- **Coherencia:** Se observa una adecuada relación entre los objetivos (fin, propósito y componentes), la población a atender y la estrategia de intervención propuesta.
- **Consistencia:** Se observa una adecuada relación entre el diseño del programa y su posterior ejecución, analizada a partir de los indicadores, el sistema de información propuesto y los gastos planificados.