

NOMBRE DEL PROGRAMA: REHABILITACIÓN INTEGRAL EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES

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

CALIFICACIÓN

Objetado técnicamente

I. ANTECEDENTES

PROPÓSITO

Los Niños, Niñas y Adolescentes con condiciones de salud mejoran su funcionamiento.

DIAGNÓSTICO

Niños, Niñas y Adolescentes con condiciones de salud presentan deterioro del funcionamiento.

El modelo conceptual que se toma como referencia es la clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y Salud (CIF), donde el "funcionamiento" abarca: funciones, estructuras corporales, actividad y participación, y la "discapacidad" incluye: deficiencias, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación y se entiende que las personas experimentan un continuo entre funcionamiento y discapacidad, que se da a partir de las condiciones de salud, factores personales y ambientales. Cuando esta interacción es positiva se habla de funcionamiento y cuando es negativa de discapacidad. Por otra parte, la OMS define la rehabilitación como "un conjunto de intervenciones diseñadas para optimizar el funcionamiento y reducir la discapacidad en individuos con condiciones de salud, en interacción con su entorno", por ende, cuando se diseñan programas de rehabilitación, estos dirigen sus acciones a mejorar el funcionamiento (Organización Mundial de la Salud, 2017). Esto implica por una parte, entregar herramientas y desarrollar competencias para ir mejorando progresivamente el desempeño de las personas en la variedad de actividades de la vida diaria que son relevantes y significativas para la edad y, por otra, trabajar en el ambiente para disminuir las barreras que dificultan la ejecución de actividades y la participación social. Luego, los ámbitos de acción de la rehabilitación son el cuerpo humano (estructuras y funciones) y el ambiente y sus barreras (para mejorar la relación entre las personas y el entorno).

En el módulo de desarrollo infantil de la Encuesta Nacional de Salud del 2016-2017, se revela que 71,8% de los niños evaluados vía entrevista a cuidadora principal en el control de salud en los establecimientos de salud no presenta alteraciones de funcionamiento acorde a su edad, por otra parte, el 28,2% de los niños presenta algún nivel de deterioro en el funcionamiento, que puede desglosarse en un 18,3% de los niños/as tienen rezago en su desarrollo y un 9,9% de los niños/as tienen retraso de desarrollo funcional. Es importante señalar que este módulo de evaluación de funcionamiento se midió por primera vez en la mencionada versión de la Encuesta Nacional de Salud.

Por otra parte, los datos de las evaluaciones realizadas en APS el año 2017, muestran que del total de evaluaciones de desarrollo psicomotor en niños/as (397.092 evaluaciones), 343.442 presentaron resultado normal, 46.534 presentaron resultado de rezago o riesgo con un aumento del 17% los últimos 4 años y 7.116 presentaron resultado de retraso, este último con un aumento en los últimos 4 años del 49%.

En nuestro país se han desarrollado solamente dos versiones del Estudio Nacional de la Discapacidad, en el año 2004 y el 2015, con importantes diferencias metodológicas que no permiten comparar la información, pero que sin embargo dan luces sobre la magnitud del problema. Ambas, eso sí, consideran discapacidad y deterioro del funcionamiento como un continuo que implica pérdida de la capacidad. En la primera versión, se estimó una prevalencia de discapacidad de 0 a 15 años de 3.2% (Servicio Nacional de la Discapacidad, 2004). La ENDISC en su segunda versión del año 2015 estimó que el 5.8% de la población de 2 a 17 años presenta discapacidad, lo que corresponde a 229.904 personas, donde los hombres presentan mayores prevalencias (7,2%8 en comparación con las mujeres (4,4%). Asimismo, al analizar la distribución de capacidad en la población de niños/as y adolescente, el 53.6% de la población presenta algún grado de deterioro de su funcionamiento debido a una condición de salud (sumatoria de alteración de la capacidad leve, moderada y severa) (Servicio Nacional de la Discapacidad, 2015).

Si consideramos las condiciones de salud que pueden asociarse a deterioro de funcionamiento en NNA, las enfermedades asociadas al nacimiento son aquellas que generan mayor cantidad de años vividos con discapacidad (DALYs), llegando a los 94.222 años, de ellos 74.663 corresponde a años perdidos por muerte prematura y 19.559 años vividos con discapacidad. En adolescentes, las condiciones de salud musculoesqueléticas aparecen como la segunda causa de deterioro del funcionamiento, después de las condiciones de salud mental. (Evaluation, 2018).

| ESTRUCTURA Y GASTO POR COMPONENTES | | | |
|---|--|---|---|
| Componente | Gasto estimado 2023 (Miles de \$ 2022) | Producción estimada 2023 (Unidad) | Gasto unitario estimado 2023 (Miles de \$ 2022) |
| Rehabilitación en niños, niñas y adolescentes | 1.366.660 | 5.040 (Personas ingresada que cuentan con Plan de Tratamiento Integral) | 271,16 |
| Gasto Administrativo | 436.152 | | |
| Total | 1.802.812 | | |
| Porcentaje gasto administrativo | 24% | | |

POBLACIÓN Y GASTO

| Tipo de Población | Descripción | 2023 (cuantificación) |
|------------------------|---|-----------------------|
| Población Potencial | Niños, niñas y adolescentes, de 0 a 17 años, con deterioro del funcionamiento por condiciones de salud, congénitas o adquiridas. | 1.201.081 Personas |
| Población Objetivo | Niños, Niñas y Adolescentes de 0 a 17 años con condiciones de salud que presentan deterioro del funcionamiento, beneficiaria FONASA, inscrita en los establecimientos de Atención Primaria de Salud. | 862.459 Personas |
| Población Beneficiaria | <p>Población FONASA inscrita en Establecimientos de APS, quienes son derivados desde los controles médicos en CESFAM, ingresando al programa por orden de llegada, priorizando de acuerdo a los siguientes criterios:</p> <p>Prioridad 1: Población con rezago y retraso en el Desarrollo Sicomotor y aquellos que son pesquados en el control sano a los 18 meses de edad con el instrumento "Lista de verificación modificada para autismo en niños pequeños".</p> <p>Prioridad 2: Niños y niñas con deterioro de funcionamiento que no estén recibiendo tratamiento o que están recibiendo tratamiento en algún establecimiento fuera de su comuna de residencia.</p> <p>Prioridad 3: Adolescentes con deterioro del funcionamiento derivado de alteraciones muscular esqueléticas generadas por lesiones.</p> <p>Todos los criterios de ingreso (antecedes personales y diagnóstico de la condición de salud), así como los criterios de priorización se verifican en los sistemas de fichas clínicas (análoga o electrónica) disponibles en todos los establecimientos de APS, a los cuales el equipo del programa tendrá acceso. El programa se ejecuta a nivel comunal, por tanto, le permite acceder a aquellos NNA del mismo territorio que cumplan con los criterios de focalización.</p> <p>Se espera ir creciendo de forma progresiva en el número total de equipos ejecutores para poder dar cobertura a la población beneficiaria en mediano plazo.</p> | 5.040 Personas |

| Gasto por beneficiario 2023 (Miles de \$2022) | Cuantificación de Beneficiarios | | | |
|---|---------------------------------|--------|--------|--------|
| | 2023 (Meta) | 2024 | 2025 | 2026 |
| 358 por cada beneficiario (Personas) | 5.040 | 10.800 | 16.200 | 21.600 |

| Concepto | 2023 |
|------------------------------------|------|
| Cobertura (Objetivo/Potencial) | 72% |
| Cobertura (Beneficiarios/Objetivo) | 1% |

| INDICADORES A NIVEL DE PROPÓSITO | | | |
|--|--|-----------|-----------------|
| Nombre del Indicador | Fórmula de Cálculo | Dimensión | 2023 (Estimado) |
| Porcentaje de Niños, Niñas y Adolescentes que logran los objetivos del Plan de Tratamiento Integral | $(\text{NNA que egresan del programa con objetivos del PTI logrados en el año t}) / (\text{NNA que ingresan al programa en el año t}) * 100$ | Eficacia | 60% |
| Porcentaje de Niños, Niñas y Adolescentes que logra objetivos de inclusión social producto de la intervención del equipo | $(\text{NNA que logran objetivos de inclusión social en el año t}) / (\text{NNA ingresados que tienen objetivos de inclusión social en el PTI en el año t}) * 100$ | Eficacia | 30% |

| INDICADORES A NIVEL DE COMPONENTES | | | |
|---|--|-----------|-----------------|
| Nombre del Indicador | Fórmula de Cálculo | Dimensión | 2023 (Estimado) |
| Porcentaje de NNA que abandonan el programa | $(\text{N}^\circ \text{ de NNA que egresan del programa por "abandono" en el año t} / \text{N}^\circ \text{ de NNA que ingresan al programa en el año t}) * 100$ | Eficacia | 10% |

II. EVALUACIÓN

EVALUACIÓN GENERAL

El programa no cumple en términos de atingencia (pertinencia del diseño del programa para resolver el problema o la necesidad, en relación a la población que se ve afectada por dicho problema), coherencia (relación o vínculo entre sus objetivos, población a atender y su estrategia de intervención), ni en 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). Se requiere que la institución proponente profundice en la especificación de ciertos elementos que se indican en adelante.

Atingencia: Se evidencia una limitada pertinencia del diseño del programa para resolver el problema o la necesidad identificada en relación con la población que se ve afectada. Se debe revisar la redacción del enunciado del problema y sus causas.

Coherencia: Se observa una limitada relación entre los objetivos (fin, propósito y componentes), la población a atender y la estrategia de intervención propuesta. El enunciado del propósito requiere ser ajustado en función del problema principal. Además, se deben revisar los criterios de priorización y la cuantificación de la población beneficiaria, y describir correctamente la estrategia de intervención del programa.

Consistencia: Se observa una limitada 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. Los indicadores de propósito y componentes tienen falencias que deben ser subsanadas. Los gastos se describen insuficientemente.

EVALUACIÓN POR ÁMBITO

Diagnóstico de la Necesidad del Programa: El programa describe de manera insuficiente el problema o necesidad que busca resolver. Si bien el programa logra acotar su problema a una situación negativa única, los conceptos son ambiguos. "Condiciones de salud" debiera especificarse como una condición negativa, de la misma manera "el funcionamiento", debiera describirse en los términos que son aportados en la evolución del problema (por ejemplo: deterioro de su funcionamiento fisiológico, psicológico y/o social"). Además, se debe clarificar cómo se relacionan las "condiciones de salud" con la "discapacidad" ya si bien que ambas son abordadas en el diagnóstico, la discapacidad no es parte del problema.

En la evolución del problema se menciona a grupos específicos que presentan el problema según género. Esto se debe incorporar en la siguiente pregunta que precisamente consulta por la presencia del problema en estos grupos.

Lo presentado en las causas debe ordenarse y profundizarse. Se solicita presentar causas enumeradas y justificadas con datos que tengan relación directa con lo que el programa abordará posteriormente a través de los componentes. En este caso particular, se podrían enumerar al menos dos causas de lo que se desprende del párrafo: 1) deficiencias fisiológicas que conllevan problemas de funcionamiento; 2) factores ambientales.

Se reitera también la observación hecha sobre los efectos de no intervenir, ya que nuevamente, respecto a lo presentado, no se respalda con datos las afirmaciones realizadas. Se recuerda que no sólo se debe hacer alusión a ellos, sino que deben estar correctamente justificados, precisando cuáles se espera evitar producto de la implementación del programa tanto en el corto como en el largo plazo.

Dada la relevancia que tiene en la evidencia nacional e internacional presentada, los elementos de intervención comunitaria e integral, se

solicita que se aporten datos e indicadores de resultados que vayan en esa línea en el diagnóstico. Específicamente en las causas y evolución del problema.

Objetivo del Programa y Población: El propósito del programa es correctamente planteado como la reversión del problema. Pese a esto, se debe adecuar una vez mejorado el enunciado del problema principal, para que ambos sigan siendo coherentes.

Se sugiere utilizar la definición señalada en la población potencial para la descripción el problema y el propósito, es decir, "niños, niñas y adolescentes con condiciones de salud, congénitas o adquiridas", de manera de precisar lo que ahora está ambiguo en el problema.

Respecto a la población beneficiada, en el segundo criterio, se reitera la consulta sobre cómo se verifica este criterio y si lo planteado implica que el programa les asegura a los niños, niñas y adolescentes la posibilidad de acceder a tratamiento en establecimientos al interior de sus comunas de residencia. En el tercer criterio, se solicita especificar cómo se verifica dicho criterio y cuáles son los motivos por los cuales se priorizan a adolescentes con alteraciones músculo esqueléticas generadas por lesiones antes que otros tipos de alteraciones o discapacidades. Por otro lado, se solicita indicar si la cuantificación presentada corresponde solo a nuevos ingresos anuales o hay población de arrastre. Esto es importante para poder evaluar cuánto proyecta avanzar el programa en la atención de su población objetivo en el mediano plazo. Además, se solicita indicar cómo se aplican los criterios de priorización, es decir, se debe explicitar si hay cupos asociados a cada criterio, u otro mecanismo de asignación. Por otro lado, se debe entregar antecedentes en la evolución del problema que avalen que dichos criterios sean coherentes con el diagnóstico.

Estrategia del Programa: El único componente está descrito de manera correcta, sin embargo, si se incluyen causas del problema que tienen que ver con factores ambientales, este único componente no parece ser suficiente. Se debiera incluir en la intervención, un bien o servicio que permita enfrentar esa arista del problema de funcionamiento en niños, niñas y adolescentes con condiciones de salud congénitas o adquiridas. Se solicita sacar la meta de producción y el presupuesto de la descripción del componente

El programa debe presentar una estrategia de intervención que defina todos los procesos por los que pasa una persona desde que postula o es derivado al programa, ingresa, es atendido y egresa. Si se agrega otro componente, ambos deben ser descritos en la estrategia señalando cómo se conjugan, cómo permite o permiten alcanzar el logro del propósito, cómo operan las articulaciones y/o complementariedades, y cuáles son los tiempos de intervención.

Se debe presentar el tiempo que dura la intervención, sus criterios de egreso asociados al logro de objetivos, señalar si los beneficiarios pueden o no volver a ingresar al programa e identificar si el programa atiende un problema existente o es de carácter preventivo.

Indicadores: Respecto a los indicadores de propósito se requiere realizar los siguientes ajustes y/o precisiones:

En términos específicos, respecto al primer indicador "Porcentaje de Niños, Niñas y Adolescentes que logran los objetivos del Plan de Tratamiento Integral", si bien podría ser pertinente para medir el propósito, se debe señalar si los beneficiarios egresan del programa cuando logran todos los objetivos que se incluyeron en su plan de tratamiento Integral, o pueden egresar con un cierto nivel de logro (por ejemplo: un 80% de los objetivos del programa). Lo planteado en la metodología del indicador debe ser coherente con lo que se agregue en el apartado de estrategia.

En el segundo indicador de propósito, al igual que en el anterior, se debe señalar si se verifica el cumplimiento de la inclusión social con un porcentaje de logro o se debe cumplir en un 100%. Además, para que sea pertinente, en la estrategia de intervención se debe indicar en qué casos hay planes de inclusión social, qué tipo de metas se disponen y cómo se evalúa que estas se cumplan.

Respecto a los indicadores de componentes se observa lo siguiente:

En el primer indicador complementario, para que sea pertinente a los bienes y servicios que entrega el componente, se debe incluir en la estrategia cómo se espera que los NNA adhieran al tratamiento y, por ende, no abandonen sus planes de rehabilitación. Además, se debe justificar cómo se estima ese 10% de deserción del tratamiento.

Gastos: Tanto en los gastos por componente como administrativos, se debe señalar si corresponden gastos existentes o adicionales para la institución. Además, se debe revisar lo elevado del gasto administrativo del programa ya que corresponde a más de un 24% del total del presupuesto.