



MINISTERIO DE SALUD  
GABINETE DE LA MINISTRA  
SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES  
DIVISIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA  
DIVISIÓN JURÍDICA

APRUEBA PROGRAMA DE  
ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL EN  
LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD



GAR / GGC / IVT / BMO / IVP / EAR / PGG

EXENTA N°

19

SANTIAGO, 09 ENE. 2017

**VISTO:** Lo solicitado mediante memorando C51 N° 194, de 5 de diciembre de 2016, del Jefe de la División de Atención Primaria; lo dispuesto en el decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2.763, de 1979, y de las leyes N° 18.933 y N° 18.469; en el decreto supremo N° 136, de 2004, del Ministerio de Salud, que establece el Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud; en la ley N° 19.378, que establece el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal; en el decreto supremo N° 2.296, de 1995, del Ministerio de Salud, que aprueba el Reglamento General de la ley N° 19.378; en la resolución N° 30, de 2015 y en la resolución N° 1.600, de 2008, ambas de la Contraloría General de la República, y

**CONSIDERANDO:**

- 1.- Que, de acuerdo al ordenamiento jurídico nacional, al Ministro de Salud le corresponde la dirección superior del Ministerio, debiendo, igualmente, fijar las políticas, dictar las normas, aprobar los planes y programas generales y evaluar las acciones que deben ejecutar los organismos del sistema.
- 2.- Que, un programa es el instrumento jurídico y metodológico que concreta una política pública de salud en un área o materia específica, y por el cual el Ministerio de Salud actúa en cumplimiento de sus deberes y obligaciones y en directo beneficio de la población; siendo la herramienta que sirve de marco a las acciones concretas de salud dirigidas a la promoción, protección y recuperación de la salud, y de rehabilitación del individuo, según sea el caso.
- 3.- Que, la resolución exenta N° 357, de 27 de enero de 2013, del Ministerio de Salud, aprobó el texto del "Programa de Acompañamiento Psicosocial en la Atención Primaria de Salud", cuya implementación fue dispuesta para la presente anualidad.
- 4.- Que, el referido programa tiene por objeto contribuir a elevar el nivel de salud mental de niños, niñas, adolescentes, y jóvenes de familias con alto riesgo psicosocial, asegurando su acceso, oportunidad y calidad de la atención de salud mental, a través de un programa de acompañamiento centrado en la vinculación, articulación, seguimiento y monitoreo, en el contexto del modelo de atención de salud integral con enfoque familiar y comunitario.
- 5.- Que, en este contexto, su creación apunta a monitorear la detección de casos de alto riesgo para disminuir las brechas de acceso y la prevención indicada en población específica, incorporando recursos para el desarrollo de las funciones específicas de vinculación, articulación, acompañamiento y seguimiento.

6.- Que, en mérito de lo razonado precedentemente, dicto la siguiente:

## RESOLUCION:

1º.- **APRUÉBASE** el "Programa de Acompañamiento Psicosocial en la atención primaria de salud", cuyo texto es el siguiente:

### **Programa de Acompañamiento Psicosocial en la atención primaria de salud**

#### **Antecedentes.**

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) describe el término *psicosocial* como la interconexión entre los procesos psicológicos y sociales, en el cual cada uno interactúa constantemente con el otro, influyéndose mutuamente. El término compuesto salud mental y apoyo psicosocial (SMAPS) es usado para describir cualquier tipo de apoyo local o externo con miras a proteger o promover el bienestar psicosocial y/o prevenir o tratar trastornos mentales<sup>i</sup>. Asimismo, estos factores psicosociales son condiciones que pueden estar presentes en uno o varios integrantes de una familia y que tienen la capacidad para afectar su salud tanto psíquica como social. Así pues, unas condiciones psicosociales desfavorables están en el origen de la aparición de trastornos mentales como exposición a situaciones de riesgo.

En Chile los trastornos neuro psiquiátricos son responsables de un 23 % de la carga de enfermedad en el país<sup>ii</sup>. Asimismo, el estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica mostró que un 36% de la población mayor de 15 años, había tenido un trastorno psiquiátrico a lo largo de su vida, asimismo la prevalencia año de trastornos mentales es de un 22%, tanto en población infantil como en adultos<sup>iii,iv</sup>. La información actualizada en Chile muestra que la cobertura de personas con trastornos mentales en la Atención Primaria de Salud (APS) en Chile es del 4,23%, nivel por debajo de la media de los países con ingresos medios, y cercana al 3,4% de los países con bajos ingresos según el informe mundial de la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>v</sup>.

En nuestro país, algunos estudios cifran en casi un 17% la prevalencia de abuso sexual en la infancia, una cifra que podría ser mayor si se considera que hay una proporción de casos que no se denuncian, agregado que el abuso estaría fuertemente asociado a síntomas depresivos en sus víctimas<sup>vi</sup>. La prevalencia de violencia de género supera el 32%, y guarda una alta correlación con haber sido víctima de violencia en la infancia<sup>vii</sup>.

Respecto al suicidio, Chile se encuentra entre los países miembros de la OCDE con mayores tasas de suicidio, 13,3 por 100.000 habitantes en el informe de 2013. La tasa de mortalidad por suicidio en población 10-19 años, entre 2000-2008 y estimada 2010-2020 tiende a aumentar según lo observado desde el año 2000 y llegaría a 12,0 por 100.000 habitantes el año 2020<sup>viii</sup>.

Por otro lado, cabe destacar que los problemas de salud no se distribuyen por azar, están fuertemente determinados por la estructura social, política y económica en la que vivimos<sup>ix</sup>, dependerán de la familia, el barrio o de las oportunidades de educación, trabajo o descanso y ocio que tengan las personas<sup>x</sup>, asimismo las condiciones sociales que generan estas inequidades en la salud de la población han sido conceptualizadas bajo el nombre de Determinantes Sociales de la Salud (DSS)<sup>xi</sup>.

Las brechas de cobertura de personas en tratamiento en la APS de Chile por trastornos mentales es importante, en relación a la población potencial con trastornos mentales según la prevalencia observada. En los estudios nacionales, se logra alcanzar sólo un 19,24% de cobertura<sup>xii</sup>. Por otro lado, también la cobertura de personas con factores de riesgo psicosocial, violencia, maltrato, y seguimiento de personas con intento de suicidio en la APS es baja a pesar de la alta prevalencia y magnitud del problema.

## I. FUNDAMENTACION

### PROBLEMA PRINCIPAL

Estudios recomiendan que personas con trastornos mentales y que además tienen algún factor de riesgo psicosocial, individual o familiar, requieren un programa de atención en la APS con un componente de acompañamiento y seguimiento intensivo con el fin de asegurar el ingreso al programa como también aumentar su adherencia. Recientemente el estudio chileno en mujeres con depresión postnatal en la APS demostró que la actual oferta de tratamiento no es suficiente para responder a las necesidades especiales de ésta población específica, lo que impacta en mayores efectos negativos para la mujer y su hijo o hija, en resumen existen múltiples barreras que generan inequidades de salud en poblaciones específicas <sup>xiii, xiv, xv, xvi, xvii, xviii, xix</sup>. Una de las recomendaciones más relevantes del estudio al modelo de intervención, con base en APS, fue que las mujeres con depresión posparto debieran acceder a un programa específico con un enfoque comunitario, fortaleciendo las redes de apoyo social e incorporando estrategias de visitas domiciliarias y sistemas de comunicación.

Con respecto a la prevención del suicidio los investigadores recomiendan<sup>xx</sup>, que además de la detección e intervención oportunas, se requiere un seguimiento de los casos, logrando una cobertura masiva y duradera en el tiempo en la implementación de los programas<sup>xxi</sup>. Para las acciones de seguimiento no se recomiendan intervenciones aisladas, sino sistemáticas<sup>xxii</sup>. Este seguimiento y/o acompañamiento podría llevarse a cabo a través de llamados telefónicos o mensajería de texto de manera periódica, por un mínimo de seis meses, idealmente un año. Es importante que en aquellos casos que dejan de consultar, se deben conocer los motivos de la deserción y motivar la adherencia al tratamiento.

Asimismo, muchas personas y sus familias que ingresan por violencia y/o maltrato infantil en la APS no pueden ser abordados con las prestaciones regulares que ofrece el Programa de Salud Mental en APS, en efecto requieren de un programa de acompañamiento intensivo diferenciado, en especial si además deben acceder atención especializada en otros dispositivos de la red. Por lo anterior, solo se pueden lograr mejores resultados para un mayor bienestar de salud mental de las personas, disminuir los costos personales y sociales con un enfoque de salud pública<sup>xxiii</sup>.

En términos globales, el problema anteriormente descrito concentra una especial preocupación por las familias cuyos integrantes tienen factores de riesgo psicosocial que les impiden tanto acceder a una atención de salud mental integral o bien mantenerse en tratamiento, esto en especial en mujeres con depresión perinatal, personas que han intentado suicidarse, NNA y mujeres adultas que han sido víctimas de violencia.

Por lo anterior, y en base a las recomendaciones es importante desarrollar un programa de atención colaborativa que brinde un acompañamiento y seguimiento de las personas y sus familias con los factores de riesgo antes mencionados, con el fin de acortar las brechas de acceso a la atención y tener derecho a una atención diferenciada. En este contexto surge el Programa de Acompañamiento Psicosocial en la APS, en adelante "El Programa", el cual tiene como objetivo principal la vinculación del integrante y su familia con alto riesgo psicosocial con la provisión de servicios en la APS y en otros dispositivos de la red según su necesidad, como también la coordinación los servicios en un territorio centrado en la persona y su familia. La población objetivo son las personas de familias con alto riesgo psicosocial, y que regularmente tienen dificultades para la vinculación y mantención de la adherencia a los servicios regulares de la APS, esto con el fin de disminuir las barreras e inequidades a las que se ven enfrentados y está orientado a brindar atención de acompañamiento psicosocial a familias con integrantes de alto riesgo psicosocial en el marco del Modelo de atención con enfoque familiar y comunitario, principalmente con acciones de prevención, detección, monitoreo y seguimiento. Esta iniciativa tiene relación con los Objetivos Estratégicos para la década 2010-2020. En forma específica, se relaciona con el Objetivo Estratégico N° 2, que propone disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental y violencia, con el Objetivo Estratégico N° 3 que apunta a reducir factores de riesgo asociados a la carga de enfermedad, reducir el consumo de riesgo de alcohol y de drogas ilícitas, a través del desarrollo de hábitos y estilos de vida saludables, y particularmente con el Objetivo Estratégico N° 4 correspondiente a reducir la mortalidad y mejorar la salud de las personas a lo largo del ciclo vital, específicamente en disminuir la mortalidad por suicidio en adolescentes.

### DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA

El Programa tiene tres componentes principales. El primer componente contiene acciones de vinculación de las personas de familias con alto riesgo psicosocial con los servicios de salud basados en la APS. El segundo componente tiene acciones de articulación y coordinación de los distintos dispositivos disponibles para la atención de la persona con alto riesgo psicosocial con un enfoque de redes integradas de servicios de salud. Finalmente, el tercer componente comprende acciones de acompañamiento y seguimiento a las personas.

El Programa, contempla la participación de las personas y sus familias en los distintos componentes del programa, ya sea en las acciones comunitarias de vinculación, de articulación, y en el acompañamiento y seguimiento.

Este Programa incorpora nuevas funciones en la gestión y atención de las personas con alto riesgo psicosocial en la APS, principalmente estas funciones son de un monitoreo intensivo, detección de casos de alto riesgo para disminuir las brechas de acceso y la prevención indicada en población específica. A su vez, incorpora recursos para el desarrollo de las funciones específicas de vinculación, articulación, acompañamiento y seguimiento a través de un profesional y recursos para el desarrollo de funciones de detección de problemas psicosociales en la comunidad, seguimiento telefónico y visitas domiciliarias, a realizar por un Agente Comunitario capacitado en estas funciones. Para la gestión del Programa y según el modelo de implementación local, las funciones pueden ser asumidas por funcionarios ya integrados en equipo de salud o la contratación de nuevos funcionarios, asimismo las funciones pueden ser distribuidas entre algunos funcionarios del equipo de salud, según la realidad local.

El Programa tendrá una alta interacción con los programas existentes en la APS como: Salud Mental en APS, Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial del Chile Crece Contigo, del Adolescente, Habilidades para la Vida de JUNAEB, y NNA con vulneración de derechos que deben ser integrados a la Red de Salud, entre otros. Con excepción del programa de JUNAEB, el resto de los programas está implementado en toda la APS del país<sup>xxiv</sup>. Por otro lado, se debe vincular a la familia con el servicio "Salud Responde" como una herramienta de soporte y consultas.

Las nuevas funciones profesionales deben ser asumidas preferentemente por profesionales de Trabajo Social y las funciones de detección comunitaria y seguimiento deben ser efectuadas por un Agente Comunitario, el cual tendrá una capacitación acorde a las necesidades del Programa.

Cada establecimiento de APS que desarrolle el Programa debe facilitar la inserción de la estrategia dentro de la cartera de prestaciones asociadas a la atención de la población, integrado con el Modelo de Atención. Para lograr lo anterior resulta fundamental las actividades de difusión y coordinación al interior del Centro de Salud, como la coordinación y difusión con el resto de los dispositivos de la red a nivel local, esto es, los establecimientos de especialidad comunitaria de salud mental, como también los dispositivos de otros sectores, tales como educación, SENDA, SERNAM, SENAME, OPD, entre otros.

## II. OBJETIVOS DEL PROGRAMA Y POBLACIÓN

### a. PROPÓSITO

Mejorar el nivel de salud mental de niños, niñas, adolescentes, y jóvenes de familias con alto riesgo psicosocial, asegurando el acceso, oportunidad y calidad de la atención de salud mental.

### b. OBJETIVO GENERAL

Contribuir a elevar el nivel de salud mental de niños, niñas, adolescentes, y jóvenes de familias con alto riesgo psicosocial, asegurando su acceso, oportunidad y calidad de la atención de salud mental, a través de un programa de acompañamiento centrado en la vinculación, articulación, seguimiento y monitoreo, en el contexto del modelo de atención de salud integral con enfoque familiar y comunitario.

### c. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Desarrollar acciones de vinculación de niños, niñas, adolescentes, y jóvenes de familias con alto riesgo psicosocial, con los servicios de atención integral de salud mental del establecimiento de atención primaria, los establecimientos y dispositivos de la red de salud y comunitaria, según corresponda su nivel de compromiso y complejidad.

Coordinar acciones de articulación dentro del establecimiento, con los dispositivos de la red de salud y atención psicosocial de la red local, e intersectorial, con foco en la continuidad de los cuidados del usuario.

Realizar acciones de seguimiento, monitoreo y evaluación de niños, niñas, adolescentes, y jóvenes de familias con alto riesgo psicosocial

### d. POBLACIÓN OBJETIVO

Niños, niñas, adolescentes, y jóvenes de familias con alto riesgo psicosocial, en establecimientos de Atención Primaria (CGU, CGR<sup>xxx</sup>, y Hospitales comunitarios) con población mayor de 5.000 personas entre 0 y 24 años. Se deben realizar acciones para alcanzar el 3% de cobertura de la población de riesgo psicosocial.

Se entenderá por familias de alto riesgo psicosocial aquellas con integrantes que presenten alguna de las siguientes condiciones en la Atención Primaria de Salud:

1. Depresión perinatal; esto es mujeres adolescentes y jóvenes gestantes, y puérperas con hijos menores de 1 año.
2. Situaciones de violencia; esto es NNA y jóvenes, víctimas de violencia, y/o maltrato.
3. Situaciones abuso sexual; esto es en NNA, y jóvenes, víctimas de abuso sexual.
4. Intentos de suicidio; NNA y jóvenes que consultan en urgencias, morbilidad médica, consultas y controles en general en el centro de salud de APS.
5. Accidentes debido al consumo problemático y/o dependencia de Alcohol y/o drogas vistos en las urgencias de APS.
6. Adolescentes gestantes.
7. NNA con trastornos psiquiátricos severos (Incluye Trastornos del Desarrollo)
8. NNA y jóvenes con vulneración de derechos (Incluye población de NNA con atención en SENAME)
9. NNA y jóvenes con condiciones priorizadas según diagnóstico local.

Las acciones de acompañamiento de usuarios con atenciones en el nivel de especialidad deben ser consideradas en el Programa cuando presentan dificultades de adherencia a su plan de tratamiento.

### III. COMPONENTES DEL PROGRAMA Y ESTRATEGIAS

#### **Componente N° 1: Acciones de vinculación con la atención de salud mental, de salud y la red comunitaria**

Las estrategias de intervención en primera instancia deben desarrollar acciones de detección e identificación de las familias con integrantes de alto riesgo psicosocial, para su posterior evaluación, la cual debe definir la pertinencia del ingreso al programa, y la manera en que se realizará el acompañamiento.

El ingreso al programa tiene como propósito favorecer la vinculación con los servicios de atención de salud mental del propio establecimiento de APS como del resto de la red, según la complejidad. Para ser considerado un ingreso efectivo al Programa, deberá contar con Plan de Acompañamiento Psicosocial.

##### **Productos esperados del desarrollo del Componente:**

- 1) Detección e identificación de NNA y jóvenes de familias con alto riesgo psicosocial.
- 2) Realización de evaluación de ingreso a aquellas que cumplen con los criterios de ingreso o inclusión correspondiente (según lo definido en el componente N° 3).
- 3) Evaluación de la situación al ingreso y egreso del estado de salud mental y el funcionamiento familiar.

#### **Componente N° 2: Acciones de articulación**

Las estrategias de intervención se concentran en acciones de articulación con los dispositivos de la red de salud como también con los dispositivos de la red psicosocial ampliada e intersectorial. Los dispositivos de vinculación de la red de salud en el contexto de las Redes Integradas de Salud (RISS) son los dispositivos de especialidad como los Centros de Salud Mental Comunitaria, COSAM, CESAM, Servicios de Psiquiatría ambulatoria, entre otros. Los dispositivos de vinculación de la red intersectorial son las Oficinas de Protección de Derechos de Infancia y Adolescencia (OPD) vinculadas a las comunas y al SENAME, los **Centros de la Mujer** que están centrados en contribuir en el ámbito local, a reducir la violencia contra la mujer, los centros están vinculados a las comunas y SERNAM, Escuelas y colegios, Programas Habilidades para la vida de JUNAEB, SENADIS, JUNJI, entre otros dispositivos y programas. También es importante realizar acciones de vinculación con organizaciones comunitarias, de familiares y de usuarios con el propósito de articulación y tener la oportunidad de indagar y explorar con la comunidad espacios de detección de familias con integrantes con alto riesgo que no han consultado con los dispositivos de salud. Finalmente, es igualmente importante considerar la realización de un mapa de red y un plan de trabajo en red.

##### **Productos esperados del desarrollo del Componente:**

- 1) Elaboración o actualización del Mapa de Red comunal, con las instituciones y organizaciones vinculadas a la atención de NNA y jóvenes que presentan riesgo psicosocial. Este mapa debe detallar las Instituciones y Organizaciones Comunitarias que se encuentran en el territorio cercano al Centro de Salud.
- 2) Realización de derivaciones efectivas con los dispositivos de la red de salud relacionados con la trayectoria de las personas y familias ingresadas a programa.
- 3) Realización de reuniones con equipos pertenecientes a dispositivos del sector e intersector relacionadas con la trayectoria de las personas y familias ingresadas a programa, con el propósito de efectuar la continuidad de la atención de la persona y su familia.
- 4) Realización de reuniones con organizaciones comunitarias relacionadas con las personas ingresadas y familias ingresadas a programa.

#### **Componente N° 3: Acciones de acompañamiento**

El tiempo de intervención total del acompañamiento psicosocial será entre 9 a 12 meses, según las necesidades de cada uno de los usuarios y familias ingresados al Programa.

En este periodo, se debe llevar a cabo el plan de prestaciones mensuales que incluyen visitas, contactos telefónicos regulares, actividades de coordinación y participación con el equipo de salud, reuniones de sector, reuniones clínicas, consultorías de salud mental, entre otros.

El programa entrega los recursos para la contratación de horas de profesional, de preferencia Trabajador Social, y para la contratación de horas de Agente Comunitario. También incluye recursos para el financiamiento de la movilización, equipo telefónico y plan telefónico de al menos 1000 minutos para cumplir con los objetivos del componente.

Los criterios de ingreso o inclusión al acompañamiento psicosocial son NNA y jóvenes de familias con alto riesgo psicosocial, según las condiciones especificadas en la población objetivo del programa, y que no asisten al Centro de Salud o presentan problemas de adherencia al tratamiento otorgado por el Establecimiento.

Las acciones de este componente se deben realizar en el contexto de la comunidad, esto es en el espacio domiciliario, establecimientos educacionales, espacios laborales, comunitarios y territoriales (junta de vecinos, centros comunitarios, etc.). El número de familias que tendrá a su cargo el Profesional y el Agente Comunitario dependerá de la población a cargo que posee el Centro de Salud, resguardando que se cumplan las prestaciones que especifica el Programa.

Tanto el profesional como el Agente Comunitario que llevarán a cabo las acciones de acompañamiento deberán desarrollar múltiples competencias y mantener un amplio conocimiento del sistema local de provisión de servicios, de los programas, de los requisitos de acceso a cada uno de ellos, exige habilidades de valoración y capacidad de planificación y resolución de problemas flexible y creativa, y confidencialidad. Por lo anterior, ambos deberán participar de todas las acciones de capacitación generadas por el Servicio de Salud con el fin de realizar adecuadamente su propósito. Es importante que el Agente Comunitario sea, en lo posible, reclutado entre las personas de la comunidad, de preferencia personas que sean parte de agrupaciones de autoayuda o de organizaciones comunitarias del sector.

Las especificidades de las labores desarrolladas en este componente serán desarrolladas en las Orientaciones Técnicas del Programa de Acompañamiento Psicosocial y en el Manual del Agente Comunitario, documentos que serán publicados por la División de Atención Primaria del MINSAL.

#### **Productos esperados del desarrollo del Componente:**

- 1) Elaboración de un plan de acompañamiento conjunto con el equipo de sector.
- 2) Realización de visitas en domicilio y/o en el ámbito educacional, y/o laboral.
- 3) Capacitación al equipo de salud del establecimiento (Jornadas).
- 4) Evaluación participativa con usuarios y familias.

#### **IV. FUNCIONES ASOCIADAS AL DESARROLLO DEL PROGRAMA**

##### **Del establecimiento de salud y el equipo de Atención Primaria**

El establecimiento que desarrolla el programa deberá realizar las acciones necesarias para la adecuada implementación del programa en el contexto de la sectorización del modelo de atención de salud integral familiar y comunitario. Estas condiciones mínimas se refieren a condiciones técnicas, administrativas y de infraestructura necesarias.

El establecimiento de salud deberá velar por el desarrollo del Programa de acuerdo a las definiciones, lineamientos e indicaciones establecidas. Se deberá emitir un informe final para el último corte que contenga los elementos indicados para los componentes del programa, cuyo formato se especificará en la Orientación Técnica del Programa.

##### **Del Referente del Programa en el Servicio de Salud**

El referente del Servicio de Salud velará por el adecuado desarrollo del programa en los establecimientos correspondientes a su servicio, entregando la información disponible en forma oportuna a las comunas, establecimientos y equipos. Deberá monitorizar en forma permanente el desarrollo del programa, con periodicidad mensual, mediante la solicitud de avances en el desarrollo del programa a los directivos de las comunas y establecimientos beneficiarios y con el equipo del programa. Además, deberá favorecer el desarrollo de la red local del programa, mediante reuniones de trabajo trimestrales que consideren actividades participativas, de capacitación y fortalecimiento del desarrollo del programa.

#### **V. MONITOREO Y EVALUACIÓN**

Desde la División de Atención Primaria del Ministerio de Salud, se realizarán evaluaciones del desarrollo del Programa en los meses de abril, agosto y diciembre. En estas evaluaciones se solicitará la información del desarrollo de los componentes y se evaluará además en función de los indicadores y sus medios de verificación.

##### **Primera Evaluación: Mes de Abril**

Se efectuará con corte al 30 de abril. La información deberá enviarse consolidada desde los Servicios de Salud a la División de Atención Primaria del MINSAL, con fecha tope 12 de mayo, con el fin de pesquisar dificultades y corregirlas oportunamente, dando cuenta de:

1. Informe de recursos asignados para la contratación de:
  - a. Recursos humanos para el desarrollo del programa.
  - b. Servicios de apoyo de movilización necesarios para el desarrollo del programa.
  - c. Servicios de apoyo de telefonía necesarios para el desarrollo del programa, como por ejemplo:
    - i. Compra y/o arriendo de equipos
    - ii. Contrato de minutos y plan de datos
  - d. Servicios o adquisición de implementos, materiales o bienes, afines al desarrollo del Programa, previa autorización del Servicio de Salud correspondiente, de acuerdo a la normativa vigente.
2. Informe de Diagnóstico Situacional, que incluya el Mapa de Red mencionado en el Componente N° 2.

### Segunda Evaluación: Mes de Agosto

Se efectuará con corte al 31 de agosto del año en curso. De acuerdo a los resultados se hará efectiva la reliquidación de la segunda cuota en el mes de octubre, si el cumplimiento de las metas del programa es inferior al 40%, de acuerdo al siguiente cuadro:

Porcentaje de cumplimiento de metas del Programa	Porcentaje de descuento de la segunda cuota de recursos (30%)
≥40%	0%
Entre 30,00% y 39,99%	50%
Entre 20,00% y 29,99%	75%
Menos del 20%	100%

Los establecimientos deberán informar a los Servicios de Salud del desarrollo del Programa a través de un informe parcial de avances emitido con fecha tope 05 de septiembre.

Los Servicios deberán informar a la División de Atención Primaria con fecha tope 12 de septiembre sobre el desarrollo del programa de acuerdo a la información entregada en el informe parcial por parte de los establecimientos y la verificación de la misma mediante las acciones de monitorización realizadas mensualmente y las reuniones de trabajo trimestrales.

En relación a los cumplimientos de acciones y metas requeridos, para recibir el total de recursos anuales, entendido que el no cumplimiento a la fecha de corte definido resulta en la reliquidación del programa, excepcionalmente cuando existan razones fundadas que causan el incumplimiento, la comuna podría apelar a la Dirección del Servicio de Salud respectivo, acompañando un Plan de Trabajo que comprometa el cronograma para el cumplimiento de las metas. A su vez el Servicio de Salud, una vez analizada y avalada la correspondiente solicitud, podría solicitar al MINSAL la no reliquidación del Programa.

No obstante la situación excepcional indicada en el párrafo anterior, el Servicio de Salud debe realizar la evaluación del Programa al 31 de diciembre y las comunas mantienen en toda circunstancia la obligatoriedad de la rendición financiera y evaluación de las metas al final del período.

### Tercera Evaluación: Mes de Diciembre

Se realizará con corte al 31 de diciembre, fecha en que los establecimientos deberán tener el 100% de las prestaciones comprometidas por componente ejecutadas.

Los establecimientos y municipios deberán informar del cierre anual del programa y del desarrollo final obtenido en el informe final del programa.

Adicionalmente de las evaluaciones descritas, se podrá requerir el envío de informes de avances mensuales a los respectivos Servicios de Salud, y de éste, a la Subsecretaría de Redes Asistenciales, del Ministerio de Salud, conforme instrucciones Ministeriales.

## VI. INDICADORES Y MEDIOS DE VERIFICACIÓN

El Servicio de Salud respectivo, evaluará el grado de desarrollo y cumplimiento del programa, conforme las metas contenidas en éste y en concordancia a los pesos relativos para cada componente, indicador y meta asociada. Las metas y el cumplimiento anual esperado del programa, con sus pesos relativos, se muestran en la siguiente tabla:

**Cumplimiento del Componente Vinculación a la atención de salud mental**

Nº	Objetivo	Actividad	Indicador	Medio verificación	Meta	Ponderador
1	Brindar atención integral y oportuna a niños, niñas, adolescentes y jóvenes con problemas y trastornos mentales	Población en control en Programa de Acompañamiento Psicosocial	(Nº de NNA, y jóvenes bajo control en el Programa de Acompañamiento Psicosocial con Plan de Acompañamiento/ Nº de NNA, y jóvenes comprometidos a ingresar) x 100	REM P-06	80,00%	40%

**Cumplimiento del Componente de Articulación:**

Nº	Objetivo	Actividad	Indicador	Medio verificación	Meta	Ponderador
2	Brindar atención integral y oportuna a niños, niñas, adolescentes y jóvenes con problemas y trastornos mentales	Coordinación sectorial, intersectorial y comunitaria	$((N^{\circ} \text{ Reuniones con Equipos Sector Salud realizadas} / 3 \times N^{\circ} \text{ de NNA, y jóvenes comprometidos a ingresar}) \times 0,2 + (N^{\circ} \text{ Reuniones con Equipos Intersector realizadas} / 2 \times N^{\circ} \text{ de NNA, y jóvenes comprometidos a ingresar}) \times 0,3 + (N^{\circ} \text{ Reuniones con Organizaciones Comunitarias realizadas} / 6 \times N^{\circ} \text{ de NNA, y jóvenes comprometidos a ingresar}) \times 0,5) \times 100$	REM A-06	80,00%	30%

**1. Cumplimiento del Componente de Acompañamiento:**

Nº	Objetivo	Actividad	Indicador	Medio verificación	Meta	Ponderador
3	Brindar atención integral y oportuna a niños, niñas, adolescentes y jóvenes con problemas y trastornos mentales	Acciones de Acompañamiento Psicosocial	$((N^{\circ} \text{ Visitas Realizadas} / 8 \times N^{\circ} \text{ de NNA, y jóvenes comprometidos a ingresar}) \times 0,8) + (N^{\circ} \text{ Acciones Telefónicas Realizadas} / 48 \times N^{\circ} \text{ de NNA, y jóvenes comprometidos a ingresar}) \times 0,2) \times 100$	REM A-26	80,00%	30%

\*Cada indicador tiene como cumplimiento máximo un 100%.

**IX. FINANCIAMIENTO**

• **Establecimientos de dependencia del Servicio de Salud:**

El Programa se financiará con los recursos contemplados en la Ley de Presupuesto del Sector Público, Partida 16, correspondiente al Fondo Nacional de Salud, Capítulo 02, Programa 02, glosa 01 y tiene como propósito garantizar la disponibilidad de los recursos para solventar los gastos asociados a este Programa entre los meses de Enero a Diciembre de cada año, de acuerdo al marco presupuestario asignado.

Los recursos asociados a este Programa financiarán exclusivamente las actividades relacionadas al mismo, teniendo presente los objetivos y metas, prestaciones y establecimientos de atención primaria involucrados, así como las actividades a realizar, indicadores y medios de verificación. El Servicio de Salud determinará la pertinencia de la compra de servicios o la adquisición de insumos, materiales, implementos o bienes, que sean acordes a las necesidades del Programa y de acuerdo a la normativa vigente.

Los recursos serán asignados por los Servicios de Salud respectivos, en 2 cuotas. 70% a la total tramitación del acto aprobatorio, y el 30% restante en el mes de octubre, de acuerdo a los resultados de la evaluación con corte al 31 de agosto, la cual se aplicará a los recursos asociados.

El gasto que irrogue el Programa deberá ser imputado al ítem 22, del presupuesto del Servicio de Salud, según corresponda.

• **Establecimientos de dependencia Municipal:**

El Programa se financiará con los recursos contemplados en la Ley de Presupuesto del Sector Público, Partida 16, correspondiente al Fondo Nacional de Salud, Capítulo 02, Programa 02, asociada al Subtítulo 24 03 298 "Transferencias Corrientes" Ley 19.378, glosa 02, y, tiene como propósito garantizar la disponibilidad de los recursos para solventar los gastos asociados a este Programa entre los meses de Enero a Diciembre de cada año de acuerdo al marco presupuestario asignado.



Los recursos asociados a este Programa financiarán exclusivamente las actividades relacionadas al mismo, teniendo presente los objetivos y metas, prestaciones y establecimientos de atención primaria involucrados, así como las actividades a realizar, indicadores y medios de verificación. El Servicio de Salud determinará la pertinencia de la compra de servicios o la adquisición de insumos, materiales, implementos o bienes, que sean acordes a las necesidades del Programa y de acuerdo a la normativa vigente.

Los recursos serán transferidos por el Servicio de Salud en 2 cuotas, en representación del Ministerio de Salud. 70% a la total tramitación del acto aprobatorio, y el 30% restante en el mes de octubre, de acuerdo a los resultados de la evaluación con corte al 31 de agosto, la cual se aplicará a los recursos asociados.

El Ministerio de Salud, a través de los respectivos Servicios de Salud, asignará a los Municipios participantes del Programa mediante un convenio, los recursos correspondientes destinados a financiar las actividades específicas de éste.

El gasto que irroque el Programa deberá ser imputado al ítem 24 03 298 01.

Con el visto bueno de la División Primaria del Ministerio de Salud, los Servicios de Salud, podrán modificar la distribución de los recursos destinados a los establecimientos de su territorio, que desarrollan las prestaciones del Programa, atendiendo a criterios de equidad y de acortamiento de brechas en el otorgamiento de las prestaciones, sin sobrepasar los recursos totales asignados al Servicio de Salud y sin perjuicio de los objetivos del programa.

Se deja establecido, que estas transferencias se rigen por las normas señaladas en la Resolución N° 30 de 2015, de la Contraloría General de la República.

<sup>1</sup> OPS. Salud Mental y el Apoyo Psicosocial en Situaciones de Emergencias. (2010). Ginebra.

<sup>1</sup> Departamento de Salud Pública, Escuela de Medicina, P. Universidad Católica de Chile. Informe final estudio de carga de enfermedad y carga atribuible. Ministerio de Salud de Chile, Subsecretaría de Salud Pública, Santiago 2008.

<sup>1</sup> Vicente et al, Salud mental infanto-juvenil en Chile y brechas de atención sanitarias. Rev Med Chile 2012; 140: 447-457.

<sup>1</sup> Vicente et al, Lifetime and 12-Month Prevalence of DSM-III-R Disorders in the Chile Psychiatric Prevalence Study. Am J Psychiatry 2006; 163:1362-1370).

<sup>1</sup> Wang et al. Treated and untreated prevalence of mental disorders: results from the World Health Organization World Mental Health. Oxford Textbook of Community Mental Health. 2011.

<sup>1</sup> Pinto et al, Prevalencia y características psicosociales del abuso sexual en Chile: un estudio retrospectivo en el norte del país, 2013.

<sup>1</sup> Violencia de Género en Chile. Observatorio de Equidad de Género en Salud. Santiago de Chile: OPS/OMS, 2013 (N°4 Documentos OPS/OMS en Chile) ISBN 978-92-75-31773-0 (Clasificación NLM: QW 45)

<sup>1</sup> Echávarri et al, Aumento sostenido del suicidio en Chile: un tema pendiente. Universidad Católica, Centro de Políticas Públicas UC, Temas de la Agenda Pública Año 10 / No 79 / junio 2015. ISSN 0718-9745.

<sup>1</sup> Alan D Lopez, Colin D Mathers, Majid Ezzati, Dean T Jamison, and Christopher JL Murray. Global Burden of Disease and Risk Factors. Oxford University Press; 2006.

<sup>1</sup> Segura del Pozo, Javier. Desigualdades Sociales en Salud: Conceptos, Estudios e Intervenciones (1980-2010), 2011.

<sup>1</sup> Solar, O. Irwin A. Social determinants, political contexts and civil society action: a historical perspective on the Commission on Social Determinants of Health. Health Promot J Austr. 2006 Dec;17(3):180-5.

<sup>1</sup> REM, DEIS, información a Junio 2015.

<sup>1</sup> Goodman SH, Gotlib IH. Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: A developmental model for understanding mechanisms of transmission. Psychological Review 1999;106(3):458-490.

<sup>1</sup> Sohr-Preston SL, Scaramella. Implications of timing of maternal depressive symptoms for early cognitive and language development. LV. Clin Child Fam Psychol Rev. 2006 Mar;9(1):65-83.

<sup>1</sup> Foster CJ, Garber J, Durlak JA. Current and past maternal depression, maternal interaction behaviors, and children's externalizing and internalizing symptoms. J Abnorm Child Psychol. 2008 May;36(4):527-37. Epub 2007 Dec 11.

<sup>1</sup> Stein A, Malmberg LE, Sylva K, Barnes J, Leach P; FCCC team. The influence of maternal depression, caregiving, and socioeconomic status in the post-natal year on children's language development. Child Care Health Dev. 2008 Sep;34(5):603-12. doi: 10.1111/j.1365-2214.2008.00837.x. Epub 2008 Jun 28.

<sup>1</sup> Quevedo LA, Silva RA, Godoy R, Jansen K, Matos MB, Tavares Pinheiro KA, Pinheiro RT. The impact of maternal post-partum depression on the language development of children at 12 months. Child Care Health Dev. 2012 May;38(3):420-4. doi: 10.1111/j.1365-2214.2011.01251.x. Epub 2011 Jun 8.

<sup>1</sup> Lefkovic E, Baji I, Rigó J. Impact of maternal depression on pregnancies and on early attachment. Infant Ment Health J. 2014 Jul;35(4):354-65. doi: 10.1002/imhj.21450. Epub 2014 Jun 19.

<sup>1</sup> Anoop S., et al. Maternal depression and low maternal intelligence as risk factors for malnutrition in children: a community based case-control study from South India. Arch Dis Child 2004;89:325-329 doi:10.1136/adc.2002.009738

<sup>1</sup> Echávarri et al, Aumento sostenido del suicidio en Chile: un tema pendiente. Universidad Católica, Centro de Políticas Públicas UC, Temas de la Agenda Pública Año 10 / No 79 / junio 2015. ISSN 0718-9745.

<sup>1</sup> Aeltine, R. H., James, A., Schilling, E. A., and Glanovsky, J. 2007. Evaluating the SOS suicide prevention program: a replication and extension. BMC Public Health, 7 (1), 161. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/7/161>

<sup>1</sup> Dides, C., Benavente, C., Moran, J., Guajardo, A., y Moscoso, S. 2007. Salud de Adolescente y Jóvenes. Informe final para su programa de salud adolescente. Ministerio de Salud Gobierno de Chile, UNFPA-Chile, Programa Genero y Equidad, Flacso-Chile

<sup>1</sup> Walker L, Moodie R, Herrman H (2004). Promoting mental health and well-being. In: Moodie R, Hulme A, eds. Hands on health

<sup>1</sup> WHO-AIMS, MINSAL, evaluación del sistema de salud mental en Chile, 2014.

<sup>1</sup> Consultorio General Urbano (CGU), Consultorio General Rural (CGR).

2º.- La presente resolución entrará en vigencia el 1 de enero de 2017.

3º.- **PÓNESE TERMINO**, a contar del 1 de enero de 2017, a la resolución exenta Nº 357, de 27 de enero de 2016, del Ministerio de Salud, que aprobó el texto del "Programa de Acompañamiento Psicosocial en la Atención Primaria de Salud".

4º.- Este programa se financiará con los recursos contemplados en la ley de presupuestos del sector público, Partida 16, correspondiente al Fondo Nacional de Salud, Capítulo 02, Programa 02, Glosa 01.

5º.- **REMÍTASE** una copia de la presente resolución a todos los Servicios de Salud del país.



ANÓTESE Y COMUNÍQUESE

  
DRA. CARMEN CASTILLO TAUCHER  
MINISTRA DE SALUD

DISTRIBUCIÓN:

- Jefe de Gabinete Ministra de Salud.
- Jefe de Gabinete de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.
- Servicios de Salud del país.
- División de Atención Primaria.
- División de Presupuesto de Subsecretaría de Redes Asistenciales.
- División Jurídica.
- Oficina de Partes.