



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

RECIBIDO POR:  
SUB DIRECCIÓN  
GESTIÓN ASISTENCIA  
De : \_\_\_\_\_  
Hora: 14 FEB 2017  
Destino: \_\_\_\_\_



CC/ CND / BMG / LMY / EAR / PGG

**APRUEBA PROGRAMA SALUD MENTAL  
EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD**

17

EXENTA N° \_\_\_\_\_

SANTIAGO, 09 ENE 2017

**VISTO:** Lo solicitado mediante memorando C51 N° 194, de 2016, y N° 8 de 2017, del Jefe de 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° 1172, de 24 de diciembre de 2015, del Ministerio de Salud, aprobó el texto del "Programa Salud Mental Integral en la Atención Primaria de Salud", cuya implementación fue dispuesta para la presente anualidad.

4.- Que, el referido programa busca reforzar la Atención Primaria, brindando atención de salud mental integral con enfoque familiar y comunitario a la población, con acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, para su pronta recuperación, en términos de acceso, oportunidad y calidad de la atención, mediante el desarrollo de actividades de grupo de autoayuda en el ámbito comunitario.

5.- Que, en este contexto, su ejecución apunta a reducir la morbilidad, la discapacidad y mortalidad prematura por afecciones crónicas no transmisibles, disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental y violencia, y los 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.

6.- Que, en necesario agregar que esta oportunidad se ha utilizado para modificar la denominación del programa en comento a "Programa de Salud Mental en la



Atención Primaria de Salud", debido a que en su inicio concentró cuatro programas, que ya no son parte de éste, lo que no justifica el carácter de integral que lo caracterizó en su comienzo, sin perjuicio de mantener como propósito mejorar el estado de bienestar de la salud mental de las personas a quién va dirigido.

7. Que, en mérito de lo expuesto, dicto la siguiente,

#### RESOLUCION:

**Artículo 1º.- Aprobación del "Programa de Salud Mental en la Atención Primaria de Salud", cuyo texto es el siguiente,**

### Programa Salud Mental en la Atención Primaria de Salud

#### ANTECEDENTES

El plan nacional de Salud Mental y Psiquiatría<sup>1</sup> reconoce la definición de Salud dada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como "... un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades". Esta definición enfatiza el hecho de que la salud es mucho más que la simple ausencia de enfermedad y debe ser considerada como "...un estado de bienestar en el cual el individuo desarrolla sus propias habilidades, puede enfrentar el stress normal de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de realizar contribuciones a su comunidad". Una concepción actual de salud mental incluye la idea de bienestar subjetivo, autonomía, competencia y el reconocimiento de la habilidad de realizarse intelectual y emocionalmente. Tales ideas son aplicables al individuo, la familia y la comunidad, y consideran una visión de contexto en el que se desarrollan las personas<sup>2</sup>.

Por otro lado, los trastornos mentales y por abuso de sustancias son prevalentes en todas las regiones del mundo y son importantes factores que contribuyen a la morbilidad y a la mortalidad prematura. El 14% de la carga mundial de morbilidad se atribuye a estos trastornos. Los trastornos mentales no tratados generan un alto costo, ya que representan el 13% del total de la carga de morbilidad mundial. La depresión es la tercera entre las principales causas de morbilidad, representando el 4,3% de la carga mundial. Las estimaciones correspondientes a los países de ingresos bajos y de ingresos medios se sitúan en el 3,2% y el 5,1% respectivamente. Para el año 2030 la depresión será la principal causa de morbilidad a nivel mundial. Cuando solo el componente de discapacidad se toma en cuenta al calcular la carga de morbilidad, los trastornos mentales representan el 25,3% y el 33,5% de los años perdidos por discapacidad en los países de ingresos bajos y de ingresos medios, respectivamente<sup>3</sup>.

En Chile los trastornos neuropsiquiátricos son responsables de un 23 % de la carga de enfermedad en el país<sup>4</sup>. Asimismo, el estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica mostró que un 36% de la población mayor de 15 años, había tenido un desorden psiquiátrico a lo largo de su vida, asimismo la prevalencia año de trastornos mentales es de un 22%, tanto en población infanto juvenil como en adultos<sup>5,6</sup>. La magnitud es similar a países como Colombia, Nueva Zelanda y Portugal, sin embargo, por debajo a la mostrada en países como Estados Unidos, Irlanda y Brasil (Sao Paulo).

La información actualizada en Chile muestra que la cobertura de personas con trastornos mentales 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 OMS<sup>7</sup>, asimismo la cobertura en servicios de especialidad en Chile es similar a la cobertura en países con bajos ingresos. A continuación, se muestra tabla con detalle del informe:

<sup>1</sup> MINSAL, Plan Nacional de salud mental y psiquiatría, 2002.

<sup>2</sup> MINSAL-Medwave, Intervenciones basadas en la evidencia en el ámbito de la promoción de la salud mental en familias con niños de 0 a 6 años, revisión sistemática de la literatura, 2007.

<sup>3</sup> OMS, Carga mundial de trastornos mentales y necesidad de que el sector de la salud y el sector social respondan de modo integral y coordinado a escala de país, 2011.

<sup>4</sup> Departamento de Salud Pública, Escuela de Medicina, R. 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>5</sup> Benjamin Vicente P, Pedro Rioseco S, Sandra Saldívar B1, Robert Kohn, Silverio Torres. Lifetime and 12-Month Prevalence of DSM-III-R Disorders in the Chile Psychiatric Prevalence Study. Am J Psychiatry 2006; 163:1362-1370).

<sup>6</sup> Flora de la Barra M., Benjamin Vicente P., Sandra Saldívar B., Roberto Mellipillán A, Estudio de epidemiología psiquiátrica en niños y adolescentes en Chile. Estado actual. Rev. Med. Clin. Condes - 2012; 23(5) 521-529]

<sup>7</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.

Tabla 1: Reporte mundial de prevalencia de trastornos mentales y cobertura de tratamiento<sup>8,9, 10</sup>:

	Prevalencia trastornos mentales	Cobertura en servicios de atención primaria
Países con bajos ingresos	14,80%	1,60%
Países con ingresos medios	16,70%	5,00%
Países con altos ingresos	17,70%	7,30%
Promedio mundial	16,70%	5,30%
Chile	22,00%	4,75%

Fuente: Información disponible a Junio; DEIS, MINSAL, 2016.

Elaboración: División de Atención Primaria, MINSAL, 2016.

La cobertura de tratamiento en relación a la población potencial con trastornos mentales según la prevalencia observada en los estudios nacionales logra alcanzar un 19,24% de cobertura. Esto es 525.910 personas que están en tratamiento por algún trastorno mental siendo la población potencial 2.733.403 personas con algún trastorno mental en el último año. Lo anterior da cuenta de la importante brecha de cobertura de tratamiento en la Atención Primaria en nuestro país, brecha similar a la descrita por la OMS en el resto de los países del mundo y que debe ser disminuida con planes y programas específicos en la APS. Resulta esencial reducir la carga a la salud, la carga social y económica de los trastornos mentales, por lo que se requiere prestar mayor atención a la prevención y promoción de la salud mental<sup>11</sup>.

En el contexto de acortar las brechas de acceso a las acciones preventivas y de tratamiento, el Ministerio de Salud viene incorporando actividades tendientes a mejorar el estado de bienestar de la salud mental de las personas desde el año 1992 en que se incorporó el primer programa de salud mental en APS. Se ha puesto en marcha desde entonces una red de equipos profesionales destinados a brindar acciones de prevención de los problemas de salud mental y acciones de atención integral de las personas con trastornos mentales, promoviendo su autocuidado y participación en las acciones de salud, en el marco del Modelo de Atención Integral en Salud con enfoque familiar y comunitario de la Atención Primaria.

## I. FUNDAMENTACIÓN

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>12</sup>, esto debe incluir estrategias de promoción de la salud mental positiva, prevención de los trastornos mentales, y brindar atención en la Atención Primaria de Salud. A partir de lo anterior se espera estrechar las brechas de acceso a las acciones salud mental descrita anteriormente y que impactan en los niveles de salud mental de la población.

La promoción de la salud mental se refiere con frecuencia a la salud mental positiva, considerando la salud mental como un recurso, como un valor por sí mismo y como un derecho humano básico que es esencial para el desarrollo social y económico de la sociedad. La promoción de la salud mental tiene el objetivo de ejercer un impacto sobre los determinantes de la salud mental con el fin de aumentar la salud mental positiva, reducir desigualdades, construir capital social, crear ganancia de salud y reducir la diferencia en la expectativa de salud entre los países y grupos<sup>13</sup>.

Existe significativa evidencia que demuestra la efectividad de las acciones promoción de la salud para lograr un cambio en los determinantes sociales de la población, específicamente las acciones de promoción de la salud mental pueden reducir los factores de riesgo identificados para la salud mental y reforzar los factores protectores<sup>14</sup>.

La prevención de los trastornos mentales tiene por objetivo reducir la incidencia, prevalencia, recurrencia de los trastornos mentales, el tiempo en que las personas permanecen con los síntomas o la condición de riesgo para desarrollar una enfermedad mental, previniendo o retardando las recurrencias y disminuyendo también el impacto que ejerce la enfermedad en la persona afectada, sus familias y la sociedad<sup>15</sup>.

El cúmulo de evidencia que respalda las acciones de prevención de trastornos mentales es extensa, tanto para los programas de prevención universal, selectiva o indicada de los trastornos mentales, tanto para trastornos específicos como la depresión, los trastornos de ansiedad, trastornos alimenticios, trastornos relacionados con el uso de sustancias, trastornos psicóticos, y prevención del suicidio, como para la prevención de los trastornos mentales en general<sup>16</sup>.

<sup>8</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>9</sup> Benjamín Vicente P, Pedro Rioseco S, Sandra Saldivia B, Robert Kohn, Silverio Torres. Lifetime and 12-Month Prevalence of DSM-III-R Disorders in the Chile Psychiatry Prevalence Study. *Am J Psychiatry* 2006; 163:1362-1370

<sup>10</sup> Flora de la Barra M., Benjamín Vicente P., Sandra Saldivia B., Roberto Melipillán A. Estudio de epidemiología psiquiátrica en niños y adolescentes en Chile. Estado actual. *Rev. Med. Clín. Condes* - 2012; 23(5): 521-529

<sup>11</sup> OMS, Prevención de los trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas. 2004.

<sup>12</sup> Walker L, Moodie R, Herrman H (2004). Promoting mental health and well-being. In: Moodie R, Hulme A, eds. *Hands on health*

<sup>13</sup> OMS, Declaración de Yakarta para la Promoción de la Salud, 1997

<sup>14</sup> OMS, Promoción de la Salud Mental: Conceptos, evidencia y práctica. 2004.

<sup>15</sup> Mrazek & Haggerty, Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research 1994

<sup>16</sup> OMS, Prevención de los trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas. 2004.

La Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud han propiciado la importancia de tratamiento de los trastornos mentales en la atención primaria salud. A nivel americano esto se ratificó en la Declaración de Caracas y donde los Estados se comprometieron a avanzar en la promoción, prevención y tratamiento de las personas con trastornos mentales en la APS<sup>17</sup>. En Chile las Garantías Explícitas de Salud (GES) brindan cobertura para el tratamiento de la depresión en la APS en mayores de 15 años y los problemas por consumo de sustancias en menores de 20 años; para el tratamiento se cuenta con guías clínicas actualizadas las que brindan evidencia de la detección, evaluación diagnóstica, el tratamiento terapéutico, farmacológico, psicoterapéutico y la metodología con grupos de pares o autoayuda<sup>18</sup>. Asimismo, la OPS y OMS cuentan con las guías mhGAP del Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental para el manejo de trastornos mentales en la APS recientemente actualizado<sup>19</sup>.

Por otro lado, la alta prevalencia de los trastornos mentales y los altos requerimientos de los pacientes con mayor severidad, exige que los sistemas sanitarios asuman como un factor crítico la forma en que se relacionan los niveles primario y especializado en lo que respecta a salud mental y psiquiatría<sup>20</sup>. La consultoría y enlace es la modalidad que cuenta con mayor evidencia respecto a su efectividad en nuestro país. Recientes estudios muestran una fuerte asociación entre una mayor densidad de consultorías que cumplen criterios de calidad y una disminución de la tasa de hospitalizaciones por causas psiquiátricas<sup>21</sup>. Con la información disponible del REM la cobertura de casos de personas revisados en consultorías alcanza al 3,1% de la Población Bajo Control por trastornos mentales<sup>22</sup>, considerando que la población potencial del programa está definida como aquella que tiene un trastorno mental según la prevalencia año de referencia (22%), asimismo la población objetivo es el 17% de la población potencial.

El Programa de Salud Mental corresponde a un Programa de Reforzamiento de la Atención Primaria, orientado a brindar atención de salud mental integral con enfoque familiar y comunitario a la población, con acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación. 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 reducir la morbilidad, la discapacidad y mortalidad prematura por afecciones crónicas no transmisibles, 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.

## II. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA

El programa tiene tres componentes principales. El primer componente contiene acciones promocionales de la salud mental positiva, el segundo componente acciones preventivas de los trastornos mentales y el tercero con acciones para brindar un tratamiento integral en el contexto del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria de la Atención Primaria de Salud con un enfoque de redes integradas de servicios de salud (RISS).

Contempla la participación de las personas y sus familias en los distintos componentes del programa, ya sea en el involucramiento de las acciones comunitarias grupales de promoción y prevención a través de talleres grupales, como el involucramiento en los planes terapéuticos de las personas con problemas de salud mental y trastornos propiamente tal. Es fundamental la participación en los grupos de autoayuda desarrollados en todos los Servicios de Salud del país.

Este programa pone en marcha una red de equipos profesionales en todos los establecimientos de Atención Primaria del país lo que da cuenta del alto nivel de implementación en la red de APS desarrollado hace más de una década por el Ministerio de Salud<sup>23</sup>.

Se desarrolla inserto en los establecimientos y equipos de atención primaria, mediante la dedicación de recursos humanos para los distintos componentes. Los componentes de promoción y prevención son desarrollados por el equipo de salud general, esto es matronas, enfermeras/os, psicólogos/as, médicos, asistentes sociales, terapeutas ocupacionales, técnicos paramédicos, entre otros. Para el componente específico de tratamiento de los problemas de salud mental y trastornos propiamente tal, las acciones son desarrolladas a lo menos por el médico, asistente social y psicólogo/a.

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. 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, Servicio Nacional de Drogas y Alcohol (SENDA), Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM), Oficina de Protección de Derechos del Niño (OPD), entre otros.

### A. PROPÓSITO DEL PROGRAMA

Contribuir a elevar el nivel de salud mental de las personas, mejorando su capacidad individual y colectiva para prevenir los trastornos mentales, como entregar la atención integral de salud con enfoque familiar y comunitario para su pronta recuperación, esto en términos de acceso, oportunidad y calidad de la atención.

<sup>17</sup> OPS-OMS, Declaración de Caracas, 1990.

<sup>18</sup> MINSAL, Guía Clínica para el tratamiento de la depresión en mayores de 15 años. 2013.

<sup>19</sup> OPS-OMS, Guía intervención mhGAP para los trastornos Mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada, 2012.

<sup>20</sup> Cape J, Whittington C, Bower P. What is the role of consultation-liaison psychiatry in the management of depression in primary care? A systematic review and meta-analysis. Gen Hosp Psychiatry. 2010 Jun; 32(3):246-54.

<sup>21</sup> Sepúlveda, R., Alvarado, R., Zitko, P. Escuela Salud Pública, Universidad de Chile, 2015.

<sup>22</sup> DEIS-REM, Información disponible a Junio 2015.

<sup>23</sup> WHO-AIMS, MINSAL, evaluación del sistema de salud mental en Chile, 2014.

## B. OBJETIVOS

Mantener o mejorar el nivel de salud mental de las personas, promoviendo la salud mental positiva, mejorando su capacidad individual y colectiva para prevenir los trastornos mentales, y brindar atención integral de salud accesible, oportuna y eficaz a las personas con trastornos mentales en la atención primaria de salud.

## C. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- a) Desarrollar acciones de promoción la salud mental positiva y de factores protectores de la salud mental a través de talleres grupales.
- b) Desarrollar acciones de prevención de factores de riesgo de la salud mental y los trastornos mentales por ciclo vital a través de intervenciones preventivas con talleres grupales y el apoyo a grupos de autoayuda.
- c) Detectar precozmente, diagnosticar y proporcionar una atención integral de salud a niños, niñas, adolescentes, jóvenes, adultos y adultos mayores con trastornos mentales.

## d. COMPONENTES DEL PROGRAMA

### Componente Nº 1: Promoción de la Salud Mental

El equipo de salud debe realizar actividades de promoción de la salud mental positiva a lo largo de todo el ciclo vital (niños, niñas, adolescentes, jóvenes, adultos y adultos mayores) acordes a la realidad local. Se deben efectuar talleres educativos con el fin de fortalecer los factores protectores y entregar herramientas para el desarrollo de habilidades personales.

#### 1. Talleres promoción de la salud mental<sup>24</sup>:

Los talleres pueden orientarse hacia el fortalecimiento de los factores protectores y/o habilidades personales para el desarrollo de un mayor bienestar psicológico. En particular los talleres fomentan el desarrollo de las habilidades personales establecidas en la carta de Ottawa por la OMS en el año 1986<sup>25</sup> y que se encuentran plenamente vigentes. Desde un plano individual se debe fomentar la adquisición de habilidades y competencias sociales para el autocuidado, y generación de estilos de vida saludable<sup>26</sup>, a través del desarrollo de temáticas específicas ligadas a un mayor bienestar psicológico.

#### Metodología:

- Número de sesiones: Al menos 4.
- Duración de las sesiones: De 45 a 90 minutos.
- Número de personas: Mínimo de 6 personas.
- Contenidos propuestos:
  - Desarrollo de la autoestima
  - Autoeficacia
  - Relaciones positivas
  - Autonomía
  - Auto adaptación
  - Propósito en la vida o proyectos de vida.
  - Salud Mental positiva
  - Habilidades parentales (excluye padres de niños hasta 5 años por estar desarrollados e implementados por los talleres *Nadie es Perfecto* del Chile Crece Contigo).
  - Otros contenidos de promoción que incorpore el nivel local.

Se deben realizar en el contexto de la comunidad, en:

- i. Establecimientos educacionales y dirigidos a Profesores y/o Apoderados-Padres y/o Alumnos.
- ii. Espacios comunitarios y territoriales (Junta de vecinos, centros comunitarios, etc.).

#### Productos esperados del desarrollo del Componente:

- 1) Realización de talleres de promoción de la salud mental.

### Componente Nº 2: Prevención de los factores de riesgo de la salud mental y de los trastornos mentales

El equipo de salud debe realizar actividades preventivas en personas con factores de riesgo y/o en trastornos de salud mental a lo largo de todo el ciclo vital (niños, niñas, adolescentes, jóvenes, adultos y adultos mayores) acordes a la realidad local. Se deben efectuar talleres preventivos/educativos, y apoyo con grupos de autoayuda, acciones de detección precoz y primera respuesta e intervenciones individuales preventivas con pertinencia cultural y de género.

<sup>24</sup> Hosman C, Jane-Llopis E & Saxena S. (2005). Prevención de los Trastornos Mentales: Intervenciones Efectivas y Opciones de Políticas. OMS-Oxford University Press.

<sup>25</sup> Promoción de la Salud Mental, Conceptos, evidencia emergente, práctica. Organización Mundial de la Salud-Universidad de Melbourne. 2004.

<sup>26</sup> Molina, H. Estrategias de promoción de salud en la adolescencia, Departamento de Salud Pública. Pontificia Universidad Católica de Chile. Recuperado de <http://escuela.med.puc.cl/paginas/ops/curso/lecciones/Leccion17/M4L17Leccion.html>

### 1. Talleres preventivos salud mental<sup>27</sup>:

Talleres preventivos dirigidos a personas con factores de riesgo de la salud mental.

Se deben realizar en el contexto de la comunidad, en:

- i. Establecimientos educacionales, preferentemente públicos y dirigidos a Profesores y/o Apoderados-Padres y/o Alumnos.
- ii. Espacios comunitarios y territoriales (Junta de vecinos, centros comunitarios, etc.).
- iii. Centros de Salud.

Los talleres preventivos en salud mental son eminentemente acciones de prevención primaria orientadas a evitar la aparición de un problema de salud mediante la vigilancia de los factores de riesgo o condicionantes, por ejemplo, talleres para la prevención del consumo de alcohol y drogas, maltrato infantil o violencia intrafamiliar. En un contexto de prevención secundaria se pueden realizar acciones de detección de trastornos mentales en niños, niñas y adolescentes, el consumo riesgos, depresión, suicidio entre otros.

Por otro lado, los talleres hasta ahora han estado enfocados en el contexto de la prevención Universal (sin distinción a quien se realiza los talleres), no obstante, se recomienda incorporar también hacia una prevención selectiva o indicada con grupos de riesgo para el desarrollo específico de los talleres. Eventualmente se pueden aplicar instrumentos de tamizaje según el tipo de talleres realizados, por ejemplo, en el contexto de un taller de prevención del consumo de alcohol se puede utilizar el instrumento AUDIT para adultos o el ASISST, o el CRAFFT para adolescentes al igual como en otros talleres para la detección de la depresión, consumo de drogas, trastornos en la infancia (PSC), etc. Por otro lado, también se pueden incorporar otros instrumentos para la detección de disfunción familiar (APGAR) o del funcionamiento familiar.

Cabe destacar que es importante recoger las especificidades del ciclo vital en el cual se va a profundizar en los talleres, así como la pertinencia cultural.

#### Metodología:

- Número de sesiones: Al menos 4.
- Duración de las sesiones: De 45 a 90 minutos.
- Número de personas: De referencia al menos 6 personas (se recomienda citar un número mayor)
- Contenidos propuestos:
  - Prevención de la depresión (considera depresión perinatal)
  - Prevención del consumo y abuso de alcohol
  - Prevención del consumo y abuso de drogas
  - Prevención del maltrato infantil
  - Prevención de la violencia de género
  - Prevención del suicidio
  - Prevención de trastornos mentales en estudiantes de riesgo detectados por tamizaje en HPV (niños(as) y adolescentes)
  - Prevención y detección de trastornos mentales en la infancia y adolescencia dirigidos a padres y/o apoderados y/o profesores (Trastornos conductuales, emocionales, déficit atencional, etc.).
  - Manejo del estrés y resolución de conflictos
  - Otros contenidos de prevención que incorpore el nivel local.

### 2. Apoyo y colaboración con grupos de autoayuda<sup>6</sup>:

Aunque ésta es una estrategia que tiene más de una década implementada es importante continuar fomentando su crecimiento y desarrollo, tanto para facilitar la conformación de nuevos grupos como colaborar con los requerimientos de los ya instalados. Se debe promover el desarrollo de grupos de autoayuda en la comunidad y en los grupos de usuarios de la APS, se entiende que no solamente pueden abordar contenidos preventivos de problemas de salud mental sino también explorar la dimensión de promoción de estilos de vida. Por tanto, se espera propiciar grupos de autoayuda que no estén asociados a un problema de salud necesariamente, por ello no se pueden restringir exclusivamente a personas (y/o a sus familiares) con algún problema de salud mental específico necesariamente.

Se recomienda apoyar tanto a los grupos como a quienes conducen los grupos, ya sea monitores o personas que experimentaron algún problema de salud mental o lo estén superando<sup>28</sup>. Asimismo, se espera disponibilidad y colaboración de algún/os integrantes del equipo del establecimiento de APS con el grupo de autoayuda con el fin de apoyarlos en su actividad; por lo anterior se requiere en primer lugar elaborar en conjunto un plan de trabajo colaborativo anual entre el grupo de autoayuda y el establecimiento.

El objetivo es desarrollar un plan de trabajo colaborativo que debe por lo menos contener:

- Objetivos: Para definir los objetivos es importante consultar al grupo o quien/es lo conducen ¿Qué necesitan del equipo de salud del establecimiento? Para luego ir definiendo los objetivos en conjunto.
- Actividades: Es importante que las actividades sean de colaboración, medibles, factibles de realizar y resguardando la autonomía del grupo de autoayuda. Medios de verificación simples y sencillos de consignar.
- Evaluación y nivel de cumplimiento al final del año: La evaluación se debe realizar en conjunto con el grupo o algún/os representante/es de éste.

<sup>27</sup> Hosman C, Jane-Llopis E & Saxena S. (2005). Prevención de los Trastornos Mentales: Intervenciones Efectivas y Opciones de Políticas. OMS-Oxford University Press.

<sup>28</sup> Minoletti, A. Condiciones mentales prioritarias en el adulto y su manejo, Cap. 4. Manual de salud mental para trabajadores de Atención Primaria. OPS, 2013.

- Es importante destacar que se debe propiciar las actividades del grupo de autoayuda en el ámbito comunitario fuera del establecimiento si existe la factibilidad. Por otro lado, estimular al grupo de autoayuda a postular a proyectos sociales y fomentar la participación, por medio de algún/os representante/s, en los consejos de desarrollo social, entre otras actividades comunitarias. Cabe consignar que se debe favorecer la actividad autónoma del grupo, por ello el equipo de salud debe colaborar en sus requerimientos, tanto con apoyo técnico, orientación clínica, administrativa, visita semanal, quincenal o mensual cuando sesiona el grupo.

#### **Estrategias**

- a. Actividades preventivas: talleres, consejerías, actividades masivas de difusión (ferias), etc.
- b. Apoyo y colaboración con grupos de autoayuda.

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

- 1) Realización de talleres de prevención de la salud mental, y/o uso de sustancias, y/o violencia.
- 2) Realización de un plan de trabajo y colaboración con los grupos de autoayuda.

#### **Componente Nº 3: Atención integral a personas con trastornos mentales**

Este componente tiene como objetivo realizar una evaluación diagnóstica y proporcionar un tratamiento integral a niños, niñas, adolescentes, jóvenes, adultos y adultos mayores con:

- i. Trastornos Depresivos.
- ii. Trastornos por consumo de sustancias (Alcohol y drogas).
- iii. Trastornos conductuales e hiperkinéticos de la Conducta.
- iv. Trastornos del Comportamiento y Emociones de inicio en la infancia y adolescencia.
- v. Otros trastornos mentales en niños, niñas, adolescentes, jóvenes, adultos y adultos mayores.
- vi. También se debe considerar brindar atención integral a personas por factores de riesgo o condicionantes como personas víctimas de violencia, entre otros.

#### **Estrategias**

- a) **Evaluación Diagnóstica Integral:** Implica un diagnóstico de todas las áreas de la vida de la persona, incluye lo contextual, factores protectores y factores de riesgo. Es efectuado por a lo menos médico y otro integrante del equipo de salud (Psicólogo/a, Asistente Social u otro). Este proceso de evaluación diagnóstica integral puede ser realizado, según el caso, en 1 ó más sesiones, puede conllevar visita domiciliaria integral y culmina con el ingreso al programa de salud mental. Por tanto, es necesario que esté incorporada en la programación del establecimiento.
- b) **Tratamiento Integral:** Al ingresar al programa se deberá elaborar, junto al beneficiario, un plan de tratamiento integral (PTI), éste deberá ser efectuado por médico, psicólogo/a y asistente social. El PTI debe incluir: motivo de consulta co-construido entre él/la/los consultante/s y equipo de salud, objetivos del tratamiento, actividades, plazos (número de sesiones proyectada y frecuencia) y consentimiento informado.

Las actividades a desarrollar en el contexto de tratamiento son:

- i. Intervenciones psicosociales Individuales (Incluye psicoterapia cuando se requiere).
  - ii. Intervenciones psicosociales de Grupo.
  - iii. Intervenciones familiares.
  - iv. Intervención psicosocial en el contexto comunitario (barrio, colegio, trabajo, etc.).
  - v. Visitas domiciliarias integrales (VDI): Sólo las VDI han estado incorporadas a algunos componentes del programa integral de salud mental en APS.
  - vi. Prescripción de fármacos.
  - vii. Trabajo con redes institucionales comunales (Previene-SENDA, DIDECO, Oficina de la mujer, OPD, JUNAE, Educación, etc.)
  - viii. Uso de herramientas con enfoque familiar, tales como genograma, eco-mapa, círculo familiar entre otros<sup>29</sup>.
- c) **Derivación o referencia asistida.** Entendida como continuidad de cuidados, donde se efectúan articulaciones entre establecimientos de distintos niveles de la red que la persona vivencia como una serie de eventos del cuidado de su salud coherente y conectado entre sí en el tiempo.
  - d) **Alta terapéutica.**
  - e) **Seguimiento:** En los casos que requiera establecer contacto con las personas y/o sus familias para monitorear la evolución en el tiempo.
  - f) **Consultoría de Salud Mental.** El equipo de salud actúa en el rol de consultantes y el equipo de especialidad en salud mental comunitaria como consultor. La consultoría involucra también una importante responsabilidad del nivel primario, ya que en la práctica se constituye un meta-equipo, en el cual, a través del componente de enlace continuado y de la inclusión de aspectos de administración de los procesos clínicos, el nivel especializado se articula con éste para brindar continuidad e integralidad de cuidados a los usuarios. La Consultoría y Enlace óptima debe cumplir las siguientes condiciones<sup>30, 31</sup>:

<sup>29</sup> Manual para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria. MINSAL, 2012.

<sup>30</sup> Sepúlveda, R. Consultoría de salud mental en atención primaria de salud: Integrando la red y asegurando la continuidad de cuidados. [Internet]. Jornadas Chilenas de Salud Mental Comunitaria.; 2014; Universidad de Chile. Recuperado a partir de: <http://www.saludmentalcomunitaria.uchile.cl/index.php/organizacion-experiencias>

<sup>31</sup> MINSAL, Orientaciones para la planificación y programación en red, 2015.

- Consultoría efectuada en el centro de Atención Primaria, una vez al mes o con mayor frecuencia. Con la participación presencial de los médicos tratantes en APS de cada uno de los pacientes incluidos en esa consultoría, presencialmente o a través de revisión de ficha clínica.
  - Consultoría efectuada regularmente por los mismos miembros del equipo de salud mental especializado, esto es, un mismo Psiquiatra Consultor y los mismos profesionales de ese equipo.
  - Atención especializada de los pacientes referidos desde el Centro APS al nivel secundario efectuada en el Centro de Salud Mental Comunitaria (o en donde se localice la atención ambulatoria de especialidad en las redes menos evolucionadas) efectuada por el mismo Psiquiatra Consultor y el equipo territorializado de especialidad al cual pertenece.
  - Definición de un profesional del Centro de Atención Primaria, responsable de la coordinación continua con el Equipo territorializado de especialidad en salud mental, tanto para efectos de la programación de las Consultorías como durante el periodo entre ellas, para todas las necesidades emergentes o programadas que surjan en este tema.
  - Definición de un profesional del Equipo territorializado de especialidad en salud mental como Coordinador con el centro de Atención Primaria, para cada uno de los que se sitúan en el territorio asignado a este Equipo, tanto para efectos de la programación de las Consultorías como durante el periodo entre ellas, como forma de resolver expeditamente los requerimientos surgidos de la necesidad de dar continuidad e integralidad de cuidados a los usuarios que residen en el territorio.
- g) **Capacitación al equipo de salud acorde al Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria y al Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental.** Asimismo, es fundamental que los equipos conozcan y manejen las guías clínicas y orientaciones técnicas correspondientes.

**Productos esperados del desarrollo del Componente:**

- 1) Brindar atención por trastornos mentales en (Cobertura):
  - Trastornos depresivos
  - Trastornos por consumo de sustancias (Alcohol y drogas)
  - Trastornos Hiperkinéticos
  - Trastornos del Comportamiento y Emociones de inicio en la infancia y adolescencia.
  - Otros trastornos mentales en niños, niñas, adolescentes, jóvenes, adultos y adultos mayores.
- 2) Altas terapéuticas.
- 3) Desarrollo de un plan de trabajo de las consultorías planificadas en APS en coordinación con los centros de salud mental comunitaria especializados.

Todos componentes antes descritos se deben implementar bajo las Orientaciones Técnicas Administrativas de Salud Mental vigentes y elaboradas por la División de Atención Primaria, las cuales además entregan mayores especificaciones para la implementación.

**A. 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 que se recoge dentro del modelo de atención de salud integral familiar y comunitaria.

El establecimiento de salud deberá velar por el desarrollo del Programa de acuerdo a las definiciones, lineamientos e indicaciones establecidas en la Resolución Exenta del Programa Salud Mental en APS.

**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.

Deberá además 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.

**III. 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 con fecha tope 12 de mayo, con el fin de pesquisar dificultades y corregirlas oportunamente, dando cuenta de:

1. Contratación de los recursos humanos para el desarrollo del programa.
2. Acta de la primera reunión de trabajo de coordinación de salud mental de la red de establecimientos de los servicios de salud.
3. Informe con plan de trabajo con los grupos de autoayuda y planificación de consultorías.

#### 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 60%, de acuerdo al siguiente cuadro:

Porcentaje de cumplimiento de metas del Programa	Porcentaje de descuento de la segunda cuota de recursos (30%)
≥60%	0%
Entre 50,00% y 59,99%	25%
Entre 40,00% y 49,99%	50%
Entre 30,00% y 39,99%	75%
Menos del 30%	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.

#### 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 deberán informar del cierre anual del programa y del desarrollo final obtenido en el informe final del programa.

Los Servicios deberán presentar la información de cierre anual del programa, informando y validando el desarrollo del programa y las acciones realizadas de monitorización y reuniones de trabajo trimestrales.

Esta evaluación determinará la devolución de recursos no ejecutados y la evaluación de continuidad del programa en establecimientos con ejecución deficitaria 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.

#### IV. 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:

Nombre Indicador	Numerador	Denominador	Medio Verificación	Meta	%
Talleres de promoción de la salud mental	Nº de personas que ingresan a educación grupal año en curso  (menos)  Nº de personas que ingresan a educación grupal año anterior	Nº de personas que ingresaron a educación grupal año anterior	REM año en curso - REM año anterior REM año anterior	Aumentar los ingresos. Cumplimientos: Aumento mayor a 0,00% indica 100% cumplimiento. Ingresos se mantienen en 0,00% indica 50% cumplimiento. Disminución menor a 0,00% (negativo) indica 0% cumplimiento.)	15%
Talleres preventivos/ educativos de salud mental	Nº de personas que ingresan a educación grupal año en curso  (menos)	Nº de personas que ingresan a educación grupal año anterior	REM año en curso - REM año anterior REM año anterior	Aumentar los ingresos. Cumplimientos: Aumento mayor a 0,00% indica 100% cumplimiento. Ingresos se mantienen en 0,00% indica 50% cumplimiento.	15%

	Nº de personas que ingresan a educación grupal año anterior			Disminución menor a 0,00% (negativo) indica 0% cumplimiento.)	
Cobertura de Atención Integral de trastornos mentales en personas de 5 y más años.	Nº de personas con diagnóstico de trastorno mental en tratamiento (Bajo control)	Nº de personas de 5 y más años esperados según prevalencia* x 100  *Prevalencia estimada de trastornos mentales de 22% de las personas de 5 y más años.	REM año en curso	Meta de cobertura comprometida 10%-17%	20%
Altas terapéuticas de personas con diagnósticos de trastornos mentales	Nº de personas egresadas por alta terapéutica	Nº de personas personas egresadas por alta terapéutica periodo anterior	$\frac{\text{REM año en curso} - \text{REM año anterior}}{\text{REM año anterior}}$	Aumentar las altas. Cumplimientos: Aumento mayor a 0,00% indica 100% cumplimiento. Altas se mantienen en 0,00% indica 50% cumplimiento. Disminución menor a 0,00% (negativo) indica 0% cumplimiento.)	20%
Concentración de controles de Salud Mental	Nº de controles de Salud Mental totales realizadas (incluye psicoterapia, psicodiagnóstico e ingreso)	Número de personas bajo control en el programa por trastornos mentales a la fecha de la evaluación	$\frac{\text{REM año en curso} - \text{REM año anterior}}{\text{REM año anterior}}$	Aumentar los controles respecto al año anterior. Cumplimientos: Aumento mayor a 0,00% indica 100% cumplimiento. Mantención en 0,00% indica 50% cumplimiento. Disminución menor a 0,00% (negativo) indica 0% cumplimiento.)	10%
Plan de trabajo de consultorías y de colaboración con grupos de autoayuda	Informe de Plan de trabajo de consultorías y de colaboración con grupos de autoayuda entregados	Dos informes de Plan de trabajo de consultorías y de colaboración con grupos de autoayuda:  Informe Nº1: Entrega el 30 de abril con lo planificado.  Informe Nº2: Entrega evaluación el 31 diciembre con lo ejecutado.	Informes entregados Informe Nº 1 y Nº 2.  (Los informes son de elaboración local y entregados al referente salud mental APS del SS)	Cumplimiento del 100% al entregar los informes correspondientes según fecha de corte evaluación del programa. 50% entrega de solo un informe, 0% cumplimiento sin entregas de informes.	20%

## V. FINANCIAMIENTO

### 1. 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.

Los Servicios de Salud, podrán a su vez determinar otros criterios de 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

Los recursos serán transferidos por los Servicios de Salud respectivos, en 2 cuotas: 70% contra convenio y el 30% restante, de acuerdo a los resultados de la evaluación de este Programa, la cual se aplicará a los recursos asociados al Subtítulo de gasto 22, "Bienes y Servicios de Consumo".

La tabla de descuento es la siguiente: Porcentaje cumplimiento de Metas de Programa	Porcentaje de Descuento de Recursos 2ª cuota del 30%
≥ 60,00%	0%
Entre 50,00% y 59,99%	25%
Entre 40,00% y 49,99%	50%

Entre 30,00% y 39,99%	75%
Menos del 30,00%	100%

El gasto que irroque el Programa deberá ser imputado al ítem 21 y 22, del presupuesto del Servicio de Salud, según corresponda.

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

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 N° 1172, de 24 de diciembre de 2015, del Ministerio de Salud, que aprobó el texto del "PROGRAMA SALUD MENTAL INTEGRAL 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.



NOTÉSE Y COMUNÍQUESE

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.

524.

SERVICIO DE SALUD IQUIQUE
DI. F. N. O.
Procedimiento: <i>SDM.</i>
Asunto: <i>Conocimiento y fine.</i>
Objeto: <i>S. Mental</i>
Fecha: <i>Dr. Cruz</i>



DEPTO. APS Y REDES SERVICIO SALUD IQUIQUE
<i>228</i>
PASE A: <i>SLSM</i>
PARA:
<i>Escobar y</i> <i>Saábar e Artalaves</i>
CC:
FECHA: <i>15/2/17</i>